



OPINIÓN DE LOS USUARIOS DE SALUD EN ARGENTINA

AUTORES: MA. RODRIGO LUGONES
Y DR. FEDERICO TOBAR

E D I C I O N E S

Fundación  Sanatorio Güemes



**OPINIÓN
DE LOS USUARIOS
DE SALUD
EN LA ARGENTINA**

Autores:

MA. Rodrigo Lugones

Dr. Federico Tobar

Colaborador:

Santiago Caputo

E D I C I O N E S

Fundación  Sanatorio Güemes

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

CAPÍTULO 1.

EL SISTEMA DE SALUD COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL

CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD

LA SALUD PERCIBIDA

CAPÍTULO 2.

ESTUDIOS CUALITATIVOS DE LA OPINIÓN DE LOS CIUDADANOS SOBRE EL SISTEMA ARGENTINO DE SALUD

Objetivos

Método

Los grupos

I. El sistema de salud actual en estado satisfactorio

II. ¿Qué decir de las insatisfacciones?

III. Hacia un servicio de salud de calidad

IV. Algunos aspectos complementarios

CAPÍTULO 3.

ENCUESTAS DE OPINIÓN DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA ARGENTINO DE SALUD

Encuesta a población general

Perfil de los consultados

Evaluación del sistema de salud en general

Evaluación del sistema de salud ideal

Uso del sistema de salud

Encuesta a médicos (2011)

Segunda etapa (2012)

Evaluación del Sistema de salud

Los médicos

Confianza en el Sistema

Componentes del Sistema

Obras Sociales

Sistema Público

Prepagas

CAPÍTULO 4.

ENCUESTA DE OPINIÓN A MÉDICOS

Sistema de Salud - Encuesta a médicos 2011

CAPÍTULO 5.

ÍNDICE DE CONFIANZA EN EL SISTEMA ARGENTINO DE SALUD

EPÍLOGO

- 1. Con temas de salud pública mejor no meterse**
 - 2. No hay salud para todos**
 - 3. El doctor es bueno, pero...**
 - 4. La enfermedad del sistema ha hecho metástasis**
- ¿Soluciones?**
-

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PRESENTACIÓN

Este libro presenta los resultados de un conjunto de estudios de opinión pública realizados en la República Argentina entre 2011 y 2013, buscando identificar y describir las percepciones que tiene la ciudadanía argentina con respecto al sistema de salud. Entre los aspectos relevados se indagó sobre el funcionamiento del sistema en su conjunto y sobre sus subsistemas, respecto a qué cosas habría por mejorar y cómo creen los argentinos que debe ser un sistema de salud ideal.

La investigación fue impulsada desde la Fundación Sanatorio Güemes que, desde el año 2001, asume como función principal el desarrollo de la actividad científica y Docente. Para tal efecto cuenta con un Departamento conformado por Médicos y Docentes de prestigio. Asimismo, el Comité de Docencia (COD) y el Comité de Ética de la Fundación Sanatorio Güemes (CEIFSG), cumplen con la obligación de organizar y llevar a cabo todo tipo de actividades que promuevan el desarrollo en el ámbito de la salud, la investigación científica y la docencia. La Fundación Sanatorio Güemes es una fundación creada para promover el desarrollo científico-medico como parte del Sanatorio Güemes, un prestigioso sanatorio con amplia trayectoria en la ciudad de Buenos Aires. El Sanatorio fue fundado en el año 1954 como iniciativa de un grupo de médicos de distintas especialidades, siendo el primer director el Doctor David Serebriski. Pese a haber cerrado por un breve periodo de tiempo en la década de los noventa, el Sanatorio Güemes ha trabajado por el desarrollo del conocimiento científico-médico y por el cuidado de la salud de sus pacientes durante más de cincuenta años. En su constante búsqueda por seguir perfeccionando sus servicios y poder ayudar cada vez más a la gente de la ciudad de Buenos Aires y de la Argentina, se enmarca esta investigación.

En un primer momento, se buscaba sondear la viabilidad de propuestas de política sanitaria para un modelo argentino de salud. Esto condujo a la realización de un primer abordaje cualitativo centrado en grupos focales de usuarios de cada subsistema (público, obras sociales y empresas de medicina prepaga). A partir del mismo, se identificaron un conjunto de hipótesis relativas a la percepción que los argentinos tenemos de nuestra salud, de nuestro sistema de salud y de sus componentes.

En un segundo momento, se decidió desplegar un abordaje cuantitativo centrado en dos encuestas. Una dirigida a usuarios del sistema de salud de diferentes localidades del país y otra dirigida a médicos que se desempeñan laboralmente en el sector público de salud. Estos tres estudios, el cualitativo y las dos encuestas, fueron concretados durante el segundo semestre del año 2011.

Durante 2012, los resultados obtenidos fueron presentados en el contexto de las Mesas de Controversias que mensualmente organiza la Fundación Sanatorio Güemes (los últimos jueves de cada mes). En esa oportunidad fue posible enriquecer la interpretación de los resultados complementando las "lecturas" del equipo investigador con las de otros actores del sistema. Además, la presentación permitió contrastar los resultados con los hallazgos de otros estudios de opinión de los usuarios de salud realizados en Argentina.

Las conclusiones, en particular la relativamente alta satisfacción de los usuarios y su contraste con la identificación por parte de los mismos de algunos problemas relevantes del sistema (como la desigualdad en el acceso y calidad de la atención) llevaron a considerar la implementación de una tercera encuesta nacional de opinión (segunda encuesta dirigida al público general) sobre el sistema de salud en Argentina.

Esta nueva encuesta presenta resultados que, por un lado ratifican algunas tendencias identificadas en los estudios anteriores. Pero, por otro lado, permiten profundizar algunas lecturas e interpretaciones respecto a la construcción social de la salud y del sistema de salud en Argentina.

Para concretar la investigación, la Fundación Sanatorio Güemes contrató a la empresa *IC Research*, una consultora en investigación en opinión pública con más de 30 años de experiencia realizando investigaciones para ONGs, gobiernos, empresas, organismos internacionales y campañas electorales en toda América Latina.

Durante estos tres años, la interacción y coordinación entre los equipos de investigación de la Fundación Sanatorio Güemes con el staff de *IC Research* permitieron avanzar hacia resultados cada vez más sólidos en nuestro conocimiento sobre la opinión de los usuarios de salud en Argentina y su dinámica. Pero también permitieron consolidar un verdadero programa de investigación sobre opinión pública en salud.

A lo largo de este pequeño libro iremos viendo en qué consiste el sistema de salud argentino, cuál fue la metodología utilizada para realizar la investigación –qué es un grupo de discusión y qué es una encuesta– y los resultados así como también los principales hallazgos de esta investigación. A modo de cierre de esta breve introducción, podemos adelantar para el lector informado que las conclusiones a las que hemos arribado luego de la investigación distan mucho de las presunciones de sentido común que puede tener un argentino sobre el funcionamiento del sistema de salud y sobre el nivel de satisfacción que tienen con el mismo, ni tampoco tienen mucho que ver con la imagen del sistema de salud argentino que los medios de comunicación retratan. Los argentinos tienen un alto nivel de satisfacción con respecto al sistema de salud en general, con respecto a su funcionamiento y con respecto a lo que, a nuestro juicio, es la figura central del sistema de salud argentino: el médico argentino.

CAPÍTULO 1.

EL SISTEMA DE SALUD COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL

Los bienes y servicios sociales (entre ellos los de salud) revisten particularidades en sus formas de producción, distribución y consumo. Entre todas ellas, tal vez la más relevante es que las dimensiones de oferta y demanda no resultan suficientes para entender su dinámica y resultados. Hace falta también considerar una tercera dimensión, tan o más importante que las anteriores: las necesidades de la población.

En el caso particular de la salud, las necesidades de la población pueden ser definidas como el conjunto de cuidados (de promoción, prevención, curación, rehabilitación y paliativos) que en una determinada sociedad pueden ser provistos para mantener y mejorar los estándares de salud. Las necesidades no son fijas, porque varían en función de la población, en función de las amenazas y riesgos a su salud y en función del estado de desarrollo de las respuestas posibles. Esto significa que las necesidades no son objetivas, pero son objetivables. Es decir, pueden ser identificadas con criterios técnicos claros y precisos.

Lo más importante de esta distinción, que convierte a la díada oferta-demanda en la tríada oferta-demanda-necesidad, es que con ella pierde relevancia la consigna de soberanía del consumidor. Reconocer esa tercera variable (necesidad) como relevante e irreductible a las otras dos (oferta y demanda) implica suponer que las elecciones individuales de los ciudadanos involucrando la producción, distribución y consumo de bienes y servicios de salud resultan ineficientes. Esto es, que las personas no consiguen decidir en forma óptima cuando asignan recursos individuales, para preservar y/o mejorar su salud.

Construcción social de la salud

Las encuestas y estudios cualitativos de opinión pública sobre la salud son herramientas fundamentales para entender cómo se define, cómo se produce y cómo se distribuye la salud en nuestra sociedad. Medir los diferentes atributos que integran un fenómeno constituye un requisito central de la ciencia. El conocimiento se genera a través de la investigación y la investigación se concreta a través de la medición. Pero nos interesa superar el contexto de descubrimiento para avanzar hacia el contexto de aplicación. Porque medir también presupone definir prioridades. “Lo que se mide se hace”, afirmaban Osborne y Gaebler en un libro que postulaba la reinención del gobierno orientándolo hacia resultados concretos y valiosos para la ciudadanía¹. Comenzar a considerar la opinión de los usuarios del sistema de salud nos ayudará a construir respuestas más valiosas, más viables y sustentables.

La salud constituye un fenómeno complejo. Avanzar en la búsqueda de más y mejor salud para la población argentina requiere, entonces, abordajes complejos, diversos y meticulosos. No podemos recaer en reduccionismos como el arcaico enfoque biologicista que restringía la salud al adecuado funcionamiento de los órganos. Ni tampoco sucumbir ante la ingenuidad de un enfoque colectivista que predique una salud centrada en la promoción y en la prevención pero que en la práctica no consiga superar el asistencialismo ni controlar la acelerada escalada tecnológica, la plétora médica y la inflación en salud.

La problemática de la salud no es exclusivamente una cuestión médica. La salud se sitúa en un contexto complejo, tanto social como ambiental, por lo que, para obtener soluciones a problemas concretos de la salud de la población se necesita el conocimiento científico aportado a partir de disciplinas diferentes; es decir, un enfoque multidisciplinar². Desde esta perspectiva, podemos distinguir diferentes abordajes con sus correspondientes fuentes y formas de información para la toma de decisiones en salud que deben ser utilizadas en forma complementaria: a) abordaje clínico, b) abordaje epidemiológico y c) abordaje subjetivo. A continuación, se examina cada uno de ellos.

¹ Osborne, David & Gaebler, Ted. **La reinención del Gobierno**. Barcelona. Paidós Ibérica. 1994

² Navarro Rubio, María. “Encuestas de Salud”. **Cuadernos metodológicos** nro 11. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid. 1994. Página 7.

a) Abordaje clínico

Este se concreta en el ámbito del sistema de salud y sus servicios a través de un encuentro entre el paciente y el (los) trabajador(es) y profesional(es) de la salud. El abordaje clínico genera información clínica que se obtiene de registros elaborados por los profesionales de la salud en el momento en el cual establecen contacto con el ciudadano que acude al servicio de salud (o que eventualmente recibe al profesional en su hogar o lugar de trabajo y/o estudio).

Es imprescindible marcar las fortalezas y debilidades de la información clínica. Por un lado, constituye la herramienta central para la gestión clínica, esto es para una toma de decisiones inmediata que detenta el mayor potencial de cambiar la situación de salud del individuo consultante. Pero, por otro lado presenta importantes restricciones de oportunidad, porque la unidad de análisis sobre la cual se construye la información clínica no es el ciudadano sino el paciente. Y hace falta que se concrete una compleja transformación social para que el individuo se constituya en paciente, en la cual la percepción de síntomas e incluso la enfermedad, son solo algunos de los factores intervinientes. Los riesgos de enfermar son permanentes y están distribuidos de forma irregular en todo el espacio territorial y social, sin embargo la constitución del paciente es efímera, episódica.

El paciente es un ciudadano que percibe una amenaza a su salud (dolor, síntoma, etc) y acude a un servicio de salud (transformándose así en usuario). En el momento en que recibe atención sanitaria por parte de un(os) profesional(es) habilitado, ese usuario es confrontado con un conjunto de reglas de interacción. Es la aceptación de esas reglas lo que convierte al usuario en paciente. A veces las reglas son explícitas (como el consentimiento informado que el individuo firma antes de un procedimiento que involucra cierto riesgo clínico), pero la mayoría de las veces esas reglas son tácitas. El individuo no sabe lo que le pasa, no sabe lo que le van a hacer, no sabe que le puede pasar y debe entregar su cuerpo y voluntad a un grupo de profesionales y a una institución. Para el servicio de salud el ciudadano es cómo un gusano que se convierte en mariposa al constituirse en paciente, porque esto le da la posibilidad de estudiarlo y medirlo clínicamente y de utilizar toda la ciencia y tecnología disponible para restituirle sus stocks de salud. Sin embargo, para ese ciudadano la situación es la opuesta, él se siente un gusano apresado mientras está en el servicio, mientras es paciente, y espera con ansiedad la posibilidad de volar fuera del sistema. Christine Plaige, directiva de la Fundación Kaiser Permanente de los Estados Unidos afirma que en ese país (el de mayor desarrollo médico del mundo) los ciudadanos mantienen un contacto promedio de poco más de dos horas al año con el sistema de salud³. Es decir, el vuelo de esa mariposa paciente es muy corto.

³ Colvin, Geoff. "Companies which care about health of their employees: Interview to Christine Plaige -DV from Kaiser permanente". **Fortune TV**. Disponible en: <http://money.cnn.com/video/magazines/fortune/2012/10/03/f-ldrshp-kaiser-2.fortune>

b) Abordaje epidemiológico

A diferencia del abordaje clínico, el abordaje epidemiológico no se restringe a trabajar sobre una demanda manifiesta sino que presume la existencia de necesidades de salud. Su objeto de estudio no es un individuo sino una población sobre la cual intentará medir riesgos, incidencia y prevalencia de síntomas y patologías.

Aunque con mucha frecuencia la información epidemiológica se construye a través de fuentes secundarias como los registros clínicos y estadísticas de servicios, en los últimos años se han venido consolidando encuestas epidemiológicas. En la Argentina merecen destacarse las Encuestas de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUGSS) de los años 2003, 2005 y 2010, de la primera y segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) y la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)⁴. Aunque en su génesis el abordaje epidemiológico se concentraba en analizar la enfermedad hoy su perspectiva es mucho más amplia y su contribución es muy significativa para: a) medir la situación de salud de una población a través de indicadores objetivos y comparables, b) medir las desigualdades en la distribución de salud dentro de la población y c) contribuir a la toma de decisiones (a nivel de la meso y macrogestión sanitaria) fundamentalmente para definir prioridades sanitarias relevantes y verificar su relación con las respuestas brindadas desde políticas y servicios.

