

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Bernardo Hugo Gilbert

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS VARIACIONES REGISTRADAS EN LA ATENCION AMBULATORIA DEL PRIMER NIVEL DEL PAMI EN LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES DURANTE EL PERIODO 2001 - 2003

2006

Citar como: Gilbert, B. H. (2006). Estudio descriptivo de las variaciones registradas en la atencion ambulatoria del primer nivel del PAMI en la ciudad autonoma de Buenos Aires durante el periodo 2001 - 2003. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE

	Página
Introducción	3
Marco Contextual	
Aspectos socioeconómicos	3
El aumento de la pobreza y la situación de los jubilados	5
Aspectos Sanitarios	7
Financiamiento	6
Riesgo epidemiológico	7
La situación del Pami	9
Accesibilidad	21
Conclusiones	22
Bibliografía	23
Anexo	25
Tabla I	26
Tabla II	28
Tabla III	30
Tabla IV	32

Descriptores

< Argentina>
 < Atención ambulatoria>
 <PAMI>

< Salud>
 < Análisis clínicos>
 < Contratos capitados>

< Crisis en salud>
 < Perfil prescriptivo>

1. INTRODUCCIÓN

"A fines del 2001, luego años de recesión económica y de un deterioro progresivo del bienestar social del país, Argentina se sumergió en un período de grave crisis institucional, marcado por la renuncia del Presidente, una sucesión de presidentes interinos, la cesación de pago de sus compromisos externos, la caída del crédito, la salida de la convertibilidad, el rebrote inflacionario y conmociones sociales generalizadas. Luego a lo largo de 2002 se agudizó la recesión económica, la inflación llegó al 70% en el primer semestre y el PBI cayó en un 10,9% a valores constantes medido en dólares. El desempleo que ya era alto creció hasta alcanzar el 22% en ese año y en el 2003, el 54% de la población vivía en condiciones de pobreza. Esta situación tuvo un impacto directo sobre el sistema de salud".
(Ginés Gonzalez García)

Una población vulnerable fuertemente afectada en estas circunstancias es la de las personas de la tercera edad, y es de nuestro interés analizar los diferentes factores que concurren para afectar su salud y bienestar. Los beneficiarios del PAMI son en su mayoría adultos mayores.

El presente trabajo tiene por objetivo identificar los efectos de la crisis institucional argentina de 2001-2003 en la atención de los beneficiarios del PAMI de la CABA. Nuestra mirada estará dirigida en especial a la atención ambulatoria, que es una componente fundamental de la atención primaria de la salud y por ende parte de la estrategia de organización de los servicios sanitarios, que contribuye a una mejor calidad de vida.

En primer lugar se describirá el contexto socio económico durante dicho período y luego se analizará el impacto observado en cuestiones sanitarias en general, para finalmente ilustrar su repercusión en el Iº Nivel de atención del PAMI de la C.A.B.A con datos de la utilización de servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos.

2. MARCO CONTEXTUAL

2.1. Aspectos Socio Económicos

La República Argentina entra en el siglo XXI sumida en una grave crisis; el período 1990-2002 es considerado uno de los más críticos de su historia socio económica. La gravitación de las dificultades económicas,

políticas y sociales ha originado una compleja trama de situaciones adversas para toda su población.

El modelo neoliberal adoptado , con raíces en las dictaduras militares que gobernaron desde 1976, tuvo a partir a partir de 1991 el plan de convertibilidad, la liberalización comercial y financiera, las privatizaciones y la desregulación. El PBI creció pero la riqueza se concentró en unos pocos, mientras vastos sectores de la población se pauperizaban y pasaban a la marginalidad. La apertura de las importaciones se hizo reduciendo los aranceles aduaneros y eliminando otras restricciones para todo tipo de bienes. Ello contribuyó a desestabilizar aún más a los productores nacionales. Como era de esperar las pequeñas y medianas empresas orientadas al consumo interno y fuente de más del 65 % de la mano de obra, cerraron por no poder competir con productos importados a precios de dumping. A la caída del empleo industrial se sumó la caída del salario real.

La convertibilidad pareció ser efectiva para estabilizar los precios pero con el correr del tiempo la sobrevaluación del peso le quitaba competitividad a los productores argentinos debilitando la economía. En agosto de 2001 un préstamo de 8 mil millones de dólares del FMI le dio un breve respiro al Ministerio de Economía pero al poco tiempo resultó evidente que seguía detriorándose la situación financiera.

En setiembre la desaceleración del comercio y la disminución de la confianza de los consumidores y de las empresas redujeron aún más la actividad económica. El índice de contaminación ambiental tomado tradicionalmente en la concurrida esquina de Av. Corrientes y Libertad, alcanzó su límite más bajo de los últimos 20 años, ilustrando la disminución del tráfico de Buenos Aires hacia el centro financiero de la ciudad.

A fines de noviembre la creciente desconfianza en la declamada reactivación, sumada al temor de la devaluación del peso, indujo a muchos ahorristas a retirar sus depósitos bancarios, comprometiendo las reservas y disparando la crisis de liquidez que empujó las tasas bancarias. Se estableció el Decreto 1570 sancionado en diciembre de 2001 "del corralito". Por el mismo se dispuso que los depósitos superiores a 1000 dólares no pudieran retirarse en efectivo. Se prohibió a los bancos otorgar préstamos en pesos y se prohibió retirar en efectivo más de 250 pesos semanales.

El 7 de enero de 2002 se publicó en el Boletín Oficial la Ley 25.561 de Emergencia Pública y Reforma Del Régimen Cambiario bajo la

presidencia de Eduardo Duhalde. La misma establecía la devaluación del peso con dos tipos de cambio el comercial para exportaciones e importaciones a razón de \$1,4 por dólar y el financiero turístico de libre fluctuación. También se establecía la pesificación para todos lo que se habían endeudado en dólares a razón de 1:1 para montos inferiores a los 100,000 dólares.

2.2. El aumento de la pobreza y la situación de los jubilados

En setiembre de 2002, el informe sobre la situación social publicado por el SIEMPRO (Sistema de Información y Monitoreo de Programas Sociales) dependiente de la Presidencia de la Nación señalaba " la crisis actual la más prolongada e intensa desde 1900, produjo en el último período un fuerte aumento de a pobreza de la desigualdad del ingreso y del desempleo. La existencia de 55,6% de pobres y una tasa de empleo del 32,8% eran registradas por el INDEC. Esto arrojaba 21 millones de pobres en el país y 10 millones de indigentes. La distribución era como siempre diferente, mientras en el conurbano bonaerense la pobreza llegaba al 68% en la Ciudad de Buenos Aires era del 19%. El porcentaje de personas bajo la línea de pobreza en la Ciudad de Buenos Aires que era del 9,8% en octubre de 2001, se duplicó en 7 meses, llegando al 19,8% en mayo del 2002.

La expectativa de vida en Argentina supera los 73 años, con 3.636.232 personas mayores de 65 años (censo de 2001), alcanzando el 9,7% de la población. Gran parte de ellos viven de sus jubilaciones y pensiones, que hasta la pesificación les permitían un nivel de vida decoroso. Pero la quita del 13% impuesta durante el gobierno de De la Rúa y la devaluación les significaron una disminución del poder adquisitivo, consignando además que con atrasos considerables.

La Jubilación Mínima era de \$309 desde diciembre de 2004 y aumentó a \$350 desde junio de 2005. La canasta básica que en octubre de 2001 era de \$ 150.05 por adulto mayor, en junio de 2002 trepó a \$ 210.36 y tres meses después alcanzó los \$ 231.77.

