

Evaluación de un modelo de gestión con enfoque preventivo en hipertensión arterial aplicado en una obra social



Por Julio A. Siede

Médico, especialista en Medicina General/Familiar. Magíster en Economía y Gestión de Salud. Profesor adjunto de Epidemiología y Políticas Saludables, Universidad ISALUD

1. Introducción

Desde su creación, los sistemas de salud y sus desarrollos se encuentran relacionados a los procesos políticos y a las coyunturas. La política pasa por los sistemas de salud y los sistemas de salud pesan en la historia política de los países. La razón de dicho protagonismo se encuentra en la definición misma del sistema sanitario entendido como *el conjunto de actividades cuyo objetivo principal es promover, reestablecer o mantener la salud*.¹ El cumplimiento de este objetivo requiere de nuevos cambios que resultan necesarios a partir del avance tecnológico acelerado, la irrupción de nuevos conceptos y herramientas de gestión, y las nuevas y antiguas necesidades, ocultas o demandadas por la población. Los sistemas se enfrentan en la actualidad a renovados desafíos entre los cuales se destaca la gestión más efectiva de los servicios de salud. Y por estos mismos motivos, quienes se desempeñan en roles de gestión del sistema, es decir todos los que toman algún tipo de decisiones en cualquier nivel del mismo se encuentran involucrados más o menos conscientemente en la definición e instrumentación de políticas sanitarias.

En nuestro País, el Programa Médico Obligatorio (PMO), como instrumento de macro política sanitaria, cumple con la función de establecer los servicios mínimos de probada efectividad y costo-efectividad que se constituyen en objeto de derechos por parte del ciudadano con cobertura social y de obligaciones por parte del estado. Todavía resta avanzar mucho en el perfeccionamiento de esta canasta de prestaciones enriqueciéndola progresivamente mediante una actualización continua y la adición de recomendaciones acerca del/los sujetos destinatario/s y las indicaciones precisas para cada servicio incluido.

Este trabajo de tesis se propone describir y analizar un conjunto de herramientas aplicables al ordenamiento de los servicios y a la gestión de programas y políticas preventivas destinadas a problemas crónicos de salud, en particular hipertensión arterial.

El tema y problema abordados resultan cruciales para el futuro del sistema sanitario debido a que se hacen necesarias políticas y dispositivos de gestión que, explícitamente, formulen y hagan posible y sustentable la provisión de servicios preventivos seleccionados estraté-

Director: Dr. Saúl Rossi

Jurado Evaluador: Dr. Ricardo Belaggio; Dr. Ricardo Otero; Dra. Noemí Savoia.

1 OPS-OMS World health report.. Washington DC.EUA. 2000

gicamente y dirigidos al abordaje de problemas de salud prevalentes. Dentro del subsector de la Seguridad Social, la Obra Social del Personal de la Construcción, uno de cuyos programas preventivos se describe aquí, ha desarrollado un modelo de gestión integral para sus servicios ambulatorios, desde el año 1992, que, por sus características diferenciales, su permanencia en el tiempo y su evolución, merece especial atención.

2. Problema a abordar

El presente trabajo intenta aportar conocimientos aplicables a la toma de decisiones para el diseño y gestión continuada y sustentable de servicios preventivos, en el marco de la estrategia de atención primaria. Específicamente se ha planteado los siguientes interrogantes:

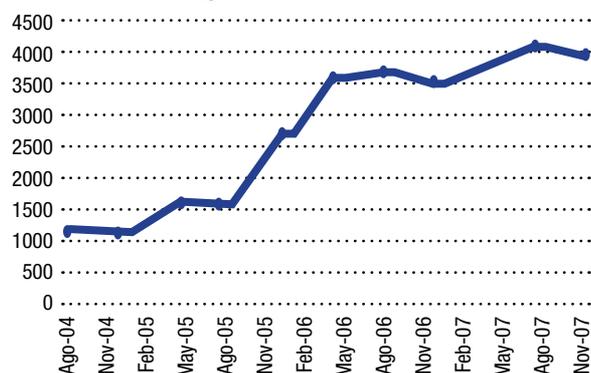
- ¿Qué modelo prestacional, basado en el concepto de Atención Primaria de la Salud entendida como estrategia, resulta más adecuado y factible para desarrollarse en las instituciones de la Seguridad Social en la Argentina?
- ¿Cuál o cuáles son los modelos de gestión que pueden implementarse para asegurar una adecuada actitud preventiva en los servicios ambulatorios de salud y los mejores resultados e impacto en la salud de la población atendida?
- ¿Cuáles herramientas de gestión deben utilizarse para un abordaje preventivo que sea efectivo para los problemas crónicos de salud?
- ¿Cuáles son los insumos que se requieren para desarrollar este abordaje?
- ¿Qué instrumentos de registro, elaboración de información y evaluación se deben implementar?
- ¿Cuáles son los resultados esperables?

3. Desarrollo de los programas de promoción y prevención

Más allá de los componentes preventivos de los programas de capacitación y extensión antes detallados, el modelo prestacional desarrollado desde los primeros años de la década pasada por de la Obra Social del

Gráfico 1

Captación de pacientes en subprograma en estudio en el total de los centros de atención primaria de la obra social, ago2004-nov2007



Fuente: Construir Salud

Personal de la Construcción, ha priorizado desde sus comienzos el desarrollo de prácticas preventivas integradas a sus servicios. Como evidencia de ello, buena parte de las guías de práctica clínica desarrolladas e implementadas estuvieron ligadas a tareas de este orden.

En 2004, una vez superada la situación de crisis iniciada a fines del 2001 que disminuyó la cantidad de obreros de la construcción ocupados regularmente a prácticamente un 25% de su número habitual, la obra social diseñó e implementó progresivamente un conjunto de Programas Preventivos estructurados, bajo la denominación de fantasía de: *Programas SANUS, de promoción y prevención en salud*.

Este conjunto prestacional consta de siete programas, a saber:

- a. programa de Inmunizaciones
- b. programa de prevención primaria y secundaria de problemas crónicos de salud: diabetes mellitus e hipertensión arterial
- c. programa de prevención de cáncer ginecológico
- d. programa de prevención de HIV-SIDA y enfermedades de transmisión sexual
- e. programa de prevención de problemas socio familiares: alcoholismo, violencia conyugal, embarazo no deseado en adolescentes.
- f. programa de prevención de problemas de salud en la infancia
- g. programa de cuidado de la salud de los trabajadores de la obra social: "Cuidarnos para cuidar la salud de los trabajadores".

Estos programas, cuya descripción sintética puede consultarse en el documento interno de la obra social expuesto en el anexo I de este trabajo, comenzaron a instalarse operativamente, en forma progresiva, desde los primeros meses de 2005.

Debido a que el foco principal de esta tesis está puesto en el modelo de gestión de uno de dichos programas, específicamente en el Subprograma de prevención de la Hipertensión Arterial, nos referiremos en detalle a ello.

3.1 Subprograma de hipertensión arterial

Los Programas Sanus de hipertensión arterial y diabetes mellitus, por cuestiones prácticas, pero también por las características comunes de estas enfermedades, se convirtieron en los "barcos de bandera" del conjunto de programas preventivos de la Obra Social del Personal de la Construcción. Resulta bastante difícil "aislar" a uno de ellos sin tener en cuenta al otro debido a que comparten buena parte de los insumos (y de los pacientes). La mayor parte de estos insumos y su encadenamiento para la gestión ya fueron descritos anteriormente. Sin embargo hay algunos aspectos específicos de este subprograma que merecen ser descritos.

4. Análisis de los resultados del programa

4.1. Captación de pacientes, registro y concurrencia a controles según cronograma

Para la descripción de la captación de pacientes, se consideró como ingresado al programa a aquel paciente que habiendo presentado signos de

hipertensión arterial, tiene su hoja de registro de controles incorporada a la historia clínica. Esta historia clínica, a su vez, en el período en estudio era marcada con un sticker de color que revelaba la existencia de uno o más pacientes con hipertensión arterial (gráfico 1).