En otras palabras, el abordaje epidemiológico asume una perspectiva complementaria al abordaje clínico, no mira solo pacientes sino poblaciones, no mira sólo demandas sino también necesidades. Pero su restricción es que practica esa mirada con un sesgo tecnocrático. Veamos esto con un ejemplo concreto: en la Argentina, según la segunda ENFR hay alrededor de 6 millones de habitantes que presentan factores de riesgo cardiovascular. De ellos, 2,7 millones no tienen cobertura de obra social ni prepaga, es decir quedan bajo exclusiva protección de los servicios públicos de salud. Los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) de todo el país disponen de medicamentos para tratar la hipertensión arterial y la diabetes Mellitus tipo II y los proveen de forma gratuita a la población demandante. Sin embargo, solo unos cien mil pacientes concurren en forma periódica a los CAPS y continúan el tratamiento. ¿Cuáles son las causas de la falta de adherencia? ¿Por qué si los tratamientos están disponibles no se utilizan en todo su potencial? ¿Cuáles son las respuestas que no se despliegan desde los programas y servicios para resolver este problema?

En conclusión, el abordaje epidemiológico avanza hacia una perspectiva más amplia que la provista por el abordaje clínico, pero esta aún puede resultar insuficiente para dar cuenta de ese fenómeno complejo que constituye producir salud. Por eso, recurrir a su complementación con el abordaje subjetivo resulta fundamental.

⁴ Sanguinetti, Juan. "Equidad, acceso y utilización de los servicios de salud en Argentina: Una aproximación a partir de los datos de encuestas". Buenos Aires. Banco Mundial. Octubre de 2011. Mimeo.

c) *Abordaje subjetivo*

a) Se trata del enfoque más orientado a indagar respecto a la construcción social del fenómeno. Plantea que ni la salud ni, su opuesto, la enfermedad existen por sí mismas como hechos objetivos y externos a los actores. Solo lo hacen en la medida y en la forma en que los actores (individuos y colectivos) los conciben y representan. El enfoque subjetivo busca, entonces, analizar y explicar esas representaciones.

b) Serge Moscovici, uno de los autores que más ha profundizado en el estudio de las representaciones sociales las define como: “una modalidad particular del conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos”⁵. Volviendo al ejemplo de la sección anterior, la oferta de servicios y tratamientos para controlar y reducir los riesgos cardiovasculares no se constituyen en realidades hasta que los individuos las asumen como tales.

c) Las representaciones sociales, en tanto sistemas de interpretación, regulan nuestra relación con el mundo y con los otros, orientan y organizan las conductas y la comunicación social. En tanto fenómenos cognitivos reúnen la pertenencia social de los individuos con sus implicaciones afectivas y normativas, con la interiorización de las experiencias, de prácticas, de modelos de conducta y de pensamiento socialmente inculcados y transmitidos por la comunicación social a la que están ligados. De esta manera, su estudio constituye una contribución decisiva para la comprensión de la vida mental individual y colectiva⁶. Las aplicaciones de los estudios de las representaciones sociales son múltiples y se han utilizado tanto como cimientos de una teoría sociológica⁷ cuanto para explicaciones puntuales y concretas entre las cuales no ha faltado la comprensión de los procesos de salud y enfermedad⁸.

Los niveles de consulta médica sanitaria, de controles y chequeos, la definición de los lugares donde los mismos se deben realizar así como de los momentos en que se deben realizar; serán función de las representaciones que los actores construyan respecto a la salud, a los servicios, a los profesionales y demás trabajadores de la salud. Esas construcciones se detectan y analizan a través de estudios de opinión y percepción que constituyen instrumentos de trabajo por el que se pueden descubrir hechos, confirmar o rechazar teorías, explorar ideas e identificar problemas o situaciones. Su mayor contribución en el campo de la salud reside en la información que aportan sobre necesidades, experiencias, opiniones o creencias y actitudes de las personas en torno a la salud, tanto individual como colectiva⁹.

Dentro de las indagaciones desde el abordaje subjetivo, como en cualquier investigación social, se pueden distinguir dos metodologías alternativas: los estudios cualitativos y las encuestas o estudios cuantitativos. Ambas metodologías no son contradictorias sino complementarias. Mientras los estudios cualitativos permiten formular hipótesis explicativas de las representaciones sociales, las encuestas permiten luego cuantificar la relevancia de esas hipótesis. En otras palabras, los primeros permiten ganar profundidad y los segundos representatividad.

5 Moscovici, Serge. **Introducción a la Psicología social**. Barcelona. Planeta. 1979. Páginas 17 y 18.

6 Jodelet, Denise. “La representación social: fenómenos, conceptos y teoría”. En: Moscovici, Serge. **Psicología social II**. Barcelona. Paidós Ibérica. 1984. Páginas 469 a 493.

7 Berger, Peter & Luckman, Thomas. **La construcción social de la realidad**. Buenos Aires. Amorrortu. 1986.

8 Herzlich, Claudine. “La representación social: sentido del Concepto”. En Moscovici, Serge. **Introducción a la Psicología social**. Barcelona. Planeta. 1979. Páginas 89 a 128.

9 Navarro Rubio, *Op.Cit.* 1994. Página 8.

La salud percibida

La percepción del estado de salud se considera hoy una herramienta de valor para conocer el estado de salud como indicador global ya que también refleja elementos tanto sociales como sanitarios. Desde esta perspectiva, salud y satisfacción resultan íntimamente vinculadas. Porque la insatisfacción activa cambios. Ni la salud mejora si el paciente no percibe la enfermedad. Ni el sistema mejora si nadie lo percibe como enfermo.

Una de las grandes tensiones que se registran en la construcción social de la salud es un desencuentro entre la oferta y la demanda. Un desencuentro entre los profesionales de salud y los ciudadanos. Los primeros, en cuya formación predominan abordajes biologicistas así como cierta influencia positivista, suelen registrar dificultades para aceptar que puede haber definiciones subjetivas que, acertadas o no, terminen siendo más poderosas que las razones científicas. Volviendo al ejemplo de los ciudadanos con riesgo cardiovascular, podríamos afirmar que la gran mayoría de quienes padecen significativos riesgos de protagonizar un evento cardiovascular (como un Infarto Agudo de Miocardio, un Accidente Cerebro Vascular o una Angina de Pecho Inestable) no “saben” de tal riesgo. En algunos casos, por falta de acceso a un diagnóstico adecuado. En otros, casos el diagnóstico se realizó pero el sujeto portador de tales riesgos cardiovasculares jamás lo incorporó, jamás lo “leyó” o interpretó como tal. En ese caso, el desencuentro se produce cuando el (o los) profesional(es) de la salud, tal vez por inercia, tal vez por ser la única categoría de que disponen, consideran que tienen un “paciente”. Porque en ese caso, la mutación que convierte al ciudadano en paciente no se produjo y ese ciudadano (con o sin diagnóstico) continuará circulando por la sociedad como si no fuera portador de riesgos cardiovasculares.

En conclusión, la problemática de la salud pública no se puede reducir a las categorías “oferta” y “demanda”. Si no se contempla la necesidad (o necesidades) se puede estar considerando un mercado de prestaciones (bienes y servicios médicos) pero cuya interacción (libre o regulada) puede no generar como resultado una población más sana.

La irrupción del pensamiento económico neoclásico en el ámbito sanitario desplazó la concepción sanitarista clásica dando lugar a la noción (o paradigma) del mercado de la salud. En la concepción tradicional se programaba la oferta de servicios y las respuestas a los problemas de salud podían llegar a ser incluso autoritarias. Es decir, el modelo sanitario clásico privilegiaba la necesidad, buscaba ajustar la oferta a ella, pero desconsideraba la demanda¹⁰. En contrapartida, el modelo economicista que se alcanzó hegemonía en el pensamiento sanitario durante los últimos treinta años, la consideración de la necesidad resultó atrofiada.

En la actualidad, un discurso revisionista busca centrarse en la articulación de las tres dimensiones como requisito fundamental para producir salud. Si no hay demanda se genera un conflicto. Lo mismo ocurre si no hay oferta. Mientras que si hay oferta y demanda pero no hay una necesidad sanitaria fundamentándola se produce un derroche. Dentro de este abordaje, se ha postulado que la fragmentación de la atención, la segmentación de las responsabilidades y la atomización en la asignación de los recursos constituyen las más importantes restricciones que afectan las decisiones sanitarias¹¹. Sus principales consecuencias son la ineficacia (no se consigue satisfacer las necesidades de salud de la población cubierta), la ineficiencia (para satisfacer las necesidades de salud de la población se emplean demasiados recursos) y la inequidad (los resultados de salud obtenidos no se distribuyen igual entre los diferentes grupos poblacionales).

¹⁰ Tobar, Federico. “Paradigmas sanitarios”. En Vassallo, C y Tobar, F. **Perspectivas de los sistemas de Salud en América Latina**. San Luis. Universidad de San Luis. Ateneo de Economía de la Salud. Año IV. Nro 4. Julio. 2011.

¹¹ Tobar, Federico y Anigstein, Carlos. **Redes de Salud. Análisis de caso y conceptualización del funcionamiento en red del Hospital el Cruce**. Universidad Nacional Arturo Jauretche. Florencio Varela. 2013. Página 26.

En conclusión, la nueva salud pública busca identificar necesidades, expresarlas y potenciarlas como demandas, para luego construir respuestas adecuadas garantizando una oferta consistente y sostenible de bienes y servicios concretando cuidados. Las amenazas a la salud no existen por si solas, no tiene fuerza para ingresar en la agenda políticas públicas mientras no sigan ese camino. Es decir, la enfermedad sólo existe cuando es reconocida, cuando responde a un diagnóstico (tanto desde un abordaje individual como de uno colectivo), cuando se incluye el caso dentro de una categoría, norma o protocolo, cuando genera una atención, una respuesta que es registrada, monitoreada y evaluada.

Antes de eso, no hay enfermedad, solo fatalidad.

CAPÍTULO 2.

ESTUDIOS CUALITATIVOS DE LA OPINIÓN DE LOS CIUDADANOS SOBRE EL SISTEMA ARGENTINO DE SALUD

Uno de los restos de la sociedad del siglo XXI es la apuesta por la calidad. En la industria, en la enseñanza, en el turismo, en el comercio y también en la salud. Esta filosofía pone el acento en el usuario; cambia el punto de vista del gestor, por la mirada y el sentir de los ciudadanos, se esfuerza por conocer su satisfacción, la calidad que atribuyen a los distintos servicios e infraestructuras, para gestionar mejor los recursos disponibles. Es la filosofía del marketing de servicios, que enfatiza el concepto de intercambio: el ciudadano paga unos impuestos, genera unas expectativas y demanda unos servicios, los recibe y termina sintiéndose o no satisfecho con ellos, añadiendo a ello su fidelidad, implicación y reconocimiento o bien sus quejas.

En forma progresiva, dentro de la literatura especializada sobre los servicios de salud se ha ido caracterizando al paciente como un cliente de una empresa de servicios sanitarios y, en consecuencia, también en el ámbito sanitario el enfoque de la calidad asume que el cliente o paciente es el juez final e inapelable de las actividades y servicios de salud. Satisfacción y calidad serán dos conceptos clave que han acaparado la atención de los autores, con abundantes intentos y propuestas para determinar los índices que nos permitan obtener una medida fiable y válida de ambas dimensiones. No es este el momento ni el lugar para extendernos en este punto.

Sin embargo, si queremos proponer algunas reformas al sistema de salud o, para no ser tan ambiciosos, si deseamos presentar al nuevo gobierno un conjunto de ideas y propuestas que ayuden a mejorar nuestro actual sistema de salud, parece necesario conocer que piensan nuestros ciudadanos sobre los servicios de salud que actualmente reciben.

OBJETIVOS

Varios fueron los objetivos que asignamos a este estudio exploratorio.

Por un lado, deseábamos indagar, desde una mirada cualitativa, sobre el comportamiento de las variables que influyen en la evaluación del **nivel de satisfacción** de los usuarios de los distintos sistemas de salud. **Satisfacción** con el servicio de salud que se recibe que, a la larga y a la corta, se va convertir en un indicador de la **calidad** del servicio. El abordaje de estos dos aspectos fue eminentemente exploratorio y espontáneo. No partimos de escalas preestablecidas, sino que preferimos descubrir qué aspectos de los servicios de salud recibidos constituyen la satisfacción/insatisfacción, por un lado, y cuales son o serían los aspectos más importantes en un servicio de **salud de calidad**.

Repetimos que, a pesar de que el estudio de la **satisfacción** del consumidor de salud ha sido uno de los temas estrella entre los especialistas, generando numerosas publicaciones, es bueno reconocer que la satisfacción es un concepto escurridizo a la hora de ser delimitado de manera clara. Bastará, para nuestros fines, que aceptemos que la satisfacción es una respuesta o evaluación post-consumo elicitada por factores tanto afectivos como cognitivos. La subjetividad es una condición inherente al concepto. El concepto de **calidad** en el ámbito de los servicios de salud apunta a la capacidad que un sistema de salud puede o debe tener para satisfacer las necesidades de los consumidores de sus servicios. Aunque es frecuente que ambos conceptos se confundan, creemos que la satisfacción de los pacientes/usuarios es una de las dimensiones de la calidad de un servicio de salud.

Además de explorar el contenido de ambos aspectos –satisfacción y calidad–, también hubo otros aspectos que, a manera de propuestas, fueron sometidos a la consideración y discusión de los participantes. Más en concreto, exploramos:

- a) la figura del **médico de cabecera**, como puerta de entrada al sistema, quien los derivaría a especialistas y hospitales;
- b) el valor de **otras opiniones** y en qué condiciones y casos;
- c) importancia de una **historia clínica**, disponible en cualquier lugar dónde el ciudadano sea atendido.

MÉTODO

Para la exploración de los objetivos mencionados elegimos la técnica cualitativa de los Grupos de Discusión (También llamada por algunos *Focus Group*). Como sabemos esta técnica trata de propiciar un diálogo abierto que, a través de la interacción social, tiene forma de conversación. Porque la opinión del público tiene la forma de una conversación. Y es en el habla de la gente, puesta en acción a través del diálogo, que se gestan las percepciones sociales. Durante las conversaciones informales entre los miembros de un grupo social se produce y circula la llamada “opinión del público”. A los Grupos de Discusión llevamos temas de conversación y la no directividad permite captar significados, no sólo información. Aunque la persona que modera el grupo lleva cuestiones “a tratar”, cuanto menos intervenga y más abierta sea la dinámica grupal, más rico será el material y la información que se obtiene.