En enero de 2002 cobraban la mínima el 16,5 por ciento del total de jubilados y porcentaje que fue ascendiendo hasta alcanzar el 64 por ciento actual. Esto ocurrió luego de siete alzas dispuestas por el gobierno exclusivamente para la jubilación mínima, con lo cual se pinzaron las categorías.

Cabe consignar que durante el gobierno de De la Rúa a los jubilados les fue recortado el 13 % de sus haberes.

El economista de la CTA (Central de Trabajadores Argentinos) y diputado nacional Claudio Lozano elaboró un estudio sobre la evolución real de las jubilaciones y de la inversión pública en seguridad social después de la devaluación. El documento, también escrito por Ana Rameri y Tomás Raffo, revela que la jubilación media cayó 17 puntos respecto del nivel que tenía en 2001. Esto es por el impacto de la inflación, es decir que incremento nominal fue 17 puntos inferior a lo necesario para compensar el aumento de los precios minoristas (63 puntos de inflación acumulada desde enero de 2002).

En relación al costo de vida los ingresos de los jubilados y pensionados cayeron aproximadamente un 40 por ciento durante los últimos meses del año 2001 y el comienzo del año 2002.

Cabría hacer una distinción de género, pues en 2004 una mujer mayor a 60 años que vivía sola no era pobre si ganaba más de 161 pesos, un hombre mayor a 60 años no es pobre si conseguía 206 pesos por mes y una pareja de personas mayores a 60 años necesitan 367 pesos para superar la línea de pobreza.

Revisando los a datos de la EPH (Encuesta Permanente de Hogares) correspondiente al segundo semestre del año 2004 vemos que los hogares en los cuales se pueden encontrar alguno de los tres casos indicados precedentemente sobrepasan el 16% de los hogares de la Argentina. Además tenemos dos datos interesantes sobre los jubilados: los hogares donde vive sólo una persona mayor a 60 años con algún ingreso por jubilación o pensión representan cerca del 25% de los jubilados. Asimismo, el 19% corresponde a parejas mayores a 60 años en los cuales por lo menos uno tiene jubilación. El resto de los jubilados vive con otras personas en el hogar. En la Argentina el 15 % de los hogares son unipersonales, sin distingo de edades

Conciente de esta situación el 13 de marzo de 2002 el gobierno publicó el Decreto Nº 486/02 declarando la Emergencia Sanitaria en todo el país, a los efectos de garantizar a la población argentina el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud de todos los habitantes de la Nación. Que a esos fines se consideran prestaciones básicas esenciales las necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades que deben garantizar el Sistema Nacional del Seguro de Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, mientras subsista la situación de emergencia.

2.3. Aspectos Sanitarios

El informe de la Situación de Salud Argentina 2003, publicado por el Ministerio de Salud de la Nación y la OPS, presenta un severo análisis de las inequidades en salud y de la asociación entre pobreza, indigencia y salud. Se consignan entre los puntos destacados, el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad en poblaciones vulnerables (niños, embarazadas y ancianos) que representan el 14% de la población general. Creciente demanda en salud mental por carencia de servicios comunitarios y deterioro de la infraestructura de los servicios de salud debido a la falta de mantenimiento e inversión.

Por su parte el Banco Mundial (WB) informaba sobre el impacto de la crisis en el Sector Salud, señalando que esta se verifica en cuatro factores principales que pueden explicar sus graves efectos: (1) un progresivo deterioro del financiamiento de los distintos subsistemas (cayó aproximadamente 15.5 por ciento durante los primeros 8 meses de año 2002); (2) un crecimiento en el costo de medicamentos e insumos biomédicos importados por la devaluación; (3) un incremento en la demanda de los servicios de hospitales públicos; y (4) riesgos epidemiológicos mayores. Los primeros dos factores reducen la efectividad del servicio, mientras que los dos últimos incrementan la demanda de los mismos.

2.4. Financiamiento

El 13 de marzo de 2002 se declaró de la Emergencia Sanitaria Nacional (Dec. 486/02) que explicita el objetivo de garantizar la equidad, la universalidad y la solidaridad para todos sus beneficiarios, en riesgo de no recibir las prestaciones básicas esenciales que garanticen el cuidado de la salud porque la caída de los recursos financieros del sector salud han motivado la ruptura de la cadena de pagos.

Crecimiento en el costo de insumos

Otro de los problemas que enfrentaron los prestadores fue el brusco aumento de los insumos importados que con la salidad de la convertibilidad triplicaron su precio (ver Cuadro Nº 2).

En su política de sustitución de importaciones el gobierno nacional tuvo éxito en este rubro pero hasta que se reabrieron nuestras industrias y comenzaron la producción en escala, se produjo desabastecimiento de algunos productos como por ejemplo las jeringas cuyas fábricas todas excepto una habían cerrado en la época de la convertibilidad.

El incremento en el precio del instrumental médico mayormente de origen extranjero se expresa en la fuerte desinversión del sector.

Cuadro 1

Tipo de Cambio
1990-2001: US\$1.00 = ARG\$1.00 (peso)
2002 (promedio del período) US\$1.00 = ARG\$3.1
31 de diciembre de 2002: US\$1.00 = ARG\$3.4
15 de abril de 2003: US\$1.00 = ARG\$2.9

Fuente : Banco Mundial

Incremento en la demanda de los servicios de hospitales públicos
 El número de consultas hospitalarias se viene incrementando en forma sostenida desde el año 1999 (Tabla 6), uno de los motivos es que mucha gente ha perdido su seguro médico o no puede pagar siquiera el copago obligatorio que establece el PMO. También debe considerarse las políticas estatales y provinciales para que los hospitales brinden más y mejores servicios. También el Programa Remediar puede ser un atractivo adicional para que los pacientes opten por el hospital o CAPS para acceder sin cargo a los medicamentos.

Tabla 1

Consultas médicas externas en establecimientos asistenciales del subsector oficial

	Años 1999-2003				
	Consultas médicas externas				
	1999	2000	2001	2002	2003
Total del país	81.973.049	89.418.842	88.173.029	92.563.462	97.486.481
Ciudad de Buenos Aires	8.716.141	8.321.685	8.316.005	8.981.250	9.205.255

Fuente: INDEC

2.5. Riesgo epidemiológico:

En la carga de enfermedades si bien prevalecen las crónicas degenerativas, no dejan de preocupar las infecto contagiosas y el riesgo potencial de las transmitidas por vectores (dengue, chagas y malaria). Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte, seguidas por el cáncer, las enfermedades transmisibles y las causas externas.

El sistema de control epidemiológico informó que registró un aumento de algunas enfermedades endémicas, como es el caso del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el mal de Chagas y la leishmaniasis en el primer semestre del año 2002, comparado con el año 2001. A partir de agosto de 2002, no hubo aumento el número de casos declarados de enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias

o meningitis, pero las consultas de emergencia por enfermedades mentales se han duplicado.

También hay evidencia de un incremento de la violencia y los problemas de salud mental. De acuerdo con la Encuesta sobre la Crisis del Banco Mundial, el 20 por ciento de la población declara haber sido víctima de actos de violencia o crímenes entre el mes de octubre del año 2001 y junio de 2002.