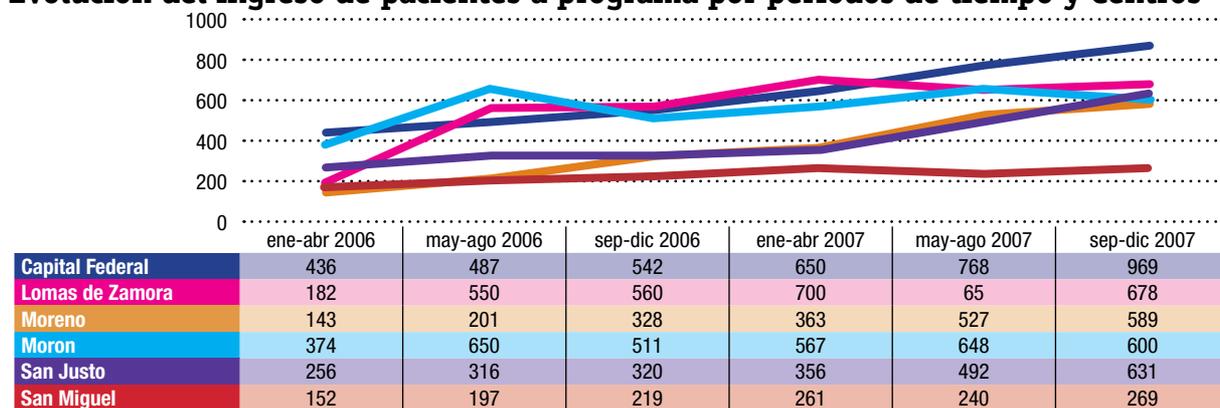
Uno de los hallazgos principales respecto de la intervención es que el porcentaje de pacientes ingresados a programa es muy menor que el de aquellos pacientes con cifras tensionales elevadas que contactan al servicio. Las entrevistas con los coordinadores de programa y de los CEMAP revelan que aproximadamente un 50% de los pacientes con cifras tensionales elevadas toman contacto episódico con los servicios discontinuando su atención e imposibilitando su ingreso al sub programa (gráfico 2).

La revisión de muestras de historias clínicas en los períodos de monitoreo seleccionados para el estudio revela porcentajes importantes de registros deficientes por parte del equipo de salud (31%) al inicio de las actividades programáticas. Esta variable revela una mejoría sustantiva hacia el final del período en evaluación (21%) (gráfico 3).

A los efectos de monitoreo y evaluación del subprograma, se considera asistencia adecuada a controles, cuando el paciente concurrió al menos una vez en los últimos cuatro meses. La evaluación muestra que entre el 70% y el 85% de los pacientes concurren habitualmente a controles. Dentro del grupo de asistencia considerada inadecuada, se encuentran pacientes que quedan sin cobertura por finalización de su contrato de trabajo, dadas las características temporales de este como se explicó más arriba (gráfico 4).

Gráfico 2

Evolución del ingreso de pacientes a programa por períodos de tiempo y Centros

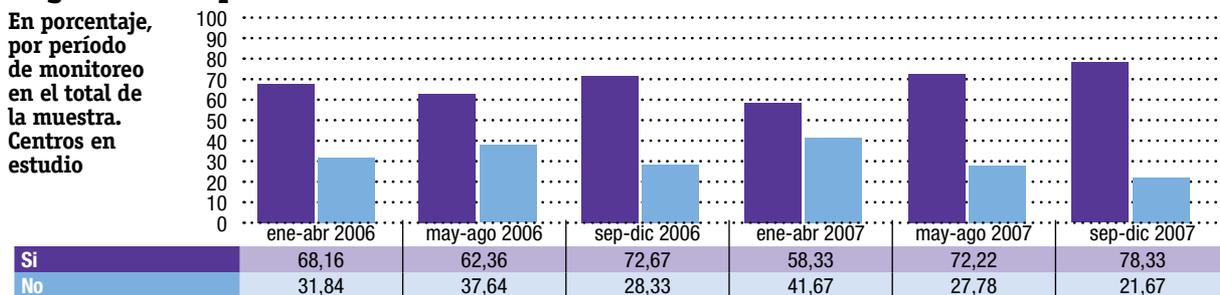


Fuente: Construir Salud

Gráfico 3

Registros Completos.