A posteriori podemos señalar que la técnica funcionó perfectamente y los grupos reunidos dialogaron abiertamente sobre todos aquellos aspectos que, de manera meramente enunciativa, les fue mencionando el facilitador. Ciertamente es que el tema de la salud y de los servicios de salud no resultó ser extraño para ninguno de los participantes. Cada participante, desde sus experiencias personales, fue aportando sus impresiones, percepciones y valoraciones y, en diálogo y confrontación entre todos, se fueron generando algunos consensos y descripciones que no dudamos en calificar como útiles para los fines perseguidos.

Los grupos

El mercado de usuarios de los sistemas de salud, en nuestro medio, presenta tres modalidades fundamentales: el Público (P), la Obra Social (OS) y las Prepaga (PP). Para cada una de esas modalidades convocamos tres grupos, con las mismas características en cuanto a la edad y el sexo. Realizamos, en total, 9 grupos.

Un (1) grupo de mujeres, de 25 a 35 años.

Un (1) grupo de mujeres, de 36 a 55 años.

Un (1) grupo de hombres, de 40 a 55 años.

La **variable sexo** surgió como relevante de considerar en virtud de las diferentes necesidades y usos que hombres y mujeres hacen de los servicios de salud, así como de las diferentes expectativas que hombres y mujeres pueden tener frente a los prestadores de salud.

Se consideró también como variable de segmentación **el ciclo vital** (solteros/en pareja sin hijos, personas con hijos pequeños, adolescentes, etc.) en virtud de la influencia que ejerce esta variable en la frecuencia del uso del servicio, la naturaleza de la demanda y, en consecuencia, la satisfacción y la calidad.

No se consideró la variable socioeconómica o clase social porque presumimos que, en términos generales, los distintos sistemas, en sí mismos, ya incluían esta dimensión: clase baja (P), media baja y media (OS), y media o media alta (PP).

También la **variable edad** fue tomada muy en cuenta a la hora de diseñar el número y características de los grupos. La conformación de un grupo de mujeres jóvenes obedeció a la necesidad de conocer la satisfacción con los servicios de salud que reciben los niños y adolescentes. Y para ello, nada mejor que la presencia de la madre. En efecto, el grupo de mujeres más jóvenes habla de la calidad y de su satisfacción desde las experiencias tenidas en la vida real con sus hijos, desde el embarazo, nacimiento, crecimiento, hasta las situaciones especiales y emergencias muy comunes en estas edades. Los grupos de mujeres y hombres más adultos, como era de esperarse, hablan de y sobre la salud desde un mundo y experiencias propias y recientes.

El objetivo final de estas configuraciones grupales fue incluir personas diversas en estilo/ciclo de vida, todas con experiencias de uso recientes de sus respectivos subsistemas de salud, como una posibilidad de que surgieran realidades contrastantes que facilitarían la emergencia de variables que pudieran diferenciar expectativas y valoraciones.

Finalmente, digamos que hay, y se hizo visible en los grupos, una diferencia clara entre las OS/PP y el Servicio Público: las dos primeras diferencian claramente una **prestación (el servicio médico) y un prestador** de ese servicio demandado. En ocasiones, sin embargo, cuesta diferenciar quién es para ellos el prestador: si **los servicios médicos** (clínicas, centros médicos, sanatorios, laboratorios, etc., *“los que atienden”, “los profesionales de la salud que te prestan el servicio”* o las diferentes Obras Sociales o Prepagas, como mediadoras de la entrega de los servicios médicos, *“la que dice a qué lugares puedo ir”, “qué me cubre”, “cuáles son los procedimientos a cumplir”*). Esta distinción no se encuentra entre el Usuario Público.

Hechas estas precisiones iniciales, pasemos a dar razón de los hallazgos más importantes. Y llamamos importantes a aquellos aspectos que reúnen más convergencias y coincidencias, independientemente del grupo o tipo de usuario. No dejaremos de lado aquellos aspectos que pueden ser más propios de unos grupos u otros. Y, finalmente, aunque sólo sea como mención, señalaremos aquellos aspectos que podrían servir como temas abiertos a ser profundizados o completados en etapas y estudios posteriores.

I. El sistema de salud actual en estado satisfactorio

Hablar de los servicios de salud, en el caso que nos ocupa, significó abrir la compuerta de un mundo de experiencias, entrar en un terreno o área vital, y en el que no todos ven las mismas cosas, ni las valoran de idéntica manera. Las historias y experiencias personales fueron elementos determinantes. La subjetividad de cada quien la gran protagonista.

Queríamos, en una primera aproximación, conocer su grado de satisfacción con lo que tienen y usan. No nos acercamos al tema con criterios o ni aspectos preestablecidos. Tampoco tratamos de confrontar las percepciones de la gente con enunciados previamente elaborados, referidos al personal sanitario, a las condiciones físicas, al personal de apoyo o al trato recibido... Inicialmente, quisimos abordar este tema de la manera más incontaminada posible. Por eso una primera pregunta y una primera expresión: *¿Cuán satisfechos están con su sistema de salud actual?*

1. Cada grupo, por separado, y todos, en conjunto, nos transmiten una misma impresión: satisfacción con el servicio de salud que tiene, el que usan (P), pagan (OS) o compran (PP). Obviamente, se trata de una satisfacción global, no exenta de críticas y con aspectos por mejorar. Pero cada usuario habla bien de su sistema. Los aspectos que valoran son claramente más importantes que aquellos que reclaman. Y en esta apreciación no hay diferencias mayores entre el Público y el Prepaga, por referirnos a los dos extremos del sistema.

2. Esta primera impresión positiva, sin que haya mediado conversación ni discusión grupal, nos la expresan con un número que refrenda sus palabras. Haciendo uso de una escala del 1 al 10, en la que el 1 significa muy insatisfecho y 10 muy satisfecho, todos nuestros participantes ubican su sistema por encima de los 7 puntos. Es decir, no están simplemente satisfechos: están **bastante** y, en algunos casos, muy **satisfechos**.

SISTEMA DE SALUD	NIVEL DE SATISFACCIÓN
Público	7.3
Obra Social	7.5
Prepaga	8.6

Como sabemos, la satisfacción, en términos generales, refleja cuánto gusta o disgusta un servicio que se ha recibido y es producto de una ponderación subjetiva de los usuarios. Sabemos que es un aspecto difícil de medir objetivamente o unidimensionalmente, pero que guarda una relación con las expectativas que se tienen: si éstas se cumplen, satisfecho; de lo contrario, insatisfecho.

3. Pero, además, cada quien defiende con bastante vehemencia y nivel de compromiso su propio subsistema. Sorprende, por ejemplo, que el usuario público no ansie tener una Obra Social -*“estoy feliz con lo que tengo”*-. Incluso, algunos que la tuvieron y la perdieron, en razón de haber quedado desempleados, tampoco la añoran y, además, *“por todo lo que recibo no pongo un peso”, “soy yo mismo quien manejo mi salud, pudiendo elegir libremente dónde voy y con quien”*. Pero lo mismo podríamos decir de los otros subsistemas. Es cierto que algunos de las Obras Sociales manifiestan su deseo de una Prepaga, *“por el añadido que significan en la calidad de lo que se recibe”*, pero sea por lo que fuere, inclusive resolviendo las eventuales disonancia cognoscitivas que puedan tener o experimentar, repetimos, encontramos niveles de satisfacción bastante aceptables. Si nos dejáramos llevar por estos datos que, lo sabemos, no tienen ningún valor representativo, nos inclinaríamos a pensar que la Ciudad de Buenos Aires tiene o está en capacidad de resolver y manejar satisfactoriamente la salud de sus ciudadanos. *“En esta ciudad nadie se muere por no ser atendido”, “Nuestros hospitales siempre resuelven”*, dos expresiones que podrían ser un buen resumen de esta primera valoración de la salud.

4. Este primer dato, valioso e importante en sí mismo, poco o nada nos dice de los muchos aspectos que pueden nutrir la satisfacción expresada. Por eso, nuestro interés se centró en conocer precisamente los contenidos de esas expectativas cumplidas. En otras palabras, **¿cuáles son los principales motivos de satisfacción con su cobertura actual?** Aquí, en las conversaciones a propósito de esta pregunta, encontramos un núcleo fundamental, idéntico en todos los grupos, y que parece estar en la base de esa satisfacción, pero también algunos otros aspectos, secundarios o de menos peso, y que varían de acuerdo al subsistema que les brinda cobertura (P, OS o PP).

5. La calidad de los médicos es, sin ninguna duda, el primero y principal ingrediente de su satisfacción con su sistema de salud. Todos, absolutamente todos, y cada uno desde de su propio subsistema, harán hincapié en este aspecto. Y además, nos hablan de ellos con referencia a múltiples aspectos: *preparación, dedicación, sus modos de tratar al paciente, familiaridad, tiempo dedicado, interés en explicar lo que uno tiene, información proporcionada para el tratamiento* Nuestros participantes, todos, consideran que su país tiene *los mejores profesionales médicos del mundo* o, al menos, *tantos y tan buenos como los pueden tener otros países más desarrollados, más avanzados que nosotros*. Los médicos, a no dudarlo, forman parte de su *orgullo nacional*. A ellos, además, les dedican calificativos que no suelen ser atribuidos a casi ninguna profesión: *abnegados, sensibles, solidarios, sabios, auténticos apóstoles* y todo esto, a pesar que reconocen que no están bien pagados, ni en el sistema público ni tampoco en los servicios que prestan en las Obras Sociales o Prepagas.

6. La red hospitalaria. Es verdad que este aspecto tendrá diferentes lecturas, en términos de calidad de capacidad y funcionamiento, pero igualmente, todos reconocen que la ciudad de Buenos Aires posee una red de hospitales, a nivel de cobertura especialidades, *amplia, grande, bárbara. Aquí contamos con centros especializados en todo.* En respaldo de este motivo de satisfacción, nos harán un *tour* de hospitales, con elogios o connotaciones positivas a la mayoría de ellos. Baste esta muestra:

Pedro GOYENA, para quemados

Ricardo GUTIERREZ, de niños

Garrahan, de pediatría

Muñiz, para infecciosos

Santa Lucía, oftalmología

Casa Cuna

Pero también de otros muchos: Fernández, Santojani, Penna, Durand, Argerich, Tornú, Ramos Mejía, Hospital de Clínicas Nos hablan de hasta 33 hospitales en la ciudad. Llama la atención la información precisa que tienen.

Son conscientes de las limitaciones que presentan los hospitales y, que en muchos casos se convertirán en insatisfacciones, pero al mismo tiempo nos refieren la *sobredemanda*, por estar abiertos a *toda persona de buena voluntad*, venga de donde venga. Los problemas que la administración de salud pública tiene, y en ellos concuerdan todos, no responden a la mala calidad de nuestros hospitales y médicos, sino a su saturación, a un uso excesivo, no controlado, sin ningún tipo de restricción, por todo el mundo: *traen a la gente de Provincia, de todos lados. Peruanos, bolivianos, brasileños hasta alemanes de Alemania.*

EN RESUMEN, la **satisfacción, PARA TODOS, tiene dos componentes fundamentales: EL PERSONAL PROFESIONAL**, por un lado, y la **RED HOSPITALARIA GENERAL Y ESPECIALIZADA**, con el componente de posibilidad de elección que esa oferta implica, por otro.

En este sentido, podemos ya señalar un primer cuadro con los indicadores de satisfacción señalados por todos :

<p>COMPONENTES DE SATISFACCIÓN SON EL SISTEMA DE SALUD</p> <p><i>Para todos los subsistemas</i></p>
<p>1. Personal Profesional</p> <ul style="list-style-type: none">- Atención del médico- Tiempo de dedicación- Interés del médico- Información proporcionada
<p>2. Libertad de elección</p> <ul style="list-style-type: none">- Red medica diversificada- Centros generales- Centros especializados- Libertad de elección de especialistas

Pero, ya en el señalamiento de estos dos componentes de satisfacción mencionados, están de algún modo sugeridos, implícitos, los descontentos más frecuentes, **las insatisfacciones** más recurrentes. Porque, es evidente que un servicio de salud tiene otra serie de aspectos que lo harán satisfactorio. Su presencia o ausencia contribuirá a una mayor o menor satisfacción con el sistema.

Aquí conviene señalar algo: los usuarios naturales de los servicios públicos de salud de la Ciudad son mucho más benevolentes con el sistema que aquellos que o son usuarios esporádicos o que, en la práctica, nunca han hecho uso de ellos. Tal es el caso de los que tienen Obra Social o Prepaga. Estos van a ver sus subsistemas como *una solución a los muchos inconvenientes que tiene la salud pública*. Inconvenientes que tienen mucho que ver con el funcionamiento, más con **aspectos administrativos y gerenciales** que con temas estrictamente médicos (capacidad y competencia profesional) e, incluso, con la tecnología médica o dotación, en general. Para ellos, la Obra Social o la Prepaga casi tienen todas las ventajas (satisfacciones) de la salud pública y casi ninguno de los inconvenientes (insatisfacciones).

¿Que **otros elementos de satisfacción**, entonces, vienen señalados por los usuarios de los otros dos subsistemas, OS y PP?

A lo largo de las conversaciones grupales fueron muchos los aspectos señalados, ligados frecuentemente a experiencias personales diversas. A fin de ordenar, desde los mismos grupos, los diversos aspectos expresados, se solicitó a los participantes hicieran un listado de aquellos elementos que, en su opinión, eran más importantes a la hora de expresar su nivel de satisfacción son el subsistema que tienen y los servicios que han recibido.

En un esfuerzo por sintetizar los variados aspectos mencionados, siguiendo el modo utilizado en los aspectos antes mencionados, hemos agrupado en torno a tres grandes indicadores adicionales los componentes más señalados: **acceso al servicio** requerido; **condiciones físicas** del lugar dónde han recibido la atención de salud y, finalmente, el **personal de apoyo** del centro de salud utilizados. A pesar de que en este tipo de usuario, frecuentemente se hace referencia al servicio **“prestado/recibido”** (el servicio médico, clínicas, centros médicos, laboratorios, etc.) y al **“prestador”** (las distintas OS o PP, como mediadoras de la satisfacción de las necesidades de salud de los usuarios), en el caso concreto que nos ocupa, la satisfacción, prácticamente todas las referencias tienen que ver con los lugares a los que han acudido para recibir su atención de salud.