Una de las estrategias utilizada por aquellos afectados por la crisis es la de reducir los gastos particulares para servicios médicos y medicamentos, incluyendo la reducción de visitas al médico. En 2002 el índice consultas por afiliado por año llegó a 1.49 en la seguridad social, cuando lo esperable es entre 5 y 7 consultas por año.

Sumado a ello en Argentina, alrededor de 15 millones de personas no tienen acceso a los medicamentos. Si bien las ventas de remedios cayeron en forma paulatina entre los años 1995 y 2000, el descenso se profundizó bruscamente desde entonces debido a la crisis sin precedentes que vivió el país.

En este sentido el acceso a medicamentos, consulta médica y estudios, constituyen una variable que guarda relación directa con los ingresos monetarios del jefe de hogar.

3. LA SITUACIÓN EN EL PAMI

En este punto se describirá el impacto de la crisis en la atención ambulatoria de los beneficiarios del PAMI de la CABA. La misma fue mensurada desde el utilización de análisis clínicos ambulatorios durante el período de octubre de 2000 a mayo de 2004.

El número de consultas por afilado y por año constituyen una variable del gasto en salud y de la calidad de atención. Esta cantidad de consultas médicas guarda relación con el número de estudios complementarios solicitados, proporción que se mantiene más o menos constante dentro de un mismo modelo de atención y de un sistema particular.

Siendo que los análisis clínicos junto con la radiología y ecografía ambulatorios, son los estudios complementarios que surgen de la consulta del médico de cabecera, conformando las tres actividades el I^o Nivel de Atención, en el presente trabajo se midió la demanda mensual de análisis clínicos ambulatorios acumulados durante el período octubre

de 2000 a mayo de 2004, en la población de beneficiarios del PAMI de la CABA.

Para ello se utilizaron los registros facilitados por la empresa de auditoría de facturación, Blue Life S.A., contratada por 3 Unidades de Gestión Prestacional (UGP), para auditar la facturación de los laboratorios adheridos a sus redes prestacionales.

La concurrencia del paciente al médico y a los centros de diagnóstico está influenciada por la mayor o menor accesibilidad del paciente al sistema, sea por factores determinados por el normas y regulaciones de su cobertura médica individual, o por el contexto socioeconómico. Según la Oficina del Banco Mundial, entre octubre de 2001 y junio de 2002, el 38% de los afiliados del PAMI no tuvo acceso a la atención de primer nivel ni a los medicamentos, debido a la falta de recursos económicos.

El incremento de enfermedad de enfermedades mencionado anteriormente debería tenerse en cuenta en esta población no solo por lo que hace a la tercera edad sino a otros grupos etáreos puesto que el PAMI tiene una estructura de beneficiarios que abarca otras franjas , como se observa en la tabla 8.

Composición según edad:

- Los beneficiarios del PAMI no son solo ancianos. Unos 748 mil beneficiarios del PAMI –que equivalen al 23% del padrón- son menores de 60 años de edad.
- El 77% del padrón, 2.621.155 beneficiarios son mayores de 60 años.
- Alrededor de un millón y medio tiene 60 y 74 años, lo cual equivale a un 45%.
- El millón de beneficiarios restante, que equivale a un 32% es mayor de 75 años.

Tabla 2: INSSJP Padrón de beneficiarios según sexo y edad. 1999

Edad	Masculino	Femenino	Total	%	
Hasta 14	70321	70076	140,397	4%	Menores de 20 años 830%
15	10849	10622	21,471	0.6%	
16	12653	12889	25,542	0.7%	
17	14530	14783	29,313	0.9%	
18	16548	17040	33,588	1.0%	
19	18349	18159	36,508	1.1%	286,819 Beneficiarios
20 a 24	23111	23918	47,027	1.4%	
25 a 29	4974	6471	11,445	0.3%	
30 a 34	6798	12033	18,831	0.6%	
35 a 39	17346	18399	35,745	1.0%	
40 a 44	12291	27705	39,996	1.2%	
45 a 49	15791	45950	61,741	1.8%	
50 a 54	22821	80791	103,612	3.0%	
55 a 59	39813	136220	176,033	5.3%	
60 a 64	79959	280968	360,927	9.7%	Mayores de 60 años 77%
65 a 69	223128	353933	577,061	16.9%	
70 a 74	256068	383332	639,400	18.7%	
75 a 79	197804	318958	516,762	15.2%	
80 a 84	107067	208318	315,385	9.3%	
85 a 89	53816	121848	175,664	5.1%	2,621,155 Beneficiarios
90 y más	18713	68728	87,441	2.4%	
TOTAL	1,219,929	2,185,265	3,405,194	100%	

Fuente: Vassallo C.

En la CABA los beneficiarios están asignados según su domicilio a las diferentes agencias del PAMI.

Tabla 3: Beneficiarios del PAMI según Distrito a set. de 2005

Agencia	
1	22832
2	37710
3	40092
4	40214
5	30006
6	30542
7	39015
8	17515
9	33122
10	32105
Total	323.153

Fuente : Delegación VI – PAMI Capital

En nuestro país , el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), creado el 28/05/1971 por Ley 19.032, presta servicios a través de su Plan de Atención Médica Integral (PAMI) a alrededor de 3.200.000 beneficiarios en todo el país. En la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires (CABA), el número de beneficiarios oscila (con sus altas y bajas permanentes) en alrededor de 320.000 (datos proporcionados por PAMI, Delegación VIº, Capital). Los beneficiarios son los afiliados titulares, su grupo familiar y los no integrantes del grupo familiar primario según se detalla en el cuadro Nº 1.

El PAMI implementó desde hace tiempo un sistema de pago por cápita, abonando una suma fija por beneficiario y por mes por la prestación integral. Para ello los prestadores formaron redes público-privadas y se agruparon en Unidades de Gestión Prestacional (UGPs). Estas uniones empresarias ofrecen el Nivel primario (Iº) con médicos de cabecera en sus consultorios particulares o institucionales por un lado y, por otro una red de laboratorios de análisis clínicos, así como centros de radiología y ecografía distribuidos por toda la ciudad. La internación y prestaciones de IIº Nivel y de alta complejidad (IIIº Nivel) se brindan en Hospitales Públicos, Hospitales de Comunidad o en Sanatorios y Clínicas Privadas, dependiendo de cada una de estas asociaciones empresarias (UGP).

El número de beneficiarios asignados a cada una de las 6 UGPs (Cupo) que se repartieron la atención de los beneficiarios con domicilio en la CABA, oscila entre los 10.000 y 76.000, acorde con la capacidad prestacional disponible.

A fin de cada mes todos los laboratorios envían su facturación por el total de las prestaciones, valoradas con tarifas del Nomenclador Nacional de Prácticas Bioquímicas (NN). La empresa BL procede a auditar dicha facturación y el Monto Facturado por cada prestador, se consigna como Monto Auditado. El Prorrateo (P) es el factor que se aplicará al Monto Auditado para liquidar el pago a los prestadores.

Cálculos:

Monto Total (MT) [\$] = Cupo [bf] * Cápita [\$ / bf]

Prorrateo = MT [\$] / Monto Total Auditado (MA) [\$]

Liquidación final a prestadores [\$] = MA [\$] * P

La cápita destinada a laboratorio es una alícuota de la cápita percibida por las UGP para la atención integral de los tres niveles.

El Prorrateo es el indicador indirecto de la cantidad de análisis clínicos efectuados, resultando inversamente proporcional a la demanda .