En porcentaje, por período de monitoreo en el total de la muestra. Centros en estudio

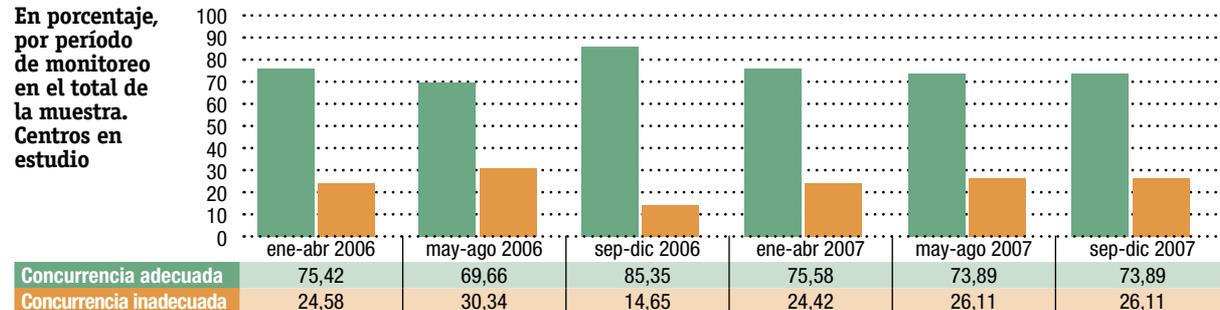


Fuente: Construir Salud

Gráfico 4

Concurrencia a controles.

En porcentaje, por período de monitoreo en el total de la muestra. Centros en estudio



Fuente: Construir Salud

4.2 Grupos de riesgo al ingreso

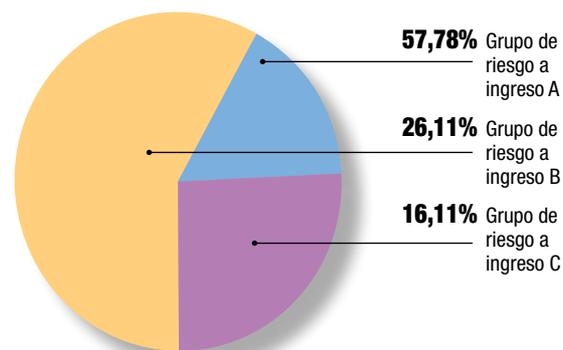
La caracterización de los pacientes ingresados a programa según la clasificación de riesgo al ingreso, revela que la mayor parte de ellos (aproximadamente 86%) presentan enfermedad hipertensiva sin compromiso sistémico severo. Estos datos resultan relevantes en cuanto a la alta probabilidad de limitar o retrasar el daño producido por la hipertensión o sus complicaciones mediante la implementación de un adecuado tratamiento (gráfico 5).

4.3 Gestión de medidas terapéuticas

Pacientes en tratamiento según cantidad de drogas

El agrupamiento de pacientes según cantidad de drogas, en su distribución porcentual permite visualizar una alta proporción de pacientes tratados con una sola droga de las llamadas de primera elección (63% a 72%). También es posible observar porcentajes muy bajos (entre 4% y 11%) de pacientes tratados con "otras" drogas, es decir, con medicación no contenida en el listado de monodrogas que se entregan con cobertura del 100%. El porcentaje de pacientes tratados con dos o tres drogas (combinaciones de los medicamentos de primera elección) tiende a aumentar con el paso del tiempo.