**INDICADORES DE SATISFACCIÓN
MENCIONADOS POR LOS USUARIOS
DE LOS SUBSISTEMAS OS Y PP**

3. Acceso al servicio

- Horario y turnos de atención
- Facilidad para obtener la cita (TURNOS)
- Modalidades para obtener cita (Teléfono)
- Facilidad para conseguir la cita
- Proximidad del lugar de atención

4. Condiciones físicas

- Instalaciones del centro (buen estado)
- Comodidad las instalaciones
- Higiene general
- Hotelería (sólo **PP**)
- Proximidad/accesibilidad al centro

5. Personal de apoyo

- Trato adecuado al solicitar el servicio (sólo **PP**)
- Organización del personal del Centro
- Atención del personal del "Prestador") (sólo **PP**)

II. ¿Qué decir de las insatisfacciones?

No estamos en condiciones de señalar, y menos explicar, por qué **los usuarios del Servicio Público de Salud** son tan poco exigentes en sus demandas y, por el contrario, los otros (OS y PP) son tan detallistas a la hora de desentrañar el concepto general de satisfacción. Decimos esto porque, a juzgar por la valoración general expresada numéricamente (comienzo de este informe), la diferencia entre unos y otros, especialmente entre el Público y la Obra Social, no son grandes. Pero por el hecho es que los Usuario del Público centren su satisfacción exclusivamente en los dos aspectos señalados. ¿Acaso no perciben otras cosas? ¿Será que sus expectativas son más bajas, como explican algunos, debido, entre otros aspectos, a factores socioculturales? No lo sabemos.

Pero tampoco es cierto que se contenten, sin más, se den por satisfechos con lo que hemos señalado antes. Porque a la hora de hablar de sus insatisfacciones, aunque va a ser mucho menos exigente que los demás, sí van a señalar también algunos aspectos. Unos aspectos que los del subsistema OS y PP parecen tener ya satisfechos.

Cuatro son sus insatisfacciones fundamentales. Siguiendo las categorías que hemos utilizado antes, estas insatisfacciones se ubican en:

1. **Acceso al servicio.** Aquí el gran inconveniente para ellos son los **TURNOS**. Ante la casi imposibilidad de obtener una cita con anticipación (bien sea por teléfono o por otro medio), *porque hay que esperar mucho, las dan muy distanciadas, en fechas muy lejanas* la única alternativa es apostarse en la puertas del servicio desde la madrugada. *Hay gente* (y muchos de los presentes se incluyen) *que pasa la noche a las puertas del hospital*. Y esto por una simple razón: *reparten un número limitado de turnos y si no estás desde muy temprano, es imposible que te atiendan*. Aquí hablarán de la gente que viene de todos los lados, argentinos y de otras nacionalidades, y *todos tienen el mismo derecho*. En consecuencia, el problema de los turnos significa:
 - *horarios insuficientes de atención;*
 - *mucho tiempo de espera;*
 - *dificultad para conseguir cita;*
 - *larga espera para ser atendido.*

2. **Condiciones físicas.** Aunque establecen diferencias en este punto, bien se trate de un hospital general o de un hospital especializado, *las condiciones físicas*, o lo que es lo mismo, el estado, cuidado y mantenimiento de las instalaciones dejan mucho que desear. Hay condiciones mínimas que un centro de salud que muchas veces faltan. Una mención aparte merece el tema de la *higiene, la limpieza, el orden*. Una verdadera contradicción por tratarse de un centro de salud. En consecuencia, hay insatisfacción con:
 - *el mantenimiento y cuidado de las instalaciones;*
 - *higiene y limpieza de los espacios comunes, de los consultorios;*
 - *la incomodidad de los lugares de espera;*
 - *la acumulación de gente;*
 - *el calor o el frío, dependiendo de la estación.*

3. **Insumos y medicamentos.** No siempre el hospital cuenta con todo lo necesario, y cuando hablan de lo necesario, se están refiriendo a *insumos básicos*: material médico, de uso diario. Mención frecuente hacen a la falta de medicamentos. A todo esto, habría que añadir, en algunos casos, el *mal funcionamiento o deterioro de los equipos médicos*. Comprenden que los aparatos se pueden dañar; pero no entienden que un servicio de uso masivo pueda pasar suspendido por largo tiempo por falta de arreglo o de mantenimiento.

4. **Personal de apoyo.** Si el personal médico, incluido el personal de enfermeras, recibe muchos y grandes elogios y reconocimiento, el personal "administrativo" es blanco de las más duras críticas: *negligentes, desinteresados, apáticos, no prestan atención, tratan mal, mal educado*. En otras palabras, gran descontento con:
 - *organización interna del personal;*
 - *trato recibido;*
 - *poca disposición a ayudar.*

5. Y un elemento adicional, no atribuible en su totalidad al hospital: **la inseguridad**. Inseguridad en la espera, fuera del edificio, e incluso, inseguridad dentro del mismo hospital. Inseguridad ligada a la delincuencia, como un mal del país. Anotamos que los días de las reuniones sucedió un hecho incomprensible: el retiro de la policía de los hospitales.

EN RESUMEN:

**INDICADORES DE INSATISFACCIÓN
MENCIONADOS POR LOS USUARIOS
DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD**

1. Acceso al servicio

- horarios insuficientes de atención
- dificultad para conseguir cita
- mucho tiempo de espera para la cita
- larga espera para ser atendido

2. Condiciones físicas

- deficiente mantenimiento y cuidado de instalaciones
- falta de higiene y limpieza de los espacios comunes
- incomodidad de los lugares de espera
- acumulación de gente, pacientes
- calor o frío, dependiendo de la estación

3. Insumos médicos

- falta de insumos necesarios
- falta de medicamentos
- aparatos médicos fuera de servicio

4. Personal de apoyo:

- deficiente organización interna del personal
- poco tacto y cuidado en el trato recibido
- poca disposición a ayudar

Un cuadro bien diferente al presentado por los usuarios de los subsistemas OS y PP: en la práctica, el Usuario Público se queja de todo aquello que, en mayor o menor grado, dicen tener resuelto satisfactoriamente los otros.

La pregunta, para concluir, es: ¿y cuáles son las **insatisfacciones de los usuarios de los subsistemas OS y PP**? Ciertamente, la lista de quejas es mucho menor que la enumerada al hablar de las satisfacciones y, bueno es decirlo, los pocos aspectos que señalan, casi en su totalidad, más tienen que ver con **el prestador** (las distintas OS o PP, como mediadoras de la satisfacción de las necesidades de salud de los usuarios) que con el **servicio recibido** del médico, clínica, hospital o laboratorio.

INSATISFACCIONES CON EL SUBSISTEMA DE SALUD OS Y PP

1. Sistema administrativo

- los pagos adicionales; bonos; copagos (**OS**)
- lentitud ante los reclamos, los reintegros (**OS**)
- burocracia para autorizaciones (**OS**)
- pocos prestadores (**OS**)
- cambios en los médicos y clínicas (**OS**)
- COSTOS DE LA COBERTURA (**sólo PP**)
- Un buen negocio (**OS/PP**)

2. Acceso a los servicios

- demora para algunos estudios (**OS**)
- las esperas en la consulta (**PP**)
- algunas localizaciones (**PP**)

III. Hacia un servicio de salud de calidad

Si, como señalamos antes, la satisfacción con un servicio, y en el caso que nos ocupa, con el servicio-salud, no es más que la respuesta-evaluación post-uso dada y a la luz de la experiencia, ¿qué constituye, entonces, la calidad? ¿Qué hace o que haría que un servicio de salud fuera realmente un servicio de calidad?

Asumimos, centrándonos en el concepto de calidad en el ámbito de la asistencia sanitaria, una definición sintética y clara: la calidad sería la capacidad que tiene una organización para satisfacer las necesidades de los consumidores de los servicios de salud. En tal sentido el indicador externo más frecuentemente utilizado sería la satisfacción del usuario, a la que se añadirían, eventualmente, otros aspectos derivados de la experiencia. La calidad, en consecuencia, equivaldría a la **expresión ideal** de lo que debería ser un servicio de salud, motorizada fundamentalmente por dos ideas básicas expresadas en estos términos: *la salud es lo más importante y con la salud no se juega*. En consecuencia, implicaría que un servicio de salud de calidad deberá tener, al menos, todos aquellos aspectos que formaron parte de la satisfacción, así como la ausencia (inclusión) de los que recibieron una evaluación negativa.

Es importante señalar que, aunque en las conversaciones grupales hubo referencias a servicios particulares, como **consultas médicas** para *problemas o necesidades poco graves, necesidad más cotidiana*, para algunos, más ligadas a la *búsqueda de soluciones cómodas y que, en ocasiones, son importantes por la necesidad de contar con un diagnóstico acertado y oportuno*, el mundo de la **hospitalización**, ligado a la idea de *operación, necesidad de mayor complejidad*, el mundo del **parto/nacimiento**, de fuerte connotación emocional y donde se valora sentirse *cuidado y protegido, con precauciones para evitar potenciales riesgos o imprevistos*, de los **exámenes** de carácter simple, *fáciles de realizar*, en su mayoría la calidad explorada fue la calidad global y no para las diferentes situaciones y usos de los servicios médicos.

¿Con qué nos encontramos? No deja sorprender que, frente a las diferencias manifiestas enunciadas en el grado de satisfacción entre los usuarios del Servicio Público de Salud y los de la OS y PP, **hay un coincidencia sustancial en todos**, a la hora de describir un servicio de calidad; se borran las diferencias entre los distintos subsistemas. **Todos quieren y desean lo mismo**. Se detectan diferencias de énfasis, de orden de prioridades, pero coincidencia casi total en el requerimiento. Como ya nos hemos referido antes a los distintos factores e indicadores, bastará ahora que presentemos el cuadro de los elementos que un servicio de salud debería tener para ser considerado de calidad.

Veamos el cuadro siguiente que resume los diferentes aspectos:

UN SERVICIO DE SALUD DIMENSIONES DE VALOR MAS IMPORTANTES	
1. Personal sanitario	<p>Señalado por todos, y con referencias específicas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - competencia y excelencia médica - buen cuerpo médico - calidad profesional - atención de los médicos, calidad de trato, calidad humana, trato personalizado - tacto médico digno - compromiso con el paciente - personal auxiliar adecuado, enfermeras, con adecuada preparación y trato.
2. Tecnología médica	<p>En referencia a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tecnología médica avanzada que asegure el servicio - Equipamiento - capacidad para estudios complejos - aparatología moderna, de última generación.
3. Insumos	<p>En alusión a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - materiales - medicamentos - recursos necesarios disponibles - aparatos en buen estado
4. Acceso al servicio	<p>Con especial énfasis en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - respuesta rápida y eficiente - turnos razonables - citas rápidas
5. Condiciones físicas	<p>En eferencia específica a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - higiene y limpieza en todo - infraestructura en buen estado - calidad ambiental - lugares confortables - buena hotelería (sólo señalado por los PP)
6. Libertad de elección	<p>Una dimensión a la que todos se refieren con distintos nombres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - variedad de profesionales - opciones de atención - libre elección de profesionales - oferta variada de prestadores - variedad de elección profesional <p>Disponibilidad de oferta</p>

7. Personal de apoyo	Aludiendo a: <ul style="list-style-type: none">- organización interna de los centros- buen trato al solicitar citas- disponibilidad de medios remotos de atención: teléfono, internet- facilidad para escoger, reservar y/o anular citas
8. Costo	Curiosamente, sólo algunos usuarios de PP hacen referencia a este aspecto pidiendo que la salud sea gratuita y de libre acceso a todos.

Este conjunto de dimensiones de valor con que nos describen la calidad es, en buena medida, la respuesta a los anhelos básicos y temores ante una enfermedad, ante la necesidad de acudir a un centro de salud:

¿CUÁNDO me atenderán o me atenderán A TIEMPO? La capacidad de respuesta rápida que apunta a un problema concreto: LOS TURNOS y LAS ESPERAS. **Dimensión 4.**

¿QUIÉN ME ATENDERÁ? Competencia y calidad profesional: diagnóstico acertado y oportuno, de profesionales de experiencia en diversas especialidades y que tratan a los usuarios como pacientes y no como clientes. **Dimensiones 1 y 5.**

¿CÓMO ME TRATARAN? Resolución del problema (recuperación de la salud) por la capacidad técnica (capacidad de enfrentar y tratar las necesidades de salud que pueda requerir) y tecnológica, tanto a nivel médico –quirófano, instrumental, exámenes y procedimientos, insumos– como de habitaciones o salas (hotelería e higiene). El trato del personal auxiliar y administrativo es muy importante. **Dimensiones 2, 3, 4 y 6.**

IV. Algunos aspectos complementarios

Incluimos en este apartado otros aspectos que también fueron explorados. El nivel de consenso obtenido nos permite presentarlos de manera conclusiva.

1. La libertad de elección

Este es un aspecto que se hizo presente en diversos momentos de las conversaciones y al que ya hemos hecho alusión en las páginas anteriores. A quien esto escribe le queda la convicción de que éste es un valor muy importante y al que nadie pareciera estar dispuesto a renunciar. Ni el Usuario Público, de los de las Obras Sociales o Prepagas. Cada uno tiene o desea defender este valor. La libertad de elección aparece casi como un valor supremo.

Lo defenderán fervientemente los Usuarios del Público con abundantes expresiones: *Uno va al hospital que quiere y pensás que te van a atender bien! Si tengo uno a la vuelta de mi casa y hay otro a veinte cuadras que yo quiero, voy al otro! Yo me atiendo en el Zubizarreta, pero si me interesa cambiarme a otro, aunque me cruce la Capital Federal, lo puedo hacer. Es maravilloso.*

Pero también los de los otros sistemas. Un Obra Social es tanto más valorada, cuanto más libertad de elección da: o para *cambiarse* por otro, o porque *ofrece una gran variedad de especialistas o prestadores* o porque tiene la *posibilidad de remisiones*, aunque sea con un costo adicional. La peor obra social es *la que me retiene y me hace prisionero*. Es, en algunos casos, la gran crítica a OSBA.

En las Prepagas escuchamos una frase emblemática: *Yo compro mi salud, yo compro mi libertad. Y eso no tiene precio.*

2. Esta libertad de elección tiene dos expresiones muy concretas en otros dos puntos que también estuvieron entre nuestros temas de exploración: **la asignación obligatoria del médico de cabecera** y **el valor dado a la segunda opinión**, o consultas adicionales, con profesionales distintos, en determinados casos.

El médico de cabecera no es algo nuevo para ellos, pero no goza de muy buena prensa, no recibe, ni mucho menos, una aceptación generalizada. Al contrario, tiene y expresan muchas resistencias. Lo que conocen lo saben por lo que han oído, o porque lo experimentan con familiares en el PAMI o porque a algunos los obliga o casi exige su Obra Social o Prepaga, es visto como una *barrera, limitación, un burócrata, un filtro, un ahorrador de servicios* y nunca, hasta ahora, como *mi médico personal, tutor en salud, guía y acompañante de mi historia médica*. Pensar en él, es pensar en una traba, en una pérdida de tiempo. Sólo entre las mujeres más jóvenes, a nivel de usuarias del público y de la obra social encontramos una buena receptividad, pero bajo de denominación de *mi ginecólogo, de mi pediatra*. Pero siempre con dos condiciones: No me lo imponen, sino que lo elijo de entre varios y, además, siempre debe quedar abierta la posibilidad de cambio si no me gusta, no estoy satisfecha.

