

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

**Gestión de Calidad en el Primer Nivel de Atención de
Salud de los Adultos Mayores. Instituto Nacional de
Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
(INSSJP-PAMI). Córdoba, 2013**

Autora: Lic. Mara Wolansky

Tribunal de Tesis

- Doctora Analía Cudolá
- Magister Maria Borsotti
- Magister Humberto Jure

A vos que despertaste el colibrí y lo guiaste al cielo...

Gracias.

A Sofía, Constanza, Clara y Susana por la confianza, la compañía y la
paciencia. Por ser mi permanente pilar y potenciar mi constante deseo de
superación.

Art. 23 – Ordenanza Rectoral 03/77

**“La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las
opiniones de esta tesis”**

INDICE	
RESUMEN	9
SUMMARY	11
INTRODUCCIÓN	13
OBJETIVOS	38
MATERIAL Y MÉTODOS	40
RESULTADOS	50
DISCUSIÓN	67
RECOMENDACIONES	79
CONCLUSIONES	81
BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXO I - GUÍA DE EVALUACIÓN	90
ANEXO II - ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	94
ANEXO III - MAPAS DE TERRITORIOS	96

“¿De qué le sirve a la medicina resolver científicamente los problemas de un individuo enfermo si simultáneamente se producen centenares de casos similares de enfermos por faltas de alimentos, por viviendas antihigiénicas o porque ganan salarios insuficientes que no les permiten subvenir debidamente a sus necesidades?”

¿De qué nos sirven que se acumulen riquezas en los bancos, en pocas manos, si los niños de los pueblos del interior del país andan desnudos por insuficiencia adquisitiva de los padres y tienen así que soportar índices enormes de mortalidad infantil, como ocurre en algunas mal llamadas provincias pobres, que yo llamaría más bien provincias olvidadas?”

30 de Octubre de 1947 – Ramón Carrillo

Resumen:

El efectivo desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria en el Primer Nivel de Atención del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI), exige correspondencia entre la formulación de políticas sanitarias para el adulto mayor y la implementación de determinados modelos de gestión.

Con este propósito se describió el primer nivel de atención sanitaria en el marco del Modelo Médicos de Cabecera vigente según Resolución 284/05, se evaluó Gestión de Calidad así como el grado de desarrollo de la Estrategia de APS y se busco conocer la calidad de las prestaciones que reciben los adultos mayores en el primer nivel de atención desde la perspectiva de los propios usuarios como Sujetos Activos de Derecho.

Por ultimo se formularon recomendaciones destinadas a fortalecer la capacidad de gestión de los Médicos de Cabecera del INSSJP-PAMI.

Material y Método: Estudio descriptivo, transversal. Análisis de fuentes secundarias. Encuesta semi-estructurada. Muestra probabilística. Se utilizaron para el procesamiento estadístico InfoStat y SPSS.

Conclusiones: se observó una marcada disociación entre la formulación de políticas sanitarias y su implementación, primando un modelo tradicional de organización y funcionamiento de los médicos de cabecera. Se concluye que la existencia de recursos para la atención primaria marca una diferencia, pero no cuando estos son inaccesibles o de baja calidad. Para garantizar la accesibilidad y mejorar la calidad de las prestaciones, los médicos de cabecera deberían ejecutar un conjunto de programas elaborados con distintos niveles de participación de todos los

involucrados. Esta organización por programas intentaría revertir el perfil tradicional de los servicios brindados que se caracterizan por ser netamente asistenciales y de respuesta a la demanda espontánea.

Descriptor: Médicos de Cabecera, Adulto Mayor, Gestión por Procesos, Modelo de Atención Integrada, Políticas Socio-sanitarias.

Summary:

The actual development of the Strategy of Medical care in the Primary health Care in the primary health care of attention of National Institute of Social Services for the Retired and Pensioned (INSSJP-PAMI), requires correspondence between the formulation of health policies for the elderly and the implementation of specific role models.

To this end we described the current primary level of medical care in the frame of the family doctors model under the 284/05 resolution, we analyzed the quality of the management as well as the degree of development of the APS Strategy and we searched information about the quality of the assistance provided to the elderly during the primary health care from the user's point of view as Active Lawful Subjects.

Finally, we offer recommendations meant to the strengthen the capacity of the treatment of the INSSJP-PAMI family doctors.

Material and Methods: Descriptive cross-section analysis. Analysis of secondary sources. Semi structured survey. Proof samples. InfoStat and SPSS were used for the processing of statistics.

Conclusions: a marked dissociation between health policy and its implementation was observed, prioritizing a traditional model of organization and operation of GPs. We conclude that the existence of resources for primary care makes a difference, but not when they are inaccessible or of poor quality. To ensure accessibility and improve the quality of services , GPs should implement a set of programs developed

with different levels of participation of all involved. This organization programs try to reverse the traditional profile of services provided that are characterized by distinctly care and response to spontaneous demand.

Descriptions: family doctors, elderly, Integral Assistance Model, Socio-sanitary policies.

Introducción

La Estrategia de la Atención Primaria de la Salud se define como el cuidado sanitario esencial de la salud basada en métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, y tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias de la comunidad, a través de su participación total y a un costo al que la comunidad y el país puedan acceder. (1)

El efectivo desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria en el Primer Nivel de Atención del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)-(PAMI), exige correspondencia entre la formulación de políticas sanitarias para el Adulto Mayor y la implementación de determinados modelos de gestión que garanticen calidad en la atención.

Desde esta perspectiva, debemos considerar que los modos de gestión de un sistema sanitario implican una determinada conceptualización respecto a los fenómenos de salud enfermedad-atención. En este marco la Atención Primaria de la Salud supone una comprensión del proceso salud-enfermedad como un proceso social e histórico, en el que confluyen un sinnúmero de variables ambientales, económicas, culturales, etc., vinculadas de manera dinámica y compleja.

Con el fin de dar cuenta de esta perspectiva, la estrategia de Atención Primaria de la Salud promueve la integración de los aspectos

¹ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud Alma Ata, ex URSS, septiembre 1978.

asistenciales, preventivos, de promoción de la salud y la rehabilitación; constituyéndose de esta forma en una estrategia, que se basa en la utilización apropiada de los recursos disponibles y que prioriza la participación social, la descentralización de los servicios de salud y la optimización de los mismos, favoreciendo la accesibilidad geográfica y administrativa.

Si la accesibilidad es la principal característica estructural para un buen funcionamiento de cualquier sistema de atención primaria, en virtud de mejorar y elevar la misma, se hace necesaria la articulación de las acciones por parte de todos los actores del sistema poniendo especial énfasis en los Médicos de Cabecera con el objetivo de garantizar una atención de calidad y la equidad entre sus afiliados.

Indicadores de calidad y eficiencia

Silva define a un indicador como “una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un número por conducto del cual se procura cuantificar algún concepto o noción asociada a ese colectivo” (2)

La dificultad principal para definir buena calidad de los servicios de salud radica en que es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores.

² Silva LC. 1997, Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud. Una mirada crítica. Cap.3 Escalas e indicadores. Madrid, Ed. Díaz de Santos; 43-58.

Desde el punto de vista del usuario, para algunos una consulta médica es buena cuando es breve y dirigida directamente al punto problemático, mientras que para otros la entrevista médica solo será satisfactoria si el profesional destina una buena parte de su tiempo a la escucha atenta sobre el origen y características de los síntomas que aquejan al paciente. Esto hace suponer que desde el punto de vista del profesional tampoco existiría un patrón uniforme sobre lo que puede considerarse una atención médica de buena calidad.

Desde el punto de vista de los gestores o administradores de la atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia.

La medición de conceptos como calidad y eficiencia necesita de una operacionalización cuantitativa que permita comparaciones en el tiempo y el espacio. Estos conceptos abstractos se basan en un sinnúmero de aspectos que histórica y socialmente llegan a alcanzar un significado aceptable.

La calidad de la atención médica ha sido definida de múltiples maneras que dependen mucho del contexto concreto en el que el término quiera emplearse.

En 1980, Donabedian define una atención de alta calidad como “aquella que se espera maximice un medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las

perdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes” (³)

Se ha referido también a las múltiples facetas del concepto, incluyendo: calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual y calidad social y ha profundizado as relaciones entre cantidad y calidad y entre beneficios y riesgos. Entonces la buena calidad puede resumirse como “el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos”

Murray y Frenk en el documento titulado “Un marco de la OMS para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud” consideran que la eficiencia esta estrechamente relacionada con el desempeño de un sistema de salud, que este desempeño debe evaluarse sobre la base de objetivos y que debe tomarse como eficiencia el grado en que un sistema alcanza los objetivos propuestos con los recursos disponibles (⁴)

También se define eficiencia en relación con dos términos de similar interpretación semántica tales como eficacia y efectividad.

La eficacia en el ámbito de la Salud Pública, se define como la expresión general del efecto de determinada acción cuyo objetivo fuera perfeccionar la atención medica. Debido a las relaciones de causa-efecto que implica

³ Donabedian A. 1980, Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor Mich.

⁴ Murray CJL. Frenk J. 2000, A WHO framework for health system preformance assessment. World Health Organization.

esta definición, la eficacia de un procedimiento suele evaluarse en condiciones experimentales o ideales.

La efectividad es de mayor alcance y se define como la medida del impacto que dicho procedimiento tiene sobre la salud de la población.

Un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario aceptable para la sociedad con un uso mínimo de los recursos. Significa alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles, aplicándolos de manera correcta para optimizarlos.

Calidad y eficiencia son dos conceptos estrechamente relacionados, al punto que algunos consideran la eficiencia como parte de la calidad. ^(5 6)

Donabedian fue el primero en plantear que los métodos para evaluar calidad de la atención sanitaria que pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados ⁽⁷⁾

De manera general, los indicadores de calidad pueden enumerarse en:

- Indicadores de calidad de estructura, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos;

⁵ Corella JM. 1996, La gestión de servicios de salud. Cap. 11. Madrid, ED. Diaz de Santos.

⁶ Gilmore CM, De Moraes H. 1996, Manual de gerencia de la calidad. Washington DC. OPS PALTEX; :36-54

⁷ Donabedian A. 1986, Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? Milbank Mem Fund Quart; 44:167-70

- Indicadores de calidad del proceso o indicadores de proceso miden, de forma directa o indirecta, la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente,
- Indicadores basados en resultados o indicadores de resultados miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente. Si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención.

La evaluación de la estructura implica los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto), los recursos humanos y otros aspectos institucionales. Su evaluación es casi siempre fácil, rápida y objetiva porque engloba una serie de características estáticas y previamente establecidas.

La relación entre estructura y calidad proviene de algunas deficiencias del proceso pueden estar, al menos parcialmente, explicadas por problemas de estructura. Dentro de los indicadores que se consideran “de estructura” encontramos la accesibilidad geográfica, la estructura física, los recursos humanos, los recursos materiales y las actividades asistenciales, preventivas, docentes e investigativas. (8)

El proceso de la atención médica es el conjunto de acciones que debe realizar el médico sobre el paciente para arribar a un resultado específico que, en general se concibe como la mejoría de la salud quebrantada de este último. Se trata de un complejo proceso donde la interacción del paciente con el equipo de salud, en este caso el Médico de Cabecera, debe jugar un papel relevante.

⁸ Donabedian A. 1986, Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? Milbank Mem Fund Quart; 44:167-70

La historia clínica como documento principal del proceso

Entre los indicadores de proceso más naturales se encuentran los que evalúan la calidad de los documentos o formularios que deben llenarse durante el desarrollo de la atención. Es imprescindible la evaluación de la historia clínica, como documento básico donde se refleja todo el proceso que atraviesa el paciente durante la atención médica continua, integrada e integral.

La hipótesis subyacente es que si la historia clínica se considera satisfactoria, puede suponerse que la atención que recibe el paciente será buena.

Dada la gran cantidad de elementos que suele tener la historia clínica se ha instrumentado un sistema de puntos para evaluar su calidad. Se trata de otorgar puntos a todos los elementos de la historia de manera que la ausencia de un elemento o su confección incorrecta conduzcan a una “perdida” de puntos que debe ser corregida en un plazo que se otorga.

El resultado se refiere al beneficio que se logra en los pacientes, aunque también suele medirse en términos de daño o, más específicamente, el resultado es un cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida.

Donabedian define como resultados médicos “aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual”. También incluyen las consecuencias de la asistencia

como por ejemplo el conocimiento acerca de la enfermedad, el cambio de comportamiento que repercute en la salud o la satisfacción de los pacientes.

A la satisfacción de los pacientes se le debe otorgar gran importancia ya que, además de constituir el juicio de los pacientes sobre la calidad de la asistencia recibida tiene una influencia directa sobre los propios resultados (⁹)

⁹ Donabedian A. 1986, Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? Milbank Mem Fund Quart; 44:167-70

EI INSSJP (PAMI)

La atención salud del adulto mayor en nuestro país comienza su historia en el marco de las Obras Sociales con la creación el 13 de Mayo de 1971 del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) a través de la ley 19.032; (modificada por Ley 25.615), en un claro intento por dar respuesta a un problema que afectaba a la denominada tercera edad: la falta de atención médica y social por parte de sus obras sociales de origen. ⁽¹⁰⁾

El Instituto se transforma en un pionero en la asistencia a los mayores ya que por aquellos años no existían cátedras de medicina que tuvieran una mirada abarcadora de la realidad de la tercera edad ni tampoco se planteaban políticas globales de salud específicas. De allí el rol histórico que cumplió el organismo.

El Instituto contó con el llamado Programa de Atención Médica Integral (PAMI) que en sus primeros años funcionó para los afiliados domiciliados en la Capital Federal. Con los años, la sigla PAMI se convirtió en el ícono que identificó a la obra social de los jubilados y pensionados. Hoy se redefine como: "Por una Argentina con Mayores Integrados". ⁽¹¹⁾

El INSSJP - PAMI brinda cobertura al 82% de las personas mayores de 64 años y a más del 96% de las personas mayores de 79 años de la

¹⁰ Ley 19.032 ,1971, Creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados en <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=16081>

¹¹ Resolución 654/DE/2009 INSSJP Boletín del Instituto.

Argentina. Los lineamientos de la ley 25615/02, que modifica la ley 19.032, en su art. 2, establece el objeto social del Instituto, el cual es otorgar “prestaciones sanitarias, y sociales integrales, integradas y equitativas tendientes a la promoción, prevención, protección y recuperación y rehabilitación de la salud, organizadas en un modelo prestacional que se base en criterios de solidaridad, eficacia y eficiencia, que respondan al mayor nivel de calidad disponible para todos los afiliados del Instituto, atendiendo a las particularidades e idiosincrasia propias de las diversas jurisdicciones provinciales y de las regiones del país.”⁽¹²⁾

Tales condicionamientos legales favorecen a la sustentabilidad de los servicios y a la continuidad de la institución y son la contracara del carácter de persona jurídica de derecho público.