Fueron auditadas las facturaciones provenientes de 42 laboratorios, muchos de ellos prestaban atención en más de una red. Todos los laboratorios se encuentran habilitados, se encuentran registrados en la

Superintendencia de Servicios de Salud y cuentan con número de prestador otorgado por el INSSJyP.

La auditoría fue efectuada en parte manualmente para la revisión de las órdenes en papel, para verificación del cumplimiento de los requisitos administrativos y de las normas de auditoría. La auditoría se efectuó electrónicamente para las facturaciones recibidas en soporte magnético o vía web, mediante un sistema informático de desarrollo propio. Las facturas enviadas en papel se cargaron y reliquidaron en el mismo programa.

Los datos corresponden a los meses de octubre de 2000 a mayo de 2004.

Los requisitos administrativos que debían cumplir los pacientes se mantuvieron inalterados durante el período en estudio y en todo momento la prestación fue gratuita para los mismos, sin coseguro ni copago.

Los análisis clínicos cubiertos por el primer nivel se listan a continuación.

Tabla 4

Listado de los 77 análisis comprometidos para la atención ambulatoria y su código del Nomenclador Nacional de Prácticas Bioquímicas:

Código N.N.	Determinación	Código N.N.	Determinación
7	ADDIS RECUENTO DE	475	HEMOGRAMA
22	AMILASEMIA	481	HEPATOGRAMA COMPLETO
35	ANTIBIOGRAMA	546	IONOGRAMA PLASMATICO
51	ANTIESTREPTOLISINA O	547	IONOGRAMA URINARIO
63	HIV ANTICUERPO EIA	594	LACTICO DEHIDROGENASA LDH
101	BACILOSCOPIA DIRECTA-ZIE	598	LATEX ARTRITIS REUMATOIDEA
102	BACILOSCOPIA DIREC.Y CULT	603	LAZO PRUEBA DEL
104	BACT. DIREC. GRAM	613	LIPASA EN SANGRE
105	BACT. DIREC. CULTIVO ID	656	MANTOUX
110	BILIRRUBINEMIA TO/D/ E I/	670	MONONUCLEOSIS PAUL BUNNEL
133	CALCEMIA TOTAL	702	NUCLEOTIDASA 5'
136	CALCIURIA	711	ORINA COMPLETA
169	COAG.Y SANGRIA TIEMPO DE	716	OXIGENO SANGRE P02
171	COAGULOGAMA BASICO	736	PARASITOLOGICO SERIADO
174	COLESTEROL TOTAL	746	PLAQUETAS RECUENTO DE
176	COLONIAS RECUENTO DE	761	PROTEINA C REACTIVA
187	COPROCULTIVO	762	PROTEINAS FRACCIONADAS
190	CREATINQUINASA -CPK-	763	PROTEINAS TOTALES
192	CREATININA ORINA O SANGRE	764	PROTEINOGRAMA ELECTROFCO
193	CREATININA CLEARENCE DEPUR.	771	PROTROMBINA TIEMPO DE
241	CHAGAS AGLUT DIRECTA	813	FACTOR RH
244	CHAGAS LATEX	818	RETICULOCITOS RECUENTO DE
272	EXTRACCION A DOMICILIO	820	ROSSE RAGAN
297	ERITROSEDIMENTACION	833	SANGRE OCULTA MAT. FECAL
309	EXUDADO NASOFARINGEO INV.	870	TOXOPLASMOSIS HEMOAG.
355	FOSFATASA ACIDA PROSTATICA	873	TRANSAM.GLUT.OXAL.-ASAT
356	FOSFATASA ACIDA TOTAL	874	TRANSAMIN. GLUT. PIRUVI-ALAT
357	FOSFATASA ALCALINA	875	TRANSFERRINA SERICA
362	FOSFATEMIA	876	TRIGLICERIDOS
363	FOSFATURIA	887	TÍPC Tº DE TROMPLASTI KPTT
409	GLOBULOS BLANCOS RECUENTO	902	UREA EN SANGRE
410	GLOBULOS ROJOS RECUENTO	903	URETRAL EXUDADO O FLUJO
412	GLUCEMIA	904	URICEMIA
413	GLUCEMIA CURVA DE	905	URICO ACIDO EN ORINA
420	GLUTAMIL TRANSP. GAMMA	931	VAGINAL EXUDADO O FLUJO
430	GRAHAM TEST DE	933	V D R L CUALITATIVA
433	GRUPO SANGUINEO	8021	COLESTEROL HDL
466	HEMATOCRITO	8025	COLESTEROL LDL
470	HEMOGLOBINA DOSAJE DE		

Fuente: PAMI 1998

La población total en estudio osciló entre los 134.312 y 184.554 beneficiarios, según el momento de la observación que se considere, con una tendencia a la disminución en los últimos años. En esto influyen la depuración de los padrones del PAMI y bajas por el desvío de aportes hacia Obras Sociales o prepagos.

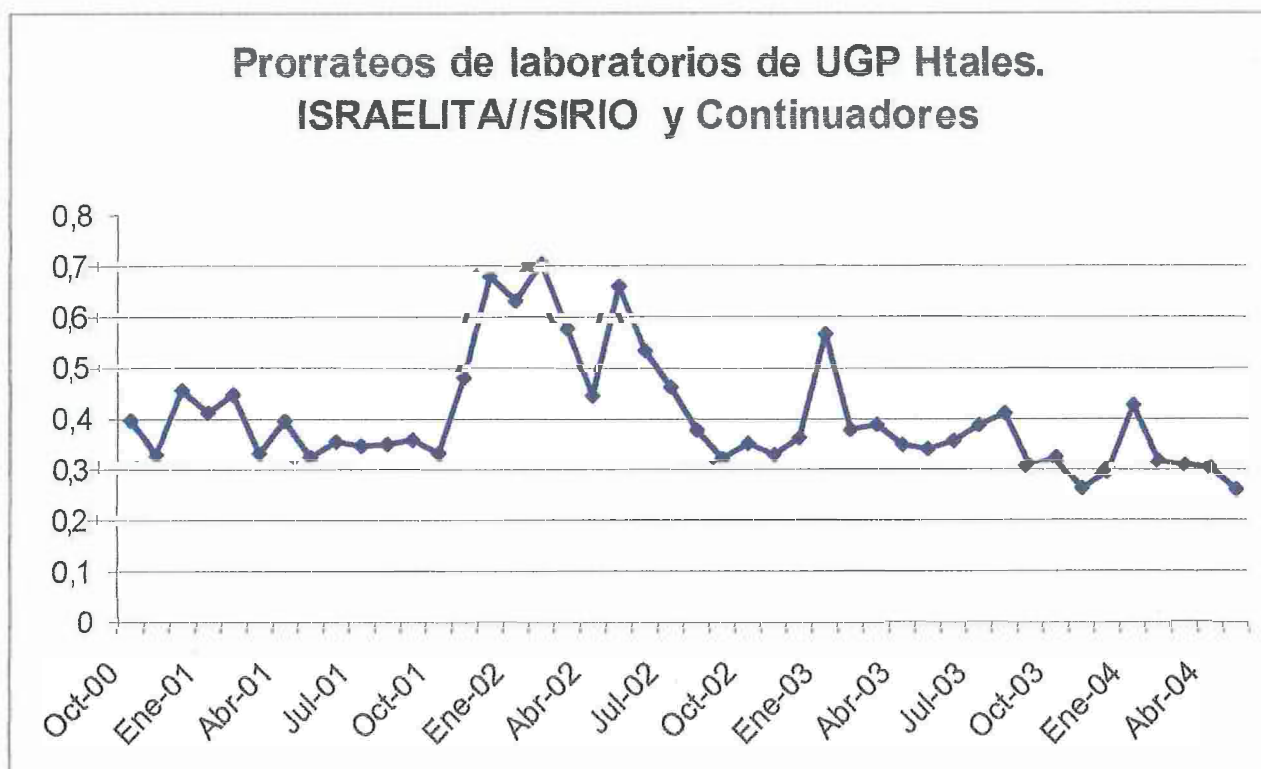
En nuestro caso se observa en la Tabla Nº I (ver anexo) se observa el registro de los prorrates de laboratorios adheridos a la red de los Hospitales Israelita, Sirio Libanés y sus continuadores, los mismos corresponden al período octubre de 2000 hasta mayo de 2004.

