

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Hugo Abuin

**ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
EN OBRAS SOCIALES NACIONALES**

2007

Citar como: Abuin, H. (2007). Atención Primaria de la Salud en Obras Sociales Nacionales. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

ÍNDICE

● INTRODUCCIÓN

● PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

● MARCO TEÓRICO

- Atención Primaria de la Salud (generalidades)
- Características de la Atención Primaria de la Salud
- Internaciones por “problemas de salud sensibles a la atención ambulatoria”
- Obras Sociales Nacionales, Superintendencia de Servicio de Salud y Plan Médico Obligatorio

● RESULTADOS

- Análisis del PMO en cuanto a su orientación a la atención primaria
- Encuesta a afiliados sobre la consecución de las características de la atención primaria (metodología y resultados)
- Análisis de internaciones por “problemas de salud sensibles a la atención ambulatoria” (metodología y resultados)

● CONCLUSIONES

● LIMITACIONES DEL TRABAJO

● BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

***Retórica:** "Arte de bien decir, de dar al lenguaje escrito o hablado eficacia bastante para deleitar, persuadir o conmover"
(Diccionario de la Real Academia Española)*

La Atención Primaria de la Salud (APS) es una estrategia sanitaria que conduce a maximizar la eficiencia y la equidad en salud. Los países con mejores indicadores sanitarios suelen tener a la misma como eje central de sus políticas; por otra parte, países que han logrado reorientar sus acciones en esta dirección suelen igualar o aún superar en los referidos indicadores a países más ricos pero con políticas sanitarias diferentes.

El Ministerio de Salud de la Nación, en cumplimiento de su función de rectoría, ha privilegiado la orientación hacia la APS, como queda demostrado en el plano teórico, en los considerandos del Plan Federal de Salud y en el plano práctico, en los avances de los programas de médicos comunitarios y de provisión gratuita de medicamentos esenciales entre otros. En consonancia con esta posición la Superintendencia de Servicios de Salud ha definido la necesidad de afianzar esta estrategia sanitaria en los Agentes del Seguro de Salud que están bajo su influencia (Obras Sociales Nacionales); efectivamente en las distintas versiones del Plan Médico Obligatorio (PMO) se habla de fortalecer la Atención Primaria de la Salud, siendo esto reiteradamente sostenido independientemente de la orientación política de los que en sucesivas etapas han tenido a su cargo la dirección del mencionado organismo.

El presente trabajo intenta explorar en qué medida esta posición teórica se ha traducido en hechos concretos en el ámbito de las recientemente referidas Obras Sociales Nacionales.

El abordaje del tema incluye: 1) Un análisis del Programa Médico Obligatorio actualmente vigente y de sus versiones previas para evaluar su grado de orientación hacia la APS.

2) La presentación de los resultados de una encuesta realizada a afiliados de Obras Sociales Nacionales en la que se evaluó la consecución de las características "peculiares" y "derivadas" de la Atención Primaria de la Salud (primer contacto y accesibilidad, longitudinalidad, integralidad, coordinación, atención centrada en la familia y orientación hacia la comunidad).

3) Un estudio de una muestra de internaciones de este Subsistema para determinar la magnitud de las hospitalizaciones por "problemas de salud sensibles a la atención ambulatoria", indicador éste que puede ser considerado como una medida del grado de éxito alcanzado en la implantación de la Atención Primaria de la Salud.

El análisis del PMO pretende reflejar la dimensión política; la encuesta, la estructura y los procesos en el Subsistema desde la percepción de los afiliados y las internaciones, los resultados.

Más allá de la presente introducción, el trabajo consta de: un planteamiento formal del problema en donde se definen el objetivo central y los objetivos específicos, un desarrollo en donde se exponen los resultados de las exploraciones realizada enmarcados por el correspondiente marco teórico y finalmente las conclusiones. Se completa la presentación con la bibliografía consultada y dos anexos.

Si bien este trabajo busca explorar la situación actual en el Subsistema considerado de la Atención Primaria de la Salud, mostrando la magnitud de la brecha existente entre lo discursivo y los hechos, podría servir también para estimular la implementación de una metodología basada o no en los aspectos aquí evaluados que sirva para monitorear los avances que se vayan produciendo en esta estrategia sanitaria en el caso de que la consecución de la misma sea el objetivo real pretendido.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como fue mencionado en la introducción se ha tomado como **tema general el de la Atención Primaria de la Salud**. Dentro de esta temática he intentado **explorar hasta qué punto se ha podido implementar esta estrategia en uno de los tres subsistemas (Seguridad Social)** en que puede dividirse el Sistema de Salud Argentino. A su vez, dentro de este Subsistema, **consideré sólo el área de influencia de la Superintendencia de Servicios de Salud**, por lo tanto quedaron incluidas como objeto de estudio las **Obras Sociales Nacionales**, sin considerarse otros agentes del Seguro de Salud como las Obras Sociales Provinciales y otras Obras Sociales como las de las Fuerzas Armadas, Policía, Universitarias Nacionales, Poder Judicial y Congreso de la Nación. En la actualidad se encuentran incluidos en la población seleccionada unos 15.037.672 afiliados.

Al momento actual no se han encontrado evaluaciones de la APS en el ámbito seleccionado, ni tampoco se conoce alguna metodología validada para nuestro país para cumplir con este objetivo.

Con respecto a encuestas a afiliados se han encontrado en la página web de la Superintendencia de Servicios de Salud tres tipos de encuestas de opinión correspondientes al año 2004 pero ninguna de ellas explora específicamente aspectos relacionados con el grado de implantación de la APS, si bien de los resultados de las mismas pueden deducirse algunos aspectos que serán comentados oportunamente.

Existen distintas formas de **explorar la APS** en un sistema de salud pudiéndose utilizar distintas **fuentes de información** y realizar **miradas desde distintas perspectivas**. Como ejemplo de fuente de datos podemos tener: encuestas tanto a usuarios como a proveedores, estudios de historias clínicas, el análisis de facturaciones, etc.

Para analizar las distintas facetas posibles de ser miradas debemos considerar, siguiendo a Donabedian, que **todo sistema sanitario tiene una estructura o capacidad** formada por las características que le permiten proporcionar sus servicios, un **proceso o actividades** en referencia a la actividad de los profesionales de salud dentro del sistema y en su contacto con la población y los pacientes y finalmente un **resultado** que se refiere a los niveles en el estado de salud alcanzados.

Estos componentes interactúan entre sí y están **condicionados por el entorno físico, económico, político y social** en que se encuentra el sistema sanitario.

Como **dimensiones** dentro del problema principal anteriormente comentado he considerado: 1) El **análisis de las distintas versiones del Plan Médico Obligatorio** (con especial énfasis en la que se encuentra vigente) para intentar evaluar su real orientación hacia la Atención Primaria de la Salud.

2) El **grado de consecución de características peculiares y derivadas de la APS** desde una perspectiva de la población a través de una encuesta.

3) El **peso en el subsistema considerado de las internaciones por “problemas de salud sensibles a la atención ambulatoria”**, mediante consultas a los registros respectivos de algunas obras sociales.

La encuesta mencionada apunta a echar una mirada a la estructura y procesos del Subsistema, la evaluación de las internaciones pretende considerar los resultados del mismo y el análisis del PMO, el entorno político.

En resumen:

✓ **Objetivo general:** Explorar la Atención Primaria de la Salud en las Obras Sociales Nacionales.

✓ **Objetivo específico I:** Analizar la real orientación del Plan Médico Obligatorio hacia la APS.

✓ **Objetivo específico II:** Analizar la consecución de las características peculiares y derivadas de la APS en una muestra de afiliados de Obras Sociales Nacionales a través de una encuesta.

✓Objetivo específico III: Analizar la magnitud de las internaciones por “problemas de salud sensibles a la atención ambulatoria” en una muestra no aleatoria de internaciones.

DESARROLLO: MARCO TEÓRICO

➤ Atención Primaria de la Salud (generalidades)

Sería bueno comenzar este punto haciendo algunas aclaraciones de índole semánticas; el término **atención** debe pensarse con una connotación amplia e integral, propone relaciones horizontales simétricas y participativas además de una visión intersectorial; quizás el vocablo "cuidado" (en inglés "care") pueda expresar mejor este sentido ya que "*atención*" lleva más a pensar en algo vertical no participativo e institucional; lo **primario** debe entenderse como lo principal o primero en orden o grado y no como lo primitivo o poco civilizado y **salud** debe interpretarse en la versión tradicional de Andrija Stampar (un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad) más la percepción de que su ámbito no puede separarse nítidamente de componentes sociales y económicos y por lo tanto no debe circunscribirse a sectores administrativos burocráticos del Estado. Como comentaré más adelante, esta interpretación de los términos refleja la versión que podríamos llamar "original", el verdadero espíritu de Alma Ata por oposición a posteriores interpretaciones más cercanas a lo que hoy se llama Atención Primaria Selectiva.

Durante muchos años y también en buena medida en la actualidad la práctica de la medicina estuvo influenciada por el llamado Paradigma Flexneriano compuesto por los siguientes elementos ideológicos:

- ◆ **Mecanicismo**: Se semeja el cuerpo humano a una máquina; hombres máquinas (trabajadores de la salud) usando instrumentos máquinas para reparar los defectos de los pacientes máquinas.

- ◆ **Biologismo**: Se presupone la naturaleza biológica de las enfermedades, de sus causas y consecuencias.

♦ Individualismo: En un doble sentido, al elegir como objeto al individuo y al excluir de su vida los aspectos sociales.

♦ Especialización: Se profundiza el conocimiento específico sobre el global.

♦ Exclusión de prácticas alternativas: La práctica médica oficial se considera la única, se anula o restringe por ineficaces "a priori" a otras no oficiales.

♦ Tecnificación del acto médico: La tecnología tiene un valor en sí misma e invade fuertemente la relación entre los hombres y la enfermedad.

♦ Énfasis en la medicina curativa: Se privilegia el proceso fisiopatológico en detrimento de las causas globales en la medida que el primero es más susceptible de incorporación tecnológica.

Embrionarios intentos organizativos sanitarios comienzan a resquebrajar por lo menos algunos aspectos del paradigma mencionado, especialmente los aspectos de especialización y de acceso a la tecnología; así en 1920 se publicó en Inglaterra el informe Dawson que trataba de la organización sanitaria de ese país y en el que se proponían tres niveles de atención (los centros primarios de salud, los centros secundarios de salud y los hospitales docentes) y se exponían las funciones de los mismos y las conexiones entre ellos; se sentaban entonces las bases del futuro Sistema Nacional De Salud Inglés.

Por otra parte años antes de Alma Ata, especialmente en la años sesenta y setenta, hubo experiencias sobre cómo afrontar los problemas de salud en forma diferente a pesar de y por las limitaciones de recursos financieros, tecnológicos y humanos. Ejemplos de estas experiencias podemos encontrar en China, algunas zonas de India, algunos países de África y América Latina (Nicaragua, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México, Cuba). De estos "Programas de Salud Basados en la Comunidad" merece destacarse como el probablemente más grande el de los "médicos descalzos" de China.

Con la mayor apertura de China al mundo occidental, la Organización Mundial de la Salud (OMS) envió una misión a aquel país liderada por Halfdan Mahler en 1973 encontrándose un conjunto de aspectos de este Sistema de Salud que revertían toda la concepción de la estrategia desplegada por la medicina occidental. Se encontraron que "Comités Comunales" integrados por los diferentes segmentos de la población y liderados por los médicos chinos definían políticas sanitarias locales; estos últimos además cumplían funciones de comunicación y control.

En 1974 un informe liderado por el Doctor Marck Lalonde (*A New Perspective on the Health of Canadians*) presenta una versión occidentalizada del tema en la cual queda claro que los sistemas de salud tal como tradicionalmente se conciben resultaban ser bastante poco eficaces para mantener la salud de la población.

Estas experiencias fueron recogidas y estudiadas sirviendo de base para la aparición del discurso contra hegemónico que se consagró en la Conferencia de Alma Ata en dónde se definió y otorgó reconocimiento internacional a la Atención Primaria de la Salud como una estrategia para alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000".

Como su nombre lo indica esta conferencia tuvo lugar en la ciudad de Alta Ata (antigua capital de Kazajstán en la ex URSS) entre el 6 y el 12 de septiembre de 1978. Fue auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), congregando a 134 países y 67 organizaciones internacionales. El contexto político mundial se caracterizaba por la bipolarización ideológica y económica traducida en la llamada "Guerra Fría" y a nivel de Latinoamérica por la presencia de dictaduras militares en algunos países y democracias inestables en otros con algunas pocas excepciones; el contexto sanitario mostraba esfuerzos nacionales para mejorar el acceso a los servicios de salud de una población que empezaba a ser mayoritariamente urbana y en plena transición demográfica; esta respuesta sanitaria debía darse en una situación económica crítica y a través de Sistemas de Salud con un fuerte enfoque centralista.

La conferencia concluyó con la conocida "Declaración de Alma Ata" la cual en su quinto punto decía:

"Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de la salud es la clave para alcanzar esta meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social."

También en esta mencionada declaración aparece en el sexto punto la ya clásica definición de la APS:

"La atención primaria de la salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituyen el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria."

En el punto séptimo se explicita que dentro del concepto de la APS están incluidas al menos las siguientes actividades:

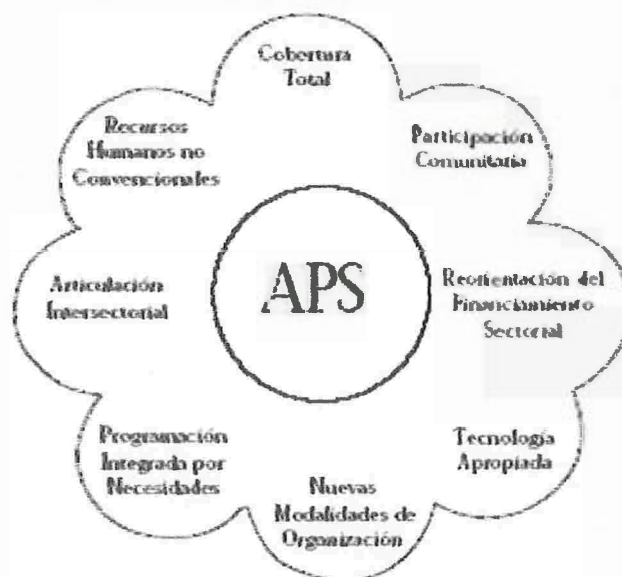
- ◆ La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y tratamiento correspondientes.
- ◆ La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.

- ♦ Un abastecimiento adecuado de agua potable y un saneamiento ambiental básico.
- ♦ La asistencia maternoinfantil con inclusión de la planificación familiar.
- ♦ La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- ♦ La prevención y lucha contra las enfermedades endémicas en cada región.
- ♦ El tratamiento adecuado de las enfermedades y traumatismos comunes.
- ♦ El suministro de medicamentos esenciales.

Se presenta aquí a la Atención Primaria de la Salud como un cuidado **multisectorial, multidisciplinario, promocional, preventivo, participativo y descentralizado**.

El gráfico siguiente resume algunos aspectos salientes de la declaración:

COMPONENTES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA



SPT / 2.000

Perspectivas. Nuevos Servicios y Modalidades - Juan Carlos O'Donnell

En la tabla siguiente y complementando el reciente gráfico expongo los puntos más salientes, a mi entender, desde una perspectiva más política.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

(ALMA ATA 1978)

SALUD COMO DERECHO HUMANO

FUNDAMENTAL

GRAVES DESIGUALDADES INACEPTABLES

EL DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL CONDICIONA Y ES

CONDICIONADO POR EL NIVEL DE SALUD

EL PUEBLO TIENE DERECHO A PARTICIPAR

LOS GOBIERNOS TIENEN LA OBLIGACIÓN DE CUIDAR LA SALUD

DE LOS CIUDADANOS

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD ES LA CLAVE

ESPÍRITU DE AUTODETERMINACIÓN

LA SALUD DE UN PAÍS BENEFICIA TAMBIÉN A LOS OTROS

**UNA POLÍTICA DE INDEPENDENCIA, DE PAZ, DISTENSIÓN Y
DESARME COMO BASE PARA LA REASIGNACIÓN DE RECURSOS**

ES POSIBLE ALCANZAR UN NIVEL ACEPTABLE DE SALUD PARA

TODOS MEDIANTE UN MEJOR USO DE LOS RECURSOS

MUNDIALES

Como resumen podemos decir que la APS actúa a tres niveles a saber:

1) **Nivel clínico epidemiológico** ya que tiene que ver con los perfiles patológicos prevalentes.

2) **Nivel económico** ya que maximiza los recursos disponibles evitando la dilapidación y teniendo a la racionalidad como objetivo.

3) **Nivel ético** ya que entiende como justo el acceso de todos los individuos.

Estos niveles deben alcanzarse a través de la participación comunitaria y la resolución intersectorial local de los problemas y así a través de estas acciones la estrategia puede constituirse en un poderoso instrumento de inclusión social.

Al analizar estos conceptos claramente progresistas para la época en que fueron concebidos y volviendo al ya mencionado Paradigma Flexneriano, vemos como el mismo comienza paulatinamente a ser sustituido, al menos en un marco teórico, por el que se ha dado en llamar Paradigma Regionalizado / Biopsicosocial. En la tabla siguiente se expone una comparación entre ambos:

PARADIGMAS ASISTENCIALES EN LAS PRÁCTICAS MÉDICAS

PARADIGMA FLEXNERIANO	PARADIGMA REGIONALIZADO
MECANICISMO	HOLISMO
BIOLOGISMO	DETERMINACIÓN SOCIAL DEL PROCESO
	SALUD/ENFERMEDAD/INTERVENCIÓN
INDIVIDUALISMO	COLECTIVISMO
ESPECIALIZACIÓN	EQUILIBRIO GENERALISTA/ ESPECIALIZADO
EXCLUSIÓN DE PRÁCTICAS ALTERNATIVAS	INCLUSIÓN DE PRÁCTICAS ALTERNATIVAS
TECNIFICACIÓN DEL ACTO MÉDICO	TECNOLOGÍA ADECUADA
ÉNFASIS EN LO CURATIVO	INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN

En concordancia con este cambio paradigmático la atención médica convencional comenzó a pensarse de otra manera, tal como lo expone la siguiente tabla:

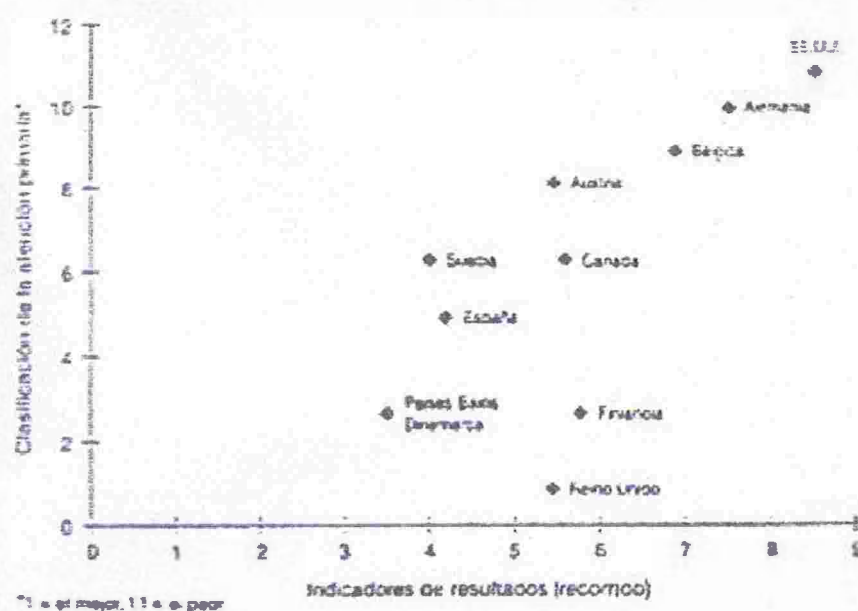
NUEVAS PERSPECTIVAS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

	ATENCIÓN CONVENCIONAL	ATENCIÓN PRIMARIA
OBJETIVO	ENFERMEDAD CURACIÓN	SALUD PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y CURACIÓN
CONTENIDO	TRATAMIENTO ATENCIÓN EPISÓDICA PROBLEMAS ESPECÍFICOS	PROMOCIÓN DE LA SALUD ATENCIÓN CONTINUADA ATENCIÓN INTEGRAL
ORGANIZACIÓN	ESPECIALISTAS MÉDICOS TRABAJO INDIVIDUAL	GENERALISTAS PERSONAL SANITARIO TRABAJO EN EQUIPO
RESPONSABILIDAD	EL SECTOR SANITARIO SÓLO PREDOMINIO DE LOS PROFESIONALES RECEPCIÓN PASIVA	COLABORACIÓN INTERSECTORIAL PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD AUTORESPOSABILIZACIÓN

Con posterioridad a esta conferencia la APS avanzó en grado desigual en distintos lugares del mundo, moviéndose los indicadores sanitarios en forma paralela de acuerdo al grado de implantación de esta estrategia. Como prueba de esto quisiera recordar el trabajo de la Doctora Bárbara Starfield (1994) en el que compara a doce países industrializados de acuerdo al grado de desarrollo de la Atención Médica Primaria en sus respectivos sistemas de salud;

para medir la intensidad en la orientación hacia la APS utilizó cinco características del sistema sanitario (énfasis en la planificación, tipo de médico aceptado, ingresos profesionales de los médicos, números de médicos y grado de cobertura) y seis del ejercicio profesional (grado en que las personas buscan primero al médico de atención primaria, intensidad de la relación entre éste y la población, grado en que la atención primaria atiende las necesidades más frecuentes de la población, grado de coordinación de la APS y otros servicios de salud, orientación hacia la familia y orientación hacia la comunidad); además para estos países se calcularon los costos del sistema, se tuvieron en cuenta distintos indicadores de salud y además, a través de una encuesta, la satisfacción de la población. En el siguiente gráfico, extraído de este trabajo, se muestra que cuanto más fuerte es la atención primaria los indicadores sanitarios son mejores.