Modelo Médicos de Cabecera

En el año 2005 a partir de la Resolución 284/05 se aprueba el Modelo Prestacional Socio-comunitario de atención médica y otras prestaciones asistenciales con especial hincapié en el fortalecimiento del primer nivel de atención y las actividades preventivas promocionales así como las alternativas terapéuticas no medicamentosas.⁽¹³⁾

Se propone en este nuevo esquema el fortalecimiento y optimización del rol del Médico de Primer Nivel de Atención, a fin de asegurar la

¹² Ley 25615 (2002) Modificación Ley 19.032 en <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=76149>

¹³ Resolución 284/DE/2005 INSSJP Modelo Prestacional Socio Comunitario de Atención Médica. Boletín del Instituto

accesibilidad inmediata a la consulta con éste y desde él a las especialidades de mayor demanda ambulatoria garantizando que todos los afiliados accedan a las prestaciones que requieran en función de su problema de salud.

Estos nuevos lineamientos exigen para el Médico de Primer Nivel de Atención un perfil acorde como profesional calificado con residencia o especialidad en Medicina Familiar, Medicina General, Clínica Médica y/o Geriátrica, con capacitación para la atención y resolución de las patologías prevalentes del adulto mayor y dispuesto a desarrollar explícitas acciones socio comunitarias de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, asistiendo a la patología ambulatoria y al seguimiento al beneficiario en los otros niveles de atención.

Siguiendo esta lógica, el INSSJP, aprueba el Programa Nacional de Promoción y Prevención Socio-Comunitaria, a través de la Resolución 585/08 con el objetivo de fortalecer los equipos comunitarios, extender las oportunidades de la salud integral para los adultos mayores, en términos de autonomía funcional, participación en el control de sus patologías, integración social y ejercicio de la ciudadanía con una intervención adecuada en las situaciones de riesgo a la que están expuestos. ⁽¹⁴⁾

Actualmente el PAMI registra 38 Unidades de Gestión Local (ex delegaciones regionales); tiene más de 750 bocas de atención en todo el país y redondea 4.500.000 afiliados titulares de derechos, principalmente jubilados y pensionados del régimen contributivo, su grupo familiar,

¹⁴ Resolución 585/DE/08 Programa Nacional de Prevención y Promoción Socio-Comunitaria. Boletín del Instituto.

discapacitados y los veteranos de guerra de Malvinas, asumiendo su papel de obra social más grande del país.

La ley le otorga carácter de persona jurídica de derecho público no estatal, autónomo y autárquico, con individualidad financiera y administrativa. Se trata de una entidad especializada en la atención de los mayores sustentada en la decisión de la sociedad argentina (plasmada en la ley) de establecer mediante el aporte de los activos (fundamentalmente), un sistema de protección a las personas mayores a través de los servicios de una obra social especializada que les brinda servicios sociales y sanitarios.

Los servicios los contrata principalmente de terceros (casi 20.000 efectores públicos y privados) con los que posee contrato legalmente formalizado. Solo cuenta con tres efectores sanitarios propios (2 hospitales en Rosario y 1 en Buenos Aires).

Conforme surge de la normativa vigente, el Instituto, además de ser la obra social más importante en cantidad de afiliados a nivel nacional, es considerado una auténtica referencia en materia de aseguramiento de las prestaciones a sus afiliados, en lo que hace a la atención sanitaria y social y ha sido a lo largo de su historia un organismo rector de la seguridad social, tanto en el orden nacional como internacional.

Son premisas del Instituto, eliminación de las intermediaciones económicas, modificación y cambio del modelo contractual, recuperación

de la capacidad de gestión y control, corrección inmediata de las falencias prestacionales, aplicación progresiva de programas preventivos.

El menú prestacional está centrado en la atención primaria, la detección de factores de riesgo, la atención médica oportuna, los cuidados asistenciales adaptados a los adultos mayores y la rehabilitación para lograr la mayor calidad de vida posible.

Descripción del Modelo Médicos de Cabecera

En la provincia de Córdoba existen 740 Médicos de Cabecera para atender a una población total que asciende en el mes de Diciembre de 2013 a 385.754 afiliados. En la ciudad de Córdoba los afiliados ascienden a 129.027 con 330 Médicos de Cabecera.

Se entiende por modelo a una construcción teórica comprometida con posturas ideológicas, que sustenta una organización metodológica y modalidades concretas de acción.

El modelo de atención médica es la forma de organización de los recursos prestacionales, de acuerdo a las características establecidas por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, estableciendo los procedimientos necesarios para cubrir la demanda específica de los adultos mayores y su grupo familiar.

El modelo se presenta con distintos ejes estratégicos que le permiten cumplir con los principios de universalidad, equidad, accesibilidad, y con

una utilización racional de los recursos existentes para lograr la mejor calidad de atención posible.

En el marco metodológico, la propuesta incluye una estrategia única de implementación, con una oferta de servicios por niveles de atención relacionada con la demanda esperada y con una centralización administrativa y descentralización operativa.

En relación a la cobertura se han considerado los conceptos de integralidad, oportunidad y accesibilidad que incluyen una definición de niveles de atención de complejidad creciente con integración funcional de los mismos e incorporación del concepto de categorización de tal manera de brindar una respuesta oportuna a los problemas existentes.

En el menú prestacional para cada Nivel de Atención y de acuerdo al esquema previsto en la Resolución N° 140/04, en vista de la eliminación de las intermediaciones económicas que fragmentaron la accesibilidad prestacional de los afiliados, se propuso la separación en la contratación del I, II y III Nivel de Atención; promoviendo la recuperación de la capacidad de gestión y control por parte del Instituto; el conocimiento previo de cada efector y admisión acreditada por la Obra Social en cualquier Nivel de Atención del sistema.

La Resolución 284/05 aprueba el Modelo Prestacional Socio-comunitario con especial hincapié en el fortalecimiento del primer nivel de atención y las actividades preventivas promocionales así como las alternativas terapéuticas no medicamentosas que deben desarrollar los Médicos de

Cabecera. A tal efecto se proponen como prioritarias a las acciones de atención primaria, y a los programas de Promoción y Prevención de la Salud, fundamentado en criterios epidemiológicos y de regionalización geográfica.

La atención en el PAMI se estructura en niveles: un primer nivel constituido por médicos de cabecera y los demás recursos para la atención en este nivel. Un segundo nivel ambulatorio, para la atención vertical del beneficiario, conformado por los especialistas y demás recursos correspondientes. Un segundo nivel de internación general de agudos. Un tercer nivel de alta complejidad diagnóstica y terapéutica, ambulatoria y en internación. La estructuración de Sistemas de información, que permiten un seguimiento continuo y efectivo de las prestaciones brindadas.

Se define un tránsito de la demanda, que establece el ingreso al sistema, a través del médico de cabecera y que la demanda del segundo nivel responda a sus requerimientos.

El esquema propuesto tiene como finalidad central el fortalecimiento y optimización del rol del Médico de I Nivel de Atención, a fin de asegurar la accesibilidad inmediata a la consulta con éste y desde él a las especialidades de mayor demanda ambulatoria garantizando que todos los afiliados accedan a las prestaciones que requieran en función de su problema de salud.

En este modelo, el Médico de Cabecera, es el principal referente y por lo tanto, el nexo para la articulación de todos los procesos de atención relacionados con la salud de los afiliados asignados a su padrón. Son la puerta de entrada al ingreso del beneficiario en el sistema prestacional y debieran garantizar la obtención de turnos dentro de los tres días hábiles de la solicitud, efectuar el tratamiento oportuno de las enfermedades del grupo poblacional asignado y desarrollar las acciones tendientes a la promoción, prevención, rehabilitación y educación de la salud y efectuar el seguimiento horizontal y vertical de la población a su cargo. siendo el responsable de establecer el orden de prioridad de las distintas terapéuticas que recibe el paciente en forma conjunta con los especialistas.

El principio de equidad para el beneficiario, se relaciona con la libre elección dentro de los recursos ofrecidos por el modelo. El modelo propicia la integralidad de la cobertura, que incluye todas las prestaciones para la protección, prevención, mantenimiento y recuperación de la salud de los beneficiarios del Instituto.

Por todo lo anteriormente descrito, el Médico de Cabecera se convierte en figura central, en nexo articulador de todos los procesos de atención. Los nuevos lineamientos antes referidos exigen para el Médico de Primer Nivel de Atención un perfil acorde como profesional calificado con residencia o especialidad en Medicina Familiar, Medicina General, Clínica Médica y Geriátrica, con capacitación para la atención y resolución de las patologías prevalentes del adulto mayor y dispuesto a desarrollar explícitas acciones socio comunitarias de protección, promoción de la

salud y prevención de enfermedades, utilizar los recursos asignados con un uso racional, establecer el orden de prioridad de las distintas terapéuticas que recibe el paciente en forma conjunta con los especialistas y fundamentalmente efectuar la contención de sus pacientes con una perspectiva familiar y comunitaria.

Hacia una atención integral e integrada de los adultos mayores

La esperanza de vida ha crecido en numerosos países de forma significativa lo que produce, por primera vez en la historia humana, una abundancia de población madura y longeva, consecuencia del éxito de las políticas de salud pública, el desarrollo socioeconómico, así como por el aumento en el conocimiento médico. Argentina no escapa a esta realidad.

Según datos del Censo 2010, la población de *65 años o más* correspondería al 10,2% del total y la de *60 años o más*, al 14,3%, haciendo que la Argentina sea el tercer país más envejecido de América Latina después de Uruguay y Cuba. ⁽¹⁵⁾

A nivel micro-social la primera etapa del envejecimiento está marcada por el retiro del mercado del trabajo y la reducción del grupo familiar. La segunda etapa, la cual se establece cerca de los 80 años de edad, se caracteriza por el avance del proceso de fragilización humana y la mayor probabilidad de padecer enfermedades, discapacidad o muerte.

¹⁵ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INDEC, Censo 2010 <http://www.censo2010.indec.gov.ar>

El estado de fragilidad conforma una situación de vulnerabilidad bio-psico-social que requiere el despliegue de recursos económicos, sanitarios y sociales de carácter extraordinario. ⁽¹⁶⁾

En gerontología, la "calidad de vida" se mide siendo activo e independiente, incluyendo la capacidad de realizar actividades de la vida diaria (AVD). Katz y sus colegas han utilizado "esperanza de vida activa" y "esperanza de vida dependiente"¹⁷. La capacidad de predecir la esperanza de vida activa no es menos importante que la predicción de la mortalidad. ^(18 19)

Por lo que se podría reformular la calidad de vida de los adultos mayores como la esperanza de vida libre de incapacidad a partir de un determinado momento. ⁽²⁰⁾

El adulto mayor como sujeto activo de derecho

En la Argentina, las políticas de Estado en materia de vejez tienen antecedentes en la década de 1940, cuando se establecieron los

¹⁶ Lalive d'Epinay C., Bickel J.-F., Cavalli S., Spini D., 2005, "Le parcours de vie: émergence d'un paradigme interdisciplinaire", in Guillaume J.-F. (Ed.), *Parcours biographiques*, Bruxelles, De Boeck.

¹⁷ Sandoval L., Varela, L. 1998, Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados. 138 *Rev Med Hered* 9 (4), <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v9n4/v9n4ao2.pdf>

¹⁸ Jaul E. Harefuah. 2003 Dec; 142(12):841-3, 877. Review. Hebrew. PMID: 14702752 [PubMed - indexed for MEDLINE] Longevity in gerontology and in Judaism--quantity years or quality years?

¹⁹ De Luca d'Alessandro E, Bonacci S, Giraldi G. *Clin Ter.* 2011; 162(1):e13-8. Review. PMID: 21448536 [PubMed - indexed for MEDLINE] Aging populations: the health and quality of life of the elderly

²⁰ Organización Mundial de la Salud, 1995, Carta del médico general/médico de familia en Europa. Oficina Regional Europea. Copenhagen. EUR/ICP/GPDV 94 01/PO 01

“derechos de la ancianidad”⁽²¹⁾, contenidos en un decálogo en el que se garantizaba a las personas, en la última etapa de su vida, el bienestar del que tienen derecho por haber dado su esfuerzo en bien de la comunidad.

En los últimos años, el Estado Nacional ha impulsado políticas que reconocen el protagonismo de los adultos mayores como sujetos de derechos. Si se logra que el enfoque se centre en los derechos, entonces el sujeto-beneficiario-activo es objeto de esos derechos, de libertades y obligaciones y cobra protagonismo en las políticas de vejez, concurriendo así, el Estado, el conjunto de la sociedad ,la familia en particular y las propias personas mayores en un marco de corresponsabilidad.^(22 23)

Para que los derechos de las personas mayores sean respetados necesitan ser asistidos, orientados, asesorados por profesionales capacitados en la temática, para intervenir estratégicamente en el envejecimiento, así como también las instituciones que trabajan con esta

²¹ Decreto 32.138, Oficializa el Poder Ejecutivo el decálogo de los Derechos de la Ancianidad en Boletín Oficial, Buenos Aires 15/10/48. En <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/resaltaranexos/195000-199999/196040/norma.htm>

²² Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos Brasilia, 4 al 6 de diciembre de 2007

²³ Personas adultas mayores y derechos humanos / coordinado por Nora Pochtar y Santiago Norberto Pszemirower. - 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos, 2011.

población deben preparar a sus recursos humanos para que reconozcan las necesidades específicas de este grupo etario. ^(24 25)

Desde lo operativo, implica la participación activa de todos los actores para fortalecer la sociedad civil en general y a los adultos mayores en particular. ⁽²⁶⁾

Es por lo expresado que PAMI debe acompañar el proceso potenciando un abordaje familiar y comunitario, integrando sus servicios de I, II y III nivel, poniendo especial énfasis en el abordaje interdisciplinario. ⁽²⁷⁾

Planteando nuevos desafíos en la formación profesional, sintetizando las experiencias de sus servicios, propiciando la enseñanza orientada a la búsqueda colectiva, participativa e inclusiva. ⁽²⁸⁾

²⁴ Organización Mundial de la Salud, 1995, Carta del médico general/médico de familia en Europa. Oficina Regional Europea. Copenhague. EUR/ICP/GPDV 94 01/PO 01

²⁵ Castillo Sanchez, E, Aguilar Mejia, E, Rivera Ibarra, D, Leyva Gonzales, F. 2001, Ambiente Educativo en Medicina, propuesta de un instrumento de evaluación. Rev. Med IMSS, 39(5): 403-407.