Gráfico 5
Distribución porcentual por grupos de riesgo evaluados al ingreso al programa
Centros en estudio. 2006/2007



Fuente: Construir Salud

Estos datos, tomados en relación con los resultados clínicos de la intervención permitirán concluir acerca de lo adecuado de las decisiones terapéuticas (gráfico 6).

Concurrencia a talleres grupales

La concurrencia a talleres grupales de los pacientes bajo programa muestra una frecuencia entre 12% y 31%. Las variaciones en esta variable pueden deberse, entre otros factores a la desigual oferta de talleres a lo largo del tiempo (gráfico 7).

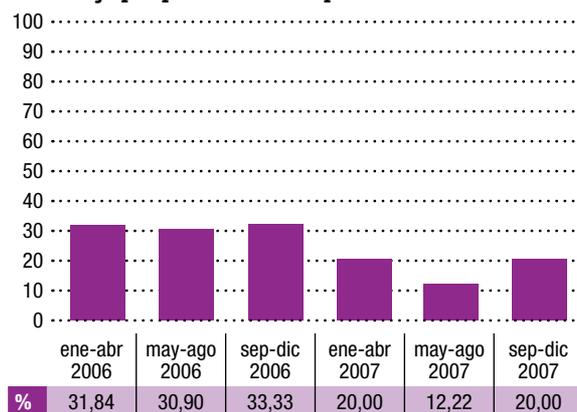
Resultados clínicos y Control de parámetros clínicos

La variable tensión arterial normal, muestra una distribución creciente a lo largo del tiempo, entre 41% y 54%. El primer registro, correspondiente al primer cuatrimestre de 2006 indica una frecuencia mas alta, debida, probablemente a que en ese período se incorporó a una cantidad grande de pacientes en tratamiento desde antes del inicio del programa, una parte de los cuales ya habían alcanzado los objetivos terapéuticos (gráfico 8).

Cambios de hábitos

La variable cambio de hábitos (cambio de al menos un hábito) muestra una frecuencia estable a lo largo del tiempo. Sus valores varían entre 62% y 73% (gráfico 9).

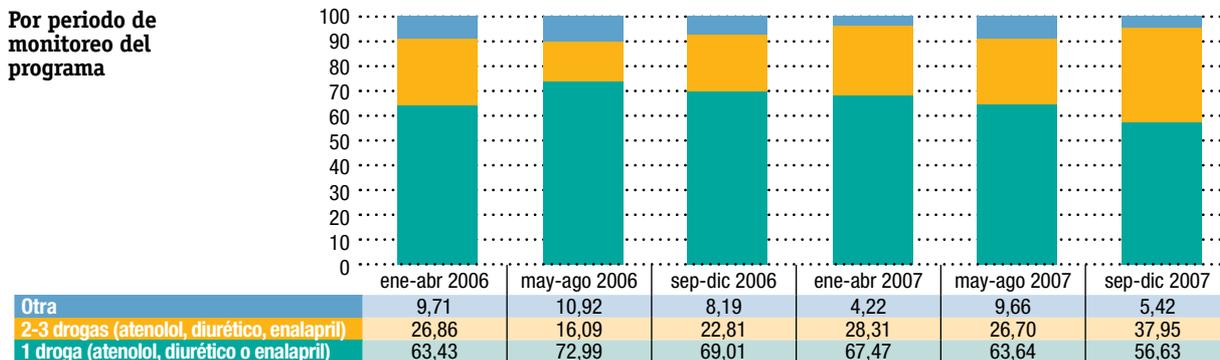
Gráfico 7
Pacientes que concurrieron a talleres
Porcentaje por período de tiempo



Fuente: Construir Salud

Gráfico 6
Pacientes según número y calidad de drogas utilizadas en el tratamiento.

Por periodo de monitoreo del programa



Fuente: Construir Salud

5. Conclusiones

El diseño y puesta en práctica de un modelo prestacional propio basado en la estrategia de atención primaria de la salud por parte de la Obra Social del Personal de la Construcción muestra algunas características que merecen ser destacados. El proceso de reforma descrito no implica más que la aplicación de medidas técnicas y organizativas sustentadas en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, explicitadas en el marco teórico, y en la evidencia que se desprende de las principales experiencias de los sistemas de salud en los últimos 60 años.