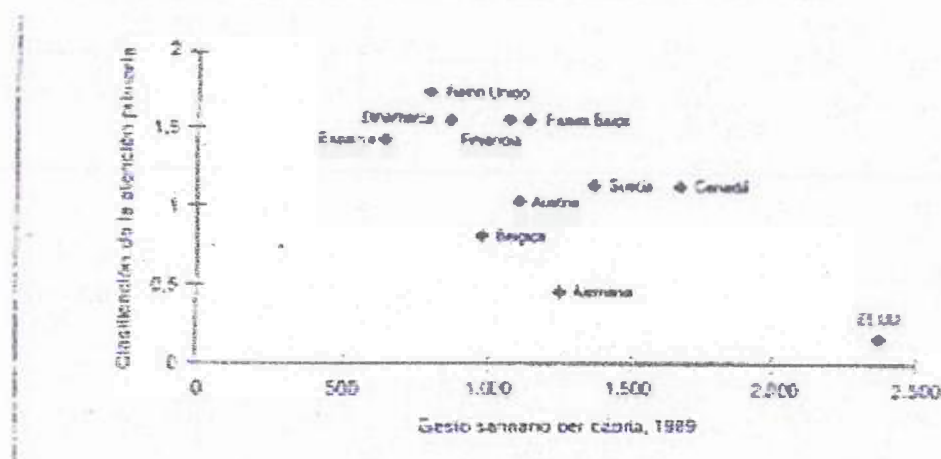
RELACIÓN ENTRE LA FUERZA DE LA ORIENTACIÓN HACIA LA ATENCIÓN PRIMARIA E INDICADORES SANITARIOS



Fuente: Bárbara Starfield. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología

En cuanto a la relación entre la fuerza de orientación hacia la atención primaria y el costo sanitario total per cápita, los resultados se exponen en el gráfico siguiente.

RELACIÓN ENTRE LA FUERZA DE LA ORIENTACIÓN HACIA LA ATENCIÓN PRIMARIA Y COSTO SANITARIO TOTAL PER CÁPITA



Fuente: Bárbara Starfield. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología

Estos resultados muestran además que aún en algunos países en donde no es posible tomar como excusa la falta de recursos la implementación de la APS no se ha dado o por lo menos se ha dado parcialmente, lo que no hace más que confirmar la **naturaleza política de la Atención Primaria de la Salud**.

Poniendo ahora el foco en los países menos desarrollados nos encontramos que con el tiempo las políticas de salud de los mismos comienzan a estar fuertemente influenciadas no por la OMS sino por organismos financiadores o de crédito, en especial el Banco Mundial y el BID; empiezan entonces a aplicarse recetas que contemplan sólo parcialmente esta estrategia primaria y que corresponden a lo que hoy se llama **Atención Primaria Selectiva**; se trata de "paquetes" básicos de asistencia destinados a la población más vulnerable y obviamente no determinados por la población misma sino por "expertos en salud". Como ejemplo podemos mencionar el plan GOBI lanzado por la UNICEF en 1983 y su versión ampliada (GOBBI-FFF) de 1984; las siglas devienen de las asistencias que están incluidas en los mismos a saber:

Monitorización del crecimiento (Growth Monitoring), terapia de rehidratación (Oral rehydration), lactancia materna (Breast feeding) e inmunizaciones (Immunization); en la versión ampliada (GOBI-FFF) se agrega planificación familiar, suplementos alimentarios (food supplements) y educación femenina. Incluso esta prestación selectiva se acompaña de técnicas publicitarias ("marketing social") para convencer a la población para que acepten los paquetes ofrecidos lo que algunos han visto más como un "lavado de cerebro" que una toma de conciencia.

Sin embargo la **Atención Primaria** tal cuál se la oficializó en Alma Ata no es un **paquete de intervención limitada para los más pobres**, de bajo costo y prestados por programas paralelos al resto del sistema de salud y sin participación activa, directa y efectiva de la población.

Bienvenidos sean estos programas si la otra posibilidad es directamente la no asistencia, pero uno debe tener claro que constituyen para los gobiernos y para los profesionales de la salud una forma de evitar profundizar en los determinantes sociales políticos y económicos de la falta de salud, quizás para conservar el orden establecido generando una situación de bajo riesgo político aunque al costo de posponer cambios estructurales en las poblaciones que de todas maneras seguirán siendo vulnerables y en dónde la expresión clínica de esa vulnerabilidad será para la mayoría de sus integrantes tan sólo una cuestión de tiempo. Como mencioné estos planes suelen focalizarse en los individuos de más alto riesgo sin disminuir los expuestos, pero desde Rose y su paradoja sabemos que los no expuestos o los expuestos de bajo riesgo pueden desarrollar enfermedades y que muchas personas en estas condiciones pueden generar más enfermedades que los pocos de mayor riesgo por lo que las intervenciones selectivas son incluso epidemiológicamente cuestionables.

Finalmente y para cerrar el recorrido histórico nos encontramos actualmente a más de 25 años de Alma Ata enmarañados entre lo discursivo y lo práctico, entre lo integral y lo selectivo. La tabla subyacente presenta de manera breve los cambios del estado de salud, en un sentido muy amplio, que se verificaron en el mundo en veinte años, desde 1975 a 1995 aproximadamente.

Los datos han sido extraídos del reporte Mundial de Salud 1998 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

CAMBIOS DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN MUNDIAL ENTRE 1975 Y 1995

La tasa de crecimiento medio de la economía en los países en vías de desarrollo (PVD) ha sido de 3,5% al año.	El ingreso medio por habitante en los países en vías de desarrollo (PVD) ha pasado de una relación de 1:20 a una de 1:50 en comparación al de países ricos.
La tasa de alfabetización en los adultos aumentó de 50% al 75%.	La tasa de alfabetización de las mujeres es del 30% menos que la de los hombres.
La tasa de fecundidad ha disminuido de 4,2 a 2,9 hijos por mujer y se redujo también la tasa de crecimiento de la población.	En términos absolutos el crecimiento anual ha permanecido estable y la población de los PVD. pasó de 2,6 a 3,9 billones de personas.
El porcentaje de la población con acceso al agua potable pasó del 38% al 75%.	El porcentaje de la población con eliminación adecuada de excretas ha permanecido estable entre el 32% y el 35%. Se ha diseminado el cólera en casi todos los PVD; los casos y muertos por malaria han aumentado.
El porcentaje de la población con acceso a alimentación en cantidad suficiente aumentó del 65% al 79%.	El número de personas que no come suficientemente ha permanecido estable, entre los 850 y 900 millones.
El porcentaje de niños desnutridos debajo de los 5 años ha disminuido del 46% al 31%.	Cada año mueren 10 millones de niños por debajo de los 5 años. La mayor parte por enfermedades asociadas a la desnutrición.
La mortalidad infantil se ha reducido del 90 por 1000 al 60 por 1000; la mortalidad por debajo de los 5 años bajó de 120 por 1000 a 80 por 1000.	La mortalidad infantil y la mortalidad por debajo de los 5 años han disminuido 57% en los países ricos y 37% en los PVD.
La tasa de cobertura de vacunas más importantes aumentó, por lo menos, del 50% a más del 80%. La poliomielitis está a punto de ser erradicada.	En muchos países africanos la tasa de cobertura de muchas vacunas importantes todavía es inferior al 50%. Cada año un millón de niños mueren por sarampión. Tres millones de personas mueren por tuberculosis y se registran 7 millones de nuevos casos por año.
La mortalidad materna descendió a 430 por 100.000 nacidos vivos.	La mortalidad materna supera los 1.000 por 100.000 en los países más pobres, contra 7 por 100.000 en aquellos ricos; casi 600.000 muertes maternas al año.
El porcentaje de la población mundial que ha alcanzado los objetivos S.P.T. 2000 aumentó del 30% al 60%.	En África, la esperanza de vida al nacer es de 53 años, la mortalidad infantil, 89 por 1.000, mortalidad por debajo de los 5 años, 139 por 1.000 y sólo cuatro países han alcanzado los objetivos de SPT 2000. En 16 PVD la esperanza de vida ha disminuido. El 30% de la población no tiene acceso a fármacos esenciales. En 10 años, han muerto 2 millones de niños y 4 millones han quedado discapacitados a causa de la guerra.

La columna de la izquierda contiene cambios positivos y la columna de la derecha los cambios negativos y problemas todavía no resueltos no pudiéndose afirmar una relación de causa y efecto entre la Declaración de Alma Ata y la APS y los cambios, positivos o negativos, del estado de salud del mundo ya que son demasiados los factores de confusión para controlar; valgan de todas maneras estos números para dar una idea de la magnitud de la tarea pendiente y de la necesidad de refuerzo de la estrategia. En un marco quizás de refundación de la misma habrá que tener en cuenta los nuevos desafíos, los que son resumidos en la próxima tabla:

DESAFÍOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA

- Transición demográfica: aumento y envejecimiento de la población, migraciones internas e internacionales.
- Transición ecológica: deforestación, polución, calentamiento global, modificación del régimen de las aguas.
- Transición bélica: de las guerras generalizadas a alta intensidad a las guerras localizadas a baja intensidad.
- Transición financiera: liberalización del movimiento de capitales y de las inversiones, progresivo desplazamiento de lo público a lo privado (incluido el financiamiento del sistema sanitario).
- Transición tecnológica: rápidos progresos científicos y tecnológicos, sobre todo en la tecnología de la información y de las comunicaciones (incluida la publicidad).
- Transición epidemiológica:

➤ De las viejas a las nuevas –emergentes o re-emergentes- enfermedades infecciosas.

➤ De las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas degenerativas, incluyendo a la violencia y a los problemas de salud mental.

➤ Desplazamiento de los países ricos a aquellos pobres, de comportamientos y exposiciones de riesgo (ej. Biberón o mamadera, tabaco, pesticidas).

➤ De la medicina de la esperanza y de la opinión personal a la medicina de las pruebas de eficacia (evidencias basadas en la medicina).

Fuente: Ambas tablas fueron tomadas del Dr. Adriano Cattaneo epidemiólogo del Instituto Para La Infancia de Trieste (Italia).

Para el logro de estos nuevos desafíos contamos con el hecho alentador de que la participación comunitaria ha sido redimida; efectivamente hoy ha sido vinculada, como menciona Federico Tobar, más con la transparencia que con la insurgencia. Su presencia comienza a ser sinónimo de pensamiento justo y no contaminado; donde ésta abunda es menos probable la desviación de los recursos, si bien implementarla en un medio que ha comenzado a ser predominantemente urbano se transforma en un desafío.

➤ Características de la Atención Primaria de la Salud

Para la descripción de las características de la atención primaria tomaré la definición que hace de las mismas la doctora Bárbara Starfield en su libro "Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología".

Esta autora considera que en la atención primaria tenemos tres tipos de características a saber:

A) Características peculiares de la atención primaria

- ◆ **Primer contacto y accesibilidad**
- ◆ **Longitudinalidad**
- ◆ **Integralidad**
- ◆ **Coordinación asistencial**

B) Características esenciales, pero no peculiares de la atención primaria

- ◆ **Formato de la historia clínica**
- ◆ **Continuidad asistencial**
- ◆ **Comunicación médico – paciente**
- ◆ **Calidad asistencial**
- ◆ **Defensa de los pacientes**

C) Características derivadas de la atención primaria

- ◆ **Atención de la salud centrada en la familia**
- ◆ **Aptitud cultural**
- ◆ **Orientación a la comunidad**

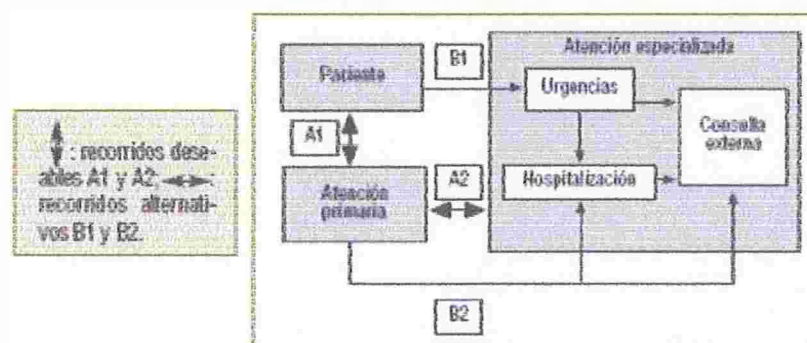
Las características resaltadas han sido utilizadas para la elaboración de la encuesta y serán comentadas brevemente.

A) Características peculiares de la atención primaria

◆ **Primer contacto y accesibilidad:** *Primer contacto* se refiere a la existencia de un referente como puerta de entrada al sistema, en general, un

médico con visión generalista, el que a su vez será la puerta de entrada a la atención especializada. Experiencias en otros países muestran que aproximadamente un 75% a 85% de los ciudadanos requieren sólo servicios de APS en el transcurso de un año, un 10% a 12% deberán ser remitidos a la atención especializada (AE) durante un corto período para complementar la intervención diagnóstica, terapéutica o ambas, mientras que una baja proporción requerirá que su problema de salud sea atendido exclusivamente en la AE.

El esquema siguiente muestra cómo deberían ser los circuitos deseables y no deseables de este primer contacto.



En el caso de requerir la intervención de la AE, el adecuado funcionamiento de los servicios sanitarios conlleva un recorrido de ida y vuelta, es decir, el paciente acude a la APS, es remitido a la AE y vuelve a la APS; al igual que en el caso en que el problema de salud sea resuelto inicialmente en la APS, el recorrido deseable se cierra en el primer nivel asistencial.

Los recorridos alternativos son el resultado del uso insuficiente de la APS (no uso por parte de la población o baja capacidad resolutoria) y/o del uso inadecuado de la AE (protagonismo excesivo).

Este primer contacto no debe verse como un filtro que sirva a los propósitos del control del gasto sino como parte de una estructura organizativa que tienda a la racionalización.

Diversos estudios han demostrado que el primer contacto eficiente se asocia a menores costos globales asistenciales y mejores resultados. Así mismo se ha comprobado que mediante su presencia no se retrasa sino que se facilita la asistencia y además que no es generador de niveles mayores de insatisfacción por parte de los usuarios.

En la encuesta este aspecto ha sido valorado mediante la pregunta *"¿Puede consultar al especialista directamente?"*.

Accesibilidad se refiere a la posibilidad de ponerse en contacto con los servicios. Muchos trabajos muestran una disminución en la morbilidad en la medida en que la misma se acrecienta a la vez que aparece un deterioro del estado de salud en poblaciones que pierden una cobertura que previamente tenían.

Dentro de las barreras que limitan la accesibilidad tenemos barreras geográficas, económicas, organizativas y culturales. Esta característica no es exclusiva de la atención primaria ya que todos los niveles sanitarios deben ser accesibles, si bien adquiere especial connotación en la atención primaria al ser la misma el acceso al sistema.

En la encuesta, en relación a estas características, se confeccionaron las siguientes preguntas: *"¿Cuánto tiempo tarda aproximadamente desde su casa para llegar al lugar en donde realiza la mayor parte de sus consultas?"* (accesibilidad geográfica), *"¿Cuánto espera en promedio en la sala de espera en el lugar en donde realiza la mayor parte de sus consultas?"* (accesibilidad organizativa), *"Cuando desea una consulta con un médico, ¿para cuándo le dan turno?"* (accesibilidad organizativa), *"¿Consigue atención en su domicilio a través de su Obra Social?"* (accesibilidad organizativa), *"¿Ha tenido dificultades para atenderse en guardia a través de su Obra Social?"* (accesibilidad organizativa), *"¿Alguna vez dejó de atenderse a través de su Obra Social, por no poder pagar el traslado o el coseguro de la consulta?"* (accesibilidad económica), *"¿Por qué dejó de atenderse a través de su Obra Social?"* (esta pregunta busca determinar si hubo como motivo algún tipo de barrera en la accesibilidad).

En razón de la grosera homogeneidad de la población encuestada no se consideraron preguntas sobre accesibilidad cultural aunque este ítem podría tener importancia en algún grupo específico de afiliados.

♦ **Longitudinalidad:** Implica según Bárbara Starfield dos conceptos, el primero de los cuales se refiere a la relación entre un paciente y un médico, grupo de médicos o centro asistencial sostenida en el tiempo; esto sería la *longitudinalidad temporal o continuidad*. Por otra parte tenemos la *longitudinalidad personal* la que se refiere a la presencia no sólo de una relación temporal sino también basada en la mutua confianza y seguridad de que el médico hará lo mejor para el paciente; en esta relación el paciente va siendo paulatinamente conocido, entendido y valorado como un todo. Existe incluso la posibilidad de tener longitudinalidad personal sin que exista transitoriamente continuidad.

La longitudinalidad relacionada con un médico específico confiere mayores ventajas que la establecida con un lugar asistencial. Esta característica favorece:

- La menor utilización de los servicios de salud
- Una mejor atención preventiva
- Un mejor cumplimiento del tratamiento
- Una mejor identificación de los problemas de los pacientes
- Un menor número de hospitalizaciones
- Costos totales más bajos

En mi encuesta esta característica ha sido evaluada mediante las siguientes preguntas: “¿Su médico de cabecera es siempre el mismo o lo cambia frecuentemente?” y “¿Siente que el médico al que consulta habitualmente busca conocerlo/a y entenderlo/a o sólo se limita al motivo de consulta?”

♦ **Integralidad:** Consiste en saber brindar respuesta a las necesidades de salud más frecuentes de los pacientes, pudiendo ser estas síntomas, enfermedades, medidas de prevención y promoción y otras acciones sanitarias como las visitas domiciliarias y hospitalarias.

En la encuesta se ha preguntado:

“¿Resuelve la mayoría de sus problemas de salud con un médico en especial o usa varios médicos dependiendo de cuál sea el problema?”, “Cuando pide asistencia domiciliaria, ¿lo/a visita su médico de cabecera?”, “¿Lo/a visitó su médico de cabecera cuando estuvo internado/a?”, “Alguno de los médicos que ha consultado,.... ¿Le ha tomado la presión en el último año?”

¿Lo/a ha pesado alguna vez?”

¿Le ha preguntado si fumaba? ¿Le ha aconsejado dejar?”

¿Le ha preguntado si bebe alcohol?”

¿Le ha recomendado usar cinturón de seguridad cuando viaja en auto?”

♦ **Coordinación asistencial:** Consiste en la disponibilidad de información acerca de problemas previos y servicios utilizados y la aplicación de esta información para las necesidades de cuidados actuales. Es una situación de armonía en una acción o esfuerzo común. La coordinación tiene tres retos a saber:

1) Dentro del ámbito de la atención primaria, cuando los pacientes son evaluados por distintos integrantes del equipo y se genera una información de la consulta en sí y de los exámenes complementarios si los hubiere.

2) Entre distintas especialidades y el equipo base de atención primaria para consultas que sean de corto tiempo, ya sea para recibir un consejo o para que se realice una intervención específica.

3) Entre distintas especialidades y el equipo base de atención primaria cuando se seguirá al paciente un tiempo más prolongado por una afección específica crónica que requiera de esta co-participación.

Múltiples estudios han señalado que mejorando el flujo de información mejoran los resultados sanitarios.

Lo que actualmente se denomina gestión de casos "case management" retoma esta idea de la coordinación aunque también incluye aspectos vinculados a la longitudinalidad.

Por otra parte cabe aclarar que la continuidad es tomada por algunos con el significado no de atención con el mismo médico sino de la transferencia de información entre visitas sucesivas, pudiendo estar dado esta transferencia por una relación longitudinal o simplemente a través de un buen sistema de registro; viceversa también puede haber longitudinalidad sin continuidad informativa.

En la encuesta, con respecto a esta característica se ha preguntado: "Si consulta a un especialista o a una guardia o es internado, ¿su médico de cabecera está al tanto y conoce los resultados de estas evaluaciones?", "¿Se la ha proporcionado algún informe por escrito sobre sus enfermedades y los tratamientos que está realizando para llevarlo consigo toda vez que realiza una consulta con un nuevo médico?", "¿Todos los médicos que lo/a atienden utilizan la misma historia clínica?".

C) Características derivadas de la atención primaria

♦ **Atención de la salud centrada en la familia:** Es una "característica derivada" de la atención primaria, esto quiere decir que en la medida en que exista una adecuada consecución tanto de las características peculiares como esenciales de la Atención Primaria, la atención centrada en la familia debería darse por añadidura. Efectivamente esta cualidad está especialmente vinculada en cuanto a su dependencia con la integralidad.

Atención centrada en la familia implica la valoración del entorno familiar; entre otras cosas interesa conocer el grado de comunicación y la intensidad de los lazos intrafamiliares, el apoyo afectivo y económico que potencialmente el paciente puede conseguir de este entorno cercano además de las enfermedades presentes en el mismo.

En la encuesta se ha preguntado: "¿Opina usted que su médico de consulta habitual conoce bien a su familia?".

♦ **Orientación a la comunidad:** Piedra angular de la APS, esta característica no podía dejarse de considerar en la encuesta ni en esta referencia teórica. Para evaluarla se requieren tres tipos de información:

- 1) Conocer las necesidades de salud de la población.
- 2) Grado de participación de los médicos en los asuntos de la comunidad.
- 3) Grado de participación de la comunidad en los asuntos médicos.

En la encuesta, por la característica intrínseca de esta fuente de información, sólo pudo evaluarse el tercer aspecto para lo que se preguntó: *"¿Su Obra Social le ha realizado alguna encuesta para conocer sus opiniones sobre la atención que se brinda?"* y *"¿Se lo ha invitado a reunirse con los responsables de su Obra Social para conocer sus opiniones y sugerencias?"*.

Nota: Aspectos más específicos de la encuesta pueden consultarse en el espacio destinado a metodología de la misma y una copia de esta puede encontrarse en el anexo I.

► Internaciones por “problemas de salud sensibles a la atención ambulatoria”

Sin llegar a indicadores sanitarios “macro” influidos también por otros niveles asistenciales además del primario, se pueden utilizar una gran cantidad de otros para evaluar con más especificidad los resultados de la Atención Primaria de la Salud. Podríamos por ejemplo tomar: logros alcanzados en prevención no relacionados con enfermedades específicas como el estado de vacunación o la prevalencia del tabaquismo, embarazos no deseados, incidencia de intoxicaciones accidentales, mejora de la calidad de vida por distintas afecciones como asma o artrosis, indicación no apropiada de fármacos, etc. Uno de estos indicadores es el de internaciones por “problemas de salud sensibles a la atención ambulatoria” (hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions).

Los indicadores de actividad hospitalaria como medida indirecta del funcionamiento de la APS vienen siendo utilizados para evaluar el impacto de las reformas sanitarias; el fundamento que sustenta a los mismos es que una elevada capacidad de resolución por parte de la APS, atribuible al incremento de las medidas preventivas así como a las mejoras de los diagnósticos, tratamientos y seguimientos ambulatorios, debería implicar una disminución de los ingresos hospitalarios.

De esta manera nace en España el indicador de hospitalizaciones por “ambulatory care sensitive conditions” como una adaptación transcultural; efectivamente el concepto procede de Estados Unidos dónde en la década de los ochenta se utilizaron una serie de listados de causas de internación que se suponían identificaban internaciones debidas a problemas de accesibilidad a la atención ambulatoria.

Dentro de las patologías que debieran tenerse en cuenta para la confección del mismo deben considerarse aquellas que pueden prevenirse o atenuarse mediante alguna de las intervenciones propias del primer nivel asistencial; así tenemos enfermedades crónicas en las cuales podrían prevenirse las complicaciones agudas (diabetes) o reducirse el número o la duración

hospitalaria (insuficiencia cardíaca), las patologías infecciosas prevenibles por inmunización (difteria, tétanos), las patologías prevenibles por el diagnóstico y tratamiento del precursor de las mismas (fiebre reumática) o procesos que disminuyen su posibilidad de complicarse al hacerse un diagnóstico y tratamiento de los mismos en estadios precoces de su evolución (enfermedad inflamatoria pelviana).