²⁶ Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos Brasilia, 4 al 6 de diciembre de 2007

²⁷ Resolución 285/DE/2005 Modelo Prestacional Socio Comunitario de Atención Medica INSSJyP Boletín del Instituto

²⁸ Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002 en <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

La humanización de la atención pone en el centro la dignidad de la persona, en tanto que conecta al hombre en relación a sus necesidades, derechos y a la humanidad que nos iguala.

En el marco de esta propuesta se están realizando auditorías compartidas, trabajos interdisciplinarios, reuniones territoriales con los equipos profesionales, técnicos de campo, trabajadores sociales, médicos de cabecera y enfermeras. ⁽²⁹⁾

Si se logra que el enfoque se centre en los derechos, entonces el sujeto-beneficiario-activo es objeto de esos derechos, de libertades y obligaciones y cobra protagonismo en las políticas de vejez, concurriendo así, el Estado, el conjunto de la sociedad, la familia en particular y las propias personas mayores en un marco de corresponsabilidad.

En la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, llevada a cabo en San José de Costa Rica, del 8 al 11 de mayo de 2012 y en marco del Plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento, Seguimiento de la Declaración de Brasilia, se presentó el informe sobre el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados – PAMI. ⁽³⁰⁾

²⁹ Organización Mundial de la Salud, (1995) Carta del médico general/médico de familia en Europa. Oficina Regional Europea. Copenhague. EUR/ICP/GPDV 94 01/PO 01

³⁰ Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe Adoptada en la tercera Conferencia regional

Este trabajo se circunscribe a analizar algunos resultados observados a partir de las distintas respuestas que se le ha dado a los afiliados, dentro del Sistema de Seguridad Social, y en particular desde una institución de grandes dimensiones, como es el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), con población específica, normas particulares y presupuesto definido.

Dado que el INSSJP es la institución argentina de financiación de la atención médica de mayor volumen en cuanto a afiliados, presupuesto y contratación de prestaciones médicas y sociales, el análisis de sus datos y problemáticas, resulta representativo debido, entre otros factores, a su impacto demográfico. Su particular población refleja con claridad la problemática del envejecimiento poblacional que se está observando ineludiblemente en todo el mundo

Modelo de Gestión

El marco conceptual adoptado en este trabajo es el de la evaluación de la gestión y resultados de un sistema de atención médica, a través del monitoreo de indicadores preestablecidos.

Donabedian se ha referido también a las múltiples facetas del concepto de calidad: calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual y calidad social y ha profundizado en las relaciones entre cantidad y calidad de los recursos y entre beneficios y riesgos. Considera que una

intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. San José de Costa Rica, 8 al 11 de mayo de 2012. CEPAL

sola definición de calidad que abarque todos los aspectos no es posible, pero que, en el manejo de un problema específico de salud, la buena calidad puede resumirse como “el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos”.⁽³¹⁾

El Sistema de Salud debe asegurar una atención longitudinal (continuada a lo largo de la vida del ciudadano), integrada, global y eficiente, ofreciendo servicios accesibles, descentralizados, polivalentes y permanentes.

El papel de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) es fundamental para lograr estas características. Asimismo, se debe asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención, los cuales deben tener unas funciones bien definidas y trabajar en forma coordinada.

La atención hospitalaria, para ser eficiente, deberá definirse como complementaria del primer nivel.⁽³²⁾ El primer nivel de atención debe estar a cargo de equipos de atención primaria interdisciplinarios, es esencial que asuman la responsabilidad de la atención de la salud,

³¹ Donabedian A. 1980, Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor Mich. 1980.

³² Declaración de Sevilla “Comprometidos con la salud de la población” I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar (Sevilla, España, 14-17 de mayo 2002) en <http://files.sld.cu/sccs/files/2010/08/7-declaracion-de-sevilla-2002.pdf>

integren la información sanitaria y promuevan la participación de la comunidad. ⁽³³⁾

Si bien algunos trabajos, citados por Starfield ⁽³⁴⁾, hacen referencia a la mejoría de indicadores vitales vinculados al número de médicos por habitante y al número de médicos de atención primaria, independientemente del posible efecto de otros factores, la realidad indica que el solo incremento de médicos, no pueden por su sola existencia, constituir una garantía de desarrollo de procesos de atención que den cuenta de las características constitutivas de la estrategia de APS, requiriendo entonces un marco contextual e institucional acorde a dichas características.

Comparada con la medicina por especialidades, la atención primaria requiere menos trabajo y capital y tiene una organización menos jerárquica. Por consiguiente, es más flexible y puede responder más rápidamente a las cambiantes necesidades de la salud en la sociedad. También es más accesible a nivel organizacional y psicológico.

De esta forma los esquemas tradicionales de control del trabajo en salud, según principios tayloristas, como por ejemplo control horario, normatización burocrática y supervisión directa, tienden a la

³³ Arias Castillo L, Herrero Murgueitio J. 2000, Medicina Familiar: Avance y Retos del Milenio. Médico de Familia. Revista Venezolana y Regional Andina de Atención Médica Primaria. Vol 8-Nº1 y 2. Enero-Dic.:34-35

³⁴ Starfield B. Equidad en Salud y Atención Primaria: una meta para todos, Gerencia y Políticas de Salud, noviembre, año/vol.1, número 001, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia pp.7-16

automatización de la práctica, y difícilmente contribuyan a la institución de los sujetos de trabajo como actores sociales activos, comprometidos con su realidad y con juicio crítico, capaces de repensar sus prácticas conforme a las cambiantes características que el devenir histórico impone a las condiciones de salud en una sociedad.

El rol de los médicos de cabecera, está condicionado por el escenario socioeconómico, el contexto político-institucional en que desarrollan su actividad y los saberes estructurados por su disciplina, pero también como sujetos activos, que participan en la construcción de saberes y valores, en el diseño de políticas y en la estructuración del mercado de trabajo.

Estos arreglos organizacionales, no son, como señala Sousa Campos ⁽³⁵⁾ obra de la casualidad, sino que son la resultante de una compleja trama de intereses, directrices y valores dominantes en una cierta época y en un contexto dado.

³⁵ Sousa Campos G., 2001, Gestión en Salud, en Defensa de la Vida, Buenos Aires, Ed. Lugar.

Problema

La Calidad de la Gestión en el primer nivel de atención de los adultos mayores beneficiarios del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados es percibida como deficitaria. Se generan impedimentos para la accesibilidad que desalientan los tratamientos y no se integran efectivamente los aspectos asistenciales, preventivos y de promoción de la salud.

Objetivo General:

- Evaluar el Modelo de Gestión de Calidad en el Primer Nivel de Atención de Salud de los Adultos Mayores del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI) en la Ciudad de Córdoba

Objetivos específicos:

- Describir el primer nivel de atención sanitaria de adultos mayores en el marco del Modelo Médicos de Cabecera vigente según Resolución 284/05.
- Conocer la correspondencia entre la formulación de políticas sanitarias y la implementación de las mismas en el Primer Nivel de atención.
- Evaluar el grado de desarrollo de la Estrategia de APS en los efectores del primer nivel de atención del INSSJP.

- Determinar el grado de satisfacción desde la perspectiva de los usuarios como Sujetos Activos de Derecho.
- Formular recomendaciones destinadas a fortalecer la capacidad de gestión de los Médicos de Cabecera del INSSJP.

Material y Métodos

Diseño y ámbito:

Estudio descriptivo y transversal en el ámbito de la ciudad de Córdoba. El trabajo se divide en dos etapas, según los objetivos a evaluar.

En la primera etapa se describió el primer nivel de atención sanitaria de adultos mayores en el marco del Modelo Médicos de Cabecera vigente según Resolución 284, sus alcances y límites, así como la percepción del mismo por parte de los usuarios, en la ciudad de Córdoba durante el año 2013.

Se consideró el concepto de calidad desde el aporte principal de Avedis Donabedian y la correspondencia entre la formulación de las políticas sanitarias del INSSJP y la implementación de las mismas en el Primer Nivel de atención.

En la segunda etapa se evaluaron los atributos de la Atención Primaria según la propuesta de la Dra. Bárbara Starfield y se abordaron los procesos de atención dentro del Sistema de salud del INSSJP, los modelos de evaluación y monitoreo que se ponen en juego, considerando especialmente a las personas a las que están dirigidas las prestaciones como sujetos activos de derecho.

Población y Muestra:

Para la recolección de datos se utilizaron las guías de evaluación para Médicos de Cabecera de INSSJP, diseñadas por Área Control de Prestaciones Médicas, Departamento de Auditoría Prestacional (DAP); que fueron aplicadas al total de los 330 profesionales Médicos de Cabecera de la ciudad de Córdoba.

Se realizaron además encuestas de satisfacción anónimas no vinculantes, sin identificación del encuestado, a 720 afiliados del INSSJP de la ciudad de Córdoba en base a 12 puntos muestrales coincidentes con las zonas territoriales en las que dividió la ciudad de Córdoba. (Se tomaron 60 entrevistas en cada uno de las zonas territoriales).

Los encuestadores fueron entrenados y supervisados por el Departamento de Auditoría Prestacional del INSSJP.

Análisis de datos:

La información obtenida, conforme a las variables oportunamente definidas, se almacenó en una base de datos construida para tal fin, realizándose un análisis estadístico descriptivo y utilizándose el programa estadístico SPSS, v.8.0. Considerando en todos los casos un nivel de significación de 0,05.

Se realizó regresión logística a fin de ajustar los resultados por la posible interacción entre variables.

Los datos de características cualitativas, se analizaron mediante la técnica de análisis de contenido.

Variables

- 1- Arreglos Organizacionales: definidos como la organización del complejo de recursos que se destinan al cumplimiento de determinada tarea, considerando no solamente la infraestructura y equipamiento de los centros de atención, sino también a todos los aspectos que determinan la organización del proceso de trabajo. Dentro de estos arreglos organizacionales consideraremos:
 - a) Infraestructura y equipamiento: entendida como los componentes físicos destinados al proceso de atención.
 - b) Modelos de gestión del servicio: los diferentes modelos de organización del proceso de trabajo determinan también diferentes niveles de compromiso y responsabilidad con las tareas a desarrollar.
 - c) Modalidad de planificación: definida como el proceso mediante el cual se relacionan las necesidades y problemas de salud de una comunidad, con los conocimientos y recursos disponibles, de manera tal de diseñar cursos de acción que conduzcan a su resolución.

- 2- Modalidad de entrega de servicios, el cual será valorado mediante el análisis de los siguientes atributos de la APS:
 - a) Población a Cargo: el número, composición y los criterios de selección de la misma, como determinantes de un área de responsabilidad y compromiso para el médico de cabecera.
 - b) Integralidad: en referencia a la oferta de practicas preventivas, de promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación, integrada

funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario.

- 3- Modalidad de utilización de servicios el cual será valorado mediante el análisis de los siguientes atributos de la APS:
- a) Accesibilidad: entendida como el complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad.
 - b) Cobertura: entendida como el resultado de la oferta sistematizada de servicios de salud, que satisfaga las necesidades de salud de una población, de manera continua, accesible y socialmente aceptada.

División territorial

Si bien se denomina territorio a un área (incluyendo tierras, aguas y espacio aéreo) siempre con la posesión de una persona, organización, institución, Estado o un país. ⁽³⁶⁾, en la perspectiva de la geosemántica social se entiende por territorio la suma de un sentido (significado) a un lugar, cuya definición es validada por una comunidad.

El territorio se produce de acuerdo al sentido que las personas le dan al lugar que habitan. El territorio así definido se consolida en la medida en que esa forma de comprender el lugar se hace común y hasta masiva. Tanto el hábitat social, la vivencia cotidiana, el apego al lugar, como las huellas históricas de los lugares conforman un sentido común denominado territorio, de este modo el territorio es el resultado de

³⁶ Geiger, P. 1996. Territorio. Globalización y Fragmentación. Hucitec

agregar un sentido (significado) a un lugar, y que este sentido del lugar sea validado por una masa crítica de personas. ⁽³⁷⁾

De allí surge que el territorio debe ser comprendido como sujeto a las definiciones locales.

A los fines prácticos y con la intención de conocer y reconocer tanto a los profesionales que brindan servicios en el Primer Nivel de Atención, es decir en el Modelo Médicos de Cabecera, así como discriminar la población a la cual deben asistir, se procedió a dividir la ciudad en 12 territorios.

A partir de esta geo-referencia pudimos establecer la oferta prestacional existente en todos los niveles de atención, pero haciendo principal hincapié en Médicos de Cabecera, esto nos permitió relacionar además la presencia de Centros de Jubilados en su rol de efectores comunitarios y sobre un total de 178 Centros de Jubilados, proceder a un relevamiento sobre las condiciones en las que los Médicos de Cabecera que allí se desempeñan, brindan sus servicios.

Córdoba es la única provincia del país en la que los Médicos de Cabecera trabajan en Centros de Jubilados.

Pudimos además evaluar si la accesibilidad geográfica, tan importante en la atención primaria de la salud se respetaba o si por el contrario los afiliados debían desplazarse a otros barrios para ser atendidos.

³⁷ Cerda Seguel, D. 2008, Tierra, Sentido y Territorio. La Ecuación Geosemántica. <http://revista.escaner.cl/node/693>

No hay que perder de vista que por más que exista una cantidad importante de médicos de cabecera, lo que prima en el sistema es el concepto de libertad de elección por lo tanto aunque estemos ofreciendo un profesional cercano, basados en la accesibilidad, es el afiliado quien finalmente decide si elige o no a ese profesional.

Distribución territorial (ver grafico 1)

Territorio 1

El territorio 1 abarca la zona noroeste de la ciudad, con un padrón de afiliados que ascendía a 9638 en Diciembre de 2013.

En el mismo se encuentran 29 Médicos de Cabecera, distribuidos de la siguiente manera: 12 brindan sus servicios en Centros de Jubilados y Pensionados, mientras que los 17 restantes lo hacen en consultorios particulares.

Territorio 2

El territorio 2 abarca la zona norte de la ciudad, con un padrón de afiliados que ascendía a 11778 en Diciembre de 2013.

En el mismo se encuentran 20 Médicos de Cabecera, distribuidos de la siguiente manera: 13 brindan sus servicios en Centros de Jubilados y Pensionados, mientras que los 7 restantes lo hacen en consultorios particulares.

Territorio 3

El territorio 3 abarca la zona norte de la ciudad, con un padrón de afiliados que ascendía a 11819 en Diciembre de 2013.