Entre los elementos positivos mencionados es importante subrayar los siguientes:

- La decisión política y la integración de los objetivos institucionales con propuestas técnicas innovadoras y el apoyo a los procesos de implementación y profundización paulatinos es decir, la garantía de continuidad histórica del proyecto.
- la conformación de equipos de trabajo con capacitación específica y apoyo técnico político para el desarrollo del nuevo modelo prestacional se constata no solamente en los niveles centrales sino en la conformación de una red de gestión (entendida fundamentalmente como animación y conducción de RRHH) que logró integrar en buena medida asistencia, capacitación e investigación operativa.
- El relevamiento de necesidades sanitarias propias de la población a atender que sirvieron como punto de partida y guía para la toma de decisiones.
- El carácter nacional y federal de la propuesta que permite observar la aptitud del modelo creado para su desarrollo en diferentes ámbitos socioculturales y políticos.
- La incorporación de insumos y herramientas adecuadas para la meso y micro gestión, así como la inversión que esto implica.
- La integración de la actividad académica a las prácticas asistenciales y de gestión en el ámbito de la seguridad social, como necesario complemento de estas, conformando una experiencia de desarrollo técnico científico basado en la integración asistencia/docencia.

El modelo desarrollado presenta también algunas facetas deficitarias en las cuales es posible agregar elementos innovativos que aseguren su sustento en el tiempo y nuevos logros. Entre estos podemos enumerar:

- Cierta grado de ausencia de sistematización y documentación de la experiencia desarrollada que impide su visibilidad y dificulta el aporte a otras iniciativas del sector.
- Falta de desarrollo comparable en los niveles de gestión de prestaciones de mayor complejidad tecnológica del sistema de servicios sanitarios.
- Un dispositivo contractual basado en los honorarios por prestación de servicios en la contratación del colectivo de profesionales de la salud que se desempeñan en los efectores propios del primer nivel de atención. Dicho modelo de contrato podría considerarse como una barrera para la permanencia en el tiempo y el compromiso con el proyecto institucional así como para la asignación de población a cargo.

El diseño y desarrollo de programas preventivos en el marco del modelo prestacional descrito presenta, como elemento sustantivo, su integración

Gráfico 8

Pacientes en tratamiento con TA Normal En porcentaje, por período de tiempo

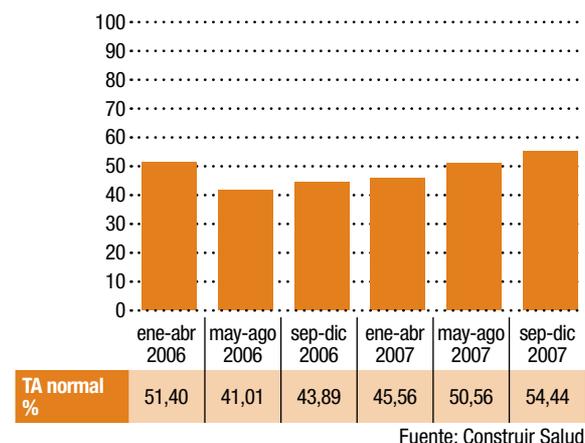
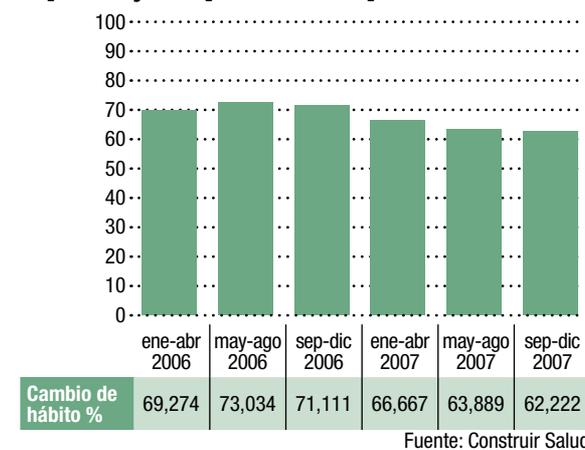