Además al evaluar estas condiciones, deberían considerarse factores que pueden condicionar la hospitalización y que son independientes del desarrollo de los cuidados ambulatorios como son: las características del paciente, la variabilidad de la práctica clínica hospitalaria y las políticas de admisión de los centros.

La revisión bibliográfica evidencia una considerable variación a la hora de seleccionar estas patologías sensibles a los cuidados ambulatorios; la elección de las mismas es quizás el componente más importante para garantizar la fiabilidad del indicador.

En el caso de este trabajo se ha elegido un conjunto de problemas seleccionados por la Agencia de Evaluación de Tecnología de Cataluña.

Metodológicamente se seleccionaron de la bibliografía 87 códigos de diagnóstico distribuidos en 22 grupos de enfermedades, luego se aplicaron los criterios establecidos por Solberg y Weissman a saber:

- 1) Existencia de estudios previos
- 2) Claridad en la definición y codificación del caso
- 3) Tasa de hospitalización $\geq 1/10.000$ habitantes o "problema de salud importante"
- 4) Problema susceptible de ser resuelto en la APS
- 5) Hospitalización necesaria cuando el problema se produce

Luego de aplicados estos criterios, quedaron 35 códigos los que se distribuyeron en 13 grupos de enfermedades. Para determinar el tercer criterio se consultaron las internaciones registradas en Cataluña en el año 1996 y el

cumplimiento de los dos últimos criterios se evaluó a través de un proceso de consenso (método Delphi) con un cuestionario que contenía dos preguntas: A) "¿La prevención, el control y el seguimiento del problema propuesto es función de la APS?" y B) "¿Una vez que el problema de salud propuesto se ha producido es necesaria la internación?".

Los problemas finalmente considerados como sensibles a los cuidados ambulatorios junto con sus respectivos códigos (CIE-9-MC) son listados en la tabla que se presenta en el anexo II del presente documento.

En la región de Cataluña de un número de 1.376.632 de altas hospitalarias de los años 1998 y 1999, **un 8,42% (116.006) entraron en la categoría de internaciones prevenibles**. A su vez un 86,9% de estos problemas de salud sensibles a la atención ambulatoria se agruparon en sólo 4 de las 13 categorías consideradas en el listado a saber: Enfermedad cardiovascular e hipertensión (40,7%), insuficiencia cardíaca (24,8%), neumonía (15%) y pielonefritis aguda (6,4%).

De todas maneras el valor del indicador estriba más que en el valor que alcance estáticamente en un momento dado y en una determinada región, en su evolución a lo largo del tiempo para cada región como expresión del éxito o no que se va consiguiendo en la implantación de un sistema de Atención Primaria.

En definitiva si bien pueden existir resistencias a que indicadores de actividad hospitalaria puedan ser utilizados para evaluar calidad de la APS, las internaciones por problemas de salud sensibles a la atención ambulatoria pueden ser una medida indirecta pero relevante de la capacidad de resolución de la atención primaria cuando la selección del listado de patologías es metodológicamente prolija.

► Obras Sociales Nacionales, Superintendencia de Servicios de Salud y Plan Médico Obligatorio

Obras Sociales Nacionales: Pertenecen al Subsector de la Seguridad Social en donde encontramos, además de las mismas, a las Obras Sociales Provinciales correspondientes a las 24 jurisdicciones y a otras Obras Sociales como las de las Fuerzas Armadas, Policía, Universidades Nacionales, Poder Judicial y Congreso de la Nación. A su vez este Subsector integra junto con el Subsector Público y el Privado, el Sector Salud Argentino.

Las Obras Sociales Nacionales pueden ser definidas como organizaciones públicas no gubernamentales inspiradas en un modelo bismarckiano, así reciben fondos a partir de los aportes de los trabajadores y de las contribuciones de los empleadores administrándolos y realizando los pagos por los servicios médicos que se prestan a sus afiliados, constituyendo lo que se denomina un tercer pagador; en general no han desarrollado capacidad instalada ni contratado planteles propios de profesionales, inclinándose por la contratación de servicios fundamentalmente con el sector privado.

Históricamente comienzan su aparición a través de asociaciones de inmigrantes y gremiales; la profundización del gremialismo durante el primer gobierno peronista aceleró el crecimiento del sector, que sin embargo no tuvo un marco legal hasta la promulgación de la Ley N° 18.610 en 1970 que estableció la obligatoriedad de la cobertura, organizada por rama de actividad, para todos los trabajadores en relación de dependencia y su grupo familiar. En 1971 el sector se amplía mediante la sanción de la Ley N° 18.980 por la que se crean las obras sociales para el personal jerarquizado no incluido en los convenios colectivos de trabajo (Obras Sociales de Dirección) y la Ley N° 19.032 que crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI). Desde 1989 las Leyes N° 23.660 Y 23.661 constituyen las normativas básicas del sistema.

En 1996, el Decreto 141/96 estableció la opción de cambio entre las Obras Sociales sindicales, el Decreto 84/97 estableció que las personas podrían cambiar de obra social una vez al año y el Decreto 638/97 permitió la libre elección entre afiliados de las Obras Sociales de personal de dirección.

Actualmente el sistema de Obras Sociales Nacionales cuenta con 15.037.672 beneficiarios en total, distribuidos en 285 entidades de distinta naturaleza. La clasificación de estas Obras Sociales según su tipología institucional se muestra en la siguiente tabla:

Cantidad de obras sociales del régimen de las leyes 23.660 y 23.661
Agrupadas por tipología institucional e incisos (Art. 1 Ley 23.660)
y número de beneficiarios

Abril 2004

Denominación de las tipologías	Cantidad de obras sociales	Número y porcentaje de beneficiarios
Obras sociales sindicales (inciso a)	201	9.334.483 (65,9%)
Obras sociales de Personal de Dirección (inciso e)	25	741.753 (21,15%)
Entidades creadas o a crearse que tengan como fin lo establecido en la ley (inciso h)	21	874.587 (6,18%)
Obras sociales por convenio empresa-sindicato (inciso f)	15	54.572 (0,39%)
A.D.O.S. (Asociaciones de O. Sociales) (inciso h)	13	66.376 (0,47%)
Obras sociales Ley 21.476 (inciso f)	3	19.049 (0,13%)
Obras sociales adheridas. Municipalidades de la Provincia de Buenos Aires (inciso h)	3	23.851 (0,17%)
Obras sociales estatales (inciso e)	2	31.468 (0,22%)
Obras sociales de empresas (inciso f)	1	6.353 (0,04%)
Instituto de Administración mixta (inciso b) (INSSJyP)	1	2.981.093 (21,15%)
TOTAL	285	14.133.585 (100%)

Fuente: Registro Nacional de Obras Sociales - Superintendencia de Servicios de Salud al 27/5/04.

Nota: El número total de beneficiarios no coincide con el actual por tratarse de estadísticas más antiguas (2004).

Los beneficiarios actuales pueden agruparse en las categorías expuestas en la tabla subyacente.

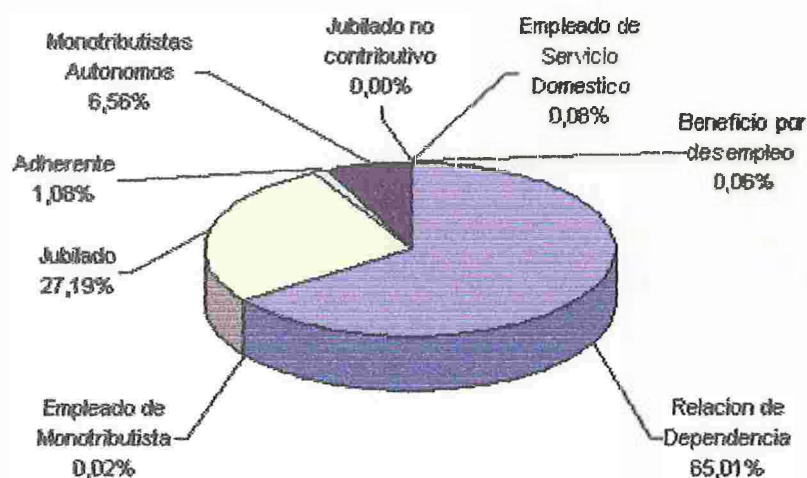
DISTRIBUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE LAS OBRAS SOCIALES NACIONALES

<i>Tipo de beneficiario</i>	<i>Cantidad Total</i>
Relación de Dependencia	10,859,784
Empleado de Monotributista	17,912
Jubilado	3,016,583
Adherente	155,063
Monotributistas Autónomos	923,724
Empleado de Servicio Domestico	19,289
Jubilado no contributivo	64
Beneficio por desempleo	45,253
Total	15,037,672

Fuente: Datos publicados en la página web de la Superintendencia de Servicios de Salud

Estos datos también pueden mostrarse en forma de gráfico, a saber:

DISTRIBUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE LAS OBRAS SOCIALES NACIONALES



Fuente: Datos publicados en la página web de la Superintendencia de Servicios de Salud

Existe una fuerte concentración de estos afiliados en la Provincia de Buenos Aires y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como lo muestra la siguiente tabla:

DISTRIBUCIÓN DE LOS AFILIADOS DE OBRAS SOCIALES NACIONALES SEGÚN DISTRITO

<i>Provincia</i>	<i>Cantidad de titulares</i>	<i>Cantidad de familiares</i>	<i>Total de beneficiarios</i>
BUENOS AIRES	3,102,749	2,307,456	5,410,205
CAPITAL FEDERAL	1,280,610	804,506	2,085,116
CATAMARCA	54,361	41,565	95,926
CHACO	84,498	107,395	191,893
CHUBUT	102,753	103,576	206,329
CORDOBA	601,878	482,542	1,084,420
CORRIENTES	98,900	117,286	216,186
ENTRERIOS	195,035	178,800	373,835
FORMOSA	29,454	33,900	63,354
JUJUY	75,375	101,476	176,851
LA PAMPA	60,121	59,575	119,696
LA RIOJA	41,476	50,088	91,564
MENDOZA	278,277	248,041	526,318
MISIONES	116,672	162,679	279,351
NEUQUEN	76,872	70,511	147,383
NO IDENTIFICADA	1,220,780	95,048	1,315,828
RIONEGRO	115,730	114,055	229,785
SALTA	125,249	167,886	293,135
SAN JUAN	82,724	84,553	167,277
SAN LUIS	59,981	63,911	123,892
SANTA CRUZ	40,633	40,644	81,277
SANTA FE	660,292	529,826	1,190,118
SANTIAGO DEL ESTERO	70,629	73,403	144,032
TIERRA DEL FUEGO	29,902	26,462	56,364
TUCUMAN	178,047	189,490	367,537
Totales	8,782,998	6,254,674	15,037,672

Fuente: Datos publicados en la página web de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Es de destacar las fuertes diferencias en el tamaño de estos agentes, así diez de ellos suman el 51,48% del total de afiliados del sector.

En cuanto al financiamiento, el mismo se efectúa a través del aporte por parte de los trabajadores en relación de dependencia del 3% de sus remuneraciones y de la contribución, por parte de los empleadores, de un 6% sobre las remuneraciones del empleado. De este monto un 85% o 90% (según el sueldo del trabajador sea inferior o superior a \$1000) se orienta directamente a la Obra Social y el 10% o 15% restante pasa al Fondo Solidario de Redistribución (FSR); en el caso específico de las Obras Sociales de Dirección, los porcentajes destinados al FSR serán del 15% al 20% respectivamente. La Administración Nacional de Ingresos Públicos (AFIP) es la encargada de recaudar y derivar estas cotizaciones. Los fondos del FSR son utilizados para garantizar un piso mínimo de ingreso a todas las obras sociales por afiliado (subsidio automático); además el FSR permite la cobertura de patologías de alta complejidad y otras de baja incidencia y alto costo y el mantenimiento de la Superintendencia y de la Administración de Programas Especiales.

El sector atraviesa desde hace algunos años dificultades económicas las que son fruto de las condiciones generales del país (devaluación con aumento de los insumos importados, desempleo, morosidad en los aportes) y de condiciones desfavorables específicas del sector como la de tener una financiación en base a nóminas salariales y no en cálculos con base actuarial que reflejen el costo esperado de la atención médica, por lo que no existe vínculo entre los recursos de cada agente y sus probables egresos; además se ha producido la incorporación de regímenes especiales como los de servicio doméstico y monotributistas que han agravado la situación ya que los aportes no guardan relación con el costo del PMO, no se derivan al FSR y no son progresivos (en el caso de monotributistas), además de que en ambos casos no se exige certificación de actividad estimulándose entonces el "abuso moral".

A estas dificultades financieras ciertas hay que agregar, como causas de las dificultades económicas del sector, la gestión deficiente de muchas de estas organizaciones y hechos de corrupción.

Superintendencia de Servicios de Salud: Este organismo es creado por el Decreto 1615/96 siendo una fusión de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) (Ley 23.661), el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) (Ley 18.610) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) (Ley 23.660).

Funciona como organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional en jurisdicción del Ministerio de Salud y Medio Ambiente con personalidad jurídica y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera.

Su misión "es supervisar, fiscalizar y controlar a las Obras Sociales y a otros agentes del Sistema, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar las prestaciones de salud establecidas en la legislación".

Sus objetivos, según se establece en su tercera carta compromiso, son:

- ◆ ***"Dictar las normas para regular y reglamentar los servicios de salud"***
- ◆ ***Controlar el funcionamiento de las Obras Sociales y de otros Agentes del Seguro de Salud, de los prestadores intervinientes y de toda otra entidad prestadora financiadora de prestaciones médico-asistenciales que se incluyan.***
- ◆ ***Aprobar el ingreso de las entidades al Sistema.***
- ◆ ***Aprobar el Programa de Prestaciones Médico Asistenciales de los Agentes y controlar el Presupuesto de Gastos y Recursos para su ejecución.***
- ◆ ***Asegurar y controlar la Opción de Cambio de Obra Social de los beneficiarios del Sistema.***
- ◆ ***Controlar el funcionamiento correcto del mecanismo de débito automático desde la recaudación de las Obras Sociales hacia los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizado.***
- ◆ ***Garantizar el respeto y la promoción de los derechos de los beneficiarios del Sistema."***

En el organigrama existe un primer nivel luego del Superintendente conformado por la Gerencia General, la Unidad de Auditoría Interna y la Secretaría General, luego tenemos otro nivel conformado por otras cinco gerencias con las correspondientes subgerencias a saber: Gerencia de Control Económico-Financiero, de Control Prestacional, de Servicios al Beneficiario, de Gestión Estratégica y de Asuntos Jurídicos; finalmente tenemos tres sugerencias además de las correspondientes a las gerencias mencionadas a saber: Subgerencia de Administración, de Recursos Humanos y Organización y de Informática.

Este organismo tiene expuesta en su página web la tercera versión de su "Carta Compromiso con el Ciudadano", en la misma y en el espacio destinado a los **derechos de los beneficiarios** se mencionan los siguientes puntos:

"A acceder como mínimo a un conjunto de servicios de prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de carácter obligatorio dentro del modelo de atención primaria de la salud y conforme a la normativa vigente"

"A que se implementen los programas de prevención".

Por otra parte dentro de la referida "Carta Compromiso" se expone como un logro alcanzado lo siguiente:

"Cambio de un modelo predominantemente regulador a un modelo organizacional preventivo y proactivo. La decisión de la Superintendencia, principalmente después de la devaluación de 2001, es adelantarse a los acontecimientos, poder prever escenarios futuros y estar preparada para las nuevas necesidades".

Programa médico obligatorio (PMO): Podríamos decir que éste es el punto de encuentro entre la teoría ya desarrollada sobre la Atención Primaria de la Salud y las Obras Sociales Nacionales en la medida que el PMO, como su nombre lo indica ("programa"), debería ser la herramienta estratégica para guiar a los agentes del sector hacia los objetivos declarados de fortalecimiento de la APS.

Históricamente la facultad para armar una canasta de prestaciones fue legislada en 1988 a través de las leyes 23.660 y 23.661. Sin embargo no es sino hasta 1993 con el Decreto 576 que posteriormente da lugar a la Resolución Ministerial 247/96 en que esto se materializa. Este primer PMO presentaba ambigüedades y falta de precisiones por lo que se prestaba a múltiples interpretaciones por lo que posteriormente presenta una serie de modificaciones y especificaciones destacándose las realizadas por la Resolución 939/00 del Ministerio de Salud.

Con la llegada de la emergencia sanitaria se promulga la Resolución 201/02 del Ministerio de Salud que establece el llamado Plan Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) que está vigente en nuestros días con algunos cambios realizados con posterioridad a la resolución mencionada en último término, dentro de los cuales se destaca la Resolución del Ministerio de Salud y Ambiente 310/04 referida principalmente a la cobertura farmacológica (se incorpora un descuento del 70% sobre precio de referencia para algunos tratamientos crónicos).

Con respecto a las distintas versiones del PMO, transcribo a continuación los siguientes párrafos que permiten demostrar la orientación teórica ya referida hacia la Atención Primaria de la Salud.

Resolución 939/2000:

*"Que la solución está planteada en los términos de la prevención, del rigor científico que sustenta las prácticas a financiar y, **fundamentalmente, del Modelo de Atención.**"*

"Que este modelo debe poseer un sistema de atención integrado donde lo multidisciplinario sea superado por lo interdisciplinario y donde, además de tratar eficientemente la enfermedad, se aproveche cada oportunidad de contacto para instaurar el hábito de la prevención".

*"Que dentro de la **Atención Médica Primaria** resulta fundamental la presencia palpablemente cercana de un médico que inicie, conduzca y sostenga el proceso del cuidado y de la recuperación de la salud. Este médico debe tener sus raíces en el clásico Médico de Familia, en el conocimiento universalista e interrelacionante de las especialidades del Clínico, en la visión ampliada que introdujeron los Médicos Generalistas y en el concepto y metodología de la moderna Medicina Familiar. Debe poseer fundamental y*

excluyentemente una pericia, necesaria en todas las ramas de la Medicina pero distintiva, definitoria y paradigmática de este rol: ser un experto en la relación médico-paciente”.

“Que desde ese vínculo, terapéutico en si mismo y potenciador de todos los esquemas sanitarios, desde una aptitud ligada a una sólida formación en medicina general y desde una actitud de compromiso y acercamiento con la población a su cargo, se convierte en la referencia para los temas de Salud de una familia.”

“Que la implementación de este Modelo de Atención busca desarrollar una tarea asistencial eficiente que se destaque por su respeto hacia los pacientes, unir a la clásica actitud médica asistencial un accionar preventivo con participación de los destinatarios, la existencia cierta y palpable de responsables de la atención, integrar los niveles de atención y lograr el mejor aprovechamiento del recurso económico disponible”.

Resolución 201/2002

“Se reafirma el principio de que este Programa Médico Obligatorio está basado en los principios de la atención primaria de la salud, entendiendo a la misma no sólo como la cobertura para el primer nivel de atención, sino y fundamentalmente como una estrategia de organización de los servicios sanitarios”.

*“Por tanto se sostienen los principios de privilegiar la preservación de la salud antes que las acciones curativas, y por tanto reforzar los programas de prevención. Brindar una cobertura integral, es decir un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud. Asegurar un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria. Proveer de cuidados continuos a los beneficiarios, **privilegiando la atención a partir de un médico de familia** que sea el responsable de los cuidados de los beneficiarios.”*

UNIVERSIDAD ISALUD
BIBLIOTECA

DESARROLLO: RESULTADOS

➤ Análisis del PMO en cuanto a su orientación a la atención primaria

*Programa: • “Serie ordenada de operaciones necesarias para llevar a cabo un proyecto”.
(Diccionario de la Real Academia Española)*

Los comentarios siguientes están basados básicamente en la Resolución del Ministerio de Salud 201/2002, de la misma surge el programa médico obligatorio que está vigente en nuestros días y que se conoce como Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE); si bien es cierto que una resolución posterior (310/04) estableció modificaciones en el mismo, sólo lo hizo en lo referente a la inclusión del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673) y en lo que respecta al agregado de la cobertura del 70% para medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes; con posterioridad a esta última resolución (310) hubo también otras modificaciones de menor cuantía e irrelevantes a los fines del presente trabajo.

Como se mencionó, en la resolución 201/02 se hace mención en el punto 1 del Anexo I que la Atención Primaria de la Salud debe ser el eje del sistema:

“Se reafirma el principio de que este Programa Médico Obligatorio está basado en los principios de la atención primaria de la salud, entendiéndolo a la misma no sólo como la cobertura para el primer nivel de atención, sino y fundamentalmente como una estrategia de organización de los servicios sanitarios.”

Para evaluar en qué medida y bajo este marco teórico la normativa vigente permite orientar en la concreción de esta estrategia a los Agentes del Seguro Nacional de Salud he considerado cuatro áreas de análisis a saber:

- ✓ Modelo de atención propuesto con especial énfasis en el **primer contacto**.
- ✓ Inclínación de la normativa hacia la **promoción y prevención** más que a los aspectos restaurativos.
- ✓ Facilidad para el acceso a **medicamentos esenciales**.
- ✓ Orientación de la normativa a propiciar la **participación de los beneficiarios** en la decisiones de los distintos Agentes.

Se han incluido estas áreas de análisis por formar parte de la esencia de la estrategia de la APS.

Modelo de atención: En la resolución 201/02 y con respecto a este ítem se menciona:

“Proveer de cuidados continuos a los beneficiarios, privilegiando la atención a partir de un médico de familia que sea el responsable de los cuidados de los beneficiarios, y donde los mismos tengan el derecho a conocer el nombre de su médico, así como los demás proveedores de servicios obligándose a conocer y acompañar en forma integral a los pacientes en el cuidado de su salud la recuperación de la misma y la rehabilitación.”

Más allá de las dificultades de interpretación del párrafo precedente debidas a errores de redacción resulta claro que la definición del modelo de atención es más bien genérica, interpretándose (y así lo han hecho la mayoría de las Obras Sociales) que adoptar un modelo centrado en un médico referente que actúe como primer contacto y en el seguimiento posterior es más una sugerencia que una obligación. En este sentido la resolución previa (939/00) era mucho más precisa y contundente ya que obligaba a los agentes del sistema a incorporarse paulatinamente a este modelo a razón del 20% de su población por año, definía con mucha más amplitud los roles del médico referente, además se definía para cada médico referente una población no mayor de 1000 afiliados y una remuneración no basada en el pago por acto médico. A continuación se transcribe el párrafo de la Resolución 939 al que se hace referencia y que se encuentra en el Anexo I, punto 1.2 .