En el mismo se encuentran 29 Médicos de Cabecera, distribuidos de la siguiente manera: 13 brindan sus servicios en Centros de Jubilados y Pensionados, mientras que los 17 restantes lo hacen en consultorios particulares

Territorio 4

El territorio 4 abarca la zona norte de la ciudad, con un padrón de afiliados que ascendía a 6091 en Diciembre de 2013.

En el mismo se encuentran 29 Médicos de Cabecera, distribuidos de la siguiente manera: 10 brindan sus servicios en Centros de Jubilados y Pensionados, mientras que los 16 restantes lo hacen en consultorios particulares

Territorio 5

El territorio 5 abarca la zona este de la ciudad, con un padrón de afiliados que ascendía a 9059 en Diciembre de 2013.

En el mismo se encuentran 18 Médicos de Cabecera, distribuidos de la siguiente manera: 12 brindan sus servicios en Centros de Jubilados y Pensionados, mientras que los 6 restantes lo hacen en consultorios particulares

Territorio 6

El territorio 6 abarca la zona sureste de la ciudad, con un padrón de afiliados que ascendía a 12.850 en Diciembre de 2013.

En el mismo se encuentran 30 Médicos de Cabecera, distribuidos de la siguiente manera: 10 brindan sus servicios en Centros de Jubilados y Pensionados, mientras que los 20 restantes lo hacen en consultorios particulares

Territorio 7

El territorio 7 abarca la zona sureste de la ciudad, con un padrón de afiliados que ascendía a 8451 en Diciembre de 2013.

En el mismo se encuentran 12 Médicos de Cabecera, distribuidos de la siguiente manera: 3 brindan sus servicios en Centros de Jubilados y Pensionados, mientras que los 9 restantes lo hacen en consultorios particulares

Territorio 8

El territorio 8 abarca la zona sur de la ciudad, con un padrón de afiliados que ascendía a 11109 en Diciembre de 2013.

En el mismo se encuentran 35 Médicos de Cabecera, distribuidos de la siguiente manera: 12 brindan sus servicios en Centros de Jubilados y Pensionados, mientras que los 23 restantes lo hacen en consultorios particulares

Territorio 9

El territorio 9 abarca la zona sur de la ciudad, con un padrón de afiliados que ascendía a 10748 en Diciembre de 2013.

En el mismo se encuentran 17 Médicos de Cabecera, distribuidos de la siguiente manera: 12 brindan sus servicios en Centros de Jubilados y Pensionados, mientras que los 5 restantes lo hacen en consultorios particulares

Territorio 10

El territorio 10 abarca la zona suroeste de la ciudad, con un padrón de afiliados que ascendía a 12603 en Diciembre de 2013.

En el mismo se encuentran 24 Médicos de Cabecera, distribuidos de la siguiente manera: 14 brindan sus servicios en Centros de Jubilados y Pensionados, mientras que los 10 restantes lo hacen en consultorios particulares

Territorio 11

El territorio 11 abarca la zona suroeste de la ciudad, con un padrón de afiliados que ascendía a 14797 en Diciembre de 2013.

En el mismo se encuentran 24 Médicos de Cabecera, distribuidos de la siguiente manera: 13 brindan sus servicios en Centros de Jubilados y Pensionados, mientras que los 11 restantes lo hacen en consultorios particulares

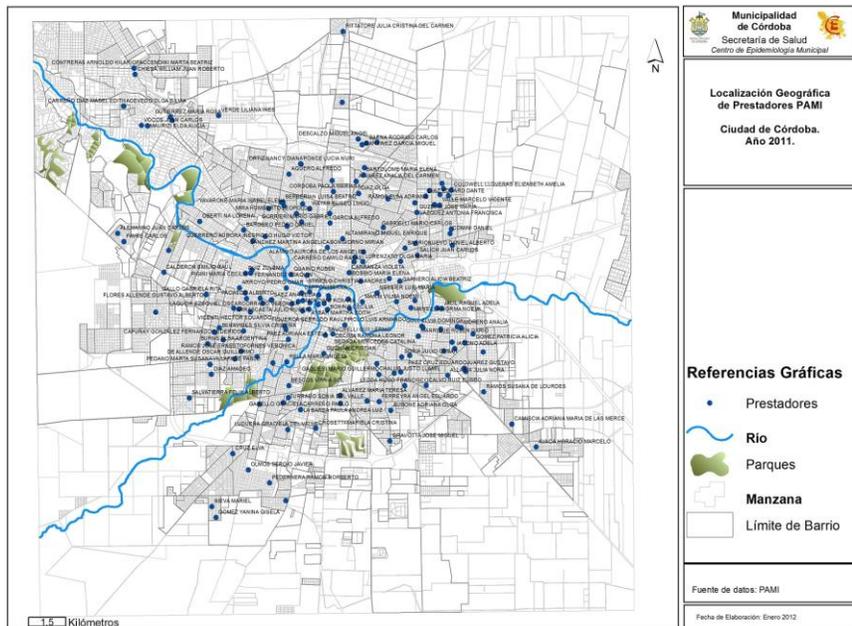
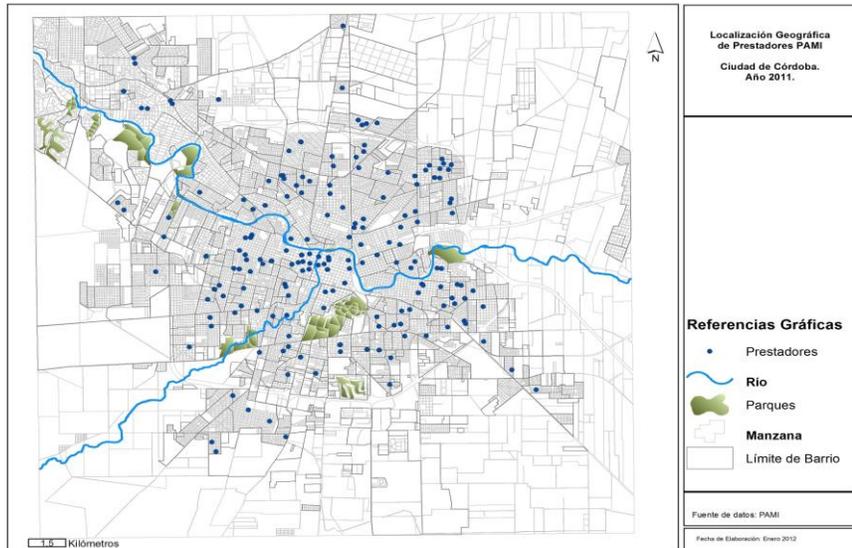
Territorio 12

El territorio 12 abarca la zona noreste de la ciudad, con un padrón de afiliados que ascendía a 10084 en Diciembre de 2013.

En el mismo se encuentran 22 Médicos de Cabecera, distribuidos de la siguiente manera: 9 brindan sus servicios en Centros de Jubilados y Pensionados, mientras que los 13 restantes lo hacen en consultorios particulares

Gráfico 1

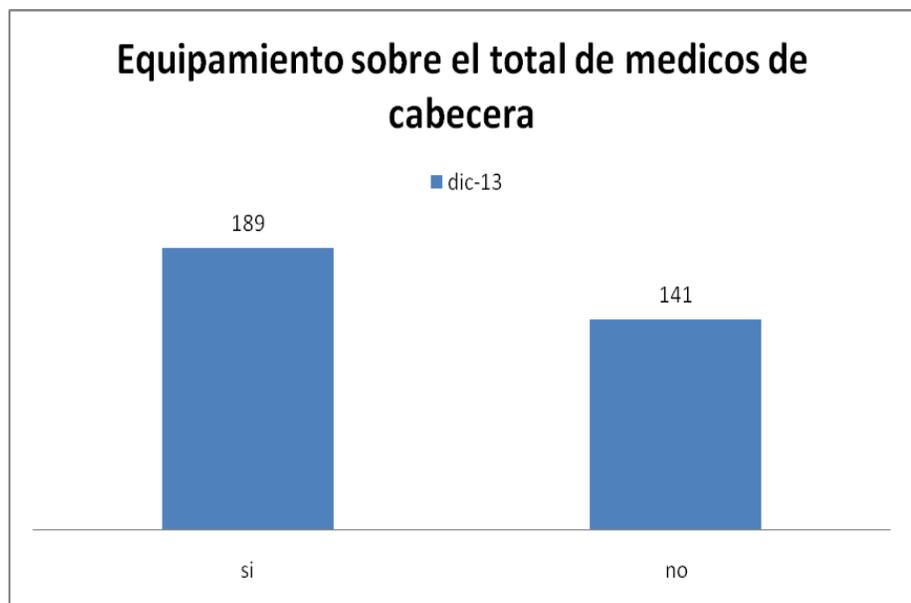
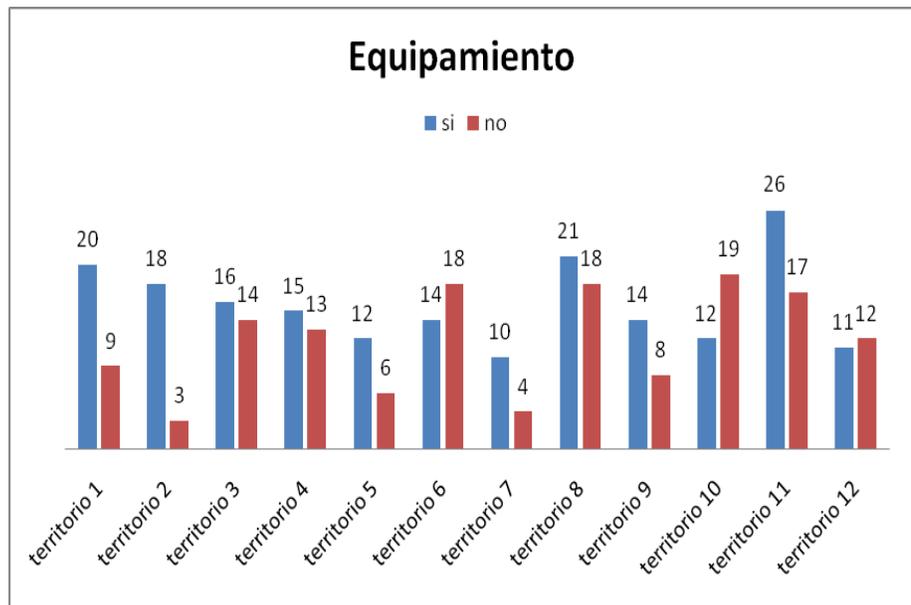
Distribución de Médicos de Cabecera en la Ciudad de Córdoba- 2013



Resultados:

Arreglos Organizacionales: Definidos como la organización del complejo de recursos que se destinan al cumplimiento de determinada tarea, considerando no solamente la infraestructura y equipamiento de los centros de atención, sino también a todos los aspectos que determinan la organización del proceso de trabajo.

Infraestructura y Equipamiento: Entendido como los componentes físicos destinados al proceso de atención a saber: consultorio y sala de espera (Consultorio: identificación de la entrada, superficie mínima de 7m², revestimientos impermeables, lavables e ignífugos; aislamiento físico y acústico, lavabo. Buen estado de mantenimiento e higiene, iluminación, ventilación y climatización adecuadas. Elementos de barrera adecuados y suficientes. Sala de Espera: suficiente espacio con asientos; iluminación, ventilación y climatización adecuadas. Baño para pacientes accesible) Adecuado acceso desde el exterior: en PB o con ascensor, acceso a nivel o no más de 10 escalones, pasamanos de ambos lados, revestimiento antideslizante.

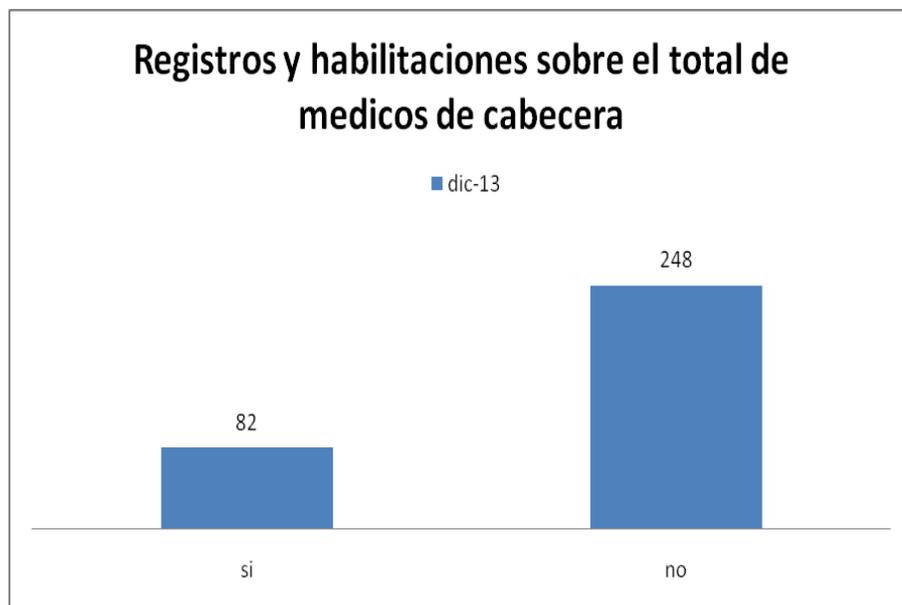
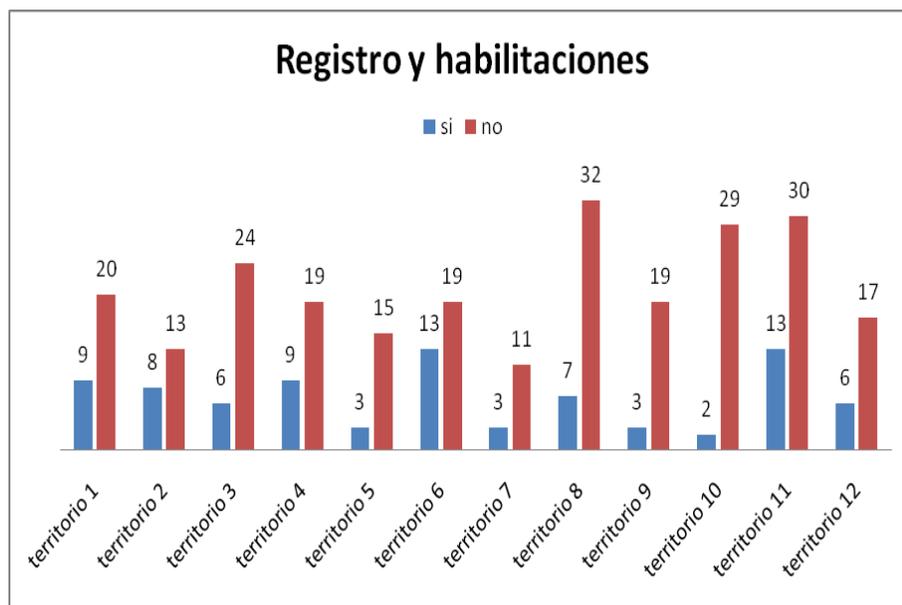


El 42,7 % de los Médicos de Cabecera no cumple con las premisas básicas de infraestructura y equipamiento. Esto se debe en gran medida a que la mayoría de los Médicos de Cabecera atienden en espacios asignados a tal fin en los Centros de Jubilados donde realizan su atención de la demanda espontánea sin que existan turnos programados en la mayoría de los casos (82%).