Son varias y diversas las preguntas que se hacen: *¿Cómo es? ¿Son las horas de atención apropiadas para mi horario? ¿Qué tan fácil es comunicarse con él? ¿Cuál es su filosofía sobre la atención? ¿Solicita muchos exámenes? ¿Hace remisiones a otros especialistas con frecuencia o rara vez? Etc.*

El otro tema tiene que ver con la posibilidad de una **segunda opinión**. Para la gente este es un tema fundamental y al que les parece *absurdo* ponerle límites. *Es mi salud* y en situaciones más o menos complejas lo elemental es pedir una segunda y hasta tercera opinión. La historia de cada quien está llena de experiencias y anécdotas que los hacen dudar seriamente de que ésta sea una buena propuesta.

3. Una situación muy diferente encontramos con **el sistema integrado de las historias clínicas**. **Todos la ven con muy buenos ojos** y llegan a considerar, incluso, que esa sería una clara señal de que hemos entrado en el camino del primer mundo. Alucinan con el sólo imaginar que encontrarse con el médico, este donde esté, es encontrarse con alguien a quien no tiene que, primero instruir, para después proceder.

4. Por eso, para finalizar, creemos que hablar de **reforma del sistema de salud** pudiera no ser una vía adecuada. En primer lugar, porque los datos obtenidos no nos hablan de un sistema del que se quejen en forma ostensible –cada quien, en buena media, defiende lo que tiene, aunque sugiere **mejoras**– pero además, la misma palabra reforma pudiera generar algunas resistencias y, como consecuencia, un esfuerzo adicional de convencimiento.

Ojalá, para dar peso a cualquier propuesta, estos datos indicativos que aquí hemos encontrado pudieran ser contrastados y medidos a través de un estudio cuantitativo, tal y como fue asomado en la conversación de entrega preliminar de resultados.

CAPÍTULO 3. ENCUESTAS DE OPINIÓN DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA ARGENTINO DE SALUD

De las apreciaciones obtenidas a partir de los grupos de discusión surgió la necesidad de realizar una investigación cuantitativa a través de encuestas de representación nacional. Una encuesta es un tipo de investigación en ciencias sociales que consiste en recolectar información a través de un cuestionario prediseñado y estructurado. Estos cuestionarios se realizan sobre una muestra representativa de la sociedad o sobre la totalidad de la misma “en este caso sería un censo” de manera de poder extraer conclusiones sobre las percepciones de esa comunidad sobre algún tema específico.

Para esta investigación en particular se realizaron dos encuestas diferentes en la primera etapa: una investigación a la población general para conocer sus percepciones sobre el sistema de salud y el uso del mismo; y una encuesta a médicos para conocer las apreciaciones de quien concluimos es la principal figura del sistema de salud para los entrevistados en los grupos de discusión. A continuación presentamos los principales resultados:

Encuesta a población general

La encuesta se realizó a 2789 personas mayores de 18 años que residen en toda la Argentina. El estudio se completó del 9 al 15 de julio de 2011 y posee un margen de error de +/- 3%, para un nivel de confianza del 95%. Los datos se presentan agrupados según los temas del cuestionario aplicado. En el caso que amerite, se presentan los resultados de cruces que estadísticamente sean significativos¹².

12 La elaboración de los gráficos contienen los números redondeados para mejorar la eficacia de la lectura y la comprensión.

Perfil de los consultados

Más de la mitad de los encuestados pertenece al sexo femenino (56,6%) y el restante (43,4%) al sexo masculino.

Existe una distribución de edad relativamente pareja: 28,9% se ubica entre quienes tienen de 18 a 29 años, 26,9% se ubica entre quienes tienen de 30 a 44 años, 22,9% se ubican entre quienes tienen de 45 a 59 años y 21,2% se ubica entre quienes tienen 65 años o más.

En cuanto al nivel educativo, 2,9% de los encuestados no posee educación, 31,1% cuenta con una educación primaria (completa o incompleta), 33,4% cuenta con una educación secundaria (completa o incompleta), 14,0% posee un nivel educativo terciario (completo o incompleto) y 18,5% completó al menos la universidad.

El 22,9% de los consultados utiliza solamente el sistema público de salud, 57,2% posee solamente obra social, 6,5% posee obra social y empresa prepaga de salud y 13% posee solamente una empresa prepaga como cobertura de salud.

Evaluación del sistema de salud en general

En general, la población encuestada se mantiene positiva (65,7%) acerca del sistema de salud en Argentina. Más de la mayoría de los encuestados evalúa positivamente el sistema de salud y casi la mitad considera que el sistema está mejor (47,1%), que diez años atrás. Asimismo, dicho optimismo se mantiene al consultar por el estado del sistema de salud en los próximos diez años.

Al consultar por la evaluación de los tres tipos de cobertura médica que existe en el país, el tipo con mejor imagen son las "obras sociales", seguido del "sistema público" y por último de las "empresas prepagas".

Posic.	Tipo de cobertura médica	% Opinión positiva ^{1,2}	% Opinión negativa ³
1	Obras sociales	67,7%	24,0%
2	Sistema de salud público	59,5%	35,4%
3	Empresas prepagas	51,7%	17,4%

Fuente: Fundación Sanatorio Guemes

Observaciones:

1. Tabla ordenada por "Opinión positiva"
2. La "evaluación positiva" se compone de la suma de las respuestas "muy bien" y "bien".
3. La "evaluación negativa" se compone de la suma de las respuestas "mal" y "muy mal".

Evaluación del sistema de salud ideal

Siempre hay una distancia entre el sistema percibido y el ideal. Es decir, en ningún país las personas consideran que el sistema de salud que tienen es ideal. Durante mucho tiempo se tomó al sistema de salud canadiense como un ejemplo, no solo por su performance en términos de resultados epidemiológicos y su cobertura y acceso universal, sino también porque para los canadienses el sistema de salud constituía el segundo motivo de orgullo nacional (detrás de la selección nacional e Hockey sobre hielo).

La mencionada tendencia se ratifica en el estudio de Argentina. En general, es posible observar que los encuestados están dispuestos a efectuar algunas modificaciones al sistema actual. Por un lado, casi la totalidad de los encuestados (93%) en este estudio opina que es necesario que el Gobierno invierta más dinero para mantener el sistema de salud pública en el país.

Uno de los aspectos más sobresalientes de la encuesta es que aunque los niveles de aceptación del sistema son relativamente altos, los usuarios perciben una alta inequidad en el sistema. El 85,1% de los usuarios incluidos en el presente estudio concluyeron que la cobertura médica y el acceso a la salud en Argentina no son iguales para todos. Consecuentemente, casi la totalidad (98,3%) que respondieron de dicha forma considera que es un aspecto “muy importante” o “importante” a cubrir. Sin embargo, al indagar específicamente en qué tipo de situaciones es más importante mantener el acceso igualitario a los usuarios, poco menos de la mitad (44,5%) de los encuestados afirmó que en los casos de “enfermedades más caras y complejas como el SIDA”.

Siguiendo en la misma línea de reforma, casi la totalidad (96%) cree que es necesaria la creación de una Ley Nacional de Salud. De modo similar, casi todos los encuestados (87,9%) están de acuerdo con que el usuario del sistema de salud deba elegir siempre a su prestador.

Al indagar acerca de las características ideales de las obras sociales, los hospitales, los centros de atención primaria y las clínicas privadas, se destacan el hecho de “conseguir turnos rápidos” y fundamentalmente “que los profesionales que atiendan tengan conocimiento”.

Institución	Principal característica ideal	%
Obra social	Que se consigan turnos rápidos	35,8%
Hospital	Que los profesionales que atiendan tengan conocimiento	27,2%
Centro de atención primaria	Que los profesionales que atiendan tengan conocimiento	24,6%
Clínica privada	Que los profesionales que atiendan tengan conocimiento	23,0%

Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Uso del sistema de salud

Se preguntó sobre distintas características del uso del sistema de salud. Menos de la mitad (48,6%) de los encuestados afirmó que siempre que haya quedado disconforme, prefiere consultar una segunda opinión.

En cuanto a los horarios de consulta donde los encuestados se atendieron por última vez, resultaron ampliamente “muy adecuados” (25,3%) o “adecuados” (60,6%). Al consultar por la forma de obtener la consulta, más de la mayoría respondió que obtuvo su cita al otorgarle un día y horario determinado (57,4%). Entre quienes tuvieron que ir personalmente a sacar su turno, no tuvieron tanto éxito para conseguir cita el día que deseaban. Sin embargo, al consultar por el nivel de satisfacción general con el sistema de turnos, mucho más de la mayoría está conforme (82,9%). Por último, los usuarios definitivamente prefieren solicitar turnos por teléfono (85,2%).

También se indagó la opinión de los distintos aspectos del lugar donde el encuestado fue atendido por última vez:

Posic.	Aspecto evaluado	% Evaluación positiva ^{1,2}	% Evaluación negativa ³
1	Limpieza	93,6	6,0
2	Comodidad del consultorio donde se atendió	91,9	7,7
3	Mantenimiento general del edificio	89,9	9,3
4	Sistema de citas para consultas médicas	85,7	12,8
5	Comodidad de la sala de espera	85,1	14,2
6	Material de trabajo disponible	83,7	9,4
7	Seguridad	83,1	11,2
8	Tecnología	81,5	13,6

Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Observaciones:

1. Tabla ordenada por “Evaluación positiva”.
2. La “evaluación positiva” se compone de la suma de las respuestas “muy bien” y “bien”.
3. La “evaluación negativa” se compone de la suma de las respuestas “mal” y “muy mal”.

Los resultados demuestran gran nivel de satisfacción con la atención de los médicos. Al consultar por el tiempo de espera para ser atendidos, la mitad (50%) afirmó que esperó menos de media hora, mientras que poco menos que la otra mitad tuvo que esperar más de media hora. En contraposición, pareciera que la espera valió la pena ya que casi todos los encuestados (94,3%) quedaron satisfechos con la atención de su médico. En consecuencia con los altos niveles de satisfacción con el servicio, tiempo y claridad de información recibida de los médicos, el 76% de los consultados afirmó tener mucha o bastante confianza en sus médicos.

Se consultó también por los recursos disponibles del centro de atención donde se atendieron los encuestados. Luego se consultó si los centros deberían contar con dichos recursos y una abrumadora mayoría respondió afirmativamente.

Encuesta a médicos (2011)

Una de las cuestiones que se creyó interesante analizar era la percepción que los médicos argentinos tuvieran del sistema de salud argentino. Para ello se procedió a realizar una investigación “encuesta” que nos pudiera ilustrar sobre las apreciaciones de los mismos sobre diferentes temáticas.

Sin entrar en mucho detalle, algunas de las cuestiones interesantes que se pudieron rescatar fueron que en su gran mayoría (79%), los médicos hacen una evaluación positiva del sistema de salud en la Argentina.

Adicionalmente, cuando se los consultó sobre la situación del sistema de salud comparada con diez años atrás, las opiniones se dividieron en tercios (33% cree que mejoró; 30% cree que se mantuvo igual; 33% cree que empeoró).

Cuando se los consultó sobre como cual iba a ser la situación del sistema de salud en los próximos diez años hubo una leve variación (35% cree que va a estar mejor; 22% cree que va a estar igual; 29% cree que va a empeorar).

Segunda etapa (2012)

En la siguiente etapa de la investigación, en 2012, se realizó una segunda investigación cuantitativa –encuesta– para verificar los resultados obtenidos el año anterior y profundizar en la indagación sobre algunos aspectos. La encuesta se realizó en toda la Argentina, a personas mayores de 18 años. La recolección de la información se llevo adelante con un cuestionario semi estructurado vía CATI (*Computer-Assisted Telephone Interviewing*). La muestra fue sobre 1313 casos, probabilística estratificada por tamaño de población, sexo, edad y nivel educativo, y contaba con un error muestral de 4,82% para un índice de confianza de 95%. El trabajo de campo se realizó entre el 10 de diciembre de 2012 y el 18 de diciembre de ese mismo año.

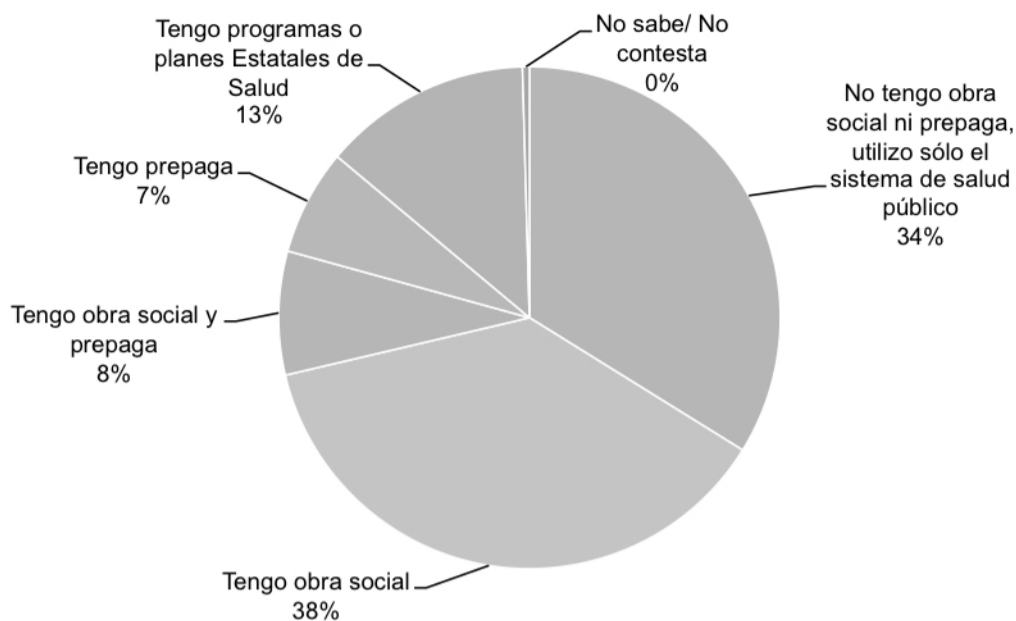
Estudio	Encuesta Nacional Sistema de Salud
Ámbito geográfico	Total País
Universo	Mayores de 18 años
Muestra	1313 casos
Total País	Error: 3,01% al 95% Confianza
Capital Federal	Error: 4,82% al 95% Confianza
Tipo de Muestra	Probabilística Estratificada por Tamaño población, Sexo, Edad, Nivel Educativo
Recolección de datos	Cuestionario Semi Estructurado vía CATI a Teléfonos Fijos
Fecha de campo	10/12/12 a 18/12/12

Evaluación del Sistema de salud

En primer lugar, la profundización del estudio requería analizar y constatar la consistencia y representatividad de la muestra. Del total de los encuestados, el 45% eran hombres y el 55% restante eran mujeres. El 25,6% tenía entre 18 y 29 años de edad; el 30,1% tenía entre 30 y 44 años; el 27,6% tenía entre 45 a 59 años; el 13,8% tenía entre 60 y 74 años; y el 2,9% tenía más de 75 años. Si analizamos el nivel educativo de los encuestados, vemos que el 2,8% no contaba con ningún tipo de instrucción; el 27,9% contaba con estudios primarios completos o incompletos; el 43,3% contaba con estudios secundarios completos o incompletos; el 12,2% con estudios terciarios completos o incompletos; y el 13,8% contaba con estudios universitarios completos o incompletos.