"Los Agentes del Seguro deberán implementar un modelo de atención que incluya:

*A) Un profesional que cumpla el rol de **médico de la familia**, que, por convertirse en el referente de todos los temas de Salud, funcionalmente se denomina Médico Referente (MR). Será seleccionado por poseer una sólida formación en medicina general y un excelente manejo de la relación médico-paciente. Calificarán particularmente los médicos que hubieran participado en programas de capacitación y reconversión profesional para Atención Primaria de la Salud. El Médico Referente desarrollará las siguientes tareas:*

- a) Constituirse en el responsable de la atención de un grupo poblacional asignado.*
- b) Ser puerta de Entrada al Sistema de Atención programada y realizar el encuadre general del paciente, organizar el proceso de estudio y tratamiento, solicitar la interconsulta especializada, recibir la opinión del especialista consultado y dar continuidad a la atención.*
- c) Realizar el seguimiento horizontal y vertical de la atención de la población bajo su responsabilidad.*
- d) Efectuar acciones de promoción y educación que tiendan a generar hábitos en el cuidado de la salud en cada oportunidad de contacto.*
- e) Participar en los programas generales de prevención.*
- f) Ofrecer un diagrama horario de atención en consultorio que garantice la obtención de turnos programados dentro de los tres días hábiles de la solicitud.*
- g) Realizar atención en domicilio en forma programada garantizando la unidad y continuidad de la atención.*
- h) Visitar a los internados a efecto de acompañar al paciente en la internación, contener a él y su familia, relacionarse con los médicos responsables de la atención en la internación volcando su conocimiento sobre los antecedentes del paciente, observar la calidad de la atención y efectuar las sugerencias que fueran necesarias.*
- i) Participar en las reuniones que el Agente del Seguro convoque para evaluación y control de la evolución del modelo asistencial implementado.*
- j) Desarrollar acciones de anticipación a la demanda buscando vincularse con el segmento de población a cargo que no requirió de sus servicios en base a las estrategias diseñadas por el Agente del Seguro.*
- k) Interactuar con los demás profesionales del sistema centralizando la información a efecto de poder mantener actualizada la Historia Clínica Familiar Única y dar continuidad al proceso asistencial.*

***B) Un Equipo Base de Atención Médica Primaria (EBAMP).** Es la estructura básica organizativa y funcional que desarrolla en forma continua y compartida las actividades de la Atención Primaria de la Salud, se interrelaciona con el resto de los niveles de atención, garantizando que la asistencia sea integral e integrada. Es pilar fundamental y responsable de la ejecución y éxito de la prevención, preocupación máxima del Modelo de Atención de la Salud.*

***Esta integrado por el MR, un Pediatra y un Ginecólogo** específicamente asignados como equipo para una población determinada. El MR actúa como coordinador del mismo. Participan en forma conjunta en el proceso de atención y en la ejecución de los Programas de Prevención. Los beneficiarios accederán en forma directa a estos profesionales.*

1.2.1.-NORMAS GENERALES

Los MR tendrán una población a cargo asignada no mayor a 1000 personas. Su remuneración no debe basarse en el pago por acto médico. El acceso a los integrantes del Equipo Base de Atención Primaria debe garantizar la obtención de turnos dentro de los tres días hábiles de la solicitud. Los Agentes del Seguro deberán incorporar a este sistema como mínimo al 20% de su población beneficiaria por año en los siguientes cuatro años contados a partir de la vigencia de esta resolución. Los beneficiarios no ingresados a este modelo de atención, accederán a la consulta médica general y especializada de la misma forma que lo ha hecho hasta el presente y continuarán abonando los mismos valores de coseguro en consulta médica estipulados en la Res. 247/96 MsyAS."

De la comparación de ambas normativas resulta evidente, como se ha comentado, la falta de precisión de la actualmente vigente.

Como ha sido expuesto en el marco teórico, el primer contacto con un médico con una visión generalista se asocia a menores costos y sobre todo a mejores resultados sanitarios; además las distintas características de la APS están íntimamente relacionadas siendo que al afectarse a esta primera característica (primer contacto) se afectan simultáneamente a las demás, derrumbándose por lo tanto toda la estrategia.

Concientes de las consecuencias que esta definición "a medias tintas" produjo en el sector, se expuso a modo de justificativo que no habían recursos humanos disponibles ya que no eran tantos los especialistas en medicina general o familiar como para cubrir todas los cargos de médicos de cabecera.

Nuevamente refiriéndome a la Resolución 939/00 no consta en la misma una obligación taxativa para que los médicos referentes tengan título de especialista en medicina general o familiar incluso nótese en el párrafo transcrito que se habla de médico de la familia y no de familia; es más al hablarse del médico referente como un integrante de un "Equipo Base de Atención Médica Primaria" junto con el médico pediatra y el ginecólogo, se están abriendo claramente las puertas a los médicos clínicos siendo conocido que esta especialidad es una de las más superpobladas en nuestro Sistema de Salud.

Por otra parte, en la normativa referida (939) y como fue mencionado, se propone una incorporación progresiva al modelo dándose por lo tanto tiempo para la incorporación del recurso humano necesario.

Incluso pensando desde una lógica de mercado, es más factible que se produzca un crecimiento en el número de médicos generalistas y/o de familia si existe un claro estímulo para ello que devenga de una oferta laboral concreta, en efecto parece esto más factible que esperar a que primero se formen médicos con el perfil deseado para luego ofrecerles trabajo.

Es bueno por último recordar que durante muchos años las farmacias estuvieron en manos de "idóneos", los mismos fueron posteriormente y progresivamente reemplazados por los farmacéuticos en la medida en que estos fueron completando su formación académica; de igual forma podría pensarse como médicos referentes inicialmente a médicos clínicos ("serían actualmente como los idóneos") para posteriormente ir reemplazando a los mismos por profesionales con específica formación en el área.

Promoción y prevención: En el "Visto" de la Resolución que sirve de base para el presente análisis (201/2002) se expresa en relación al tema de la prevención lo siguiente:

"Que la falta de inversión en los programas de atención primaria de la salud y la prevención sobre los grupos vulnerables provocan mayores gastos en enfermedades catastróficas y mayor morbimortalidad sobre afecciones evitables."

"Que se deben priorizar las políticas de prevención de la enfermedad por sobre las acciones curativas basadas en las distintas características sociodemográficas que tienen cada una de las poblaciones de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud."

Sin embargo de los 160.373 caracteres que conforman la mencionada resolución solo 2.393 (1,49%) hacen referencia directamente a temas de prevención o lo que es lo mismo sólo se destina a la prevención (a la que supuestamente se ha privilegiado) menos de media carilla en un documento que consta de 35 carillas.

En el escaso espacio destinado a este ítem se hace referencia, sin mayor desarrollo, al Plan Materno Infantil, a la atención del recién nacido, a los programas de prevención de cánceres femeninos y a la odontología preventiva; por lo demás solo se menciona la necesidad de que cada agente desarrolle e informe otros programas preventivos teniendo en cuenta sus particulares características sociodemográficas sin hacerse mayores precisiones al respecto.

Lo poco que se menciona sobre promoción y prevención es nuevamente una expresión de buenas intenciones más que una normativa clara y específica que ayude y al mismo tiempo imponga a los Agentes del Sistema el desarrollo de acciones orientadas al objetivo preventivo buscado.

Debemos esperar a la posterior resolución 310/04 para que se agregue, en el marco del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, la obligatoriedad de brindar un programa de salud sexual a los afiliados aunque sin definirse requisitos básicos.

Nuevamente y volviendo a la previa Resolución 939/00 debemos destacar que la misma por lo menos había logrado avanzar en proponer una metodología para el control periódico de salud, para el seguimiento del embarazo y del niño hasta el primer año de vida y para el diagnóstico precoz del cáncer de mama y de cuello uterino, aunque no consta el carácter obligatorio de estas sistematizaciones.

Siendo que la OMS ha mencionado que el 80% de la enfermedad arterial coronaria, el 90% de los casos de diabetes tipo 2 y 1/3 de los cánceres pueden evitarse con actividad física, con una alimentación saludable y con el abandono del tabaco, resulta llamativo que no se haga referencia alguna a estas prácticas preventivas de tan alto impacto.

Específicamente en relación al tabaquismo y habiendo la reciente Guía Nacional de Tratamiento confirmado la utilidad de tratamientos como el psicosocial, con bupropión y con sustitutos de nicotina, llama la atención la no cobertura obligatoria de ninguno de estos tratamientos por parte de los Agentes del Seguro de Salud bajo el área de influencia de la Superintendencia.

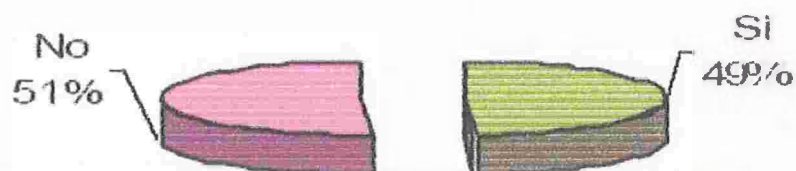
En definitiva parece más que necesario, si se quiere orientar al subsector hacia la estrategia de la APS, definir una "canasta básica de prevención" con carácter obligatorio para los agentes, especificar detalladamente metodologías de implementación y control y definir políticas de incentivos para las instituciones cumplidoras. Con respecto a este último aspecto señalado cabe recordar que actualmente se cubren a través de la APE costosos tratamientos para muchas enfermedades que tienen formas de prevención eficaces, importando más la prolijidad administrativa que la voluntad preventiva de los agentes a la hora de otorgar estos subsidios.

Acceso a medicamentos esenciales: Este punto es quizás uno de los pocos en donde la normativa actual supera a la que ha sido motivo de constante comparación (939/00); efectivamente con el agregado del descuento del 70% para algunos medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes (Resolución 310/2004) y la cobertura del 100% de algunos tratamientos anticonceptivos (Ley 25.673) se ha conseguido mejorar el acceso de los beneficiarios del sistema a dichos tratamientos.

De todas maneras debemos señalar que la existencia de una normativa no es necesariamente sinónimo de cumplimiento de la misma y que por lo tanto la sanción de ésta debe ir acompañada de un marco reglamentario asociado que permita su correcta efectivización en la práctica.

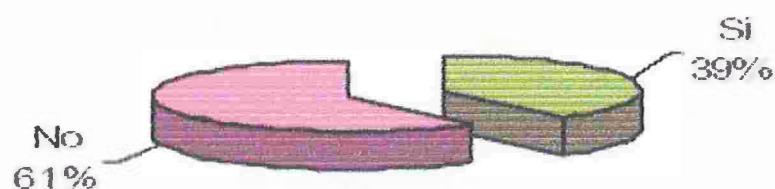
En relación a este tema se exponen los siguientes resultados publicados por la Superintendencia y que fueron obtenidos de una encuesta a beneficiarios ("Estudio de Valoración sobre el Sistema Nacional de Obras Sociales") correspondiente al año 2004,debiéndose aclarar que la metodología de realización de la misma no permite generalizar los resultados ya que estos fueron obtenidos a partir de un muestreo del Gran Buenos Aires y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires pudiéndose presumir que en poblaciones del interior podrían existir diferencias importantes en las opiniones obtenidas

**CONOCIMIENTO DEL AUMENTO EN LOS DESCUENTOS EN
MEDICAMENTOS PARA LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS MÁS
FRECUENTES**



FUENTE: Estudio de Valoración sobre el Sistema Nacional de Obras Sociales.
Superintendencia de Servicios de Salud. Año 2004.

**CONOCIMIENTO DE PRECIOS DE REFERENCIA PARA LOS MEDICAMENTOS
CON COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL**



FUENTE: Estudio de Valoración sobre el Sistema Nacional de Obras Sociales.
Superintendencia de Servicios de Salud. Año 2004.

A partir de esta información puede deducirse la necesidad de mejorar el nivel informativo de los afiliados, sin embargo no se ha detectado en el PMO analizado una normativa que obligue a los Agentes del Sistema a brindar este tipo de información en tiempo y forma a sus afiliados a pesar de los resultados de las encuestas mencionadas y a pesar de que la Superintendencia en su Tercera Carta Compromiso con el Ciudadano reconoce como derecho de los beneficiarios el "acceso a información detallada y suficiente sobre la normativa emitida por la Superintendencia".

Por otra parte y desde mi perspectiva asistencial he notado con no poca frecuencia que algunas Obras Sociales utilizan vademécums con nombre comercial no estando incluidas todas las marcas, lo que desvirtúa la Ley de Promoción de la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico (Ley 25.649) y además atenúa el impacto positivo del mayor descuento para tratamientos crónicos; a pesar de lo evidente de esta situación tampoco hay en el PMO una prohibición taxativa para este tipo de maniobras si bien el espíritu de la normativa es contrario a las mismas.

Frecuentemente y también desde mi perspectiva asistencial se aprecia que algunos agentes del seguro exigen complejos trámites para acceder a estos descuentos lo que termina desalentando a los beneficiarios, por lo que resulta necesario y aún no se ha efectivizado, consensuar una metodología uniforme para todo el Subsector y asegurar su cumplimiento.

Además en cuanto a la aplicación práctica del descuento del 70% me parece que la normativa vigente (Resolución del Ministerio de Salud 82/2005), que se expone a continuación, entra en contradicción con el espíritu de favorecer la orientación hacia marcas de menores precios con el fin de permitir una mejor regulación del mercado.

"Art. 3º — Sustitúyese el Artículo 8º de la Resolución Nº 758/04-MS, que quedará redactado de la siguiente manera: "ARTICULO 8º — En aquellos supuestos en que el Precio de Venta al Público sea igual o menor al Precio de Referencia, el Monto Fijo a abonar por el Agente del Seguro de Salud será igual al 70% del Precio de Venta al Público del producto de menor valor entre los del mismo principio activo, forma farmacéutica, concentración y presentación."

Par explicar este punto se tomará como ejemplo la droga amiodarona en su presentación de 200 miligramos en envases de 20 comprimidos. El listado de las marcas comerciales se expone a continuación:

AMIODARONA: MARCAS COMERCIALES, PRECIO DE LISTA Y COBERTURA POR LAS OBRAS SOCIALES PARA LA PRESENTACIÓN DE 20 COMPRIMIDOS DE 200 MILIGRAMOS

<i>Nombres Comerciales</i>	<i>Genérico</i>	<i>Presentación</i>	<i>Laboratorio</i>	<i>Precio</i>	<i>Cobertura de la O.S.</i>
BATMOTROPIN	amiodarona	<u>comp.x 20</u>	Bagó	\$ 10,35	\$ 7,25
AMIOCAR	amiodarona	<u>200 mg comp.x 20</u>	Klonal	\$13,80	\$ 9,45
AMIODARONA DUNCAN	amiodarona	<u>200 mg comp.x 20</u>	Duncan	\$12,80	\$ 7,25
AMIODARONA FABRA	amiodarona	<u>200 mg comp.x 20</u>	Fabra	\$13,90	\$ 9,45
CARDANTILAN	amiodarona	<u>comp.x 20</u>	Gador	\$ 20,32	\$ 9,45
AMIODARONA LACEFA	amiodarona	<u>200 mg comp.x 20</u>	Lacefa	\$10,95	\$ 7,25
AMIODARONA NORTHIA	amiodarona	<u>200 mg comp.x 20</u>	Northia	\$11,80	\$ 7,25
ATLANSIL	amiodarona	<u>comp.x 20</u>	Roemmers	\$14,85	\$ 9,45
RITMOCARDYL	amiodarona	<u>200 mg comp.x 20</u>	Sanofi-Synthelab	\$ 14,72	\$ 9,45
CORONOVO	amiodarona	<u>comp.x 20</u>	Sandoz	\$ 13,88	\$ 9,45
ANGOTEN	amiodarona	<u>200 mg comp.x 20</u>	Microsules Arg.	\$11,95	\$ 7,25
MIOTENK	amiodarona	<u>200 mg comp.x 20</u>	Biotenk	\$ 12,30	\$ 7,25
AMIODARONA VANNIER	amiodarona	<u>200 mg comp.x 20</u>	Vannier	\$13,90	\$ 9,45

FUENTE: Superintendencia de Servicios de Salud

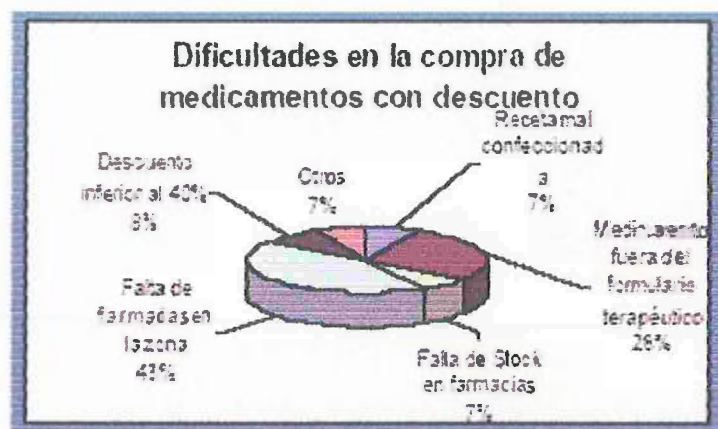
Nótese que si uno decide elegir Amiodarona Duncan debe pagar\$ 5,55 (\$ 7,25 de\$ 12,80 a cargo de la Obra Social) en tanto que si compra Amiodarona marca Amiocar (más cara que Amiodarona Dunacan) debe pagar\$ 4,35 (\$ 9,45 de \$13,80 a cargo de la Obra Social),es decir se termina pagando más por un medicamento con un precio de lista menor como fruto de la aplicación de la normativa conforme a la resolución 82/05 ya transcripta.

Tenemos en definitiva una Resolución (310/04) que ha intentado avanzar sobre el acceso a los medicamentos (y sin duda lo ha logrado) pero cuyos efectos beneficiosos han sido atenuados al no tenerse en cuenta y por lo tanto no haberse normatizado distintos aspectos de su aplicación en la práctica.

Más allá del descuento del 70% para tratamientos crónicos, queda claro que no todos los medicamentos esenciales son de uso crónico sino que algunos que pueden entrar en esta categoría son usados para patologías agudas tal es el caso por ejemplo del hierro, las sales de rehidratación oral, algunos analgésicos y antifebriles y algunos antibióticos entre otros. Aparece entonces cierta falta de criterio en la cobertura teniendo en cuenta el aspecto anteriormente comentado; así por ejemplo, las sales de rehidratación oral tienen la misma cobertura que el metilbromuro de homatropina (40%), menor cobertura que el metotrexato (70%) y aún menor que la teicoplanina (100%) siendo discutible esta forma de jerarquizar el acceso por lo menos si se intenta hacerlo con un criterio epidemiológico como lo propone la estrategia de la APS. Parecería lógico plantear un esquema de mayor cobertura con un criterio similar al utilizado en el Plan Remediar en donde se incluyen tanto tratamientos agudos y crónicos de primera necesidad y de uso frecuente.

Un aspecto en el que también se advierte falta de normatización por parte del PMO es en el de garantizar a los afiliados el acceso a las farmacias, así como tampoco se garantiza que las mismas (al menos las que deseen trabajar para el subsector) actúen adecuadamente. Así es frecuente escuchar a los afiliados decir que para obtener descuentos hay que trasladarse a farmacias contratadas muy alejadas siendo que hay abundancia de farmacias, por lo menos en el Gran Buenos Aires y en la Ciudad Autónoma y que a menudo estas no disponen de un stock adecuado de medicamentos sospechándose, en el primer caso, que se intenta generar una barrera para el consumo y, en el segundo caso, que tal supuesta falta de stock no es más que una manera de direccionar el consumo hacia ciertas marcas. En el "Estudio Permanente de Satisfacción de los Beneficiarios del Sistema Nacional de Seguro de Salud" correspondiente al año 2004 aparecen las dificultades señaladas en el párrafo precedente como se muestra a continuación:

DIFICULTADES EN LA COMPRA DE MEDICAMENTOS CON DESCUENTO PARA LOS BENEFICIARIOS DE LAS OBRAS SOCIALES NACIONALES

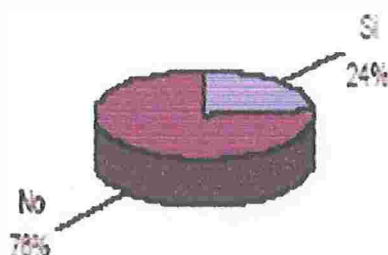


Fuente: Estudio Permanente de Satisfacción de los Beneficiarios del Sistema Nacional de Seguro de Salud. Superintendencia De Servicios de Salud. Año 2004

Obsérvese que en poco menos de la mitad de los casos con dificultades (43%), éstas se deben a la falta de farmacias en la zona y que en un 7% de los casos se menciona la falta de stock en las farmacias.

En resumen, si bien es claro un mejor acceso a los medicamentos por parte de los beneficiarios del Subsistema, aún se está lejos de la meta de acceso global como lo demuestra el gráfico de la página siguiente donde se observa que alrededor de un cuarto de los beneficiarios, o sea aproximadamente 3.750.000, tienen dificultades en la compra de medicamentos con descuento. Modificaciones en el PMO como las comentadas son necesarias para reorientar al Subsector en este sentido.

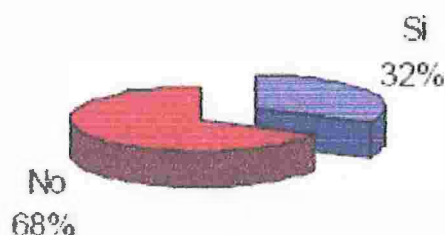
**EXISTENCIA DE DIFICULTADES PARA LA COMPRA DE
MEDICAMENTOS CON DESCUENTO EN LAS OBRAS SOCIALES
NACIONALES**



Fuente: Estudio Permanente de Satisfacción de los Beneficiarios del Sistema Nacional de Seguro de Salud. Superintendencia De Servicios de Salud. Año 2004

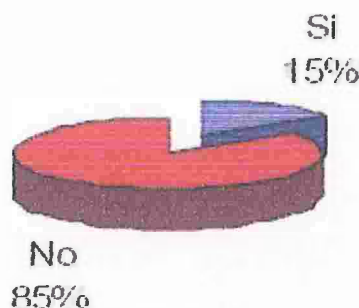
Participación de los beneficiarios: Como se muestra en los gráficos siguientes correspondientes al referido "Estudio de Valoración sobre el Sistema Nacional de Obras Sociales (año 2004)" la participación de los beneficiarios es escasa:

¿USTED CREE QUE EXISTEN SUFICIENTES CANALES DE PARTICIPACIÓN A TRAVÉS DE LOS CUALES LOS BENEFICIARIOS PUEDEN EXPRESAR SU OPINIÓN SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA OBRA SOCIAL?



Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud. Estudio de Valoración sobre el Sistema Nacional de Obras Sociales (año 2004).

EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿LA OBRA SOCIAL TOMÓ CONTACTO PARA CONOCER
LA OPINIÓN SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS?



Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud. Estudio de Valoración sobre el Sistema Nacional de Obras Sociales (año 2004).

Pese a ser la participación de la comunidad una piedra angular de la estrategia de la atención primaria de la salud y siendo la misma escasa entre los Agentes del Seguro Nacional de Salud como lo demuestran los gráficos precedentes, llama la atención que no haya ninguna normativa en la Resolución actualmente vigente (201/2002) destinada a garantizar este aspecto; además la participación de los beneficiarios ni siquiera figura como sugerencia en los considerandos teóricos del referido PMOE.

Conclusión: En definitiva y volviendo al significado del término “programa”, parece evidente a partir del análisis realizado que el referido vocablo no es utilizado aquí en su acepción más amplia (la que se ha transcripto al inicio del presente capítulo); efectivamente el PMOE se asemeja más a un “catálogo de prestaciones” que a un proyecto ordenado de actividades que permita llevar a los Agentes del Subsistema al logro en la práctica del objetivo teórico propuesto.

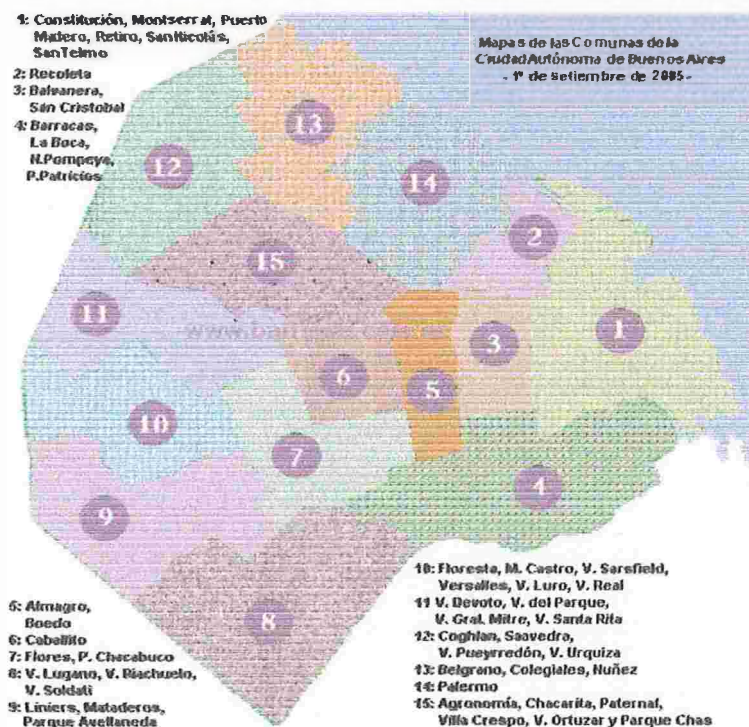
Como aporte adicional a esta disquisición semántica, no sólo es discutible el uso del término “programa” sino que también considero que no es “médico” ni tampoco “obligatorio”.

En efecto, están incluidas en el mismo un conjunto de actividades sanitarias que no son específicamente médicas, siendo el uso de este término probablemente un resabio involuntario del tradicional modelo médico hegemónico y por otra parte muchas definiciones se expresan más como una sugerencia que como una obligación.

➤ Encuesta a afiliados sobre la consecución de las características de la atención primaria (metodología y resultados)

Metodología: Se encuestó a ciudadanos que concurrieron durante los días 19 al 23 de septiembre del corriente año al Centro de Gestión y Participación (CGP) N°14 Oeste para realizar actualización o duplicado de su Documento Nacional de Identidad (DNI) o para realizar cambio de domicilio. La localización del referido CGP, que corresponde a los barrios de Palermo, Belgrano, Colegiales y Chacarita, se muestra en el mapa siguiente.

CENTROS DE GESTIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LA CIUDAD
AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES



Los referidos trámites son personales y no hay formas alternativas de realizarlos lo que aseguraba una muestra heterogénea en cuanto a sexo, edad y situación económica, si bien el área de influencia del referido organismo involucra a barrios tradicionalmente de clase media.

Se preguntó a los ciudadanos si tenían obra social y en caso afirmativo si utilizaban regularmente la misma. A aquellos que utilizaban regularmente su obra social se les preguntaba si tenían al menos dos años de antigüedad en la misma y si habían efectuado al menos diez consultas en los últimos dos años y de ser afirmativas ambas preguntas se les realizaba la totalidad de la **encuesta principal**; se utilizó este criterio teniendo en cuenta que la respuesta a la mayoría de las preguntas requería tener una experiencia importante como pacientes. En el caso de que, teniendo obra social no se utilizara la misma, se llenaba la **encuesta alternativa** tratando básicamente de determinar si había existido un problema de accesibilidad para no utilizarla.

Estas encuestas eran cerradas y fueron realizadas personalmente con la ayuda de otros dos asistentes entrenados al respecto; el contenido de las mismas ya fue oportunamente comentado y puede consultarse en el anexo I de este documento.

Las características mencionadas de este muestreo no permiten generalizar los resultados.

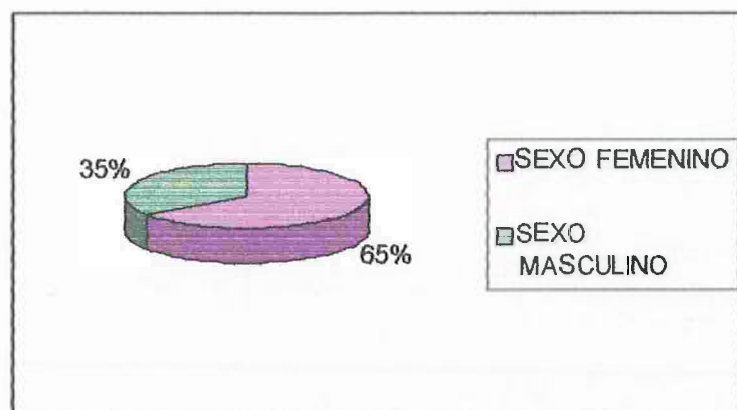
En los días referidos se pudieron encuestar a 150 afiliados de Obras Sociales Nacionales, 140 de ellos utilizaban su Obra Social para recibir atención médica y de éstos, 100 tenían al menos dos años de antigüedad y diez consultas realizadas en los últimos dos años mientras que 40 afiliados usaban su Obra Social sin reunir los criterios de inclusión recientemente señalados; finalmente 10 afiliados no usaban regularmente su Obra Social por lo que completaron la encuesta alternativa.

Resultados:

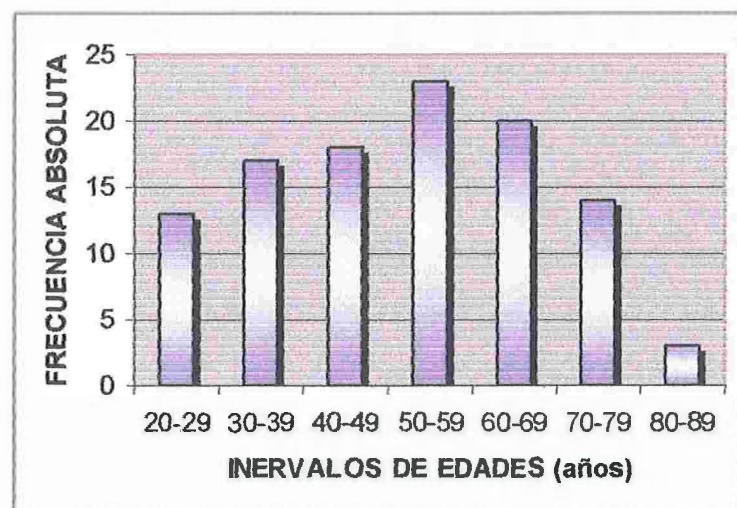
DATOS GENERALES DE LOS ENCUESTADOS:

La distribución por sexo y edad se muestra en los gráficos siguientes:

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS ENCUESTADOS



DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS ENCUESTADOS



Media aritmética o promedio: 51,35. Mediana: 52,1. Modo: 55,75.

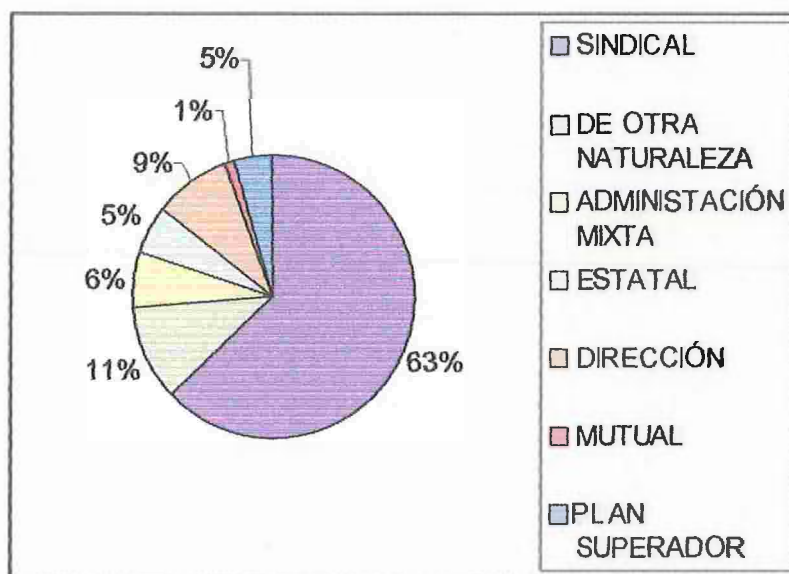
En razón de que el modo es mayor que la mediana y ésta a su vez es mayor que el promedio, tenemos una distribución de frecuencia con asimetría negativa o sesgo a la izquierda; esto quiere decir que son más frecuentes los valores altos de la variable.

Variancia: 273,42. Desvío estándar: 16,53. Coeficiente de variación: 32,19.

En razón a que el coeficiente de variación es mayor al 20% se consideran que la distribución de la variable no es homogénea por lo que no puede considerarse al promedio como representativo de la misma.

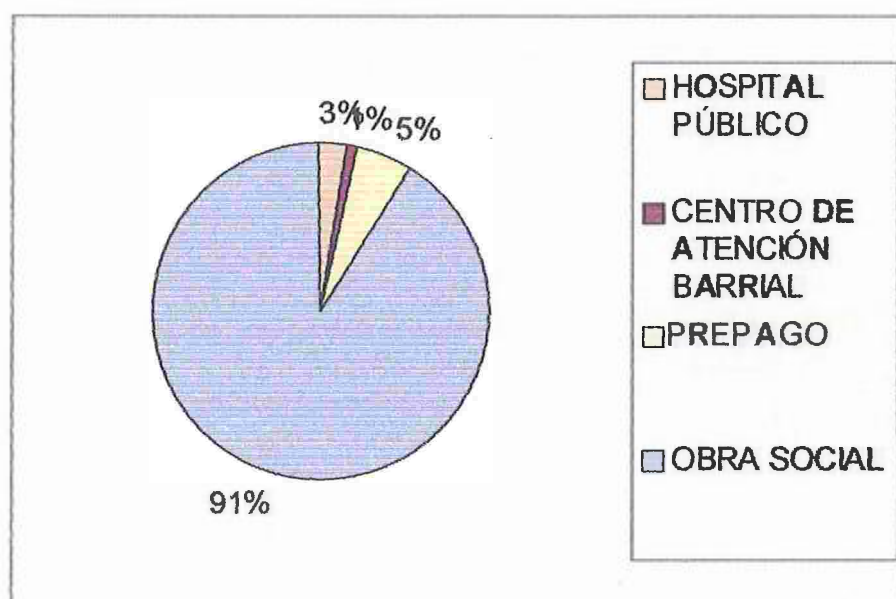
Se puede mostrar las Obras Sociales a las que pertenecían los encuestados en el siguiente gráfico.

TIPO DE OBRAS SOCIALES DE LOS ENCUESTADOS

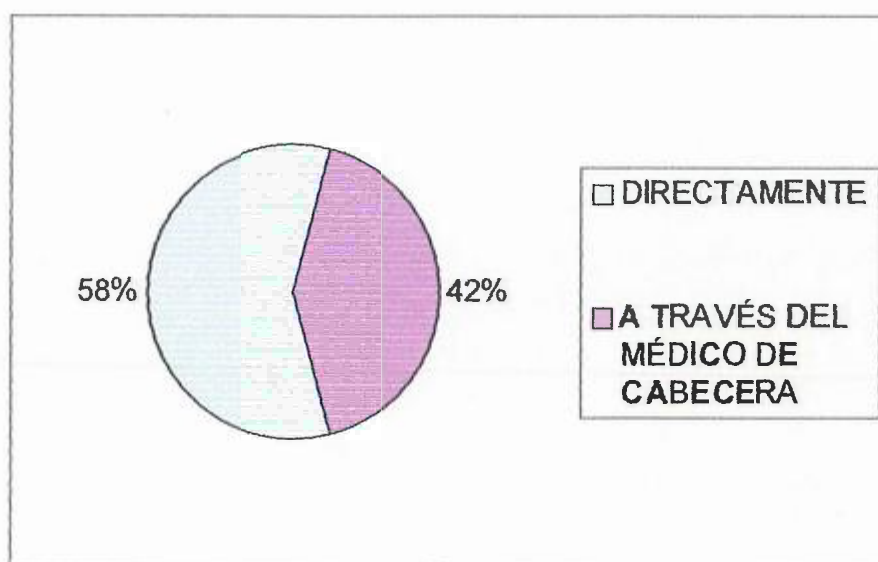


Nota: Plan superador se refiere a afiliados que ejecutaron opción de cambio para acceder a un prepago.

LUGAR HABITUAL DE ATENCIÓN DE LOS AFILIADOS A OBRAS SOCIALES



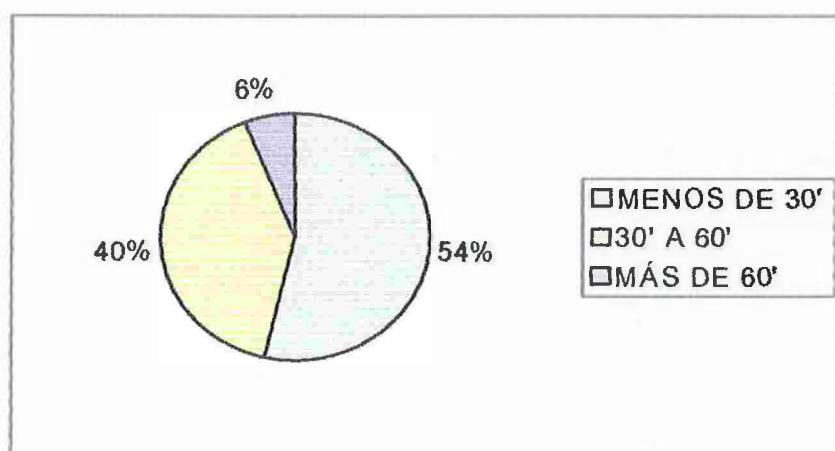
FORMA DE ACCESO A LOS ESPECIALISTAS



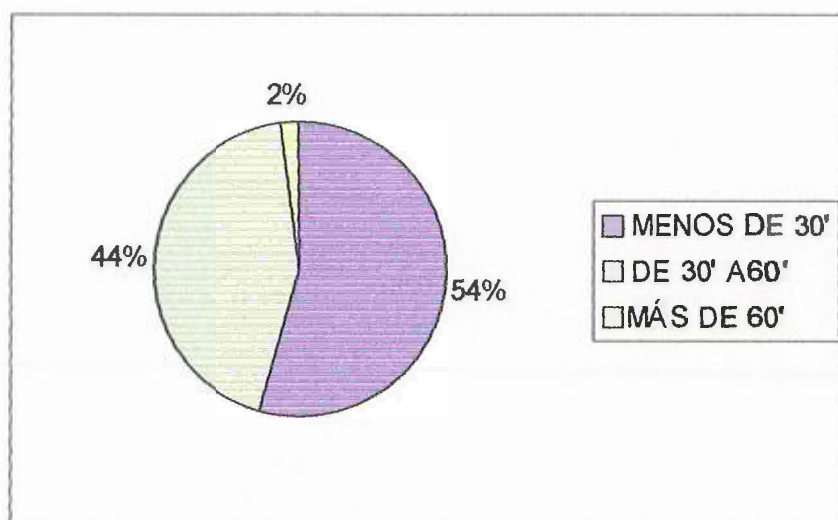
ACCESIBILIDAD:

Para evaluar la accesibilidad se tomó en cuenta el componente geográfico, el componente organizativo y el componente económico. Los resultados obtenidos son los siguientes:

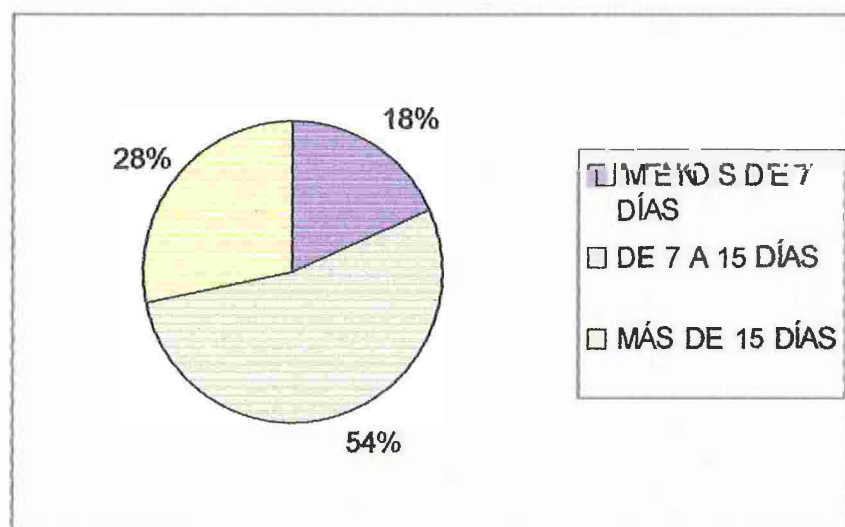
TIEMPO EMPLEADO PARA LLEGAR AL LUGAR HABITUAL DE ATENCIÓN



TIEMPO EN LA SALA DE ESPERA EN EL LUGAR HABITUAL DE ATENCIÓN



DÍAS DE DEMORA PARA SER ATENDIDO EN FORMA PROGRAMADA



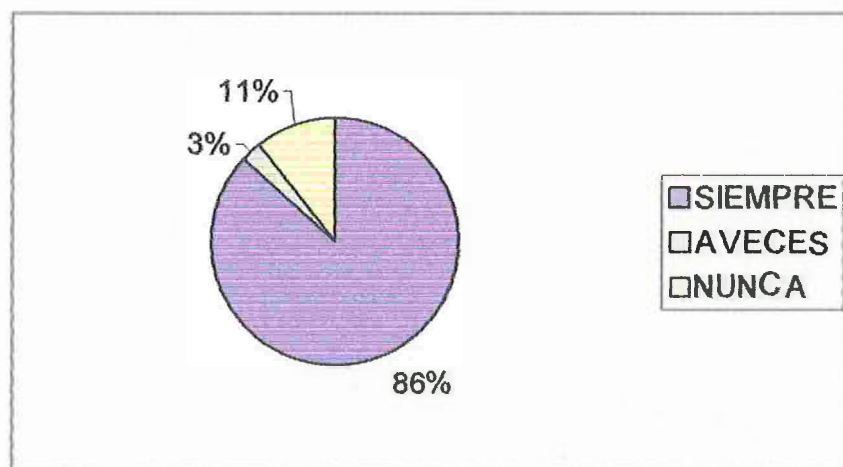
POSIBILIDAD DE ATENCIÓN EN DOMICILIO A TRAVÉS DE LA OBRA SOCIAL

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VALIDO
SIEMPRE	65	86,67
AVECES	2	2,66
NUNCA	8	10,67
NO REQUIRIÓ EL SERVICIO	24	
TOTAL	99	
SIN DATOS	1	

Nota: Para el cálculo del porcentaje sólo se incluyó a los que habían demandado el servicio.

A continuación se muestra la expresión gráfica de estos datos.

POSIBILIDAD DE ATENCIÓN EN DOMICILIO A TRAVÉS DE LA OBRA SOCIAL



En cuanto a la atención en guardia de los beneficiarios, en el cuadro siguiente se muestran los resultados obtenidos.

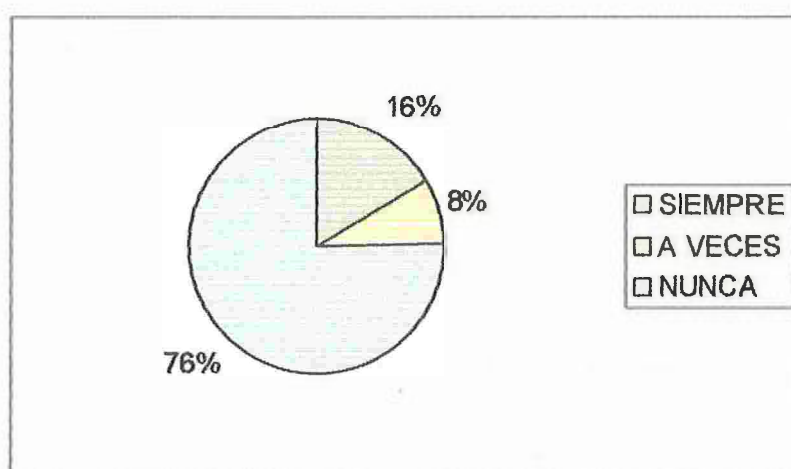
DIFICULTADES PARA LA ATENCIÓN EN GUARDIA A TRAVÉS DE LA OBRA SOCIAL

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
SIEMPRE	14	16,47
AVECES	7	8,23
NUNCA	64	75,20
NO REQUIRIÓ EL SERVICIO	14	
TOTAL	99	
SIN DATOS	1	

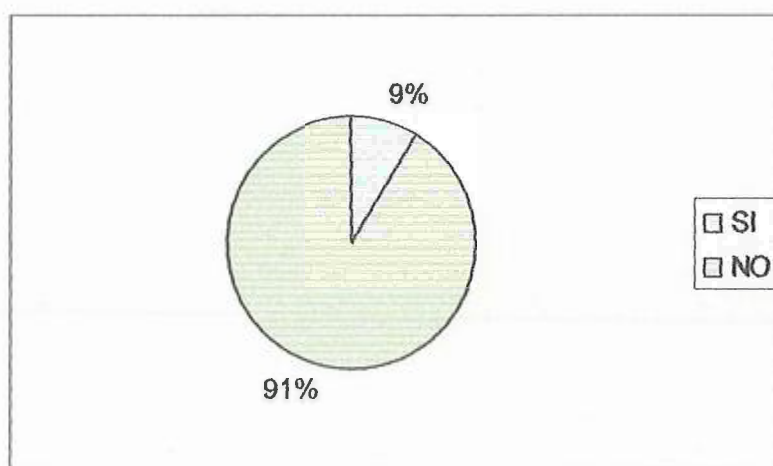
Nota: Para el cálculo del porcentaje sólo se incluyó a los que habían demandado el servicio.