Si partimos del supuesto de que el primer nivel de atención constituye esencialmente la puerta de entrada a la red de servicios en la mayor parte de los casos y que en este ámbito se deberían priorizar acciones de promoción y protección de la salud y de diagnóstico temprano de daño, observamos que no están dadas las condiciones de infraestructura mínimas. Este aspecto evidencia la concepción de una infraestructura y equipamiento adecuados a una práctica que se estructura en torno a la enfermedad y la atención de la demanda espontánea y no a la necesidad de resolución de los riesgos de enfermar y morir de las personas de cada comunidad.

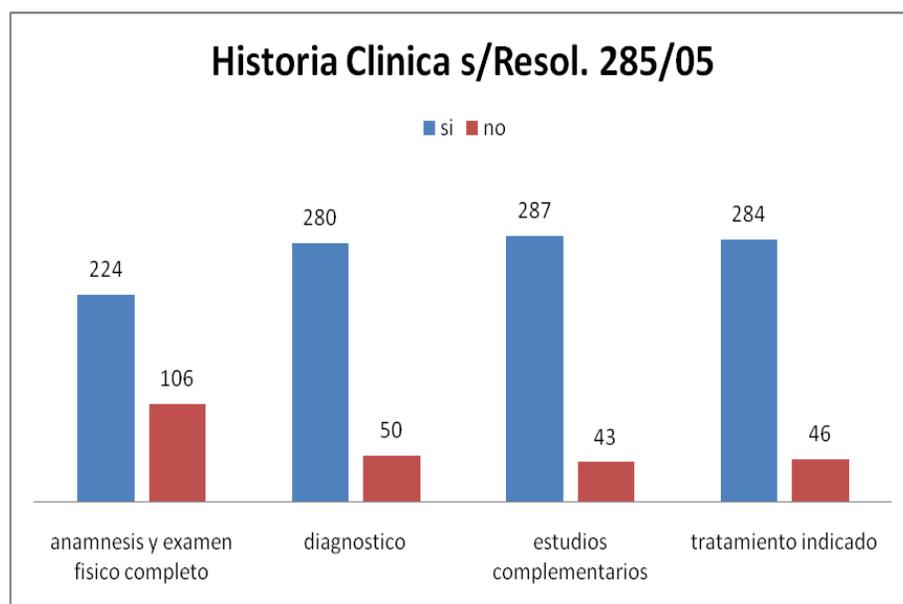
Registros y Habilitaciones: Por registros y habilitaciones entendemos aquellos requisitos formales, de imprescindible cumplimiento que hacen a los modelos de gestión del servicio.

Entre los mismos se encuentran: cartel de gratuidad, habilitación del consultorio, seguros, título habilitante, certificado de especialidad.



Modelo de Gestión del Servicio: Los diferentes modelos de organización del proceso de trabajo determinan también diferentes niveles de compromiso y responsabilidad con las tareas a desarrollar

Historia Clínica: La Historia Clínica debe ser única por paciente, legible y con registros actualizados, contar con anamnesis y examen físico completo, registro de diagnósticos, estudios complementarios, tratamientos indicados acordes a patología. Interconsultas con especialistas y contra-referencias. Además de todas aquellas intervenciones preventivo/promocionales y el impacto en la salud de la población a cargo.



El resultado negativo observado está constituido principalmente por la falta de anamnesis y examen físico completo en la misma, mientras que las observaciones positivas tienen una mezcla de historias clínicas

completas, llevadas en forma manuscrita, en fichas, y otras cargadas en sistemas informáticos.

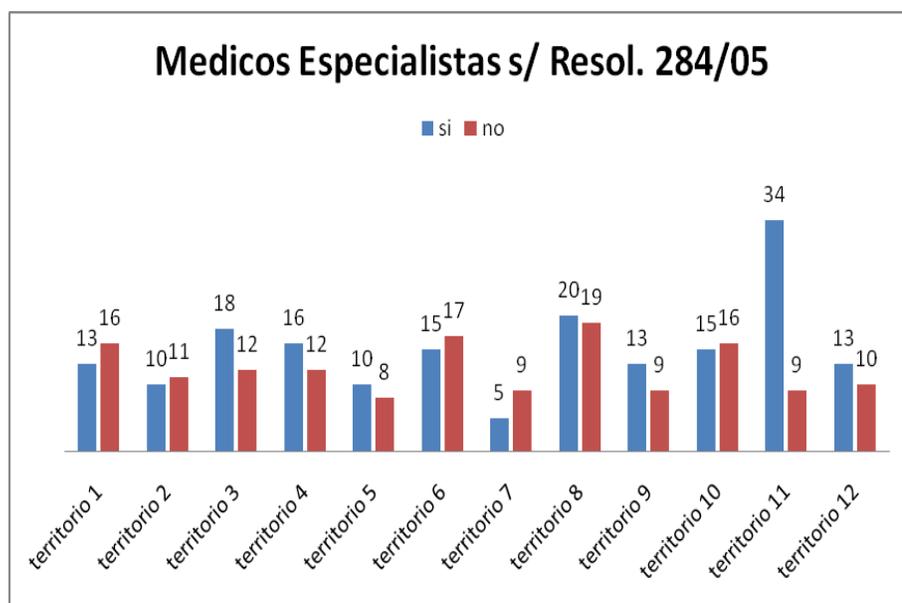
En los datos obtenidos se observa que sólo el 67 % de los Profesionales realiza una adecuada anamnesis y examen físico completo y el 85% registra el diagnóstico mientras que casi un 90 % consigna estudios complementarios, y el tratamiento indicado. En todos los casos encuestados se observa que los datos se obtienen con sistemas de registro tradicionales como un simple procedimiento administrativo y que dichos datos no son evaluados y transformados en información oportuna y confiable, adecuada para poder planificar en salud.

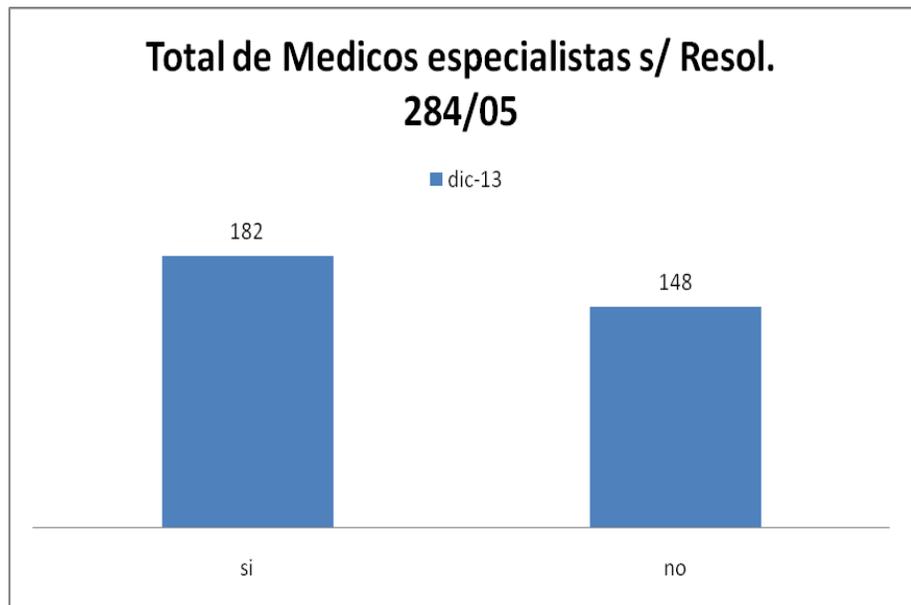
La información es el insumo más importante para iniciar un trabajo en materia de planificación. Una información adecuada nos permitiría decidir que tipos de actividades de salud son necesarios, calcular el número de personas que van a recibir estos servicios y medir el impacto de nuestras acciones.

Se destaca además la existencia dominante de sistemas de registro de atención individual que no posibilitan un seguimiento integral, continuo y contextualizado de los problemas de salud de la población a cargo.

Modalidad de Planificación: Definida como el proceso mediante el cual se relacionan las necesidades y problemas de salud de una comunidad, con los conocimientos y recursos disponibles, de manera tal de diseñar cursos de acción que conduzcan a su resolución.

Médicos especialistas: La Resolución 284/DE/05 expresa claramente que el médico de cabecera debe ser especialista en Medicina Familiar, Medicina General, Clínica Médica o Geriátrica y propone en este nuevo esquema el fortalecimiento y optimización del rol del Médico de I Nivel de Atención, a fin de asegurar la accesibilidad inmediata a la consulta con éste y desde él a las especialidades de mayor demanda ambulatoria garantizando que todos los afiliados accedan a las prestaciones que requieran en función de su patología. El Médico de Cabecera, es el principal referente y por lo tanto, el nexo para la articulación de todos los procesos de atención relacionados con la salud de los afiliados asignados a su padrón





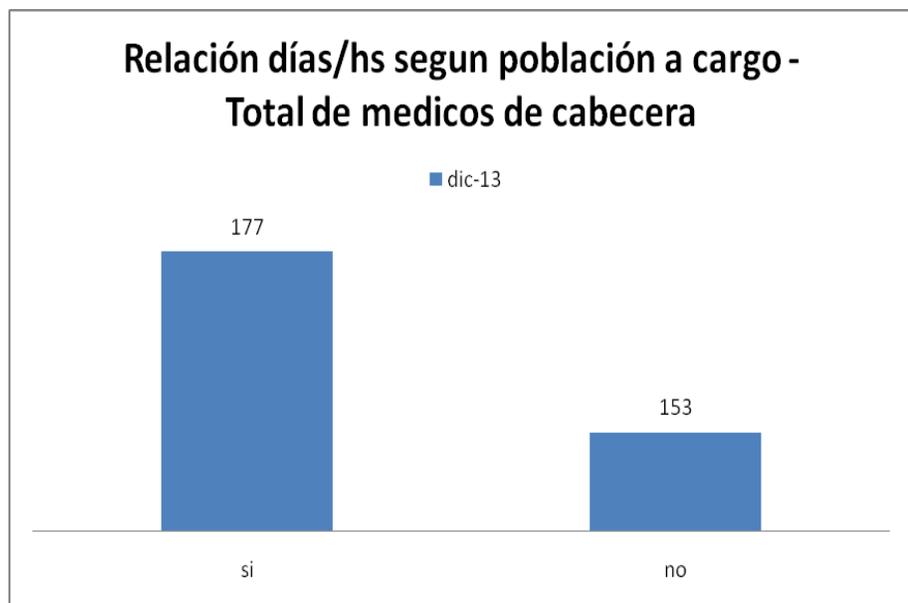
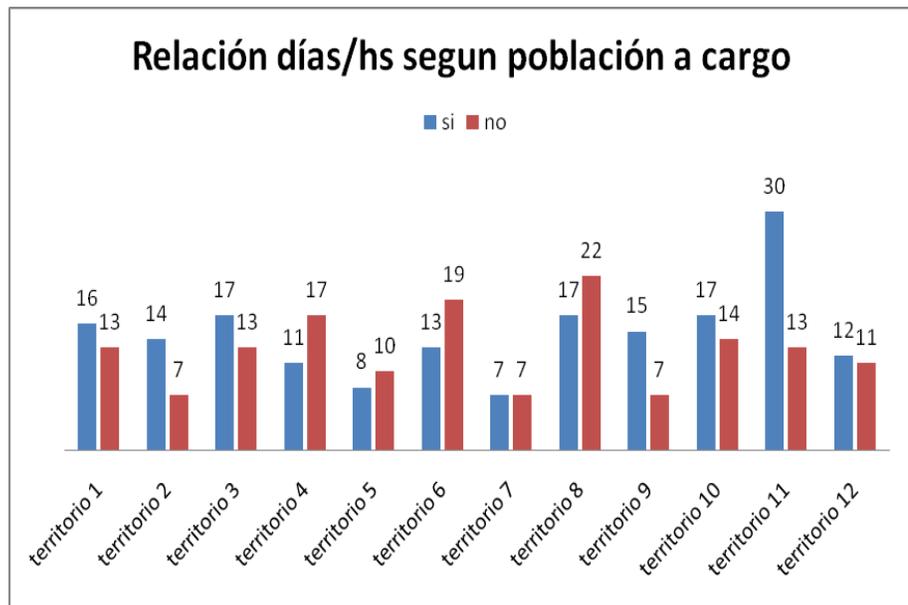
Observamos que casi un 45 % de los Médicos de Cabecera no cuentan con especialidad alguna. Debemos considerar además que del 55 % restante un 25 % tiene una especialidad que no se corresponde a las especificadas por la resolución 284/05. Este es un aspecto muy importante ya que los lineamientos establecidos por dicha resolución exigen para el Médico de I Nivel de Atención un perfil acorde como profesional calificado con residencia o especialidad en Medicina Familiar, Medicina General, Clínica Médica y/o Geriátrica, con capacitación para la atención y resolución de las patologías prevalentes del adulto mayor y dispuesto a desarrollar explícitas acciones socio comunitarias de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, asistiendo a la patología ambulatoria y al seguimiento al beneficiario en los otros niveles de atención.

Modalidad de Entrega de Servicios

Relación días/hs según Población a Cargo: Definida como el número y composición de afiliados como determinantes de un área de responsabilidad y compromiso para el Médico de Cabecera.

En relación a la población a cargo, el profesional debe cumplir con una carga horaria a los fines de garantizar accesibilidad, continuidad, integralidad, integración y coordinación con otros niveles de atención así como seguimiento del estado de salud de esa población nominal a cargo.

Asimismo la modalidad de otorgamiento de turnos por llegada o con turnos programados, con demora mayor a 4 días de solicitado y la programación de la frecuencia no menor a 20 minutos por consulta son fundamentales para viabilizar la accesibilidad a la atención. El profesional debe garantizar además las visitas a domicilio en aquellos pacientes postrados en un plazo no mayor a 48hs de solicitado.