La primera pregunta que se realizó apuntaba a averiguar en qué situación se encontraban los encuestados en relación al sistema de salud, con que tipo de seguro contaban, si es que tenían seguro, quiénes utilizaban el sistema público de salud, etc. Lo que encontramos a partir de la investigación es que el 34% de la población no cuenta ni con Obra Social ni con Prepaga, y utiliza el sistema público de salud. A su vez, el 38% de los encuestados dijo tener Obra Social; mientras que el 8% de los encuestados dijo tener Obra Social y Prepaga; el 7% sólo Prepaga; y el 13% respondió contar con algún programa o plan de salud estatal.

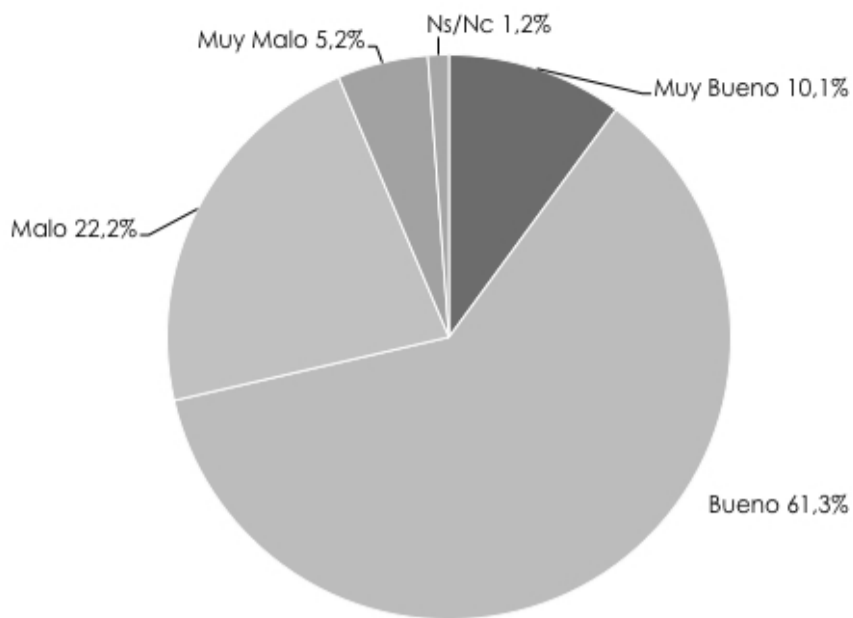
Gráfico 1. Cobertura de la población según subsistemas de salud



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Una vez definidos los perfiles sociodemográficos de la muestra, y establecido el sistema de salud utilizado por los encuestados, se procedió, para iniciar la investigación, a preguntar acerca de la evaluación que los mismos hacían del sistema de salud y aquí nos llevábamos la primera sorpresa. El 71,4% de los encuestados valoró positivamente el sistema de salud en Argentina, siendo que el 10,1% lo valoro como “Muy Bueno” y el 61,3% lo definió como “Bueno”. Por el contrario, solo el 27,4% valoro negativamente el sistema de salud, con un 22,2% de los encuestados definiéndolo como “Malo”, y el 5,2% como “Muy Malo”.

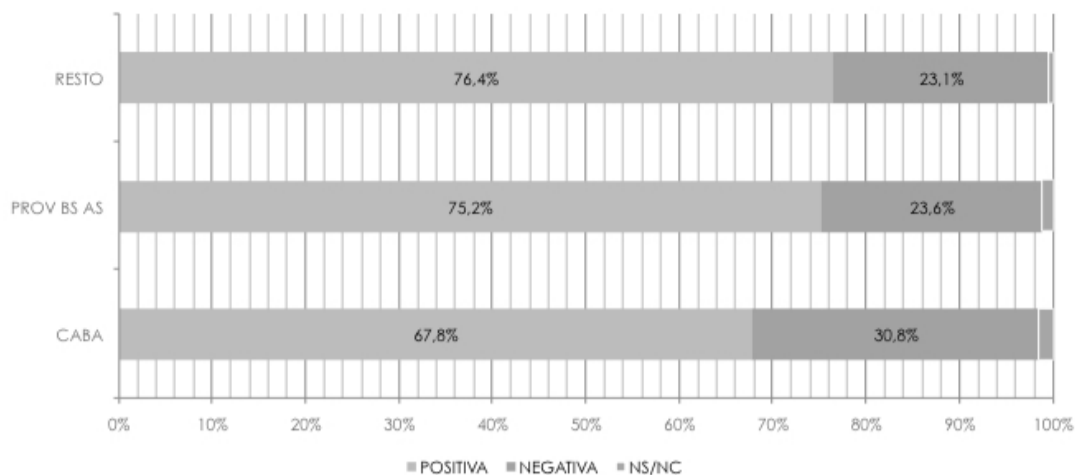
Gráfico 2. Valoración del Sistema de Salud.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Capital Federal, Provincia de Buenos Aires, Resto del País), vemos que no hay grandes diferencias. En Capital Federal, la valoración positiva del sistema de salud es de 67,8%; en la Provincia de Buenos Aires es de 75,2%; y en el resto del país es de 76,4%.

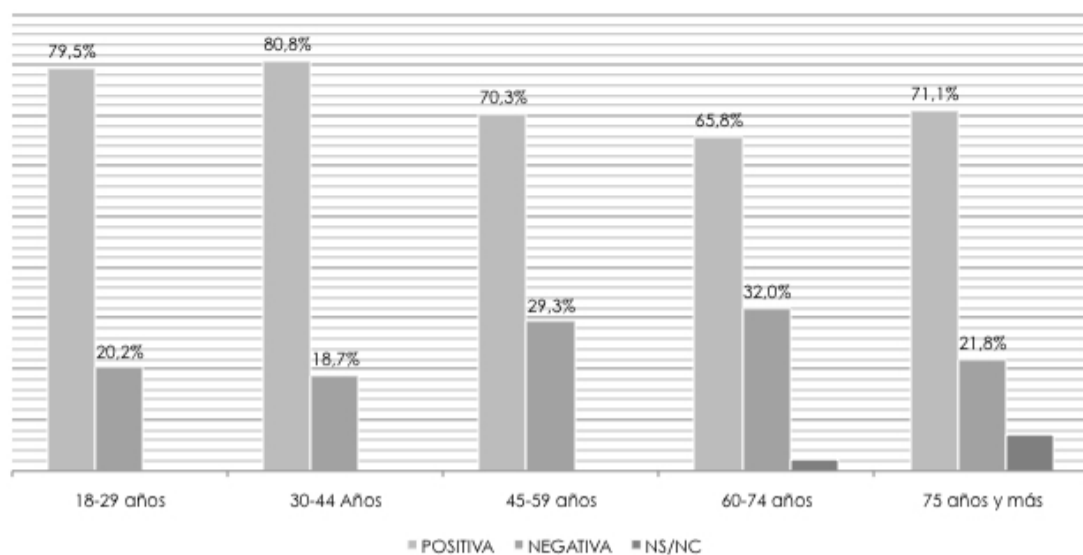
Gráfico 3. Valoración del Sistema de salud según áreas geográficas.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Donde se empiezan a notar mayores diferencias es cuando desagregamos la muestra por rangos de edades. Si bien no hay cambios profundos, ya se pueden comenzar a vislumbrar diferencias por encima del margen de error muestral. En la franja etárea de 18 a 29 años, la percepción positiva del sistema de salud crece al 79,5%; entre los que tienen de 30 a 44 años, la percepción positiva del sistema es de 80,8%; en aquellos que tienen entre 45 y 59 años, la opinión positiva del sistema es de 70,3%; entre los que tienen entre 60 y 74 años es del 65,8%; y entre los mayores de 75 años es de 71,1%. Vemos que la percepción acerca del sistema de salud mejora claramente entre los jóvenes y se mantiene cercana a la media entre los mayores de 45 años.

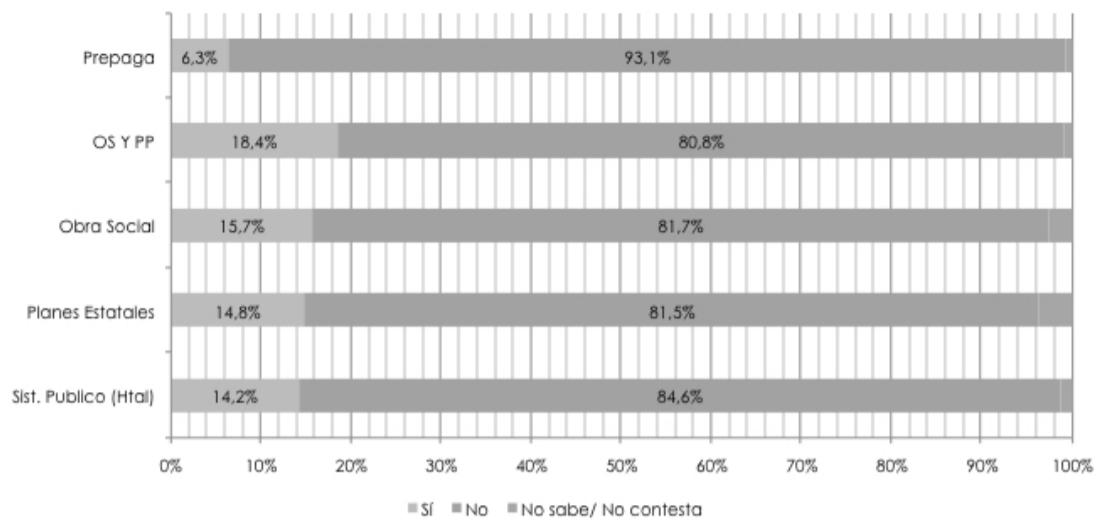
Gráfico 4. Percepción del sistema de salud según rango etario.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Un dato interesante que surgió de la investigación, si bien como ya hemos adelantado hay una gran aprobación acerca del sistema de salud, es que parecería ser percibido como un sistema injusto. El 83% de los encuestados respondió que en la Argentina no toda la población tiene igual acceso a la salud. Esto podría parecer contradictorio ya que la mayoría de la población no quiere grandes cambios estructurales en el sistema. Si bien los números se mantienen constantes si desagregamos por tipo de cobertura médica, pareciera ser que a mayor nivel económico-social (Prepaga) es más grande la percepción de falta de igualdad en el acceso a la salud.

Gráfico 5. Percepción del acceso al sistema de salud.

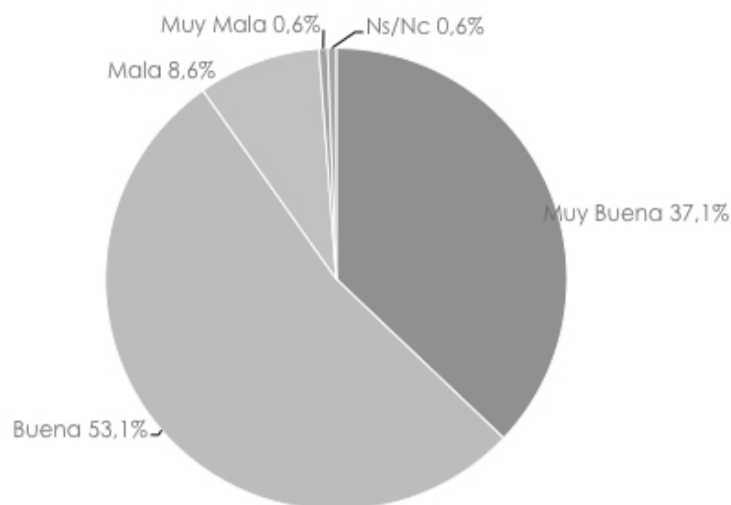


Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Los médicos

Este es uno de los apartados mas relevantes de la investigación, ya que como veremos, los médicos son el punto neurálgico de la valoración positiva del sistema de salud. En términos generales, cuando se pregunto acerca de la valoración que hacían los encuestados acerca de los médicos, el 90,2% respondió positivamente, mientras que el 9,2% respondió negativamente. Un dato interesante es que el 37,1% tiene una opinión "Muy Buena" con respecto a los medios argentinos, una cifra considerablemente alta.

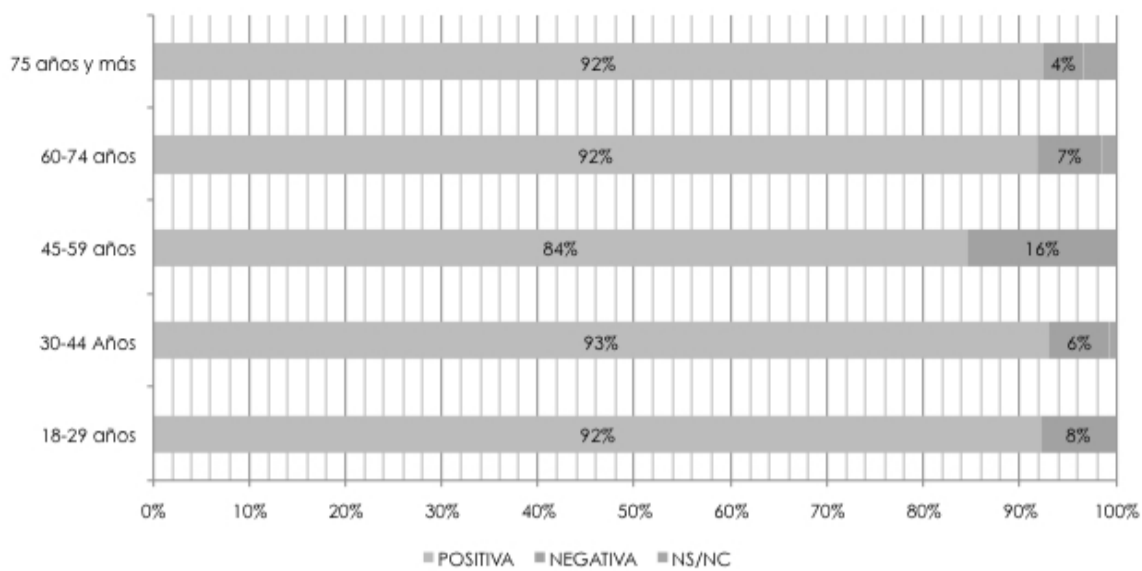
Gráfico 6. Valoración de los médicos



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Si analizamos como se comporta la opinión de los encuestados por diferentes zonas del país, vemos que los números se mantienen bastantes consistentes con la media nacional. En la zona “Resto del País” (compuesta de todas las provincias de la Argentina menos la provincia de Buenos Aires y la Capital Federal), la valoración positiva de los médicos sigue siendo muy alta, cercana a las 88%. Si analizamos esta misma variable por franjas etáreas, el único rango donde se produce una distorsión destacable es en el rango etáreo de 45 a 59 años, donde la valoración positiva de los médicos es de solo 84%. Como se puede ver, mire desde donde se lo mire, los médicos están muy bien valorados en la Argentina, ya sea en las principales ciudades como en el interior, y entre jóvenes, adultos y adultos mayores. A tal punto es así que el 88% “confía en que los médicos son capaces de resolver un problema de salud” que se pueda llegar a presentar; y que el 87% de los encuestados cree que los médicos “están suficientemente capacitados para resolver ese problema”.