Gráfico 9

Pacientes que cambiaron al menos un hábito no saludable relacionado con HTA En porcentaje. Por período de tiempo



a dicho modelo en modo horizontal, permitiendo su coordinación con el conjunto de actividades asistenciales y de gestión. Si bien el déficit de sistematización enunciado arriba se constata también en la ausencia de metas determinadas para cada uno de los programas el diseño de un sistema operativo de información, monitoreo y evaluación de resultados hace posible la gestión efectiva de las acciones preventivas.

La experiencia del Subprograma de Hipertensión Arterial, constituye unos excelentes puntos de partida para la indagación técnica acerca de los modelos de gestión preventiva posibles y adecuados a la realidad de las Obras Sociales. Dicho dispositivo cuenta con insumos adecuados, algunos de alta calidad innovativa como la implementación de canastas de medicamentos con cobertura total y basada en criterios de esencialidad. La utilización de conjuntos normativos articulados que incluyen desde guías de gestión hasta guías clínicas con actualización periódica y altos niveles de consenso intra institucional constituye un logro por si misma y permite introducir elementos de mejora continua en las prácticas clínicas corrientes.

La captación de pacientes revela bajos rendimientos, en parte debidos a las características dinámicas del padrón de beneficiarios que, por sus particularidades de contratación laboral, se muestra sumamente lábil a los críticos

cambios socioeconómicos que registra nuestro país en los últimos años. Esta debilidad atenta fundamentalmente contra los objetivos de eliminar la atención episódica, discontinua y centrada en la enfermedad.

Resulta valioso el logro de información sostenida en el tiempo como fruto de adecuados procedimientos de registro y síntesis de datos. El sistema de soporte de datos e información tiene, para el período descrito un nivel bajo de informatización y automatización, predominando los procedimientos manuales. Sin embargo, dicho sistema es pasible de ser actualizado hacia versiones más potentes mediante la incorporación de historias clínicas informatizadas y mayor automatización de la elaboración de indicadores.

Con respecto a las conductas prescriptivas y, en particular, las medidas terapéuticas destinadas al control de parámetros clínicos la información expuesta revela prácticas de alta adecuación en cuanto a la selección y utilización de medicamentos. La evaluación de la experiencia durante los años 2006 y 2007 muestra, al relacionar modalidades de prescripción con resultados clínicos, cierta carencia o demora en la aplicación de tratamientos con combinación de drogas de primera elección, tendencia que también se refleja en buena parte de los programas de este tipo que se comentaron en el marco teórico.

Los resultados clínicos, por su parte resultan acordes con la evidencia que surge de programas similares respecto del control de la normalización de la tensión arterial. A la vista de estos resultados resulta conveniente analizar alternativas de gestión que permitan mejorar aún más dichos logros, teniendo en cuenta que pequeñas mejoras incrementales dependerán de esfuerzos importantes y sostenidos.

Tanto la concurrencia a talleres grupales como el cambio de hábitos, ambos como variables cuantitativas, revelan en este estudio poca información acerca de los procesos clínicos que se intenta describir. Probablemente,

ambas variables, pudieran ser estudiadas con mayor precisión desde una perspectiva cualitativa en futuros trabajos de investigación.

6. Consideraciones finales

El sentido de este trabajo fue describir una experiencia de gestión de prácticas preventivas integradas a un modelo de atención desarrollado por en el ámbito de la seguridad social, así como también discutir los alcances de dicha experiencia como aporte a modelos de gestión futuros destinados a avanzar en el aseguramiento de estas prácticas como forma de mejorar los resultados sanitarios en la población beneficiaria.

Como todo trabajo de investigación aplicada, fue necesario, para poder concluir, atenerse a un enfoque técnico determinado de la realidad. Fue necesario resignar el desarrollo de algunos aspectos, enfoques y perspectivas de análisis que forman parte de la experiencia que se intenta describir y, fundamentalmente, de la realidad a cuya transformación se pretende aportar.