Como observamos, se ha detectado un 33% de incumplimiento de la grilla horaria dispuesta por Res. 284/05, lo cual determina una menor accesibilidad de los afiliados a las prestaciones de I Nivel.

Si bien el 53 % de los Médicos de cabecera cumple con sus horarios, los resultados obtenidos permiten visualizar que, en la mayoría de los casos es la demanda espontánea la que condiciona la organización de las prestaciones, quedando las actividades de los programas relegadas a un lugar secundario, y en muchos casos inexistente.

El modelo de gestión aparece entonces como “un modelo tradicional” sustentado en la normatización burocrática, la supervisión directa, el control horario y un incipiente desarrollo del control de productividad.

El 87% de los encuestados refiere tener definida una Población a Cargo o Área Geográfica de Atención, y el mismo porcentaje dispone de la información total de población, sólo el 56% dispone de información sobre distribución según edad y sexo y el 22% sobre población NBI.

De este modo, si bien la disponibilidad de información sobre población total es alta, estos porcentajes disminuyen cuando nos referimos a grupos específicos, datos que debieran ser de importancia fundamental para programar la entrega de servicios y no limitarse de manera indiscriminada a la atención de la demanda espontánea, casi siempre, ligada a la urgencia, a la patología aguda.

Este accionar terminaría absorbiendo los escasos recursos existentes en detrimento de las actividades de los programas que son las que posibilitarían, en el mediano o largo plazo, cambiar el perfil de la oferta de servicios por parte de los Médicos de Cabecera.

La organización de las prestaciones por programa tiene como fundamento el producir una cierta racionalización de los servicios que se ofrecen en torno a lo que se define como prioridades de salud en una zona o región.

De esta manera, los programas no solo indican lo que la política de salud considera como prioritario, sino que también, en cada uno de ellos, se definen objetivos específicos, tipos de cobertura, recursos asignados y formas de evaluación de los mismos.

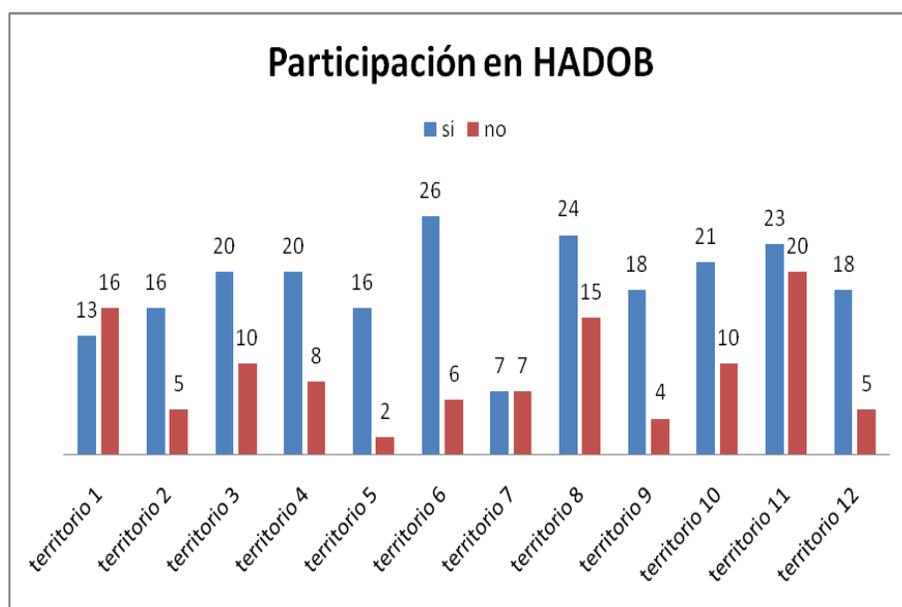
Integralidad: Se refiere a la oferta de prácticas preventivas, de promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación, integrada funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario.

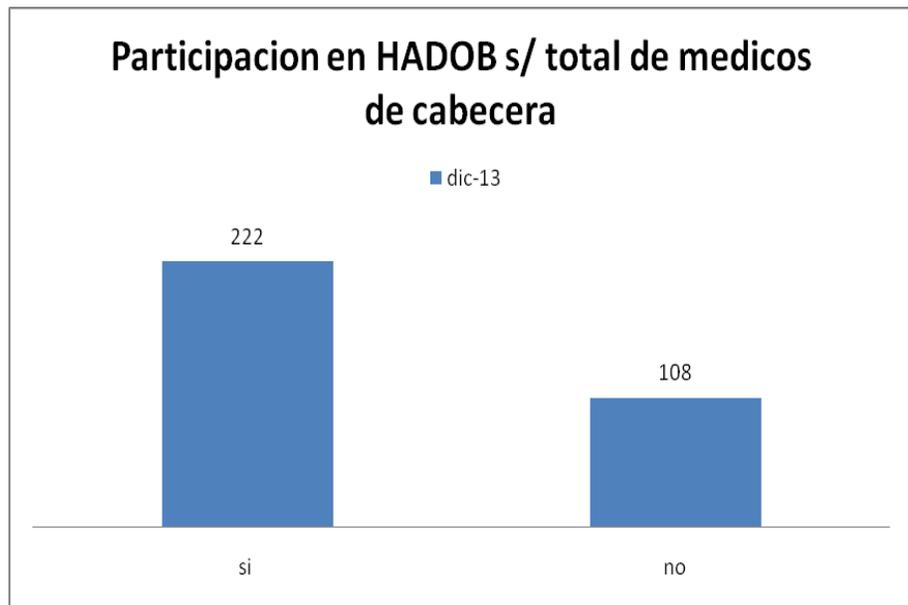
Participación en el Programa HADOB: El Programa HADOB (Hipertensión arterial, Diabetes y Obesidad, según la sigla) fue diseñado a los fines de ofrecer acciones de prevención y promoción de la salud en el marco de la integralidad de la atención médica.

Se desarrolla como una herramienta de detección, análisis, tratamiento y prevención de aquellas patologías prevalentes en la población del instituto, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los afiliados con diagnóstico de hipertensión, diabetes u obesidad, impactando sobre las causales de las mismas.

El Programa HADOB pretende sensibilizar y estimular al medico de cabecera, sistematizar pautas de diagnostico y tratamiento, relevar y medir la respuesta terapéutica, impactar en los estilos de vida y en el propio ambiente de los afiliados, promoviendo el protagonismo y la responsabilidad del afiliado respecto del cuidado de los condicionantes de su salud y garantizando la articulación de los componentes médicos y sociales del tratamiento.

Incluye promoción de actividades terapéuticas no medicamentosas (ATNMS), definición de un protocolo médico para cada patología, programas de capacitación a los médicos de cabecera, y sistema de incentivos al medico de cabecera basado en resultados.





Si bien el 63 % de los Médicos de Cabecera participa de este programa que tiene como finalidad estimular la mejora continua de la calidad de atención, promover protocolos eficaces para el tratamiento de las patologías prevalentes y efectuar un abordaje integral centrado en el afiliado, se observó que la mayoría de los profesionales no aplican adecuadamente los protocolos de diagnóstico y tratamiento validados, incluyendo las ATNMS, ni aplican la valoración gerontológica integral (VGI), que evalúa aspectos físico-biológicos, sociales, psico-cognitivos y de autonomía funcional y permitiría prescribir efectivamente las ATNMS y enfatizar el consejo medico para su realización, impulsando el protagonismo y la responsabilidad del afiliado en el cuidado de su salud.

Sólo un 20 % de los Médicos de Cabecera indican el procedimiento para realizar las ATNMS, realizan los controles en tiempo y forma y comprometen su participación personal en la implementación del componente educativo de las ATNMS mediante encuentros de

capacitación y reflexión sobre las patologías y su impacto sobre la vida del afiliado y de su entorno.

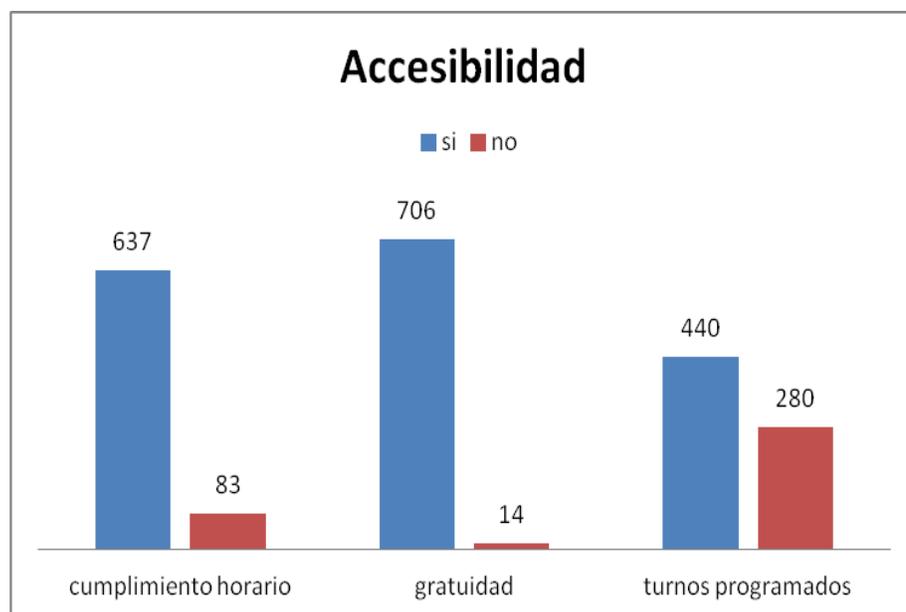
Entendemos que deberían realizarse los ajustes necesarios según la evolución de los indicadores de resultados en cada afiliado a partir de la transmisión de las consultas médicas realizadas, utilizando los mecanismos de evaluación y control diseñados por el instituto.
(Disposición Conjunta GPSC-GPM-70/2008)

Modalidad de Utilización de Servicios

Accesibilidad: Entendida como el complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad.

La accesibilidad a una atención en salud adecuada y oportuna es uno de los ejes fundamentales de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud y un derecho de todas las personas. Como tal maximiza las posibilidades de desarrollar un proceso de participación social que facilite la intervención de la población en decisiones y acciones y en el control y vigilancia de los procesos.

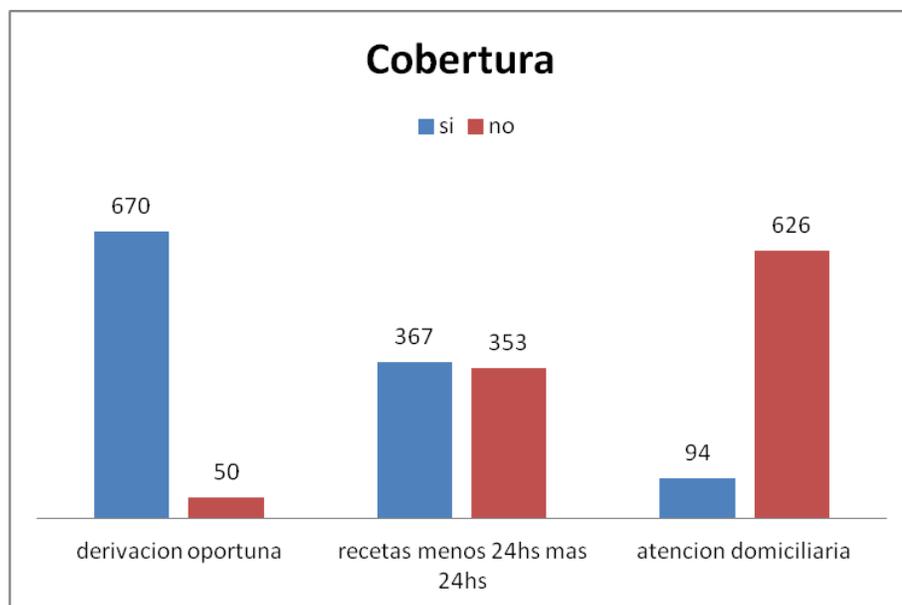
En relación a la encuesta de satisfacción aplicada a 720 afiliados los resultados los resultados fueron los siguientes:



Casi la totalidad de los Médicos de cabecera (98 %) brinda atenciones gratuitas, y en un 61% de los casos los afiliados refieren tener turnos programados.

En un 88.5% los horarios de atención son acordes a los horarios informados al INSSJP y en un 78% las condiciones edilicias no facilitan el acceso de ancianos y/o discapacitados.

Cobertura: Entendida como el resultado de la oferta sistematizada de servicios de salud, que satisfaga las necesidades de salud de una población, de manera continua, accesible y socialmente aceptada



Del total de 720 afiliados encuestados el 93% refiere derivación oportuna en tiempo y forma al especialista, el 51% recibe su receta de medicamentos dentro de las 24 hs. De la consulta, sólo un 13 % obtiene el turno para especialista dentro de los 7 días de solicitado.

Resulta importante señalar que la cobertura por programas específicos debiera ser el eje de las acciones asistenciales en los centros de primer nivel de atención por lo que se requiere afianzar la calidad técnica de las prestaciones, promoviendo servicios oportunos, eficaces, equitativos, accesibles y de alto grado de aceptabilidad.

Discusión

Aunque la relación existente entre salud y factores sociales se conoce desde hace más de 150 años, en los últimos tiempos ha ocurrido un cambio muy importante en el reconocimiento del impacto de una amplia variedad de influencias sociales y políticas sobre la salud. ⁽³⁸⁾

Desde el enfoque de Determinantes en Salud de Marc Lalonde. ⁽³⁹⁾, se considera que el estado de salud de las poblaciones está condicionado por al menos cuatro grandes grupos de factores:

- La biología: responsable del 27% de las causas de enfermedad.
- El medio ambiente: influye en un 19% de los casos de enfermedad.
- Los modos y estilos de vida: responsables en un 43% del proceso de enfermedad
- El Sistema sanitario: se vincula en un 11% a las causas de enfermedad.

En relación a los adultos mayores, vinculado a la incidencia de las posibles causas en el deterioro de la salud, se elaboró la denominada Regla de los Tercios a partir de la observación y medición de los procesos de envejecimiento humano:

- Un tercio se debe a malos hábitos y condiciones de vida vinculado a problemas de uso de estructuras y funciones corporales,

³⁸ Starfield B. Equidad en Salud y Atención Primaria: una meta para todos, Gerencia y Políticas de Salud, noviembre, año/vol.1, numero 001, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia pp.7-16

³⁹ Lalonde, M. 1974, PAHO, "New Perspectives in Health of Canadians"

- Un tercio a las enfermedades
- Un tercio al envejecimiento y deterioro normal por la edad ligado a la genética.