El cupo asignado inicialmente de 50079, alcanzó su máximo de 55.020, manteniéndose en entre esos valores a todo lo largo de la observación, excepto en el último mes (mayo/2004) en que bajó a 25.087.

El número de laboratorios prestadores que había alcanzado el máximo de 19 en marzo de 2001, cayó a 11 en enero de 2002.

El prorrato que en los primeros 15 meses era de 0,402, se observó desde noviembre un ascenso importante y en diciembre de 2001 trepó al 0,680 para alcanzar el máximo histórico nunca superado, de 0,706 en febrero de 2002.

Gráfico 1



Fuente: Registros de Blue Life S.A.

En el gráfico 1 se observan las variaciones del prorrateo en la UGP de los Hospitales Israelita-Sirio Libanés y sus continuadores (Instituto Denton Cooley) la caída de consumo de análisis reflejada por el aumento del prorrateo entre diciembre de 2001 y febrero de 2002. No tenemos explicación para el incremento del consumo (con la caída del prorrateo) observados en abril del 2002. La línea de tendencia muestra un consumo cada vez mayor con una menor retribución (prorrata) para los efectores.

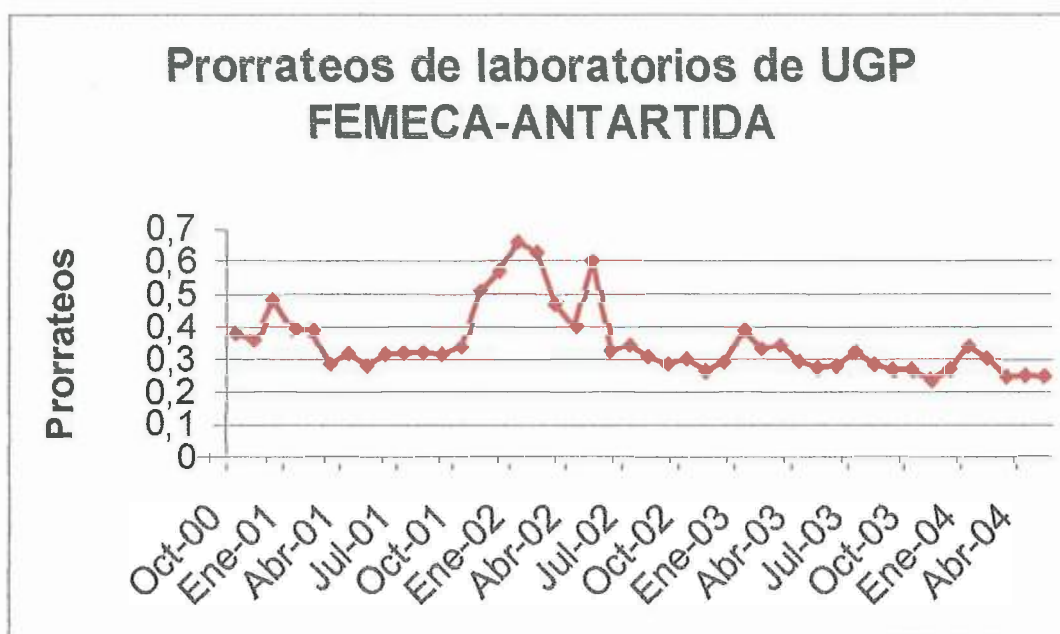
En la Tabla Nº II (ver anexo) se encuentra el registro de los prorrateos de laboratorios adheridos a la red de la Federación Médica de Capital Federal y el Sanatorio Antártida, los datos corresponden al período octubre de 2000 hasta mayo de 2004.

El cupo asignado inicial fue de 53.442 , en los años siguientes llegó a un máximo de 66.760, manteniéndose entre esos valores hasta el final de la observación. El número de laboratorios prestadores que había

alcanzado el máximo de 27 en mayo de 2001, cayó a 19 en diciembre de 2001 y a 14 en enero de 2002.

El prorratio que en los primeros 15 meses era de 0,374, en enero de 2002 trepó al 0,663 que fue el máximo histórico, nunca superado.

Gráfico 2



Fuente: Registros de Blue Life S.A.

En el Gráfico 2 se observa en la UGP Femeca Antártida al igual que en la de los Hospitales Israelita y Sirio, la disminución de la demanda en enero y febrero del 2002 con un valle del prorratio en abril de ese año.

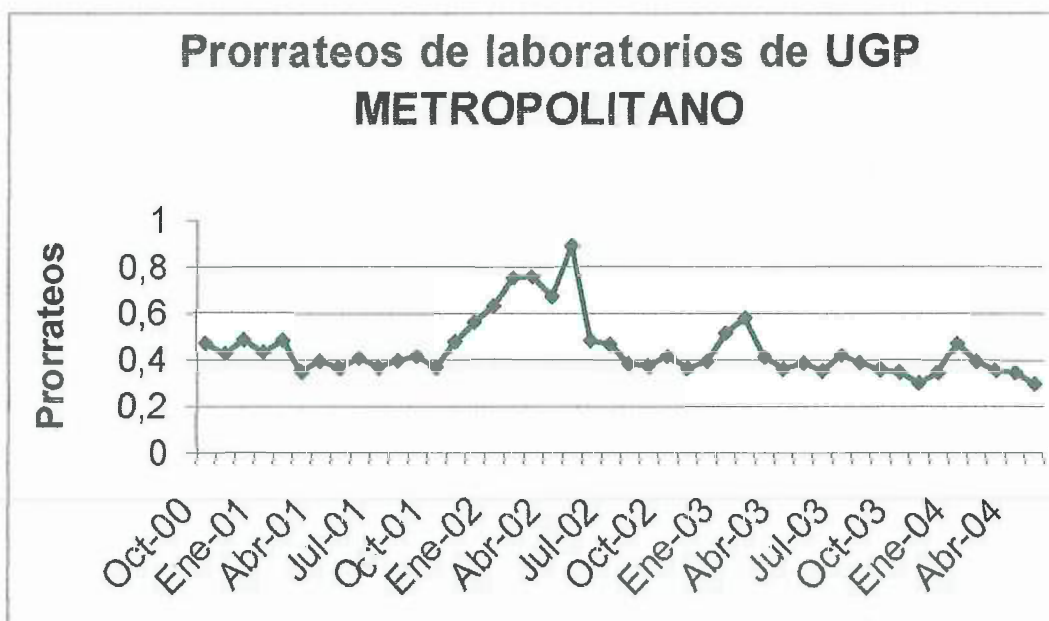
En la Tabla III (ver anexo) observamos el registro de los prorratesos de laboratorios adheridos a la red del Sanatorio Metropolitano, los datos corresponden al período octubre de 2000 hasta mayo de 2004.