Gráfico 7. Valoración de los médicos según rango etario.



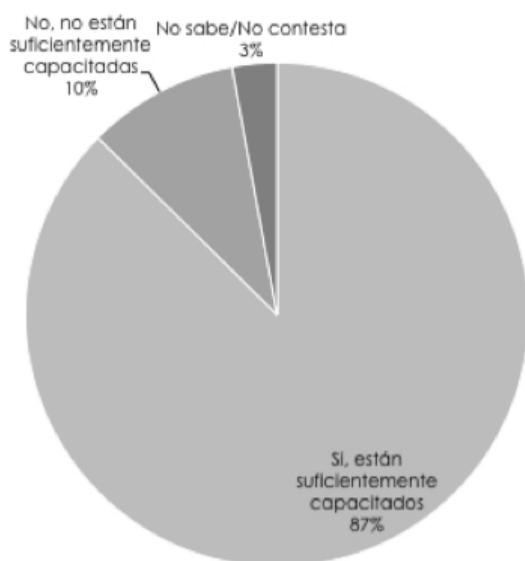
Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Confianza en el Sistema

A través de las distintas variables que fuimos analizando en toda la investigación hay una gran consistencia en el nivel de confianza que demuestran los encuestados con respecto al sistema de salud en general, y hacia los distintos componentes del sistema.

Hay un porcentaje mayoritario de los encuestados (aproximadamente el 82%) que cree que si tuviera un problema de salud, el sistema podría resolverlo. Esta es una cifra muy alta que ejemplifica esto que venimos diciendo acerca de la gran confianza que hay en el sistema.

Gráfico 8. Confianza en el sistema para resolver los problemas de salud.

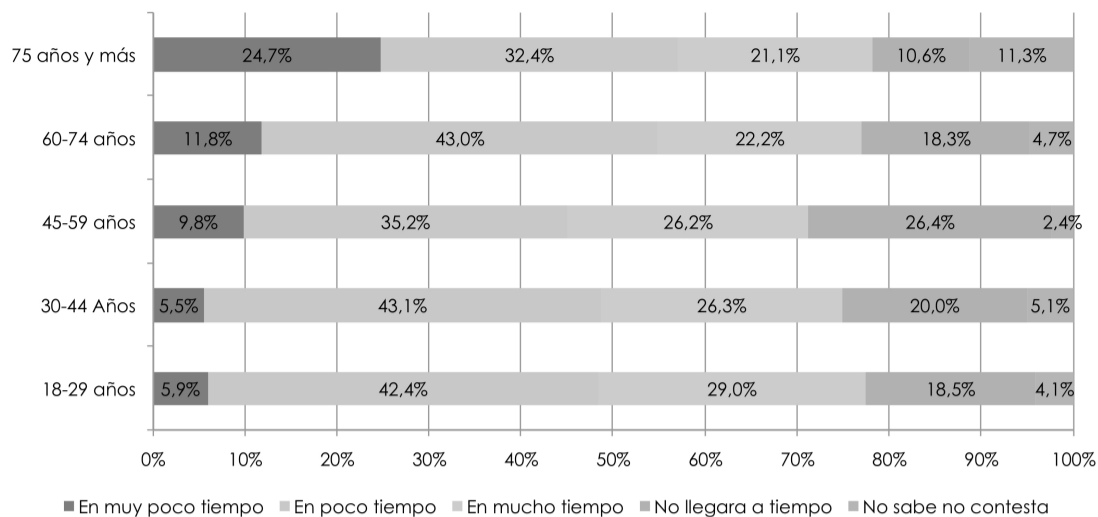


Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Realizamos una serie de preguntas sobre algunas cuestiones que podían beneficiar o ir en detrimento de esta confianza general que tienen los encuestados sobre el sistema, como respuesta de ambulancias, recursos tecnológicos y de infraestructura, oferta de medicamentos y oferta de turnos. En este desagregado se empiezan a vislumbrar las primeras grietas del sistema, ya que las opiniones van a dejar de ser mayoritariamente positivas como son con respecto al sistema en general, y van a empezar a estar más divididas.

Cuando se preguntó acerca de la velocidad de respuesta de una ambulancia en el caso de tener un accidente, el 8% respondió que la ambulancia llegaría “En muy poco tiempo”; el 41% respondió “En poco tiempo”; el 26% respondió “En mucho tiempo”; el 21% respondió “No llegara a tiempo”, y el 4% restante no sabía.

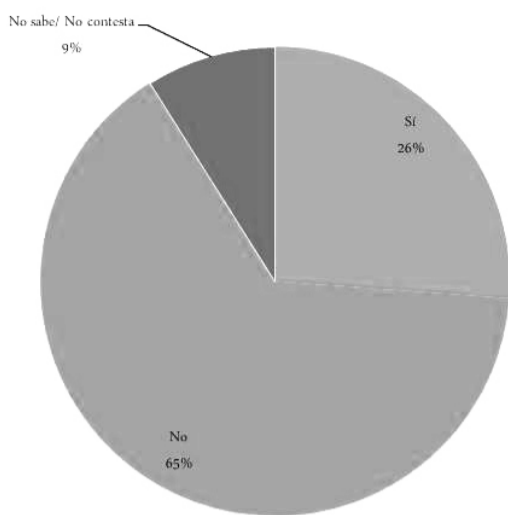
Gráfico 9. Confianza en el sistema de salud. Velocidad de respuesta de las ambulancias según rango etario.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

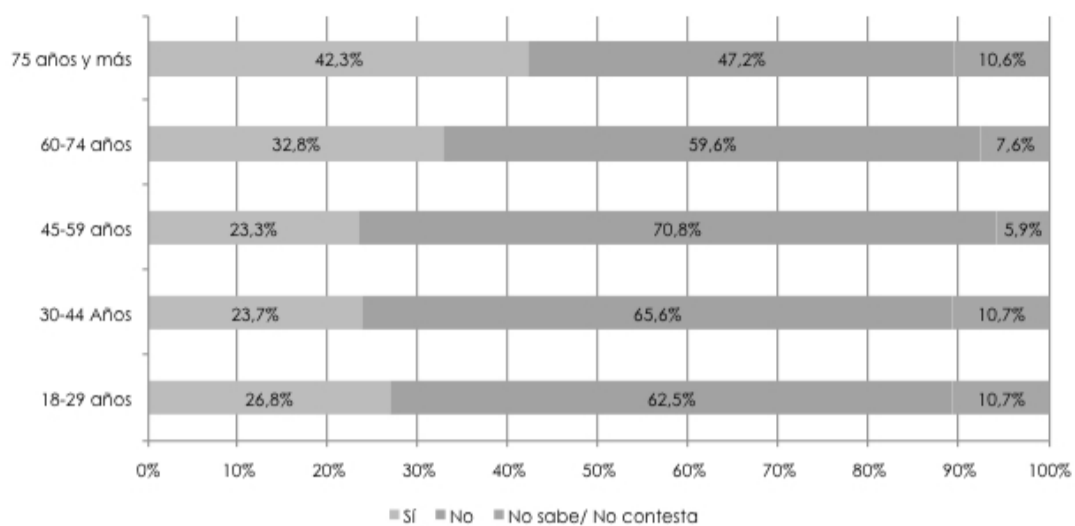
Una de las cuestiones que tuvo una apreciación negativa por parte de los encuestados, como vemos en los gráficos 10, 11 y 12 es la cuestión relacionada a los recursos tecnológicos y la infraestructura con la que cuentan los centros de salud a los que asisten. Un mayoritario 65% respondió que los centros de salud no contaban con los suficientes recursos para resolver los problemas.

Gráfico 10. Percepción de la infraestructura en los centros de salud ¿Usted considera que los centros de salud cuentan con los suficientes recursos tecnológicos y de infraestructura para resolver los problemas de la gente?



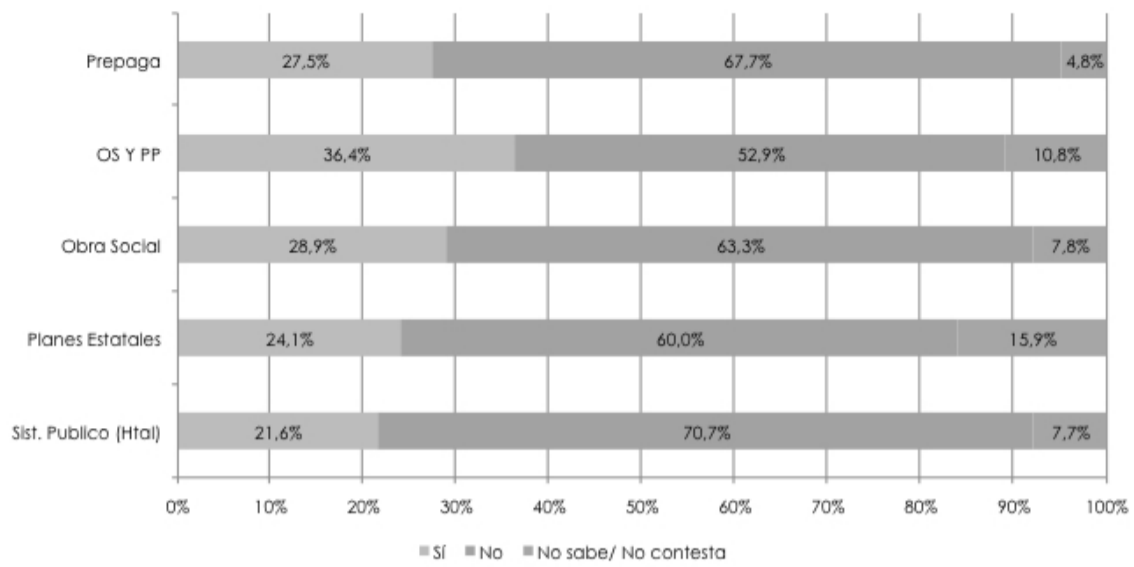
Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Gráfico 11. Percepción de la infraestructura en los centros de salud según rango etario. ¿Usted considera que los centros de salud cuentan con los suficientes recursos tecnológicos y de infraestructura para resolver los problemas de la gente?



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

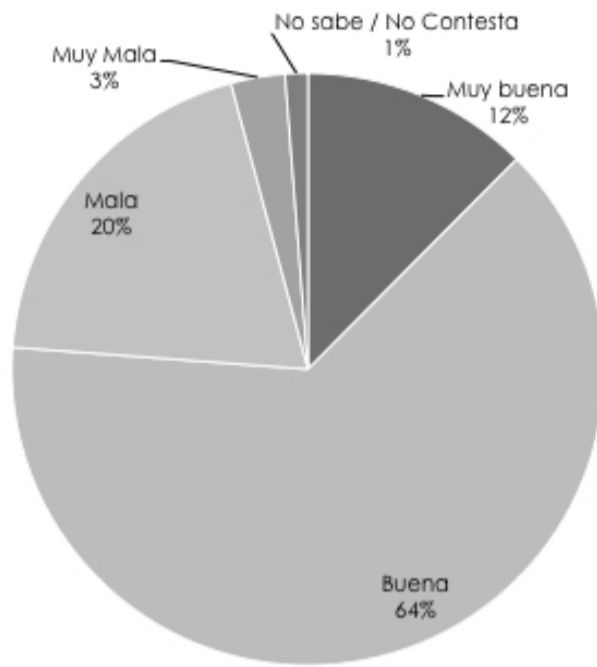
Gráfico 12. Percepción de la infraestructura en los centros de salud según el subsistema utilizado. ¿Usted considera que los centros de salud cuentan con los suficientes recursos tecnológicos y de infraestructura para resolver los problemas de la gente?



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Otra de las cuestiones sobre las que indagamos fue con respecto a la oferta de medicamentos en la Argentina. Si bien hay mucho debate con respecto a los medicamentos en el país, un asombroso 76% valoró positivamente la oferta de medicamentos en la Argentina.

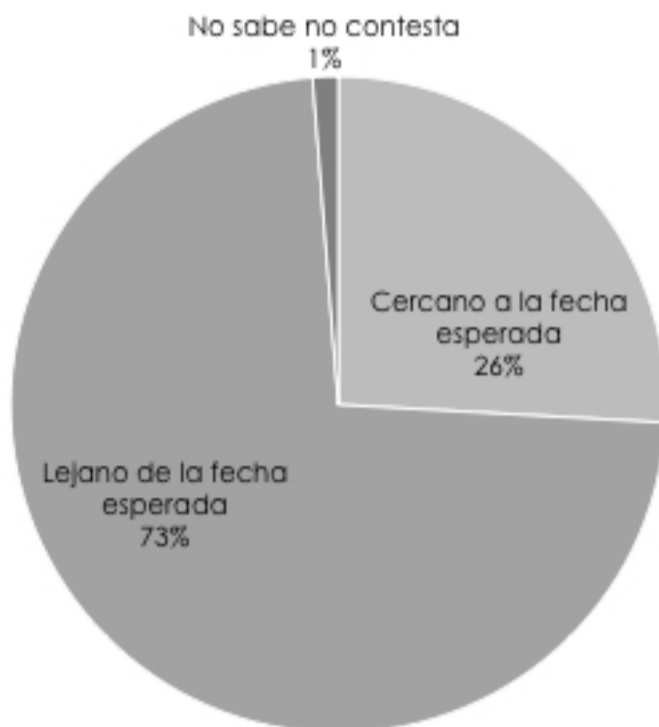
Gráfico 13. Valoración de la oferta de medicamentos.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

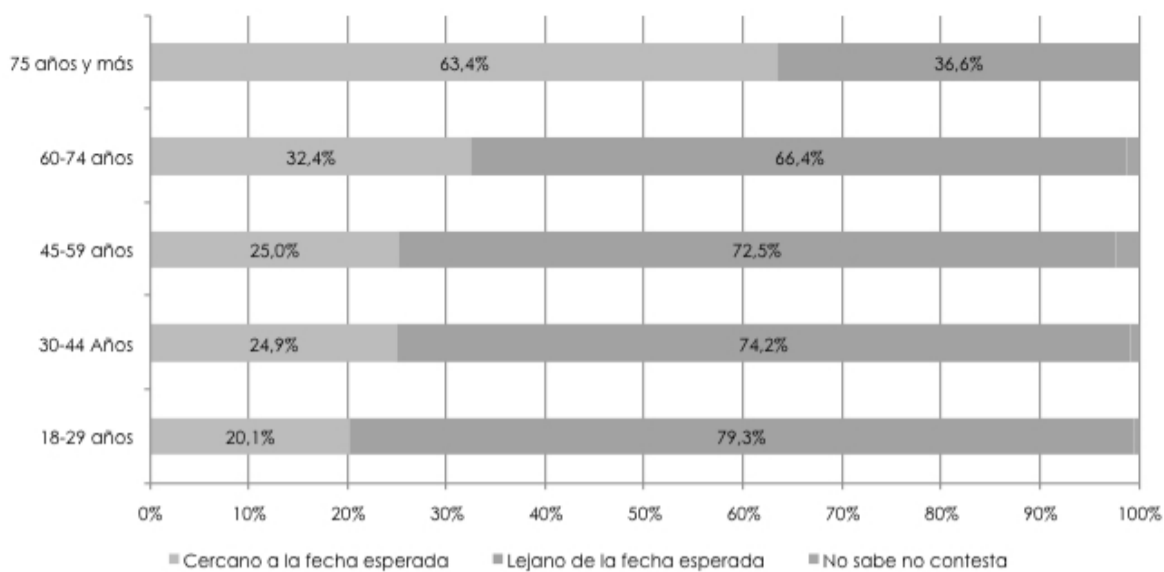
Un punto donde vuelve a aparecer una alerta es el tema de los turnos. Cerca del 73% de los encuestados dijo que en caso de tener que pedir un turno, consideran que se los darán lejos de la fecha esperada. Como nota de color es interesante que estos números prácticamente se invierten si solo preguntamos a aquellos ciudadanos mayores de 75 años: prácticamente el 64% cree que le darán el turno en una fecha cercana a la esperada.