Como sucede en la mayoría de los intentos de aportar conocimientos aplicables a la práctica, estas ideas deberán pasar el tamiz de la crítica, complementarse con otras basadas en enfoques distintos y, sobre todo, sobrevivir a la evaluación de las factibilidades políticas sanitarias que obligan, en muchos casos, a dar pasos mas pequeños de los que la mayor parte de nosotros desearía.

Sin embargo, el intento deberá considerarse holgadamente exitoso si fuera capaz de promover la discusión acerca de la necesidad de lograr cambios en el sentido de priorizar y jerarquizar el cuidado de la salud y estimular a las Obras Sociales a impulsar con creciente efectividad, desde sus servicios, un horizonte de mejor salud y mayor bienestar para los trabajadores y sus familias

Bibliografía

- Davis A, Taylor-Vasey A, Translating guidelines into practice, A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Can Med Assoc Journal* 1997; 1 57:408-16
- Gervás, J, Pérez-Fernandez, M; El auge de las enfermedades imaginarias. *Formación Médica Continua*. Ed. Doyma. Madrid. 2006. 13 (3); 109-11
- Gervás, J.; Perez Fernandez M; Uso y abuso del poder médico para difundir enfermedad y factor de riesgo en relación con la prevención cuaternaria. *Gaceta Sanitaria*, 2006, 20, (supl 3), 66-71; Madrid, España, 2006.
- Gisbert i Gelonch, R; Economía y Salud. Economía, gestión económica y evaluación económica en el ámbito sanitario. Ed. Masson. Barcelona, España. 2002.
- González García, G; Tobar, F; Salud para los argentinos. Ediciones ISALUD. Buenos Aires, Argentina. 2004.
- Hogarth, H; The medical practitioner as an asset to preventive medicine. *The British Medical Journal*. Londres, RU. Nov. de 1918.
- Illich, I; Némesis Médica. La expropiación de la salud. Ed. Joaquín Mortiz. México, DF. 1978.
- Kane, R. Creating Practice Guidelines: The Danger of Over-Reliance on Expert Judgment. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 23 (1995): 62-64.
- Kearney, P y Otros. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The Lancet*. 2005. 365 : 217-23.
- Leavell, H. R., y Clark, E. G., Preventive Medicine for the Doctor in his Community., McGraw Hill, tercera edición, . New Cork, EUA. 1958
- National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services. The Seventh Report of the joint National committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication n° 04-5230. Agosto 2004.
- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta sobre utilización y gasto en servicios de salud. Buenos Aires. Argentina. 2002
- Murphy, M y otros. Consensus development methods and their use in clinical guidelines development. *Health technology assessment*. Vol 2: N°3. London. 1998.
- OMS-OPS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. En http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- OPS-OMS Buenos Aires 30 15. De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en Atención Primaria. Buenos Aires, Argentina. 2007.
- OPS-OMS. Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas: orientación estratégica y programática para la Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, EUA. 2005.
- Ortún Rubio, V; ¿Conocimiento para gestionar? Gestión Clínica y Sanitaria. Vol 1. 1 : 5-6. Madrid. España. 1999.
- Pérez Tamayo, R; El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, DF. 1988.
- Rovira, J, Rodríguez-Monguió, R y Antoñanzas, F. Conjuntos de Prestaciones en Salud: Objetivos, Diseño y Aplicación. OPS/OMS. Washington DC. 2003
- Tobar F; Modelos de Gestión en Salud. Artículo publicado en www.federicotobar.com.ar/gestionensalud
- Torres, Rubén; Mitos y Realidades de las Obras Sociales. Ed. ISALUD. Buenos Aires. 2004
- Whitehead, N; Dahlgren, G; Evans, T; Equito and health sector reforms: Can low-income countries escape the medical poverty trap?; *The Lancet*. Vol 358. UK. 2001.
- Zwar y otros. A Systematic review of chronic disease management. University of New South Wales. Australian University. 2007