El cupo asignado inicialmente fue de 52.361 y si bien superó los 60.000 en algún momento, la tendencia fue a la pérdida de capitados que terminaron siendo 46.527 al final de la observación.

El número de laboratorios prestadores que había alcanzado el máximo de 25 en abril de 2001, cayó a 13 en enero de 2002.

El prorratio que en los primeros 15 meses era de 0,428, en enero de 2002 trepó al 0,634 y alcanzó el máximo histórico, nunca superado en marzo de 2002 con 0,758.

Gráfico 3



Fuente: Registros de Blue Life S.A.

En el gráfico 3 se observan los prorrateos de la red del Sanatorio Metropolitano, en el cual es posible ver el pico del aumento de prorrateo causado por la caída de la demanda de análisis clínicos entre los meses de febrero a mayo de 2002.

Es claro que el mayor valor numérico del prorrateo indica una facturación menor de prácticas de laboratorio ambulatorias, por ende menor número de órdenes atendidas. En nuestro caso la caída de la demanda (indicada por el aumento del prorrateo) durante los meses siguientes a la crisis fueron justamente los dos primeros meses del año que coinciden con las vacaciones de verano. Si bien es esperable que se observe variación estacional con una caída de la demanda durante esos meses, tal disminución de no se observó en nuestro caso en años anteriores ni en los años alejados del 2001.

Sumado a esto, el artículo 24 del Decreto de Emergencia Sanitaria, suspendió hasta el 31 de diciembre de 2002 (fecha en que se volvió a prorrogar por un año) la ejecución de las sentencias que condenen al pago de una suma de dinero dictadas contra los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, incluyendo al INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS, incluyendo las ejecuciones por cobro de honorarios y gastos. Lo cual preservaba a las instituciones mencionadas pero comprometía seriamente la situación

financiera de los prestadores de servicios médicos con abultadas acreencias. El PAMI encaja perfectamente en esta descripción pues contrajo una deuda con los prestadores por lo devengado de octubre de 2001 a abril de 2002, estos 7 meses permanecían impagos en marzo de 2006.

Si bien el sistema en estudio es un sistema capitado por definición, tiene un componente de pago por prestación. Es decir los laboratorios que más pacientes reciben y por ende más estudios evacúan cobran más, pero al contribuir al incremento del total de la facturación, disminuye el valor que percibirán por cada prestación (baja el prorrateo y baja el valor de cada práctica). Esto va en contra de lo que debería esperarse en un sistema en el cual un gerenciador (la UGP) toma a su riesgo la prestación de un grupo de beneficiarios.

Además las tarifas de las prestaciones médicas desde el año 1991 (hace 14 años) no se actualizan, y este sistema utiliza para su facturación el Nomenclador Nacional de Prácticas Bioquímicas como precio indicativo. Comparando el valor resultante de las facturaciones ajustadas por prorrateo surge que las mismas se liquidan al valor final que ronda en promedio el 40%. Este precio es muy inferior al valor de mercado para prácticas de rutina aquí observadas. Luego si el precio de venta es bajo y el aumento del consumo prestacional lo baja aún más como en este tipo de contratos de cápita prorrateada, esto origina desaliento en el prestador que puede verse proclive a recortar las accesibilidad del paciente al servicio, ya porque se da de baja o alarga los turnos de espera.

En estos contratos los análisis clínicos fueron tercerizados por el gerenciador, las UGP, con centros privados, bajo el modelo de "adherentes" a la red. Se trata de contratos donde el prestador asumía el riesgo sin participar del gobierno de la organización gerenciadora, sin poder influir sobre la demanda generada por los médicos de cabecera y no consta que se hubiera gestionado la atención a través de procedimientos de Medicina Basada en la Evidencia. Por ende el prestador es receptor pasivo de una demanda imprevisible.

El fraude a través de la facturación es una situación anómala posible en cualquier sistema de salud. Aún con los controles de auditoría más estrictos no podemos descartar la existencia de facturación de prestaciones o bien no realizadas o bien originadas en centros asistenciales no autorizados que captan al paciente vehiculizando sus órdenes a través de laboratorios habilitados de la red.

Ciertamente este factor puede distorsionar los datos aquí presentados, sin embargo esta maniobra bien pudo presentarse a todo lo largo del período de observación o incrementarse en época de crisis, que como vimos también afecta al prestador de salud a título de profesional independiente o como pequeño y mediano empresario.

3.1. Accesibilidad:

La reducción en el número de laboratorios intervinientes fue decisión propia de los prestadores en la mayor parte de los casos o dispuesto por del PAMI en contadas oportunidades. En algunos casos se incorporaron nuevos laboratorios en reemplazo, pero no necesariamente el domicilio de los ingresantes se ubicaba en el mismo distrito del laboratorio saliente. Esto impuso una menor oferta prestacional y una barrera geográfica, puesto que son 10 los distritos administrativos del PAMI, y la ubicación de un prestador en uno u otro implica una distancia geográfica grande (ver Tabla 7).

Si bien el PAMI no cobra copago ni coseguro el gasto en traslados y el de gasto en medicamentos derivados de la consulta son un factor restrictivo en situaciones como las que se consideran.

En algunos pocos casos se detectaron laboratorios que pretendían cobrar "plus" a los pacientes. Algunas denuncias al PAMI sobre estas irregularidades desembocó en la "baja" del infractor, luego del debido sumario administrativo.

Otra factor que pudo presentarse y no fue ponderado en este estudio es la restricción que impone el médico en primer lugar y el laboratorio cuando alarga los tiempos de espera otorgando turnos alejados para la atención. Si bien esto es una irregularidad, cabe tener en cuenta que la caída del poder adquisitivo y la caída del valor real de la contraprestación dineraria impulse estas conductas anómalas en los prestadores.

4. CONCLUSIONES:

- La Argentina entró en el siglo XXI sumida en uno de los períodos más graves de su historia socioeconómica. Las dificultades originaron una trama de situaciones adversas para la población que gravitaron en su atención médica y en su estado de salud.
- En estas circunstancias los adultos mayores resultaron especialmente damnificados. Las adversidad afectó su salud y la disponibilidad económica necesaria para procurarse atención médica. Paralelamente la accesibilidad a los servicios médicos

disminuyó por el cierre de muchos prestadores privados y la aglomeración masiva de pacientes en los hospitales públicos. Esto configuró un círculo donde mayores enfermedades, mayor violencia contra los ancianos, mayor número de enfermedades mentales y menor atención médica, incrementaron la morbimortalidad de esta población.

- En la CABA, distrito privilegiado por su poder adquisitivo y organización sanitaria en comparación con gran parte del país, fue posible observar y cuantificar la abrupta disminución de la demanda de estudios de laboratorio como una de las variables que reflejan lo ocurrido en los demás servicios médicos ambulatorios.

Bibliografía

ANSES. "Informes Especiales".

<http://www.anses.gov.ar/prensa/informes.htm>

ASOCIACION ECONOMIA DE LA SALUD. "Construyendo la Agenda de Salud para el Próximo Decenio." Isalud. Buenos Aires. 2003

BANCO MUNDIAL. Dirección Subregional. Oficina local Argentina.

<http://www.bancomundial.org.ar/inf.htm>

BANCO MUNDIAL. Informe No. 26127-AR. Argentina – Crisis y Pobreza 2003. Informe de Evaluación de la Pobreza. 24 Julio 2003.