Gráficamente sería:

DIFICULTADES PARA LA ATENCIÓN EN GUARDIA A TRAVÉS DE LA OBRA SOCIAL



¿ALGUNA VEZ DEJÓ DE ATENDERSE POR SU OBRA SOCIAL POR NO PODER PAGAR EL TRASLADO O EL COSEGURO DE LA CONSULTA?



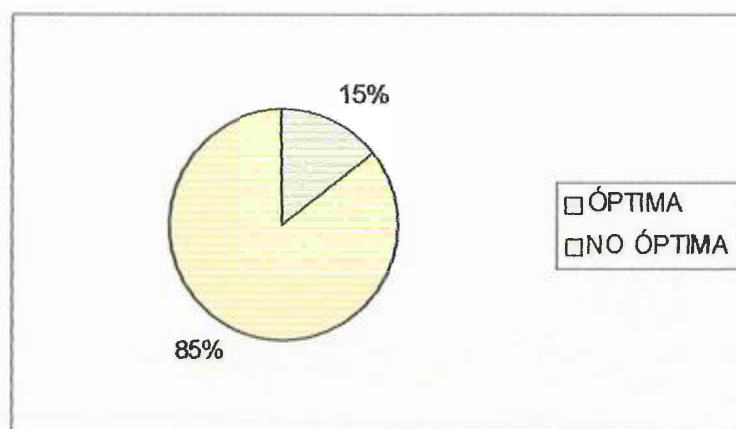
Defino como **accesibilidad óptima** (desde la percepción de los usuarios) a la coexistencia de un centro de atención cercano (menos de media hora de viaje), la posibilidad de obtener turno dentro de la semana, poco tiempo de demora en la sala de espera, la posibilidad de atención en guardia y domicilio y la no existencia de limitantes de orden económico para la atención. El porcentaje de afiliados a Obras Sociales con accesibilidad óptima se expone en el siguiente gráfico.

ACCESIBILIDAD ÓPTIMA

ACCESIBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
ÓPTIMA	10	10	14,50
NO ÓPTIMA	59	59	85,50
NO EVALUABLE	31	31	

La expresión gráfica de la tabla precedente se muestra en la siguiente página.

ACCESIBILIDAD ÓPTIMA



Considerando a las Obras Sociales Sindicales por un lado y a las Obras Sociales de Dirección y a los Planes Superadores por el otro tendremos los siguientes resultados en cuanto a la accesibilidad óptima.

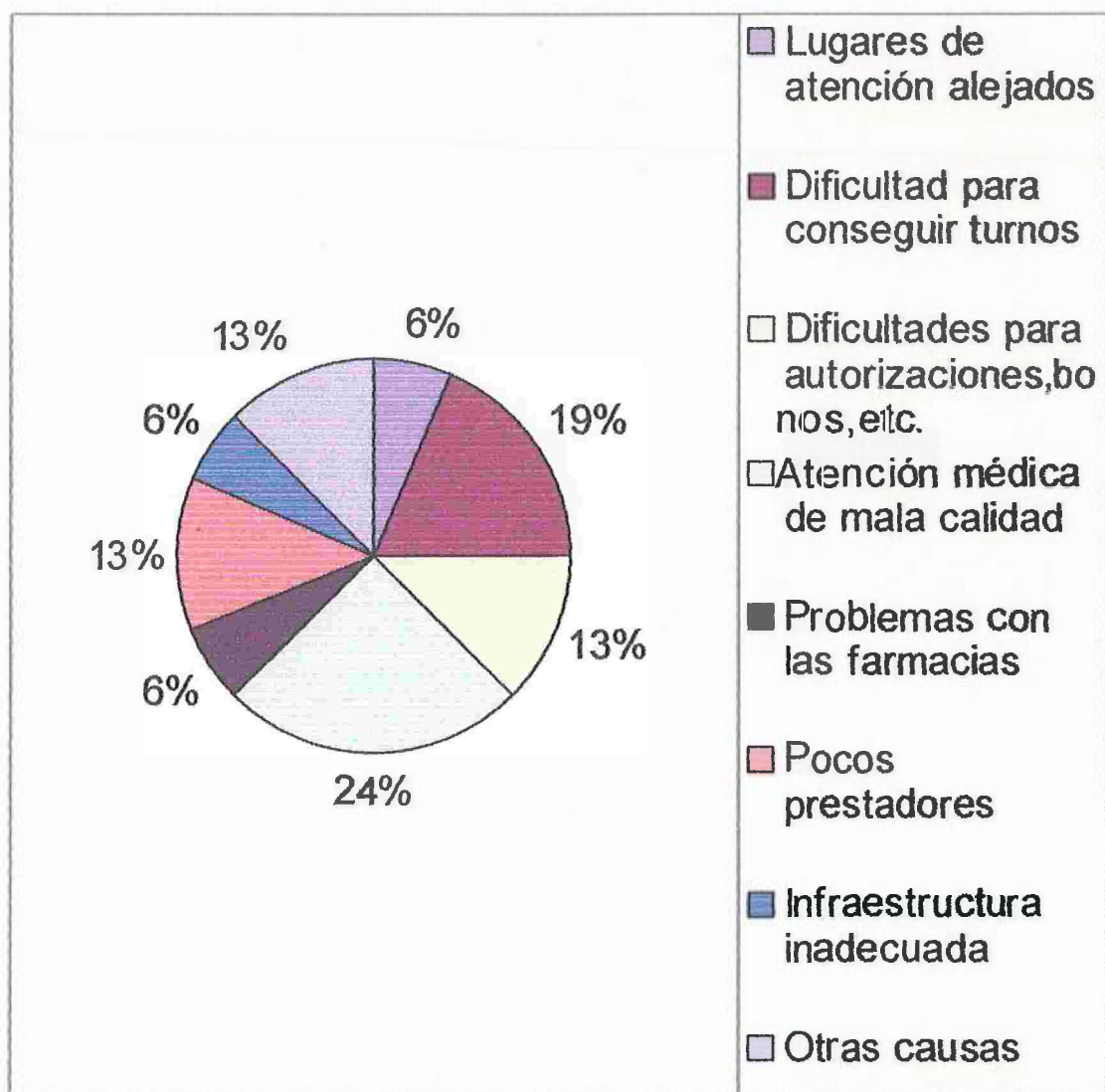
ACCESIBILIDAD ÓPTIMA SEGÚN TIPO DE OBRA SOCIAL

TIPO DE OBRA SOCIAL	FRECUENCIA DE ACCESIBILIDAD NO ÓPTIMA	FRECUENCIA DE ACCESIBILIDAD ÓPTIMA	FRECUENCIA TOTAL	PORCENTAJE DE ACCESIBILIDAD ÓPTIMA
SINDICAL	38	8	46	17,39
DIRECCIÓN Y PLAN SUPERADOR	8	1	9	11,11

Se aplicó la Prueba Exacta de Fisher a dos colas para comparar la condición de accesibilidad óptima según tipo de OS. $p = 0.678$. Se concluye que **no se observó diferencia estadísticamente significativa en la percepción de accesibilidad según el tipo de OS**. Se aplicó Fisher dado que al menos una celda tenía una frecuencia esperada menor a 5.

Por otra parte a los que dejaron de atenderse por su Obra Social se les pregunto el motivo tratando de evaluar si hubo algún problema de accesibilidad como justificativo. Los resultados encontrados se exponen a continuación.

MOTIVOS POR LOS CUALES LOS AFILIADOS NO SE ATIENDEN EN SU OBRA SOCIAL



Como se observa, si bien el motivo principal para la no atención fue un problema de calidad, el resto de las causas expresadas se refieren a dificultades en la accesibilidad; si bien esta conclusión es muy endeble debido al pequeño tamaño de la muestra (8 casos).

LONGITUDINALIDAD:

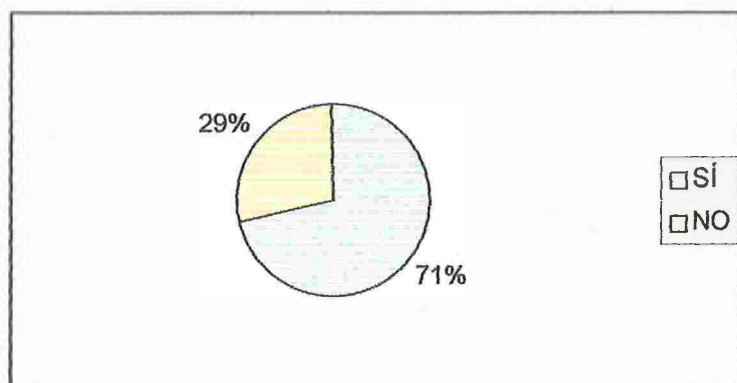
Se evaluó esta característica preguntando sobre la continuidad de atención con un mismo médico de cabecera y por el tipo de relación establecida con éste. Los resultados fueron:

CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN CON EL MISMO MÉDICO DE CABECERA

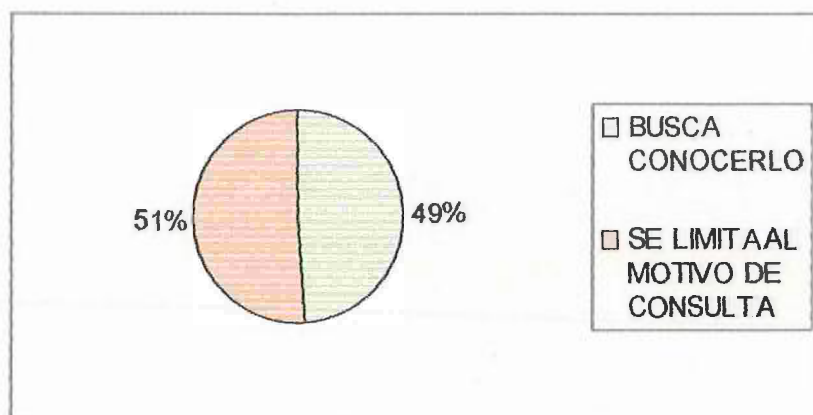
CONTINUIDAD DE MÉDICO DE CABECERA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
SÍ	40	40	70,17
NO	17	17	29,83
NO TIENE MÉDICO DE CABECERA	43	43	

Gráficamente:

CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN CON EL MISMO MÉDICO DE CABECERA



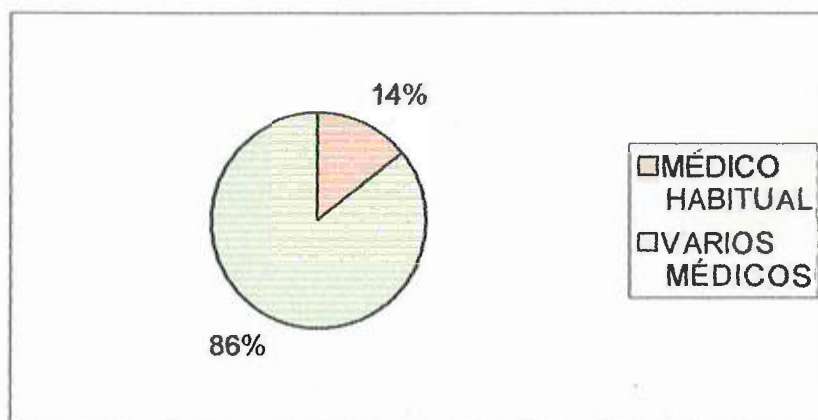
**¿EL MÉDICO DE CABECERA BUSCA CONOCER A SU PACIENTE O SE
LIMITA AL MOTIVO DE CONSULTA?**



INTEGRALIDAD:

Se evaluó la integralidad a través de la resolución por parte de un mismo médico referente de la mayor parte de los problemas de salud de los afiliados, la presencia de estos médicos referentes en las visitas domiciliarias y en las internaciones y la ejecución por parte de los mismos de prácticas preventivas.

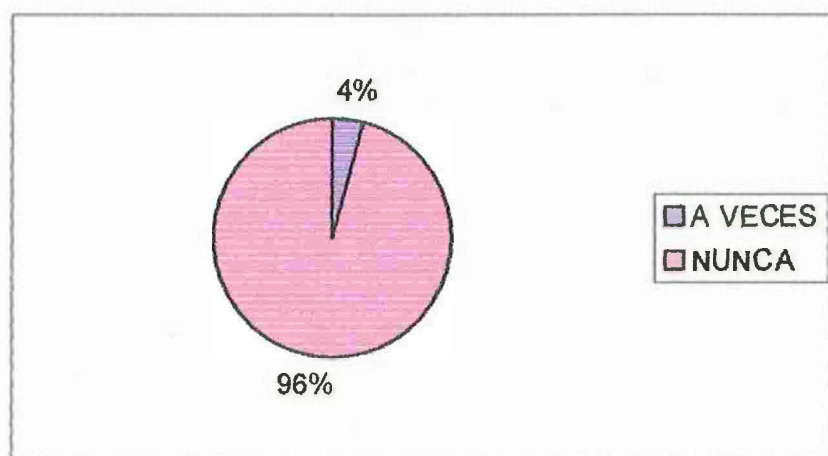
**¿SE RESUELVE LA MAYOR PARTE DE LOS PROBLEMAS CON UN MISMO
MÉDICO O SE CONSULTA A VARIOS MÉDICOS SEGÚN EL TIPO DE
PROBLEMA?**



PARTICIPACIÓN DEL MÉDICO DE CABECERA EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VALIDO
AVECES	2	4,25
NUNCA	45	95,74
NOTIENE MÉDICO DE CABECERA NO REQUIRIÓ EL SERVICIO	33	
	20	

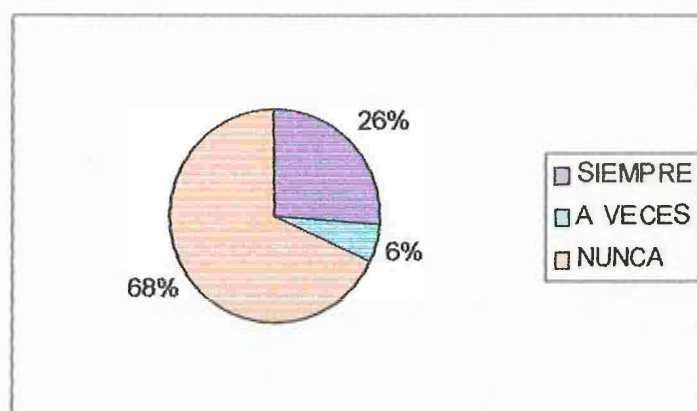
He aquí su expresión gráfica:



PRESENCIA DEL MÉDICO DE CABECERA EN LAS INTERNACIONES

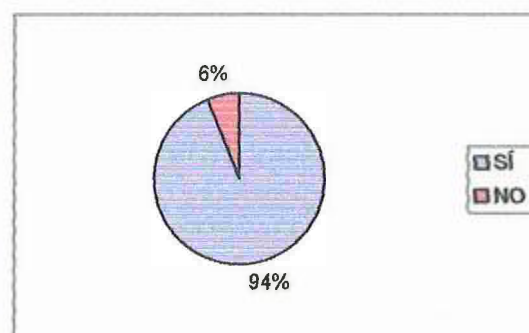
	FRECUENCIA	PORCENTAJE VALIDO
SIEMPRE	9	26,47
AVECES	2	5,88
NUNCA	23	67,65
NO TIENE MÉDICO DE CABECERA	22	

Esta es su expresión gráfica:



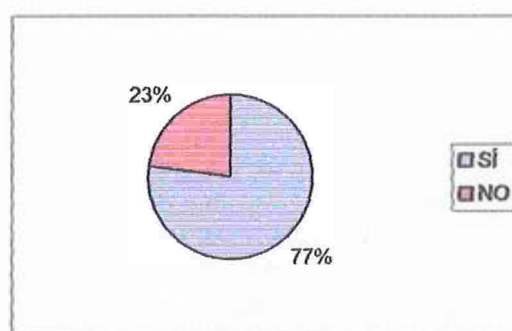
EJECUCIÓN DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL EN EL ÚLTIMO AÑO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
SÍ	93	93,9
NO	6	6,1
TOTAL	99	100
SIN DATOS	1	



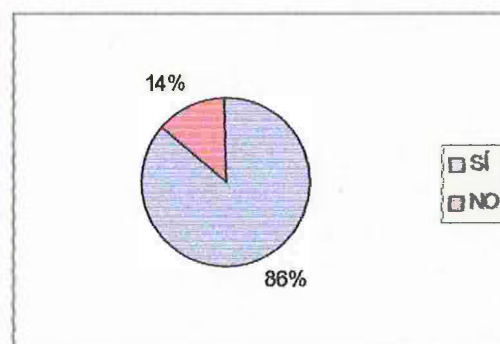
CONTROL DE PESO EN ALGUNA OPORTUNIDAD

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
SÍ	77	77
NO	23	23
TOTAL	100	100



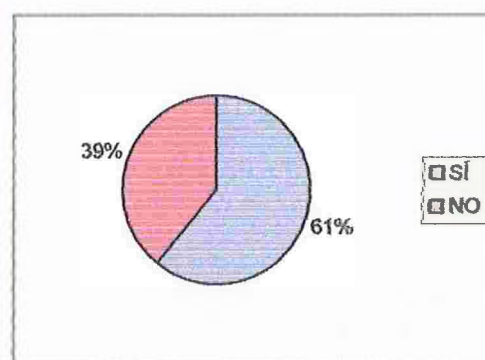
INVESTIGACIÓN SOBRE TABAQUISMO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
SÍ	86	86
NO	14	14
TOTAL	100	100



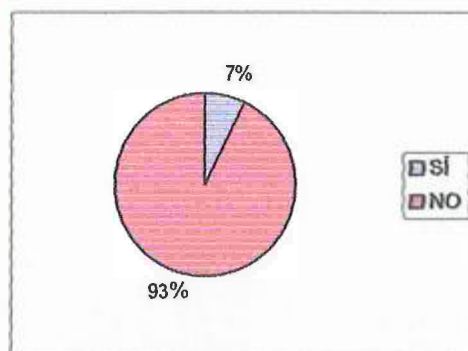
INVESTIGACIÓN SOBRE ABUSO DE ALCOHOL

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
SÍ	59	60,8
NO	38	39,2
TOTAL	97	100
SIN DATOS	3	



RECOMENDACIÓN SOBRE EL USO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
SÍ	7	7,3
NO	89	92,7
TOTAL	96	100
SIN DATOS	4	



Nota: Las prácticas preventivas consideradas en este trabajo han sido seleccionadas por su aplicación a la población general y por el grado de recomendación que sustenta la realización de las mismas y que se expone a continuación:

- Control de presión arterial (grado de recomendación A)
- Control de peso (grado de recomendación A)
- Screening de tabaquismo (grado de recomendación A)
- Screening de alcoholismo (grado de recomendación B)
- Consejo sobre uso de cinturón de seguridad (grado de recomendación A)

Grados de recomendación:

A: Existe buena evidencia científica para recomendar la práctica y la magnitud del beneficio es sustancial.

B: Existe buena o suficientemente buena evidencia para recomendar la práctica y la magnitud del beneficio supera los riesgos.

Se puede relacionar el tipo de modelo de atención (con acceso directo o indirecto a los especialistas) con la ejecución de prácticas preventivas. La tabla de la página siguiente muestra, de las prácticas preventivas encuestadas, cuántas fueron realizadas en cada modelo de atención.

RELACIÓN ENTRE EL MODELO DE ATENCIÓN Y LA EJECUCIÓN DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS

TIPO DE MODELO	TOTAL DE PRÁCTICAS ENCUESTADAS	TOTAL DE PRÁCTICAS REALIZADAS (FRECUENCIA)	TOTAL DE PRÁCTICAS REALIZADAS (PORCENTAJE)
CON ACCESO DIRECTO AL ESPECIALISTA	286	179	62,59
CON ACCESO A TRAVÉS DE MÉDICO REFERENTE	186	119	63,98

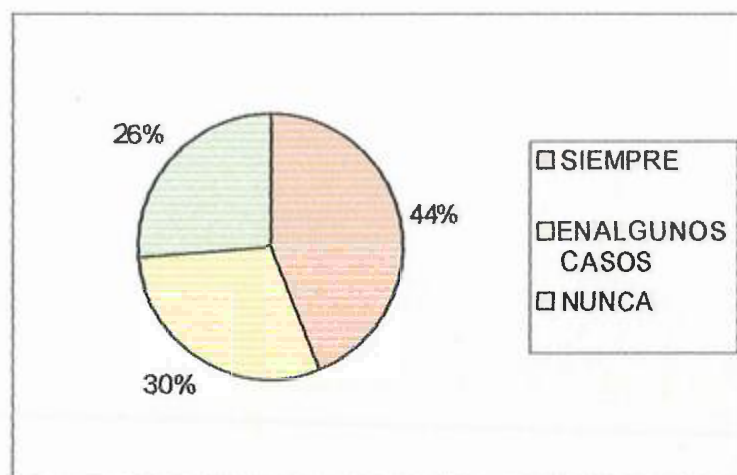
Se aplicó la Prueba de Ji². Se concluye que no se observaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la frecuencia de prácticas realizadas entre el modelo de acceso directo al especialista y el modelo de médico referente (Ji²=0.09; p= 0.759) Se utilizó el programa estadístico EpiInfo v.6.

COORDINACIÓN ASISTENCIAL:

**“SI CONSULTA A UN ESPECIALISTA O A UNA GUARDIA O SI ES
INTERNADO, ¿SU MÉDICO DE CABECERA ESTÁ AL TANTO DE ESTO Y
CONOCE LOS RESULTADOS DE ESTAS EVALUACIONES?”**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
SIEMPRE	25	43,9
EN ALGUNOS CASOS	17	29,8
NUNCA	15	26,3
TOTAL	57	100

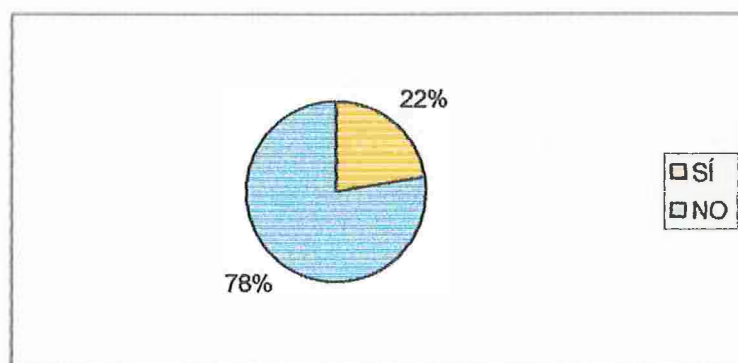
Gráficamente se expresa así:



“¿SE LE HA PROPORCIONADO ALGÚN RESUMEN POR ESCRITO SOBRE SUS PROBLEMAS DE SALUD Y TRATAMIENTOS QUE REALIZA PARA LLEVARLO CUANDO CONSULTA A UN NUEVO MÉDICO?”