En este esquema propuesto deberíamos actuar sobre los dos primeros tercios de las causas de deterioro en el envejecimiento con acciones preventivas y de promoción de la salud.

La Resolución 140/04 del INSSJP (PAMI) se refiere en sus considerandos al derecho a la salud de los beneficiarios garantizados en el artículo 12° del Pacto Internacional de las Naciones Unidas y hace referencia a la contribución del cambio cultural y social a través de promoción de un sistema de salud ampliado hacia un pensamiento preventivo como principio básico de la salud y de la jerarquización de la Atención Primaria de la Salud. ⁽⁴⁰⁾

En este campo el componente social se constituye en uno de los factores fundamentales en relación a la calidad de vida y a la prevención, tratamiento, rehabilitación y sostenimiento de las problemas de salud-enfermedad propias del adulto mayor, cuyo curso se encuentra estrechamente vinculado a la autonomía funcional, la identidad, la realización personal y la participación e integración familiar y comunitaria.

En base a estos principios, la resolución 284/05 del INSSJP (PAMI) que definió el nuevo modelo prestacional propuso como pilares la

⁴⁰ Resolución 140/DE/2004 Modelo Prestacional Socio Comunitario de Atención Medica INSSJyP Boletín del Instituto.

transformación del modelo de contratación y gestión de las prestaciones médico asistenciales y el inicio de un camino de mejora de la salud de la población de adultos mayores a través de la aplicación progresiva de programas de promoción y prevención con medición de su impacto en las patologías prevalentes. (⁴¹)

En la misma Resolución, se reconoce el valor de la prevención con inserción comunitaria como estrategia fundamental para complementar los postulados del nuevo modelo prestacional y se asume como política social la responsabilidad de implementar un programa preventivo socio comunitario, cuyo objetivo máximo es el de lograr la participación e integración sustentable del adulto mayor como ciudadano en su medio socio comunitario.

Para un buen funcionamiento de cualquier sistema de atención primaria la accesibilidad es la principal característica estructural que debiéramos considerar. El acceso irrestricto a la atención para quien la necesita es un principio básico en todos los países industrializados. Así lo expresa el punto 12 de la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe donde se reconoce la necesidad de impulsar el acceso equitativo a los servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, de acuerdo con las políticas públicas

⁴¹ Resolución 284/DE/2005 Modelo Prestacional Socio Comunitario de Atención Médica INSSJyP Boletín del Instituto.

de cada país, y fomentar el acceso a los medicamentos básicos de uso continuado para las personas de edad. ⁽⁴²⁾

En el punto 13 del citado documento, se propone crear marcos legales y mecanismos de supervisión para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas de edad, tanto si utilizan los servicios de larga estadía como si residen en sus hogares, y facilitar la formulación y el cumplimiento de leyes y programas de prevención de abuso, abandono, negligencia, maltrato y violencia contra las personas de edad.

En la práctica, la limitación en los recursos muchas veces lleva a la imposición de barreras a algunos servicios y se espera en muchos casos que el Médico de Cabecera cumpla esa función. Aunque debiéramos considerar que si no hay acceso adecuado, los cuidados pueden demorarse al punto que afecten seriamente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades a la vez que provocan en los usuarios insatisfacción con el sistema de atención y tendencia a la sobre-utilización de servicios alternativos, tales como los consultorios de urgencia o guardias de emergencia.

Sin embargo a pesar de estos objetivos y de la clara evidencia expresada por los diferentes autores que hemos citado en este trabajo, se observa según los resultados obtenidos en este trabajo, que los servicios que

⁴² Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos Brasilia, 4 al 6 de diciembre de 2007

brinda el PAMI en el primer nivel de atención continúan siendo en muchos casos impersonales, fragmentados, discontinuos y costosos, reflejo de un modelo que ha creado barreras adicionales a la provisión de servicios esenciales de salud.

No deberíamos olvidar que la prevención y promoción se constituye en la única herramienta eficaz frente al proceso de madurez y envejecimiento y al incremento de patologías crónicas y discapacidades. Para evitar que estas situaciones se conviertan en un paradójico “fracaso del éxito” en el que las sociedades agobiadas deban dedicar cada vez más recursos a la atención de patologías crónicas y las personas jóvenes se vean obligadas a atender ancianos sin poder disfrutar de su vida. ⁽⁴³⁾

Sería conveniente entonces, extender las oportunidades de salud integral de los adultos mayores, en términos de autonomía funcional, participación en el control de sus patologías, integración social y ejercicio de la ciudadanía, con una intervención adecuada en las situaciones de riesgo a las que los mismos están expuestos.

El Programa HADOB (Hipertensión- Diabetes- Obesidad) se enmarca en esta propuesta y pretende sensibilizar y estimular al médico de cabecera, a sistematizar pautas de diagnóstico y tratamiento, relevar y medir la respuesta terapéutica, impactar en los estilos de vida y en el propio ambiente, promoviendo el protagonismo y la responsabilidad individual y comunitaria, respecto del cuidado de los condicionantes de su salud,

⁴³ Resolución 585/DE/08 Programa Nacional de Prevención y Promoción Socio-Comunitaria. Boletín del Instituto

garantizando la articulación de los componentes médicos y sociales del tratamiento.

Sin embargo, observamos en función de los resultados obtenidos en este trabajo una realidad en la dinámica y funcionamiento de los Médicos de Cabecera que resulta contrapuesta a las premisas mencionadas y en las que es visible la falta de planificación y organización de actividades en torno a acciones preventivas.

La inversión realizada no se acompaña de una jerarquización de los roles y funciones del Recurso Humano Profesional involucrado, ejemplo de ello lo constituyen aspectos tales como, el escaso tiempo dedicado a los pacientes, la falta de conocimiento adecuado de las acciones medicas basadas en evidencias científicas, la asimetría informativa entre médicos y pacientes, etc, que se traducen en un deterioro de la calidad de las prestaciones

La demanda espontánea es la que condiciona la organización de las prestaciones y en este contexto, las actividades de los programas preventivos como el HADOB (Hipertensión, Diabetes, Obesidad) quedan relegadas a un lugar secundario, y en muchos casos inexistentes, lo que evidencia una ausencia de mecanismos de gestión y participación de los afiliados como sujetos activos de derechos.

Un claro ejemplo se evidencia en una infraestructura y equipamientos adecuados a una práctica que se desarrolla en torno a la enfermedad y la atención de la demanda espontánea y no a la necesidad de resolución de

los riesgos de enfermar y morir de las personas usuarias de los servicios del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

En base a estas premisas, resultaría un importante desafío el de poner en marcha un Programa de capacitación continua Integral e integrado, que modifique las características profesionales y la capacidad resolutive de quienes ejercen como médicos de cabecera y aproveche mejor las redes de recursos comunitarios e interdisciplinarios.

Como refiere Cristina Davini, la capacitación sería una muy buena estrategia para enfrentar los problemas de desarrollo de los servicios de salud. Gran parte del esfuerzo para lograr aprendizajes se opera a través de la capacitación, esto es de acciones intencionales y planeadas que tienen por misión fortalecer conocimientos, habilidades, actitudes y prácticas que las dinámicas organizacionales no proveen, al menos en escala suficiente, por otros canales. ⁽⁴⁴⁾

Estas dinámicas y arreglos organizacionales en el INSSJP, son la resultante de una compleja trama de intereses, directrices y valores dominantes en este tiempo y en un contexto dado, propias de un modelo biomédico que continúa vigente.

⁴⁴ Davini, M.C., Nervi, L., Roschke, M.A. 2002, Capacitación del Personal de los Servicios de Salud. Proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial, OPS/OMS, Serie Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Washington, DC.

Quizás debiéramos considerar que la información sobre la naturaleza y la distribución de los problemas de salud de una comunidad no pueden ni deben basarse sólo en la experiencia de médicos trabajando en consultorios o clínicas.

Sucede que la Atención Primaria vista sólo desde una perspectiva clínica tiene evidentes limitaciones. En primer lugar, no considera la distribución de problemas de salud en la comunidad, en parte porque sólo refleja el espectro de pacientes que consultan. En segundo lugar, tiene dificultades en comprender el verdadero impacto de los factores ambientales y psico-sociales sobre la etiología y la progresión de las enfermedades, ya que los médicos en general desconocen el medio en el cual los pacientes viven, trabajan y se desarrollan.

Kerr White, en su célebre trabajo sobre la ecología de la atención médica, concluyó en 1961 que la mayoría de las personas que experimentan un problema de salud (aproximadamente tres cuartas partes en un año dado), no consultan al médico.

Estas consideraciones teóricas han sido respaldadas por sólidas evidencias empíricas que muestran la mayor efectividad y eficiencia de una Atención Primaria integrada si la comparamos con la atención fragmentada por especialidades, y más recientemente, debido a la importancia de la Estrategia de Atención Primaria en el mejoramiento de la equidad en salud.

Por consiguiente, ahora podemos agregar a la importancia de la política social, la importancia de la política de salud. La investigación que ha conducido a esta conclusión ha sido posible, en gran parte, por una definición más clara del concepto de Atención Primaria, de tal manera que ahora puede ser medida de una manera estándar y aplicable en todas partes. ⁽⁴⁵⁾

El desafío de una Reforma de Salud centrada en la Atención Primaria consiste en articular el desarrollo de las habilidades clínicas de los profesionales de la salud que trabajan en el primer nivel de atención, con la identificación de necesidades y problemas de salud de una población a cargo de dichos profesionales.

Se propone consolidar en el INSSJP el concepto de que todo Médico de Familia o de Cabecera debiera ser un especialista en el primer nivel de atención, lo que implica un enfoque integral de la persona y su entorno (familiar y comunitario), basándose así en la Estrategia de Atención Primaria orientada y dirigida fundamentalmente a coordinar las acciones de salud en la comunidad.

Lograr la coordinación de los cuidados es un verdadero desafío para el médico de cabecera, especialmente en un medio en el que predomina la autorreferencia de los pacientes y la sobreabundancia de especialistas. Sin una adecuada coordinación, los componentes de la atención primaria

⁴⁵ Starfield B. Equidad en Salud y Atención Primaria: una meta para todos, Gerencia y Políticas de Salud, noviembre, año/vol.1, numero 001, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

descriptos; primer contacto, accesibilidad, continuidad y longitudinalidad, e integralidad, pierden gran parte de su potencial. ⁽⁴⁶⁾

Para lograr el desarrollo de estos principios, debiéramos aproximarnos al mundo de las prácticas en los mismos contextos de la acción de los equipos de salud. Acercar la educación a la actividad cotidiana se asienta en el reconocimiento del potencial educativo de la situación de trabajo, en otros términos, que en el trabajo también se aprende.

Lo expresado supone tomar a las situaciones diarias como “eje” del aprendizaje, analizando reflexivamente los problemas de la práctica y valorizando el propio proceso de trabajo en el contexto en que ocurre. Esta perspectiva, centrada en el proceso de trabajo, no se agota en determinadas categorías profesionales sino que atañe a todo el equipo, incluyendo médicos, enfermeros, administrativos, docentes, trabajadores sociales y toda la variedad de actores que conforman al grupo. ⁽⁴⁷⁾

La esencia del significado de coordinación de los cuidados en el adulto mayor, está dada por la disponibilidad por parte del médico de información sobre los problemas previos y los servicios utilizados por el paciente y el reconocimiento (del médico) de que esa información pueda ser necesaria

⁴⁶ Starfield B. Equidad en Salud y Atención Primaria: una meta para todos, Gerencia y Políticas de Salud, noviembre, año/vol.1, numero 001, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

⁴⁷ Davini, M.C. 1997, Prácticas laborales en los servicios de salud. Las condiciones del aprendizaje. En Haddad-Davini Roschke (edit.) Op.Cit.; Haddad, J.- Pineda, E. (edit.) Educación Permanente de Personal de Salud. La Gestión del trabajo-aprendizaje en los servicios de salud.OPS/PWR Honduras, N° 17.

para la resolución de sus problemas actuales. De este modo, si bien la disponibilidad de información sobre población a cargo es alta, estos porcentajes disminuyen cuando nos referimos a grupos específicos, datos que deberían ser de importancia fundamental para programar la entrega de servicios vinculados al Programa HADOB a pesar de que el PAMI, intenta aumentar la utilización de servicios preventivos con la aplicación de incentivos específicos.

Esta situación se refleja en que la carga de atención de demanda espontánea, termina absorbiendo el trabajo profesional en detrimento de las actividades del programa preventivo que posibilitaría, en el mediano o largo plazo, cambiar el perfil de la oferta de servicios por parte de los Médicos de Cabecera en función de la información obtenida.

Si la etapa vital de la vejez posee un significado que se refiere al término de un ciclo, marcado fundamentalmente por la patología y la cercanía de la muerte, los centros de atención de la red prestacional de INSSJP deberían constituirse en una prioridad y serían principalmente y básicamente terapéuticos. El problema de los adultos mayores se centraría en su deterioro, enfermedad y carencia.

Si en cambio se concibe a esta etapa de la vida con posibilidades de crecimiento y participación, así como también de pérdidas, sería esperable que se originen y faciliten nuevos espacios de proyección personal. Se priorizarían fundamentalmente el desarrollo de los ámbitos educativos y socio-recreativos, y también cobraría gran relevancia el ámbito de la prevención y el cuidado de la salud. Estos posibles

escenarios buscan extremar las posiciones que permitan comprender el modo en el que se conceptualizan estas temáticas y cuáles son sus efectos, considerando tanto la incidencia del sujeto como la del contexto social. ⁽⁴⁸⁾

⁴⁸ Iacub, R. 2012, El poder en la vejez: entre el empoderamiento y el desempoderamiento. - 1a ed. Buenos Aires: Inst. Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados- INSSJP.

Recomendaciones

Los servicios de Atención Primaria coordinados por un médico familiar y su equipo de salud deberían estar disponibles para toda la población, independientemente del nivel socio-económico o el tipo de seguro y cobertura. Cualquier barrera en el acceso a la atención primaria tendrá un mayor impacto en la población más vulnerable, que es la que está socioeconómicamente en desventaja, y aumentará por lo tanto la disparidad en el estado de salud entre los más ricos y los más pobres.

En definitiva, para alcanzar la atención primaria para todos, se deberían dar algunos pasos decisivos, como la definición de políticas públicas explícitas acompañadas de una reasignación de los recursos. Otros pasos tienen que ver con crear los incentivos adecuados para aprovechar y favorecer la orientación ya existente en el mercado asegurador privado.