DIARIO CLARIN. BUENOS AIRES. 04/feb./2000.

<http://www.clarin.com/diario/2000/02/04/o-02001d.htm>

EGES - Equipo de Gestión Económica y Social

<http://www.eges.com.ar/documentos/pesificacion.pdf>

BOSSI J. "Radiografía de la torta: cómo se reparten los ingresos"

SEGUNDO ENFOQUE.

http://www.segundoenfoque.com.ar/distribucion_torta.htm - JULIO/2004

GOLDFIELD N., et al. "Profiling performance in primary care in the United States". BMJ 2003;326:744-7

GONZALEZ GARCÍA, G. y TOBAR F. "Salud para los argentinos". Buenos Aires. Isalud, 2004.

GREENFIELD S., et al. "Profiling Care Provided by Different Groups of Physicians: Effects of Patient Case-Mix (Bias) and Physician-Level Clustering on Quality Assessment Results"

INDEC. <http://www.indec.mecon.ar/>

INFOLEG. Ministerio de Economía y la Producción, Centro de Información.

<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/buscarNormas.do;jsessionid=44A3F412A63A76A8DFA88196327DEEAD>

LOZANO C. y RAFFO T.. CTA. Buenos Aires. Oct. 2004.

<http://www.cta.org.ar/docs/presup2005objyprop.doc>

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.
<http://www.ms.gba.gov.ar/Informes/MedicamentosGenericos.htm>

MINISTERIO DE TRABAJO. Portal de la Seguridad Social.
<http://www.seguridadsocial.gov.ar/prospectiva.pdf>

OPS. Efectos sociosanitarios de la crisis, 2001-2003.

PAGINA DOCE. Buenos Aires. 05 jul. 2005.
<http://www.pagina12.com.ar/diario/economia/2-53792-2005-07-17.html>

PAMI. <http://www.pami.org.ar/>

PROGRAMA DE INDICADORES DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES (PICAM). SACAS-ITAES
<http://www.calidadensalud.org.ar/Manual%20de%20Indicadores%20Definiciones.htm>

SCHAPOCHNIK N. "Reforma Sectorial, Crisis y el Papel de la Atención Primaria en Argentina". Gestión en Salud. Buenos Aires, 7 (3): 45-54, jul., 2004.

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Actualización Normativa Nº 1/2002 - S.S.SALUD 1.
http://www.sssalud.gov.ar/pmo/res_s_02_201.pdf

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CORDOBA. CORDOBA
<http://www.uccor.edu.ar/vrmu/noticia.php?IDBoletin=21&IDNoticia=4>

UNIVERSIDAD MAIMONIDES. Buenos Aires.
<http://weblog.maimonides.edu/gerontologia/archives/001599.html>

VASSALLO C. y SELLANES M. "II- Cobertura y Utilización De Los Servicios De La Atención De La Salud Para La Tercera Edad". 8/1/2005.
http://www.buenafuente.com/salud/II-COBERTURA_Y_UTILIZACION_DE_LOS_SERVICIOS_DE_LA_ATENCION_7110.htm

VELCHOFF R.D. Agenda Unite, 2002.
<http://www.salud.bioetica.org/medgen.htm>

ANEXO

*

Tabla I Prorrates de laboratorios de UGP Htales. ISRAELITA/SIRIO y Continuadores								
MES	CUPO	VALOR	MONTO*	PRESTA-	MONTO	PRORRATEO		Media Cupo
AÑO		CAPITA	TOTAL	DORES	AUDITADO	MES	PERÍODO	Período
		\$	[\$]					
Oct-00	50079	0,45	25.039,50	17	56.504,00	0,399		
Nov-00	50079	0,45	25.039,50	15	67.879,51	0,332		
Dic-00	56528	0,45	28.264,00	15	55.646,66	0,457		
Ene-01	57110	0,45	28.555,00	17	62.130,15	0,414		
Feb-01	56000	0,45	28.000,00	17	56.083,03	0,449		
Mar-01	56707	0,45	28.353,50	19	76.337,82	0,334		
Abr-01	59939	0,45	29.969,50	17	67.936,65	0,397		
May-01	58634	0,45	29.317,00	17	80.789,37	0,327		
Jun-01	58049	0,45	29.024,50	17	73.152,41	0,357		
Jul-01	57518	0,45	28.759,00	17	74.189,66	0,349		
Ago-01	56534	0,45	28.267,00	16	72.219,77	0,352		
Sep-01	56166	0,45	28.083,00	16	69.926,00	0,361		
Oct-01	55774	0,45	27.887,00	16	75.217,82	0,334		
Nov-01	55517	0,45	27.758,50	12	51.827,31	0,482		
Dic-01	55444	0,45	27.722,00	14	36.681,25	0,680	0,402	16,133
Ene-02	55339	0,45	27.669,50	11	39.386,64	0,632		
Feb-02	55300	0,45	27.650,00	11	35.568,23	0,706		
Mar-02	55157	0,45	27.578,50	11	43.039,97	0,577		
Abr-02	55020	0,45	27.510,00	11	55.561,63	0,446		
May-02	55015	0,45	27.507,50	11	37.445,93	0,661		
Jun-02	54822	0,45	27.411,00	9	46.223,12	0,534		
Jul-02	54684	0,45	27.342,00	10	53.114,67	0,463		
Ago-02	54601	0,45	27.300,50	12	64.765,25	0,379		
Sep-02	54183	0,45	27.091,50	12	75.177,90	0,324		
Oct-02	53663	0,45	26.831,50	12	68.313,99	0,353		
Nov-02	53634	0,45	26.817,00	10	73.016,47	0,331		
Dic-02	53634	0,45	26.817,00	11	66.370,76	0,364	0,481	10,917
Ene-03	53636	0,45	26.818,00	10	42.548,77	0,567		
Feb-03	53540	0,45		9				

			26.770,00		63.415,07	0,380	
Mar-03	53574	0,45	26.787,00	9	61.890,46	0,390	
Abr-03	53704	0,45	26.852,00	10	68.936,82	0,351	
May-03	53424	0,45	26.712,00	10	70.005,82	0,343	
Jun-03	53394	0,45	26.697,00	10	67.130,21	0,358	
Jul-03	53199	0,45	26.599,50	11	61.466,81	0,389	
Ago-03	53067	0,45	26.533,50	9	57.962,65	0,412	
Sep-03	52796	0,45	26.398,00	10	77.110,89	0,308	
Oct-03	52359	0,45	26.179,50	11	72.254,16	0,326	
Nov-03	52080	0,45	26.040,00	11	88.308,43	0,265	
Dic-03	51891	0,45	25.945,50	11	78.693,91	0,297	0,366 10,083
Ene-04	51715	0,45	25.857,50	11	54.382,30	0,428	
Feb-04	51608	0,45	25.804,00	11	72.922,30	0,318	
Mar-04	51373	0,45	25.686,50	11	74.404,63	0,311	
Abr-04	51177	0,45	25.588,50	11	75.341,15	0,306	
May-04	25087	0,45	12.543,50	11	42.988,68	0,263	

Fuente: Registros de Blue Life S.A.