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
SÍ	22	22,4
NO	76	77,6
TOTAL	98	100
SIN DATOS	2	

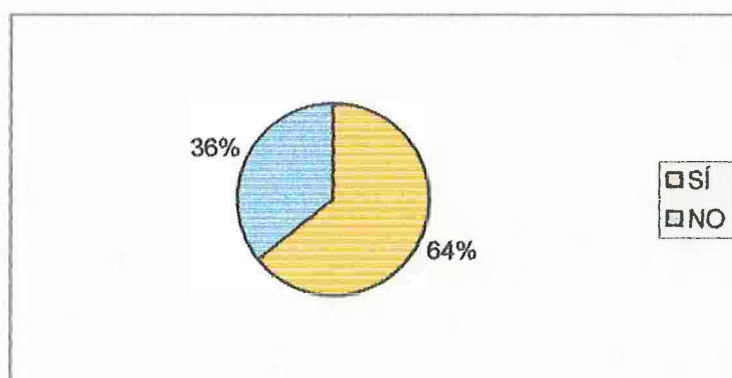
Esta tabla se expresa gráficamente de esta manera:



**“¿TODOS LOS MÉDICOS QUE LA / LO ATIENDEN REGISTRAN LA
INFORMACIÓN EN LA MISMA HISTORIA CLÍNICA?”**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VALIDO
SÍ	59	64,1
NO	33	35,9
TOTAL	92	100
SIN DATOS	8	

Gráficamente:

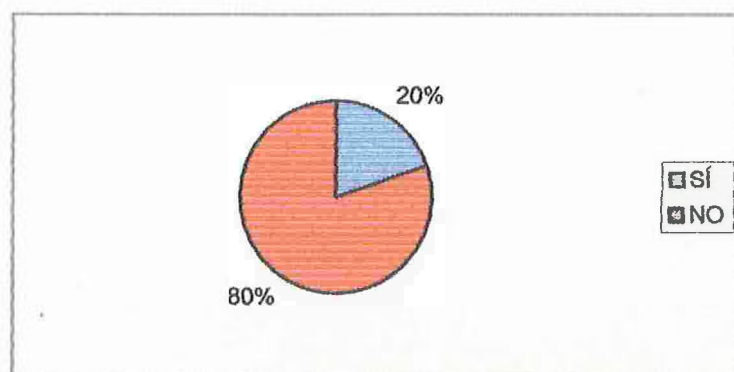


ATENCIÓN DE LA SALUD ORIENTADA A LA FAMILIA:

**“¿OPINA QUE SU MÉDICO DE CONSULTA HABITUAL CONOCE BIEN A SU
FAMILIA?”**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
SÍ	19	19,6
NO	78	80,4
TOTAL	97	100
SIN DATOS	3	

Así se expresa gráficamente:

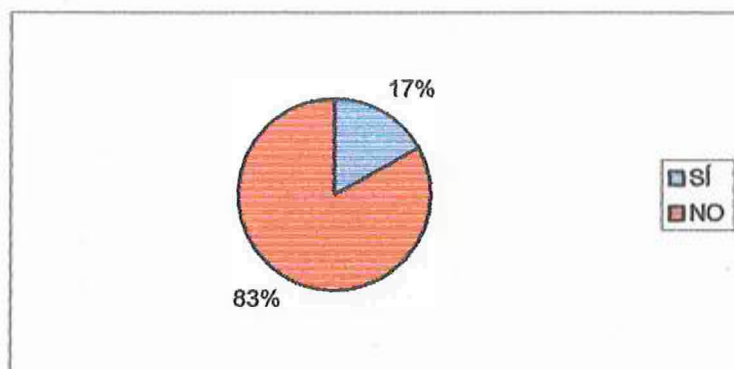


ORIENTACIÓN A LA COMUNIDAD:

“¿SU OBRA SOCIAL LE HA REALIZADO ALGUNA ENCUESTA PARA CONOCER SUS OPINIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE SE LE BRINDA?”

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
SÍ	17	17
NO	83	83
TOTAL	100	100

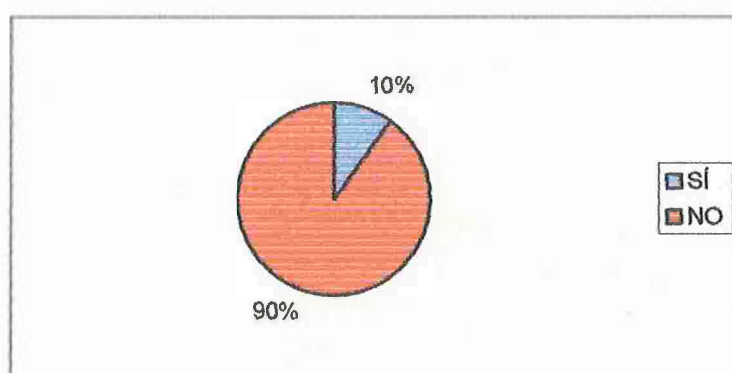
El gráfico sería:



“¿SE LO HA INVITADO A REUNIRSE CON LOS RESPONSABLES DE SU OBRA SOCIAL PARA CONOCER SUS OPINIONES Y SUGERENCIAS?”

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VALIDO
SÍ	10	10
NO	90	90
TOTAL	100	100

Esta es la expresión gráfica de la tabla anterior:



➤ **Análisis de internaciones por “problemas de salud sensibles a la atención ambulatoria” (metodología y resultados)**

Metodología: Del total de internaciones correspondientes a determinados períodos aportados por algunas Obras Sociales se calculó para cada uno de estos agentes el porcentaje de las referidas “internaciones por problemas de salud sensibles a la atención ambulatoria” (internaciones por ACSC). Por un compromiso asumido con las autoridades que brindaron los datos no se mencionan los nombres de las entidades informantes, mencionándose solamente su naturaleza (sindical, estatal, de dirección, etc.). Se logró evaluar datos parciales de dos obras sociales sindicales, una estatal y una de dirección intentándose hacer una suerte de estratificación del muestreo; en total se analizaron 1.733 egresos de internación. Acompañando a los cálculos realizados se adjuntan los datos demográficos de los agentes para poder interpretar mejor los resultados.

Los resultados correspondientes a la región de Cataluña (donde se origina este indicador) son mencionados junto con los respectivos datos demográficos a título informativo, no buscándose realizar una comparación ya que los datos de los que dispongo no permiten hacerla con rigor científico.

Como se mencionó, las condiciones incluidas como “sensibles a los cuidados ambulatorios” se exponen en el anexo II del presente documento.

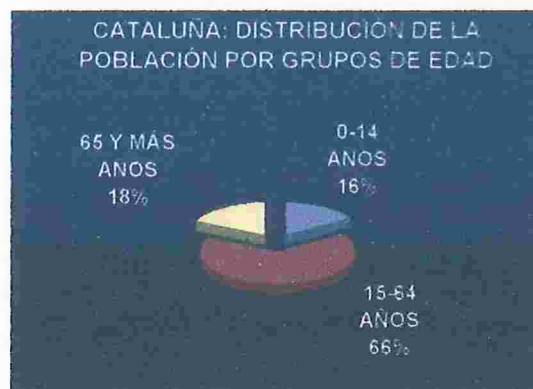
Merece destacarse que ha sido muy dificultoso obtener la mencionada información. Se han hecho gestiones con más de treinta agentes del Subsistema no obteniéndose más datos que los que se exponen a continuación; algunas obras sociales han aducido que recabar la información solicitada les llevaría mucho tiempo no disponiendo del mismo, otras han mencionado como justificativo para no proporcionar los datos que los mismos eran fragmentados y con poca credibilidad, una pocas quedaron en mandar los datos y nunca cumplieron con su promesa. Por otra parte entre los agentes que colaboraron existió un nivel disímil de exactitud y prolijidad.

Es bueno finalmente hacer mención que por Resolución 650/97 de la ex ANSSAL los agentes del sistema están obligados trimestralmente a enviar a dicho organismo este tipo de información (Artículos 6° y 12° de la referida Resolución) por lo que teóricamente debería estar fácilmente disponible; como se comentó parece no ser esta la realidad; es más, un número no significativo de estos agentes han declarado "informalmente" que sólo "arman" y envían esta información para cumplir sin importar la veracidad de las misma así como tampoco la utilizan a los fines de gestionar adecuadamente sus respectivas entidades. De todas maneras aún si se completara y enviara adecuadamente la información requerida, al ser la misma poco desagregada tampoco permitiría al organismo rector del Subsistema tener una idea realista de lo que acontece en materia de internaciones.

Resultados:

En primer lugar se expone un mapa de la región de Cataluña, su estructura demográfica y la proporción de internaciones por ACSC a fin de complementar la información obtenida de los agentes de nuestro Subsistema.

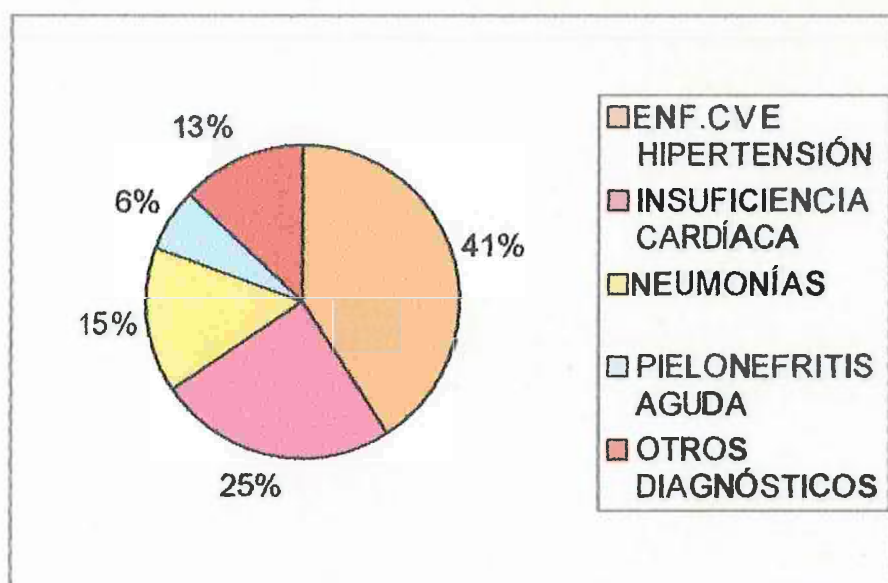
REGIÓN DE CATALUÑA (ESPAÑA): UBICACIÓN GEOGRÁFICA, CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y PROPORCIÓN DE INTERNACIONES POR ACSC



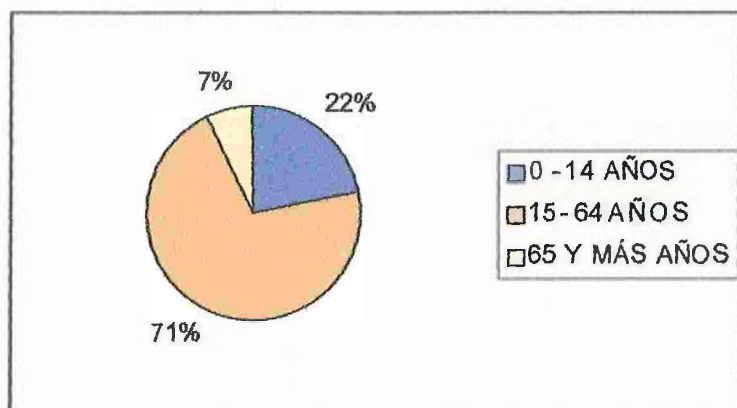
Proporción de **internaciones por ACSC**: 8,4% (116.006 egresos hospitalarios de un total de 1.376.632 correspondientes a los años 1998 y 1999).

El gráfico siguiente muestra las categorías diagnósticas más frecuentes como internaciones por ACSC en dicha región.

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS INCLUIDAS EN LAS INTERNACIONES POR ACSC



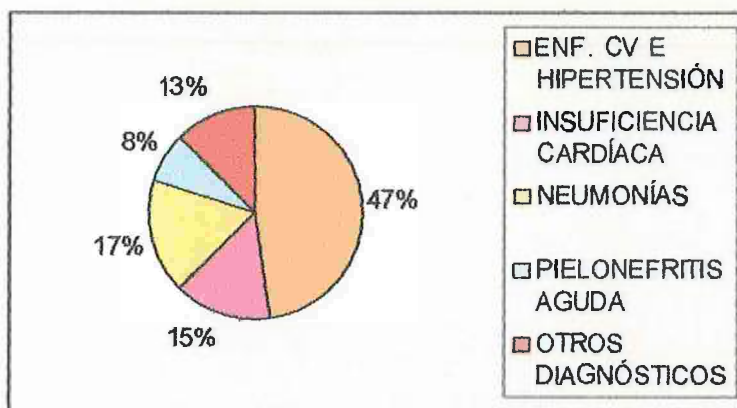
OBRA SOCIAL SINDICAL ARGENTINA (I): CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y PROPORCIÓN DE INTERNACIONES POR ACSC



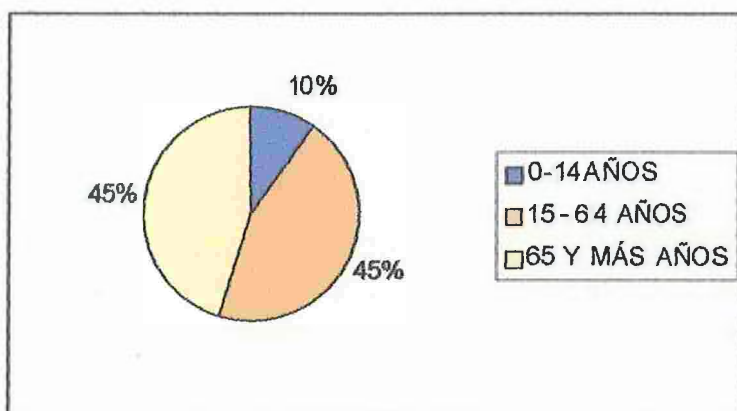
Proporción de internaciones por ACSC: 13,75% (40 egresos hospitalarios de un total de 291 correspondientes al período agosto – noviembre del 2004 del conurbano bonaerense).

El gráfico siguiente muestra las categorías diagnósticas más frecuentes como internaciones por ACSC.

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS INCLUIDAS EN LAS INTERNACIONES POR ACSC



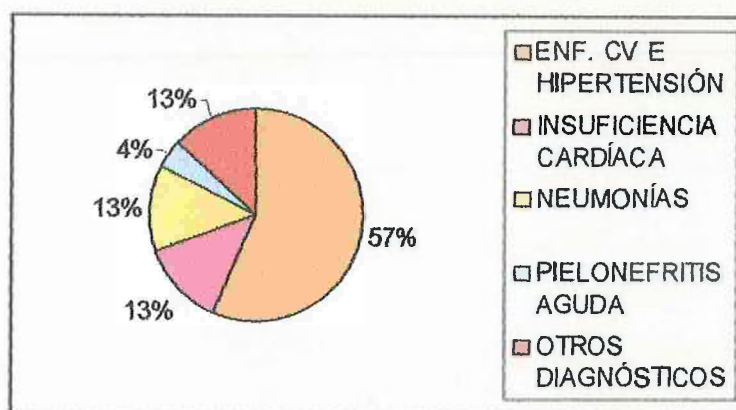
OBRA SOCIAL SINDICAL ARGENTINA (II): CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y PROPORCIÓN DE INTERNACIONES POR ACSC



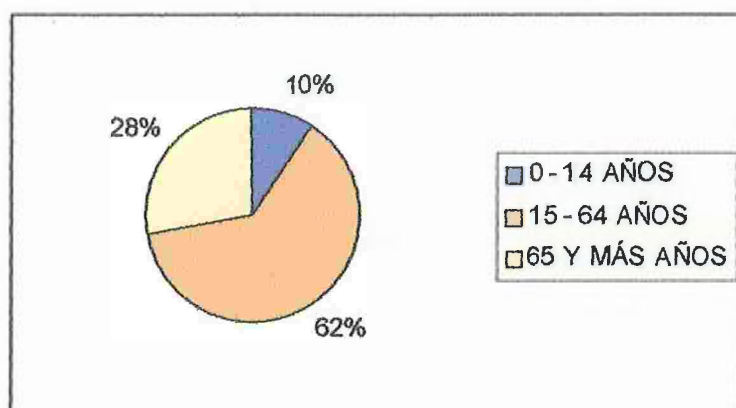
Proporción de internaciones por ASC: 35,38% (23 egresos hospitalarios de un total de 65 correspondientes al período agosto – noviembre del 2004 del conurbano bonaerense).

El gráfico siguiente muestra las categorías diagnósticas más frecuentes como internaciones por ACSC.

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS INCLUIDAS EN LAS INTERNACIONES POR ACSC



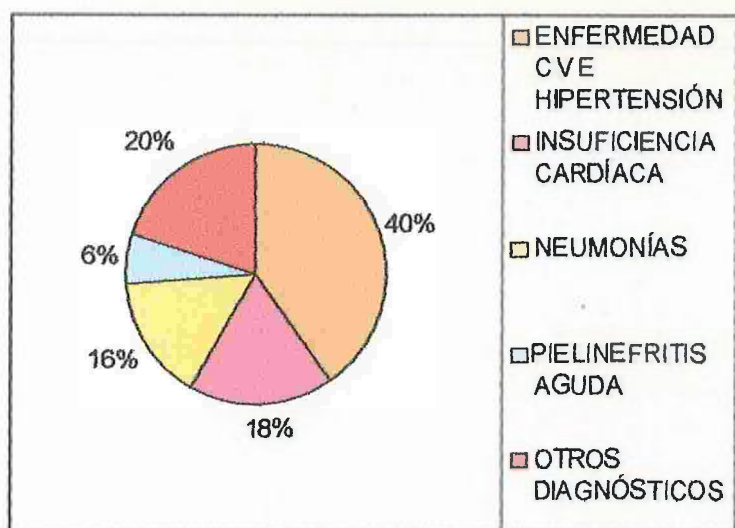
OBRA SOCIAL ESTATAL ARGENTINA: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y PROPORCIÓN DE INTERNACIONES POR ACSC



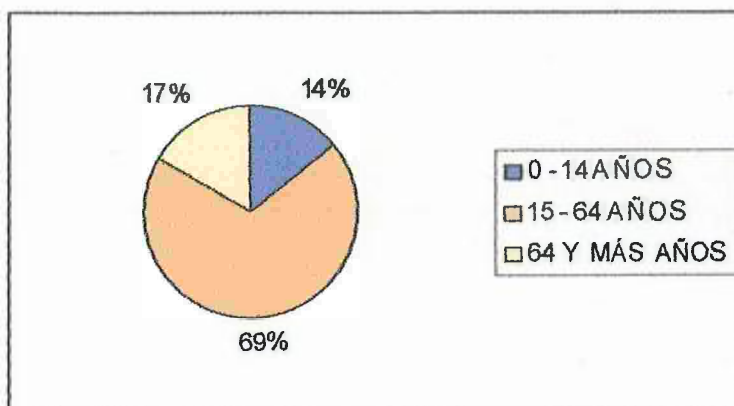
Proporción de internaciones por ACSC: 29,24% (50 egresos hospitalarios de un total de 171 correspondientes al período agosto – noviembre del 2004 del conurbano bonaerense).

El gráfico siguiente muestra las categorías diagnósticas más frecuentes como internaciones por ACSC.

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS INCLUIDAS EN LAS INTERNACIONES POR ACSC



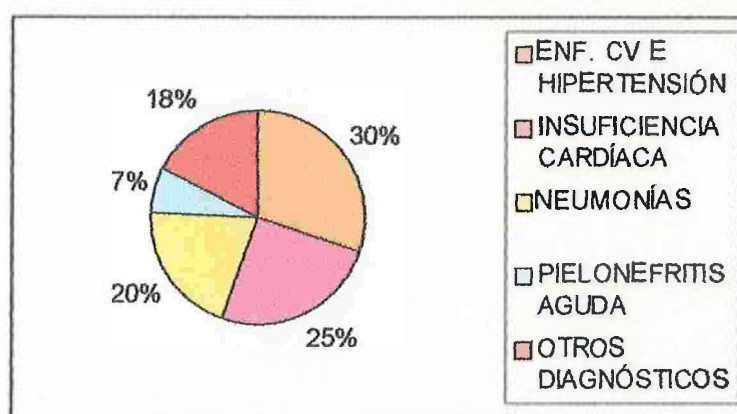
OBRA SOCIAL DE DIRECCIÓN ARGENTINA: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y PROPORCIÓN DE INTERNACIONES POR ACSC



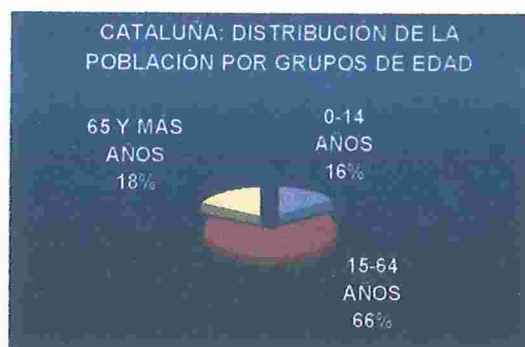
Proporción de internaciones por ACSC: 20,73% (250 egresos hospitalarios de un total de 1.206 correspondientes al período enero - junio del 2005 total del país).

El gráfico siguiente muestra las categorías diagnósticas más frecuentes como internaciones por ACSC.