El pago por prestación incentiva los servicios tecnológicos y especializados en desmedro de los servicios de atención primaria. En contraste, la financiación basada en un pago por servicios específicos a una población definida en un periodo dado (capitación), incentiva la atención primaria. Por otro lado, si se usa el pago por prestación, los valores relativos que se fijan para determinar las tarifas de los servicios deberían desalentar el uso excesivo de servicios especializados.

Debería estimularse la adopción de formas de trabajo en equipo para potenciar la calidad, efectividad y eficiencia de los servicios de atención primaria. Esta estrategia compete al trabajo del médico en relación a los

demás integrantes del equipo de atención primaria e implica definir las funciones entre los distintos proveedores.

Deberían desarrollarse métodos y medidas uniformes para evaluar el desempeño de los sistemas de atención primaria. Estas medidas debieran incluir costo, calidad, acceso y satisfacción tanto del paciente como del médico y el equipo de salud. Los resultados debieran también estar disponibles para los financiadores, los prestadores y el público en general.

En una era signada por la contención de costos y el racionamiento de servicios, el monitoreo del rendimiento en términos de calidad y resultados sobre la atención de los pacientes cobra especial relevancia. Existen numerosos instrumentos de medición que pueden actualmente utilizarse para evaluar la calidad técnica de cuidados, el estado de salud, la satisfacción de los pacientes, etc.

Se deberían estimular desde el INSSJP las sinergias entre el sector público y el privado para aumentar críticamente la proporción de médicos de atención primaria en relación al número total de médicos. Este objetivo está directamente vinculado al sistema financiador y prestador de servicios públicos y privados, el sistema de formación y entrenamiento de posgrado en las disciplinas de atención primaria (medicas y enfermería), y el sistema de formación de grado en las universidades.

Conclusiones

El propósito de este trabajo consistió en realizar una caracterización del Modelo de Gestión y el desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud en los prestadores del primer nivel de atención de la UGL III del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, mediante el desarrollo de un esquema de análisis de concepción integradora que diera cuenta de la capacidad de gestión de los Médicos de Cabecera, en el contexto político institucional en que se insertan, con el propósito de poder identificar potencialidades y limitaciones para el desarrollo de los postulados de dicha estrategia.

Esta propuesta analítica se sustenta en el hecho de que no es posible indagar sobre las acciones de cuidado de la salud, su modo de organización y sus resultados, sin considerar sus estrechas vinculaciones con los procesos generales de la sociedad, los cuales determinan la institucionalización de valores, dinámicas, modalidades de intervención y de participación social.

Consideramos que el desarrollo de un determinado modelo de gestión es la resultante de la conjunción de principios éticos, jurídicos, organizacionales, clínicos, socio- culturales y de la lectura de una determinada coyuntura epidemiológica y de un cierto diseño de aspiraciones y deseos sobre el vivir saludable. ⁽⁴⁹⁾

⁴⁹ Sousa Campos G., 2001, Gestión en Salud, en Defensa de la Vida, Buenos Aires, Ed. Lugar.

El considerar a la familia y a la comunidad como los ambientes sociales más importantes en los que ocurre y se resuelve la enfermedad, implica un proceso compartido entre el personal de salud y la comunidad, para la identificación y análisis de los principales problemas de salud y la búsqueda de soluciones a aquéllos. ⁽⁵⁰⁾ Esta situación exige una especial referencia en cuanto a la necesidad de poner en marcha una estrategia sanitaria tendiente a garantizar una atención continua, longitudinal, integrada, integral y eficiente, ofreciendo servicios accesibles, descentralizados, polivalentes y permanentes, que pongan énfasis en las acciones de Promoción y Prevención, que promuevan un uso racional de tecnología y propicien una activa participación comunitaria conforme a los postulados de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Si partimos del supuesto de que el primer nivel de atención constituye esencialmente la puerta de entrada a la red de servicios del INSSJP en la mayor parte de los casos y que es en este ámbito donde se priorizan acciones de promoción y protección de la salud y de diagnóstico temprano de daño, además de la atención de la demanda espontánea de la morbilidad percibida y se realiza la búsqueda de la demanda oculta con mecanismos adecuados de referencia y contra referencia, deberíamos replantear ciertos arreglos organizacionales.

Se entiende por modelo a una construcción teórica comprometida con posturas ideológicas, que sustenta una organización metodológica y modalidades concretas de acción. En el caso del INSSJP observamos

⁵⁰ Jure, H., "Abordaje grupal y comunitario de los problemas de Salud", en *Medicina Familiar*, tomo 1, Akadia, pág.161.

que en salud predomina un modelo que se limita al cumplimiento de requisitos administrativos mínimos, sin claridad en las funciones, ni controles de calidad adecuados.

Los Médicos de Cabecera deberían ejecutar un conjunto de programas elaborados con distintos niveles de participación de los involucrados, y de implementación obligatoria para todos por igual. Esta organización por programas intentaría revertir el perfil tradicional de los servicios brindados que se caracterizan por ser netamente asistenciales y de respuesta a la demanda espontánea.

La planificación en salud se define como un proceso en el que el equipo de salud y la comunidad toman decisiones en conjunto, y analizan cual es el mejor camino para llegar a conseguir los resultados deseados teniendo claro a donde se quiere llegar para cambiar una situación.

Una de las premisas planteadas por el Programa Nacional de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud de la Nación es la necesidad de creación, implementación y desarrollo de estrategias que posibiliten la educación continua de los componentes del equipo de salud que actúa en atención primaria.

Resulta necesario promover acciones de capacitación para reforzar la capacidad de gestión del Médico de Cabecera y acciones de formación para el desempeño a fin de brindar conocimientos, habilidades y

destrezas para la realización de las actividades específicas en torno a la atención del adulto mayor y su familia. ⁽⁵¹⁾

La existencia de recursos para la atención primaria marca una diferencia, genera equidad en salud, pero no cuando los recursos son inaccesibles o de baja calidad.

Aunque la atención médica tiene un claro impacto en la salud, hace poco o casi nada para reducir las desventajas sociales. Sería fundamental reorientar los servicios de salud en un contexto de salud pública y equidad para de esa manera lograr una mejor salud de la población y una mejor distribución de la salud.

⁵¹ Linger, C. 1989, "Recursos Humanos para los sistemas locales de salud", en Educ .Médica en Salud, 23: 229-246.

Bibliografía

1. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud Alma Ata, ex URSS, septiembre 1978.
2. Silva LC. 1997, Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud. Una mirada crítica. Escalas e indicadores. Cap.3. Madrid, Ed. Diaz de Santos; 43-58.
3. Donabedian A. 1980, Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor Mich.
4. Murray CJL. Frenk J. 2000, A WHO framework for health system performance assessment. World Health Organization.
5. Corella JM. 1996, La gestión de servicios de salud. Cap. 11. Madrid, Diaz de Santos.
6. Gilmore CM, De Moraes H. 1996, Manual de gerencia de la calidad. Washington DC. OPS PALTEX; :36-54
7. Donabedian A. 1986, Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? Milbank Mem Fund Quart; 44:167-70
8. Donabedian A. 1986, Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? Milbank Mem Fund Quart; 44:167-70
9. Donabedian A. 1986, Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? Milbank Mem Fund Quart; 44:167-70
10. Ley 19.032 ,1971, Creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados en <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=16081>
11. Resolución 654/DE/2009 INSSJyP Boletín del Instituto
12. Ley 25615 2002, Modificación Ley 19.032 en <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=76149>
13. Resolución 284/DE/2005 Modelo Prestacional Socio Comunitario de Atención Medica INSSJyP Boletín del Instituto.
14. Resolución 585/DE/08 Programa Nacional de Prevención y Promoción Socio-Comunitaria. Boletín del Instituto.
15. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INDEC, Censo 2010 <http://www.censo2010.indec.gov.ar>
16. Lalive d'Epinay C., Bickel J.-F., Cavalli S., Spini D., 2005, "Le parcours de vie: émergence d'un paradigme interdisciplinaire", in Guillaume J.-F. (Ed.), Parcours biographiques, Bruxelles, De Boeck.

17. Sandoval L. y Varela, L. 1998, Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados. 138 Rev Med Hered 9 (4), <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v9n4/v9n4ao2.pdf>
18. Jaul E. Harefuah. 2003 Dec;142(12):841-3, 877. Review. Hebrew. PMID: 14702752 [PubMed - indexed for MEDLINE] Longevity in gerontology and in Judaism--quantity years or quality years?
19. De Luca d'Alessandro E, Bonacci S, Giraldi G. Clin Ter. 2011; 162(1):e13-8. Review. PMID:21448536 [PubMed - indexed for MEDLINE] Aging populations: the health and quality of life of the elderly
20. Organización Mundial de la Salud, 1995. Carta del médico general/médico de familia en Europa. Oficina Regional Europea. Copenhague. EUR/ICP/GPDV 94 01/PO 01
21. Decreto 32.138, Oficializa el Poder Ejecutivo el decálogo de los Derechos de la Ancianidad en Boletín Oficial, Buenos Aires 15/10/48. En <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/resaltaranexos/195000-199999/196040/norma.htm>
22. Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos Brasilia, 4 al 6 de diciembre de 2007
23. Personas adultas mayores y derechos humanos / coordinado por Nora Pochtar y Santiago Norberto Pszemirower. - 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos, 2011.
24. Organización Mundial de la Salud, 1995. Carta del médico general/médico de familia en Europa. Oficina Regional Europea. Copenhague. EUR/ICP/GPDV 94 01/PO 01
25. Castillo Sánchez, E, Aguilar Mejía, E, Rivera Ibarra, D, Leyva Gonzales, F. 2001, Ambiente Educativo en Medicina, propuesta de un instrumento de evaluación. Rev. Med IMSS, 39(5): 403-407.
26. Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos Brasilia, 4 al 6 de diciembre de 2007
27. Resolución 285/DE/2005 Modelo Prestacional Socio Comunitario de Atención Medica INSSJyP Boletín del Instituto.
28. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002 en <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
29. Organización Mundial de la Salud, (1995) Carta del médico general/médico de familia en Europa. Oficina Regional Europea. Copenhague. EUR/ICP/GPDV 94 01/PO 01
30. Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe Adoptada en la tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. San José de Costa Rica, 8 al 11 de mayo de 2012. CEPAL
31. Donabedian A. 1980, Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor Mich. 1980.

32. Declaración de Sevilla “Comprometidos con la salud de la población” I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar (Sevilla, España, 14-17 de mayo 2002) en <http://files.sld.cu/sccs/files/2010/08/7-declaracion-de-sevilla-2002.pdf>
33. Arias Castillo L, Herrero Murgueitio J. 2000, Medicina Familiar: Avance y Retos del Milenio. Médico de Familia. Revista Venezolana y Regional Andina de Atención Médica Primaria. Vol 8-Nº1 y 2. Enero-Diciembre:34-35
34. Starfield B., Equidad en Salud y Atención Primaria: una meta para todos, Gerencia y Políticas de Salud, noviembre, año/vol.1, número 001, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia pp.7-16
35. Sousa Campos G., 2001, Gestión en Salud, en Defensa de la Vida, Buenos Aires, Lugar.
36. Geiger, P, 1996. Territorio. Globalización y Fragmentación. Hucitec
37. Cerda Seguel, D. 2008, Tierra, Sentido y Territorio. La Ecuación Geosemántica. <http://revista.escaner.cl/node/693>
38. Starfield B. Equidad en Salud y Atención Primaria: una meta para todos, Gerencia y Políticas de Salud, noviembre, año/vol.1, número 001, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia
39. Lalonde, M. 1973, PAHO, “New Perspectives in Health of Canadians”
40. Resolución 140/DE/2004 Modelo Prestacional Socio Comunitario de Atención Médica INSSJyP Boletín del Instituto.
41. Resolución 284/DE/2005 Modelo Prestacional Socio Comunitario de Atención Médica INSSJyP Boletín del Instituto.
42. Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos Brasilia, 4 al 6 de diciembre de 2007
43. Resolución 585/DE/08 Programa Nacional de Prevención y Promoción Socio-Comunitaria. Boletín del Instituto
44. Davini, M.C., Nervi, L., Roschke, M.A. 2002, Capacitación del Personal de los Servicios de Salud. Proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial, OPS/OMS, Serie Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Washington, DC.
45. Starfield B. Equidad en Salud y Atención Primaria: una meta para todos, Gerencia y Políticas de Salud, noviembre, año/vol.1, número 001, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia
46. Starfield B. Equidad en Salud y Atención Primaria: una meta para todos, Gerencia y Políticas de Salud, noviembre, año/vol.1, número 001, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia
47. Davini, M.C. 1997, Prácticas laborales en los servicios de salud. Las condiciones del aprendizaje. En Haddad-DaviniRoschke (edit.) Op.Cit. ; Haddad, J.- Pineda, E. (edit.) Educación Permanente de Personal de Salud. La Gestión del trabajo-aprendizaje en los servicios de salud.OPS/PWR Honduras, Nº 17.
48. Iacub, R. 2012, El poder en la vejez: entre el empoderamiento y el desempoderamiento. - 1a ed. Buenos Aires: Inst. Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados- INSSJP.
49. Sousa Campos G. 2001, Gestión en Salud, en Defensa de la Vida, Buenos Aires, Lugar.

50. Jure, H., "Abordaje grupal y comunitario de los problemas de Salud", en Medicina Familiar, tomo 1, Akadia, pág.161.
51. Linger, C. 1989, "Recursos Humanos para los sistemas locales de salud", en Educ.Médica en Salud, 23: 229-246.

ANEXO I
GUÍA DE EVALUACIÓN
MEDICOS DE CABECERA

ANEXO II

ENCUESTA DE SATISFACCION

PRESTADORES

DE I, II, III NIVEL

ENCUESTA DE SATISFACCION PRESTADORES DE I, II, III NIVEL

I - NIVEL

FECHA:/...../.....

Nombre del médico de cabecera:.....

Dirección donde lo atiende:.....

Como lo atiende?

BIEN
SI

MAL
NO

Lo revisa? .

Cumple el horario pactado?

SI
SI

NO
NO

Le cobra plus?

Lo atiende por turno?

SI
SI

NO
NO

Lo deriva correctamente

Se ha negado alguna vez a atenderlo?

SI

NO

Se ha negado a hacerle receta por medicamento, planillas para solicitar pañales, medicamentos sin cargo o cualquier otra derivación que necesite?

SI

NO

Demora en entrega de recetas

Menos de 24hs

Mas de 24hs

Otorgamiento de los turnos a especialistas dentro de los 7 días de solicitado

SI

NO

ANEXO III
MAPA POR TERRITORIOS