Tabla II Prorrates de laboratorios de UGP FEMECA-ANTARTIDA								
MES AÑO	CUPO	VALOR CAPITA \$	MONTO* TOTAL [\$]	PRESTA- DORES	MONTO AUDITADO	PRORRATEO		Media Cupo
						MES	PERÍODO	Período
Oct-00	53442	0,45	26.721,00	15	62.740,28	0,383		
Nov-00	53442	0,45	26.721,00	14	66.033,40	0,364		
Dic-00	63029	0,45	31.514,50	21	58.609,00	0,484		
Ene-01	62570	0,45	31.285,00	23	71.282,17	0,395		
Feb-01	62819	0,45	31.409,50	23	71.850,03	0,393		
Mar-01	64303	0,45	32.151,50	22	101.126,16	0,286		
Abr-01	66247	0,45	33.123,50	24	93.471,59	0,319		
May-01	66760	0,45	33.380,00	27	106.684,16	0,282		
Jun-01	66664	0,45	33.332,00	26	94.615,94	0,317		
Jul-01	66396	0,45	33.198,00	24	93.215,76	0,321		
Ago-01	65222	0,45	32.611,00	25	91.006,83	0,323		
Sep-01	65057	0,45	32.528,50	24	92.427,03	0,317		
Oct-01	64911	0,45	32.455,50	22	85.934,56	0,340		
Nov-01	64680	0,45	32.340,00	20	56.831,75	0,512		
Dic-01	64569	0,45	32.284,50	19	50.703,33	0,573	0,374	21,933
Ene-02	64482	0,45	32.241,00	14	43.778,43	0,663		
Feb-02	64477	0,45	32.238,50	14	45.881,97	0,632		
Mar-02	64313	0,45	32.156,50	17	61.266,52	0,472		
Abr-02	64220	0,45	32.110,00	15	71.469,04	0,404		
May-02	64313	0,45	32.156,50	15	48.002,07	0,603		
Jun-02	64220	0,45	32.110,00	16	88.050,74	0,328		
Jul-02	64078	0,45	32.039,00	15	83.234,54	0,346		
Ago-02	64189	0,45	32.094,50	17	93.453,88	0,309		
Sep-02	63869	0,45	31.934,50	18	101.690,58	0,286		
Oct-02	63549	0,45	31.774,50	17	94.597,60	0,302		
Nov-02	63556	0,45	31.778,00	18	107.707,89	0,266		
Dic-02	63642	0,45	31.821,00	17	97.857,00	0,293	0,409	16,083
Ene-03	63626	0,45	31.813,00	17	73.032,02	0,392		
Feb-03	63677	0,45	31.838,50	15	85.580,08	0,335		

Mar-03	63868	0,45	31.934,00	14	83.151,59	0,346	
Abr-03	64108	0,45	32.054,00	16	97.918,47	0,295	
May-03	63781	0,45	31.890,50	16	103.936,22	0,276	
Jun-03	63717	0,45	31.858,50	14	101.954,60	0,281	
Jul-03	63586	0,45	31.793,00	15	88.150,12	0,325	
Ago-03	63586	0,45	31.793,00	15	99.689,91	0,287	
Sep-03	63412	0,45	31.706,00	15	105.501,06	0,270	
Oct-03	63029	0,45	31.514,50	15	105.388,27	0,269	
Nov-03	62842	0,45	31.421,00	15	118.238,21	0,239	
Dic-03	62815	0,45	31.407,50	15	104.134,95	0,271	0,299 15,167
Ene-04	62779	0,45	31.389,50	15	82.698,71	0,342	
Feb-04	62687	0,45	31.343,50	15	92.785,29	0,304	
Mar-04	62571	0,45	31.285,50	15	112.399,36	0,251	
Abr-04	62662	0,45	31.331,00	14	110.393,93	0,255	
May-04	62698	0,45	31.349,00	14	111.984,60	0,252	

Fuente: Registros de Blue Life S.A.

Tabla III								
Préstamos de laboratorios de UCP METROPOLITANO								
MES	CUPO	VALOR	MONTO*	PRESTA-	MONTO	PRORRATEO		Media Cupo
AÑO		\$	TOTAL [\$]	DORES	AUDITADO	MES	PERÍODO	Período
Oct-00	52361	0,45	26.180,50	15	49.997,20	0,471		
Nov-00	52361	0,45	26.180,50	14	54.765,85	0,430		
Dic-00	60266	0,45	30.133,00	15	55.688,95	0,487		
Ene-01	58735	0,45	29.367,50	22	60.955,98	0,434		
Feb-01	57702	0,45	28.851,00	21	53.402,59	0,486		
Mar-01	57994	0,45	28.997,00	23	74.363,09	0,351		
Abr-01	58368	0,45	29.184,00	25	66.774,84	0,393		
May-01	57716	0,45	28.858,00	23	70.511,42	0,368		
Jun-01	56971	0,45	28.485,50	24	62.960,51	0,407		
Jul-01	56370	0,45	28.185,00	23	68.294,08	0,371		
Ago-01	54507	0,45	27.253,50	23	61.789,61	0,397		
Sep-01	54013	0,45	27.006,50	23	58.528,36	0,415		
Oct-01	53545	0,45	26.772,50	21	65.009,90	0,371		
Nov-01	53228	0,45	26.614,00	16	49.950,36	0,480		
Dic-01	53040	0,45	26.520,00	17	42.290,32	0,564	0,428	20,333
Ene-02	52845	0,45	26.422,50	13	37.505,12	0,634		
Feb-02	52748	0,45	26.374,00	14	31.517,97	0,753		
Mar-02	52492	0,45	26.246,00	15	31.144,71	0,758		
Abr-02	52332	0,45	26.166,00	15	34.914,60	0,674		
May-02	52409	0,45	26.204,50	15	26.538,93	0,889		
Jun-02	52409	0,45	26.204,50	14	48.526,61	0,486		
Jul-02	51887	0,45	25.943,50	14	49.632,58	0,470		
Ago-02	51704	0,45	25.852,00	14	60.738,50	0,383		
Sep-02	51137	0,45	25.568,50	15	61.183,31	0,376		
Oct-02	50627	0,45	25.313,50	15	54.868,80	0,415		
Nov-02	50357	0,45	25.178,50	15	62.117,40	0,365		
Dic-02	50357	0,45	25.178,50	15	57.682,82	0,393	0,550	14,500
Ene-03	50046	0,45	25.023,00	14	43.534,39	0,517		
Feb-03	50046	0,45	25.023,00	14	38.676,43	0,582		
Mar-03	49887	0,45	24.943,50	14	54.243,45	0,414		

Abr-03	49866	0,45	24.933,00	13	62.102,63	0,361		
May-03	49356	0,45	24.678,00	14	57.426,01	0,387		
Jun-03	49169	0,45	24.584,50	14	62.477,32	0,354		
Jul-03	48991	0,45	24.495,50	14	52.409,12	0,421		
Ago-03	48991	0,45	24.495,50	14	56.813,00	0,388		
Sep-03	48496	0,45	24.248,00	14	60.846,58	0,359		
Oct-03	47986	0,45	23.993,00	14	61.840,22	0,349		
Nov-03	47713	0,45	23.856,50	14	71.199,89	0,302		
Dic-03	47481	0,45	23.740,50	14	61.667,09	0,346	0,398	13,917
Ene-04	47223	0,45	23.611,50	14	44.885,37	0,473		
Feb-04	46998	0,45	23.499,00	14	53.509,48	0,395		
Mar-04	46796	0,45	23.398,00	14	58.976,80	0,357		
Abr-04	46663	0,45	23.331,50	14	60.561,72	0,347		
May-04	46527	0,45	23.263,50	14	70.369,51	0,298		

Fuente: Registros de Blue Life S.A.