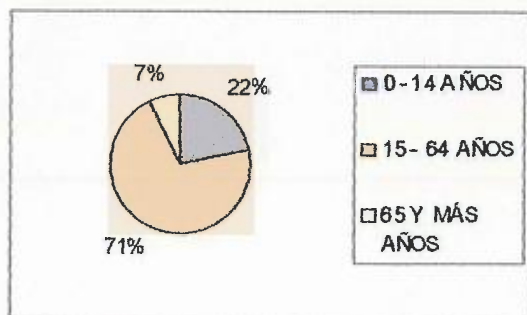
CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS INCLUIDAS EN LAS INTERNACIONES POR ACSC



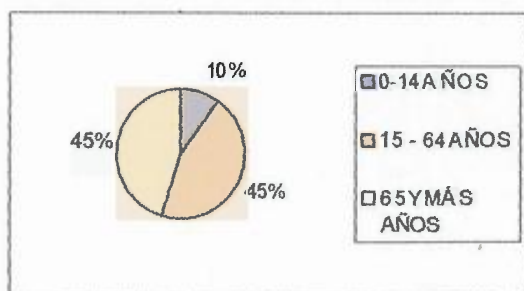
En la página siguiente se expone, a manera de resumen los datos demográficos de los agentes considerados y el porcentaje de internaciones por ACSC



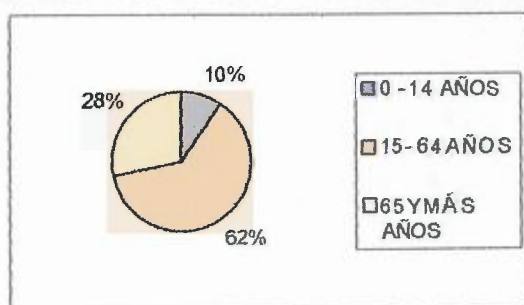
internaciones por ACSC: 8,4%



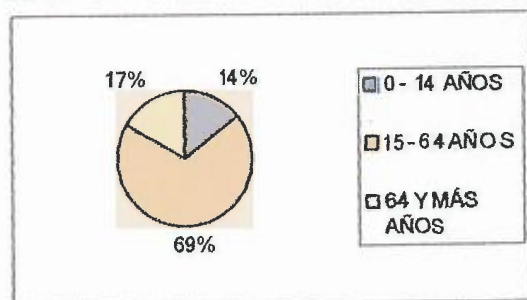
OBRA SOCIAL SINDICAL ARGENTINA (I): internaciones por ACSC: 13,75%



OBRA SOCIAL SINDICAL ARGENTINA (II): internaciones por ACSC: 35,38%



OBRA SOCIAL ESTATAL ARGENTINA: internaciones por ACSC: 29,24%



OBRA SOCIAL DE DIRECCIÓN ARGENTINA: internaciones por ACSC: 20,73%

CONCLUSIONES

"Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo."

(Albert Einstein)

Creo que la implantación de la Atención Primaria de la Salud en las Obras Sociales Nacionales debe ser pensada como un proceso. El término proceso implica pensar en la progresiva sumatoria de acciones que conducen a un objetivo, mas que en la obtención inmediata de resultados. Es justo por lo tanto pretender una "orientación a" o una "dirección hacia" más que un éxito instantáneo en la instalación de esta estrategia.

Antes de avanzar en analizar la situación actual es bueno reconocer la complejidad del Subsistema y la fortaleza de los actores a encolumnar.

En efecto, la estrategia de la APS propone un uso racional de la tecnología cuando tradicionalmente los proveedores de la misma han actuado con total impunidad en el medio y muchas veces incluso con la anuencia de los responsables de cada una de las organizaciones. Por otra parte se habla de lo participativo siendo que el Subsistema, dominado por organizaciones sindicales, ha mostrado desde su origen una limitada actitud democrática y una inclinación poco proclive al control de los beneficiarios; sabido es, como menciona Federico Tobar, que donde abunda la participación es poco probable que haya espacio para prácticas clientelistas y desviación de fondos y viceversa, la gente, como los peces, desaparece de los ambientes turbios. Finalmente y para agregar más a los complejos intereses que interactúan no debemos olvidar los incentivos de los capitales privados para hacerse de los beneficiarios de mayores recursos "descremando" el sector.

Actualmente la política de medicamentos que liderada por el Ministerio de Salud y Ambiente ha logrado atravesar el Subsistema de la Seguridad Social, parecería confirmar una "dirección hacia"; sin embargo la falta de desarrollo de otras características esenciales de la APS ponen un manto de duda en la materia.

El modelo de atención sigue siendo, salvo aisladas excepciones, el tradicional, por cierto muy alejado del propuesto en Alma Ata; incluso de la lectura comparada de las Resoluciones 201/02 y 939/00 hasta parece advertirse un retroceso en este aspecto.

El modelo médico hegemónico sigue reinando tanto en lo semántico (Programa **Médico** Obligatorio) como en las acciones de todos los días, privilegiándose claramente lo restaurativo sobre lo preventivo.

Lo participativo parecería casi inexistente tanto desde el punto de vista normativo (PMO) como práctico como lo demuestran los resultados de mi encuesta y aquellos obtenidos por la propia Superintendencia de Servicios de Salud.

En definitiva y como lo muestra el análisis realizado del PMO y el trabajo de campo efectuado, parecería haber coherencia entre un marco político-normativo (PMO) débil en cuanto a guiar al Subsistema hacia la consecución de la APS, una estructura y procesos que muestran una pobre consolidación de esta estrategia y el hallazgo, como era de esperar, de una proporción significativa de "internaciones prevenibles".

Darí la impresión que la Superintendencia de Servicios de Salud, en tanto organismo rector, está más preocupada en los procesos internos que en su función de conducción estratégica; bienvenidos sean los premios por calidad "interna" siempre que no se pierda lo esencial de la tarea.

De lo referido surge el interrogante sobre si estamos frente a una etapa de "hibernación" de un proceso que sigue de todas maneras vivo o se ha producido una claudicación de quienes gestionan el Subsistema ante las presiones de los actores. Probablemente el devenir de los acontecimientos arroje luz sobre este interrogante sin olvidar que en esta definición integrar los focos de resistencia académicos, profesionales y comunitarios, para desarrollar una agenda sanitaria con fuerza para incidir en la agenda pública, es una tarea pendiente que debe asumirse " como los astros, lento pero sin descanso" (Goethe).

LIMITACIONES DEL TRABAJO

En primer lugar y como fue ya comentado para explorar el grado de implantación de la Atención Primaria de la Salud en las Obras Sociales Nacionales se pudieron haber utilizado también otras miradas; la experiencia obtenida para conseguir los datos para construir el indicador de "internaciones prevenibles" puso de manifiesto lo incompleta y fragmentada de la información en el Subsistema por lo que haber intentado analizar otro tipo de datos hubiera sido una tarea mucho más ardua aunque seguramente enriquecedora.

En cuanto a la encuesta, la misma es "casera" no habiendo sido validada como herramienta. La metodología de realización de la misma no permite generalizar los resultados. Así por ejemplo los encuestados habitan en un gran centro urbano lo que podría sobrevalorar, con respecto a zonas rurales, cuestiones de accesibilidad geográfica; se abarcó barrios en donde predomina la clase media lo que podría subestimar cuestiones de falta de accesibilidad por causa económica; probablemente el porcentaje de afiliados a Obras Sociales de Dirección y con planes superadores sobreestime la realidad de todo el país; al jerarquizar que se opine sobre distintos aspectos de cada Obra Social en base a una experiencia importante en su utilización se ha perdido la información de aquellos que usan las mismas con menor intensidad, etc.

Con respecto a las internaciones "por problemas de salud sensibles a la atención ambulatoria", el listado representa una aplicación transcultural de una herramienta utilizada y validada en otro medio, no ha sido validada en el nuestro. La metodología para el cálculo de este indicador tampoco permite generalizar los resultados; algunos datos son aportados por proveedores que son contratados por la Obra Social lo que puede distorsionar voluntaria o involuntariamente la información; algunos informes son obtenidos del diagnóstico de ingreso y otros del diagnóstico de egreso, en ambos casos a veces figuraba una convalidación de los mismos por las auditorías respectivas y en otros casos no; no existe una forma

o codificación uniforme para expresar los diagnósticos, utilizándose en algunos casos nomenclaturas muy genéricas (por ejemplo dolor abdominal) lo que seguramente no han permitido valorar con exactitud la causa de internación; además los listados corresponden a motivos de internación en zonas urbanas no considerándose zonas menos pobladas o con patologías específicas, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- ◆ Alpert J, Charney E. The education of Physicians for Primary Care. Pub. No. (HRA) 74-3113. Rockville, MD: U.S. Departement of Health, Education and Welfare Public Health Service, Helth Resources Administration, 1974
- ◆ Alpert J, Robrtson L, Kosa J, Heagart M, Haggerty R. Delivery of health care for children: Report of an experiment. *Pediatrics* 1976; 57: 917-930
- ◆ Baker R, Drachman R, Kirscht J. Predicting mothers compliance with pediatric medical regimens. *J Pediatric* 1972; 81: 843-854
- ◆ Benson P et al. Prventive care and overall use of services: Are they related? *Am J Dis Child* 1984; 138: 74-78
- ◆ Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N, et al. Preventable hospilatizations and access to health care. *JAMA* 1995; 274: 305-11
- ◆ Butler J et al. Medical care use and expenditure among U.S. children and youth : Analysis of a natural probability sample. *Pediatrics* 1985; 76: 495-507
- ◆ Caminal J, Sánchez E, Morales M, Peiró R, Márquez S. Avances en España en la investigación con el indicador Hospitalizaciones por Enfermedades Sensibles a Cuidados de Atención Primaria. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76: 185-92
- ◆ Caminal J, Satrfield B, Sánchez E, Hermosilla E, Martín M. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions en Cataluña. *Rev Clin Esp* 2001; 201: 501-7
- ◆ Caminal J, Mundet X, Ponsà JA, Sánchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Selección del listado de códigos de diagnósticos válidos para España. *Gac Sanit* 2001; 15: 128-41
- ◆ Caminal Homar J, Morales Espinoza M, Sánchez Ruiz E, Cubells Larrosa MJ, Bustins Poblet M. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria efectiva y oportuna. *Atención Primaria* 2003. Enero; 31 (1): 6-17
- ◆ Chambers C et al. Microcomputer- generated reminders, improving the compliance of primary care physicians with mammography screening guidelines. *J Fam Pract* 1989; 29: 273-280

- ◆ Consejo Federal de Salud. Bases del Plan Federal de Salud 2004 – 2007. Atención Primaria de la Salud 2004; 2 (11): 4–24
- ◆ Coulter A. Shifting the balance from secondary and primary care: Needs investment and cultural change. BMJ 1995; 311: 1447-1448
- ◆ Declaración de Alma Ata International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6–12 September 1978
(www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata)
- ◆ Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q 1966; 44 (pt 2): 166–206
- ◆ Fihn S, Wicher J. Withdrawing routine outpatient medical services: Effects on access and health. J Gen Intern Med 1988; 3: 356-362
- ◆ Flint S. The Impact of Continuity of Care on the Utilization and Cost of Pediatric Care in a Medicaid Population. Dissertation. Chicago: University of Chicago, 1987
- ◆ Forrest C, Starfield B. Entry to primary care and continuity: The impact of access. Am J Public Health (In press), 1998
- ◆ Franks P, Clancy C. Referrals of adult patients from primary care. Demographic disparities and their relationship to HMO insurance. J Fam Pract 1977; 45: 47-53
- ◆ Freeman G et al. What future for continuity of care in general practice? BMJ 1997; 314: 1870-1873
- ◆ García Olmos I, Gervas J, Otero A, Pérez – Fernández M. Variability in Gp's referrals rates in Spain. Fam Pract 1995; 12: 159-162
- ◆ Gervas J, Pérez– Fernández M, Starfield B. Primary care, financing and gatekeeping in western Europe. Fam Pract 1994; 11(3): 307-317
- ◆ Gill J, Mainous A. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. Arch Fam Med 1998; 7 (4): 352-357
- ◆ Kellher k, Childs G, Wasserman R, Mc Inerney T, Nuting P, Gardner W. Insurance status and recognition of psychosocial problems. A report from PROS and ASPN. Arch Pediatr Adolesc Med 1997; 151: 1109-1115
- ◆ Lalonde, Marc. A New Perspective on the Health of Canadians, Working Document, Health and Welfare Canada, April 1974

- ◆ Lurie N, Ward N, Shapiro M, Gallego C, Vahaiwalla R, Brook R. Termination of medical benefits. A follow-up study one year later. *N Engl J Med* 1986; 314: 1266-1268
- ◆ Moore S. Cost containment through risk-sharing by primary care physicians. *N Engl J Med* 1979; 300: 1559-1362
- ◆ Rasell M. Cost sharing in health insurance – A reexamination. *N Engl J Med* 1995;332: 1164-1168
- ◆ Resolución del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación 939/2000. Programa Médico Obligatorio
- ◆ Resolución del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación 201/2002. Programa Médico Obligatorio de Emergencia
- ◆ Rivo ML, Saultz JW, Wartman SA, DeWitt TG. Defining the generalist physician's training. *JAMA* 1994; 271: 1499-1504
- ◆ Rogers JL, Haring OM. The impact of a computerized medical record summary system on incidence and length of hospitalisation. *Med Care* 1979; 17: 618-630
- ◆ Roos N. Who should do the surgery? Tonsillectomy and adenoidectomy in One Canadian province. *Inquiry* 1979;16: 73-83
- ◆ Simborg D, Starfield B, Horn S. Physician and non –physician health practitioners: The characteristics of their practices and their relationships. *Am J Public Health* 1978; 68: 44-48
- ◆ Simborg D, Starfield B, Horn S, Yourtee S. Information factors affecting problem follow-up in ambulatory care. *Med Care* 1976; 14: 848-856
- ◆ Starfield, Bárbara. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Editorial Masson; 2004
- ◆ Starfield, Bárbara. Primary Care: Concept, Evaluation and Policy. New York: Oxford University Press, 1992
- ◆ Starfield, Bárbara. Effectiveness of Medical Care: Validating Clinical Wisdom. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1985
- ◆ Starfield B. Special responsibilities: The role of the pediatrician and goals of pediatric education. *Pediatrics* 1983; 71: 433-440
- ◆ Starfield B, Simborg D, Horn S, Yourtee S. Continuity and coordination in primary care: Their achievement and utility. *Med Care* 1976; 14: 625-636

- ◆ Superintendencia de Servicios de Salud (www.sssalud.gov.ar)
- ◆ Velázquez A. Actualización de la Prácticas Preventivas Ateneo Central de la Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires.
www.foroaps.org

ANEXO I

ENCUESTA

(Evaluación del grado de consecución de características peculiares y derivadas de la Atención Primaria en una muestra de afiliados mayores de 21 años de Obras Sociales Nacionales)

¿Tiene Obra Social?

Sí ☐ ¿Cuál/les?-----

No ☐ >>>>>Fin de la encuesta

EDAD: _____ SEXO: 1.M ☐ 2.F ☐

1) ¿Dónde recibe habitualmente atención médica?

1. ☐ Hospital público

2. ☐ Sala de Primeros Auxilios o Centro de Atención Barrial

3. ☐ Médico particular

4. ☐ Prepago

5. ☐ No he recibido atención médica en los últimos años

>

> Pasara "encuesta

> alternativa"

>

>

6. ☐ Obra Social ¿Cuál/es? _____

>>> pasar a preg 2

2) ¿Cuántos años hace que se atiende en esta Obra Social?

1. ☐ Menos de 2 años >>> encuesta finalizada

2. ☐ Más de 2 años >>>continuarla encuesta

3) ¿Cuántas consultas ha realizado aproximadamente en estos dos últimos años?

1. ☐ Menos de 10 >>> encuesta finalizada

2. ☐ Más de 10 >>>continuarla encuesta

4) ¿Puede consultar a los especialistas directamente?

1. ☐ Acceso directo

2. ☐ Acceso a través de un médico de cabecera (salvo para ginecología u oftalmología)

5) Aproximadamente ¿Cuánto tiempo tarda para llegar desde su casa hasta el lugar en donde realiza **la mayor parte** de sus consultas?

- 1. ☐ Menos de 30 minutos
- 2. ☐ 30 a 60 minutos
- 3. ☐ Más de 60 minutos
- 4. ☐ No tengo un lugar habitual de consultas

6) ¿Cuánto espera en promedio en la sala de espera en el lugar en donde realiza **la mayor parte** de sus consultas?

- 1. ☐ Menos de 30 minutos
- 2. ☐ 30 a 60 minutos
- 3. ☐ Más de 60 minutos
- 4. ☐ No tengo un lugar habitual de consultas

7) Cuando desea una consulta con un médico, ¿para cuándo le dan turno?

- 1. ☐ Menos de una semana
- 2. ☐ Una semana a 15 días
- 3. ☐ Más de 15 días

8) ¿Consigue atención en su domicilio a través de su Obra Social?

- 1. ☐ Siempre
- 2. ☐ A veces
- 3. ☐ Nunca
- 4. ☐ No requerí de estos servicios

9) ¿Ha tenido dificultades para atenderse en guardia a través de su Obra Social?

- 1. ☐ Siempre
- 2. ☐ A veces
- 3. ☐ Nunca
- 4. ☐ No requerí de estos servicios

10) ¿Alguna vez dejó de atenderse en su Obra Social por no poder pagar el traslado a la misma o el coseguro de la consulta ?

- 1. ☐ A veces
- 2. ☐ Nunca

11) Su médico de cabecera, ¿es siempre el mismo o lo cambia frecuentemente?

- 1. ☐ Sí
- 2. ☐ No
- 3. ☐ No tengo médico de cabecera

12) ¿Siente que el médico al que consulta habitualmente busca conocerla/o y entenderla/o o sólo se limita al motivo de consulta?

- 1. ☐ Sí, busca conocerme
- 2. ☐ No, se limita al motivo de consulta
- 3. ☐ No tengo médico habitual

13) ¿Resuelve la mayoría de sus problemas de salud con un médico en especial o usa varios médicos dependiendo de cuál sea el problema?

- 1. ☐ Médico habitual
- 2. ☐ Varios médicos

14) Cuando pide asistencia domiciliaria, ¿lo visita su médico de cabecera?

- 1. ☐ Siempre
- 2. ☐ A veces
- 3. ☐ Nunca
- 4. ☐ No tengo médico de cabecera
- 5. ☐ No requerí este servicio

15) ¿Estuvo internado alguna vez?

- 1. ☐ Sí >>>> **Pasara preg 16)**
- 2. ☐ No >>>> **Pasar a preg 17)**

16) Mientras estuvo internado/a, ¿Lo/a visitó su médico de cabecera?

- 1. ☐ Siempre
- 2. ☐ A veces
- 3. ☐ Nunca
- 4. ☐ No tengo médico de cabecera

17) Alguno de los médicos que ha consultado, ...

... 171 ¿ Le ha tomado la presión en el último año? Sí ☐ No ☐

... 172 ¿ Lo ha pesado alguna vez? Sí ☐ No ☐

... 173 ¿ Le ha preguntado si fumaba?

 Sí ☐ >>> 173a¿le ha aconsejado que deje de fumar? Sí ☐ No ☐

 No ☐

... 174 ¿ Le ha preguntado si bebe alcohol? Sí ☐ No ☐

... 175 ¿ Le recomendó usar cinturón de seguridad cuando viaja en auto? Sí ☐ No ☐

18) Si consulta a un especialista o a una guardia o si es internado, ¿su médico de cabecera está al tanto de esto y conoce los resultados de estas evaluaciones?

1. ☐ Siempre

2. ☐ En algunos casos

3. ☐ Nunca

4. ☐ No tengo médico de cabecera

19) ¿Se le proporciona a usted algún resumen por escrito sobre sus problemas de salud y tratamiento que está realizando para llevarlo consigo toda vez que realiza una consulta con un nuevo médico?

1. Sí ☐ 2. No ☐

20) ¿Todos los médicos que la/lo atienden registran la información en la misma historia clínica?

1. Sí ☐ 2. No ☐

21) ¿ Opina usted que su médico de consulta habitual conoce bien a su familia?

1. Sí ☐ 2. No ☐

22) ¿Su Obra Social le ha realizado alguna encuesta para conocer sus opiniones sobre la atención médica que se le brinda?

1. Sí ☐ 2. No ☐

23) ¿Se lo ha invitado a reunirse con los responsables de su Obra Social para conocer sus opiniones y sugerencias?

1. Sí ☐ 2. No ☐

ENCUESTA ALTERNATIVA
(Para los que no se atienden habitualmente por su Obra Social)

1) ¿Se atendió alguna vez por su Obra Social?

1. ☐ Sí >>> **pasara la preg 2)**

2. ☐ No

2) ¿Por qué dejó de atenderse por su Obra Social?

Nota: Formular la pregunta y llenar el o los casilleros según la respuesta del afiliado.

1. ☐ Lugares de atención alejados

2. ☐ Dificultad para conseguir turnos

3. ☐ Dificultades para autorizaciones, para conseguir los bonos de atención, etc.

4. ☐ Atención médica de mala calidad

5. ☐ Problemas con las farmacias

6. ☐ Dificultades económicas (para pagar coseguros, para viajar a lugares de atención)

7. ☐ Pocos prestadores (pocos médicos, pocos lugares de atención, etc.)

8. ☐ Infraestructura inadecuada (edificios en mal estado o con poco confort)

9. ☐ Otras causas (aclarar) _____

ANEXO II

Tabla. Lista de ACSC (ambulatory care sensitive conditions) para medir la efectividad de la atención primaria de salud

I Patología infecciosa que se puede prevenir (por inmunización u otras medidas preventivas)	
1	Difteria
2	Tétanos
3	Poliomielitis aguda
4	Meningitis debida a H. Influenzae
5	Fiebre reumática
II Sífilis congénita	
6	Sífilis congénita
III Tuberculosis	
7	Otras tuberculosis
IV Diabetes	
8	Diabetes con complicaciones generales agudas
9	Coma hipoglucémico
10	Gangrena más diabetes con trastornos circulatorios periféricos
V Trastornos del metabolismo hidroelectrolítico	
11	Disminución de volumen/deshidratación
12	Hipokalemia
VI Infecciones otorrinolaringológicas/infecciones agudas de las vías respiratorias altas	
13	Absceso peritonsilar
VII Enfermedad cardiovascular e hipertensión	
14	Hipertensión esencial maligna
15	Enfermedad renal hipertensiva maligna
16	Enfermedad cardíaca y renal hipertensiva maligna
17	Hipertensión secundaria maligna
18	Enfermedad cardíaca isquémica
19	Enfermedad cerebrovascular
VIII Insuficiencia cardíaca (IC)	
20	Enfermedad cardíaca hipertensiva maligna con IC
21	Enfermedad cardíaca hipertensiva benigna con IC
22	Enfermedad cardíaca hipertensiva sin especificar con IC
23	Fallo del corazón
24	Edema agudo de pulmón, sin especificar
IX Neumonía	
25	Neumonía debida a H. Influenzae
26	Neumonía debida a estreptococos
27	Neumonía debida a otro organismo especificado
28	Bronconeumonía/neumonía debida a un organismo sin especificar
X Úlcera sangrante o perforante	
29	Úlcera gástrica aguda o crónica o noespecificada, con hemorragia o con hemorragia y perforación
30	Úlcera duodenal aguda o crónica o no especificada, con hemorragia o con hemorragia y perforación
31	Úlcera péptica, localización no especificada, aguda o crónica o no especificada, con hemorragia o con hemorragia y perforación
XI Apendicitis con perforación	
32	Apendicitis aguda con peritonitis generalizada
33	Apendicitis aguda con absceso peritoneal
XII Infecciones del tracto urinario	
34	Pielonefritis aguda
XIII Enfermedad inflamatoria pelviana	
35	Enfermedad inflamatoria de ovario, trompa de Falopio, tejido celular pelviano y peritoneo