Gráfico 14. Valoración de los pedidos de turnos



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Gráfico 15. Valoración de los pedidos de turnos



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Componentes del Sistema

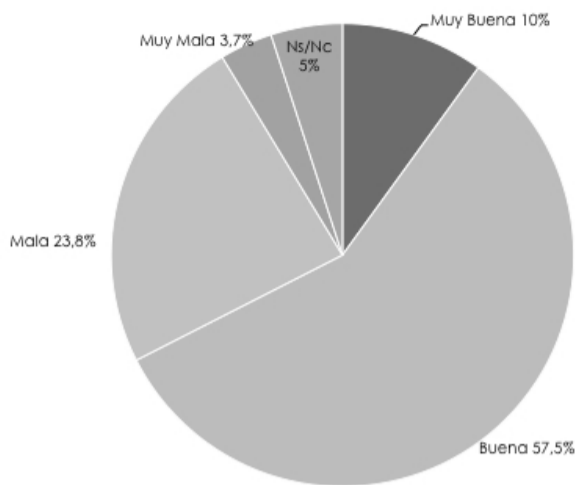
Si analizamos brevemente los diferentes componentes del sistema, encontraremos algunos datos interesantes que nos permitan sacar algunas conclusiones. Por componentes del sistema nos referimos a los distintos tipos de sistemas a los que los ciudadanos pueden acceder.

Obras Sociales

Las obras sociales constituyen la modalidad de cobertura en salud más representativa en términos de cobertura poblacional. Han sido originadas en la década de 1930 como esquemas protección mutual y luego, durante el primero y segundo gobierno de Juan Perón (1945 a 1955) se expandieron en forma significativa. Pero su consolidación como modelo de protección social en salud en realidad fue posterior al primer peronismo. Durante la primera mitad de la década de 1970 las obras sociales llegaron a cubrir a más de dos tercios de los argentinos. Luego, con el aumento de la informalidad y el desempleo su cobertura se retrajo. En el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010 se registró que alrededor de 22,8 millones de argentinos, esto es un 57% de la población contaba con cobertura de obras sociales.

Cuando se preguntó acerca de la opinión que tenían los encuestados con respecto a las obras sociales, como vemos en el Gráfico 16, el 67,5% de los mismos dice tener una opinión positiva acerca de ellas, mientras que solo un 27,5% tiene una opinión negativa.

Gráfico 16. Valoración de las obras sociales

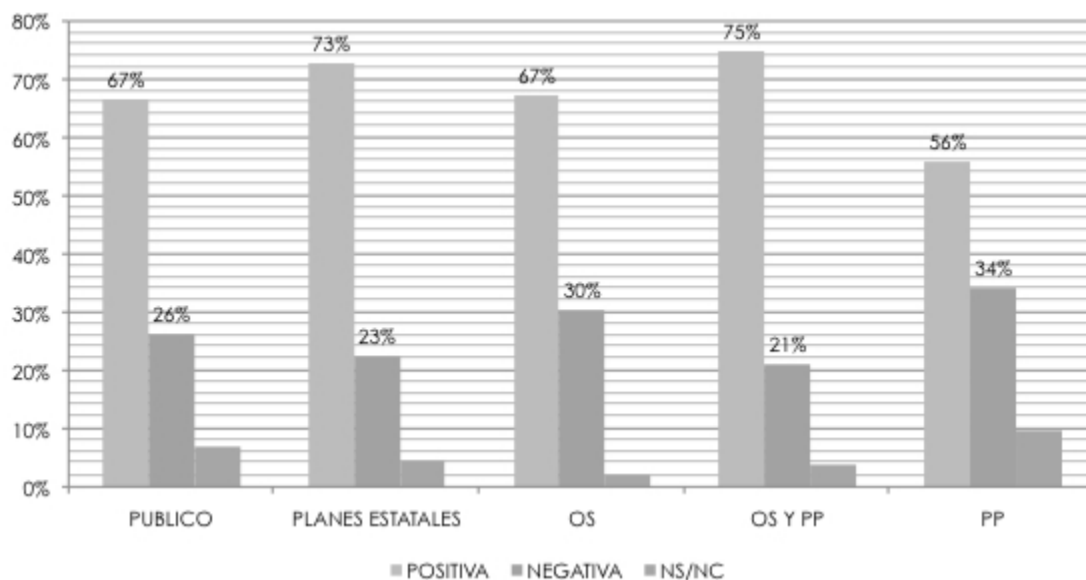


Resultados Agrupados	%
Positivos	67,5
Negativos	27,5
Ns/Nc	5

Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Estos números se mantienen constantes si analizamos la opinión de los encuestados dependiendo que sistema utilizan, con una sola excepción: entre aquellos que cuentan con un sistema de medicina prepaga, la opinión positiva acerca de las obras sociales desciende al 56%. Si bien sigue siendo mayoritariamente positiva, es considerablemente más baja que en la media.

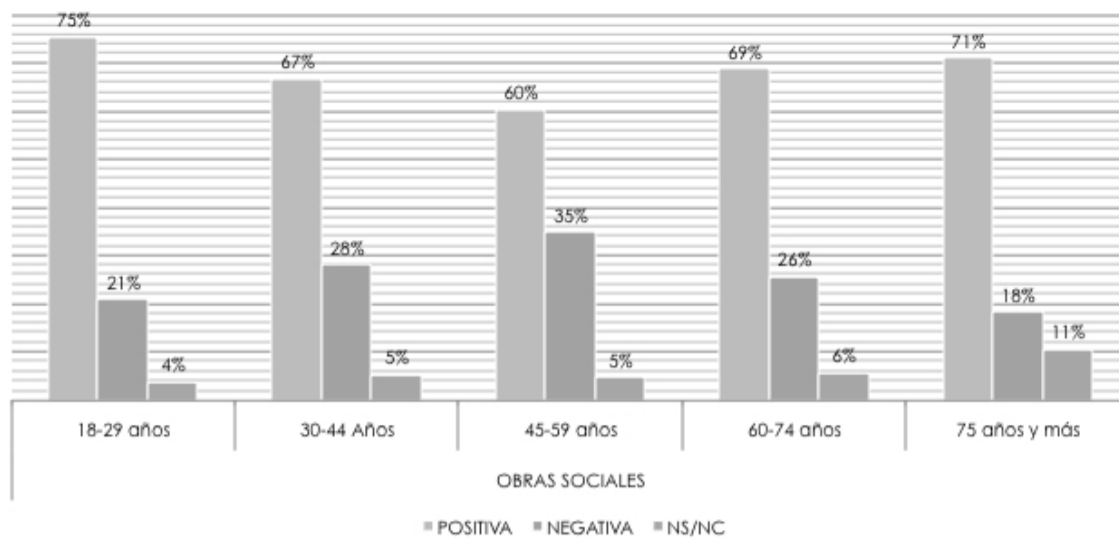
Gráfico 17. Valoración de las obras sociales según los diversos subsistemas



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Si analizamos la valoración de las obras sociales en los diferentes grupos etáreos, vemos que en casi todos ellos la misma se mantiene similar, salvo en aquellos que pertenecen a la franja etárea de 18 a 29 años. En ella, la opinión positiva de las obras sociales sube hasta 75%. Un dato interesante, y a la vez lógico, es que de acuerdo a cómo caracterizan su estado de salud en el último año, los encuestados varían el nivel de aprobación acerca de las obras sociales. A peor estado salud, peor es la aprobación del sistema de obras sociales (un dato a tener en cuenta es que esta valoración positiva general no es de los usuarios de este sistema en particular, sino de todos los entrevistados).

Gráfico 18. Valoración de las Obras Sociales según rango etario.



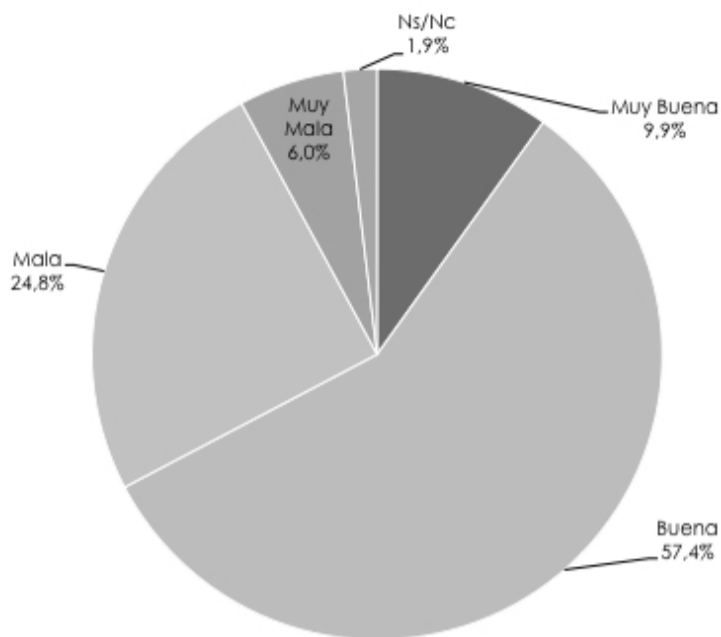
Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Sistema Público

El sistema público de salud de la Argentina está compuesto por un muy amplio y diverso conjunto de servicios (alrededor de 1500 hospitales con internación y más de 6000 centros de atención primaria sin internación), la mayoría de ellos de jurisdicción provincial. Su cobertura es universal aunque tienen una población cautiva constituida por quienes no tienen acceso a obras sociales ni a la medicina prepaga. Según el último Censo Nacional de Población y Vivienda se trata del 36,1% de la población.

La percepción de los usuarios sobre el sistema público de salud en la Argentina constituye uno de los aspectos más interesantes de la investigación. Se suele decir en la Argentina que la salud es uno de los principales problemas y que los hospitales públicos –y por ende, el Estado como responsable– están en pésimas condiciones y no cumplen los requisitos básicos de cualquier centro de salud. Sin embargo, como se observa en el Gráfico 8, consultados acerca de la opinión del sistema de salud público, un mayoritario 67,3% dijo tener una opinión positiva del mismo, mientras que solo un 30,8% dijo tener una opinión negativa del mismo.

Gráfico 19. Valoración del Sistema Público.

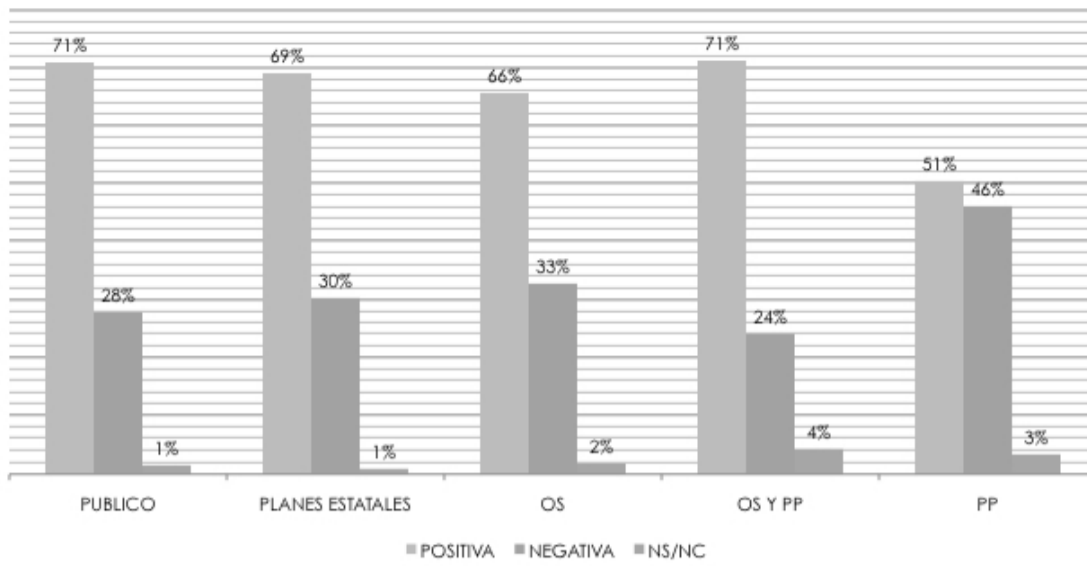


Resultados Agrupados	%
Positivos	67,3
Negativos	30,8
Ns/Nc	1,9

Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

De vuelta, al igual que con las obras sociales, los que peor opinión tienen del sistema de salud público son aquellas personas que tienen un sistema de medicina prepaga, que suele estar asociado con los segmentos más pudientes de la población. Entre ellos, el 51% tiene una opinión positiva del sistema público y el 46% tiene una opinión negativa del mismo. También es interesante que si analizamos los cortes por edad, o por estado de salud (habiendo preguntado el estado de salud en el último año) no hay grandes diferencias con la media.

Gráfico 20. Valoración del Sistema Público según los diversos subsistemas.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

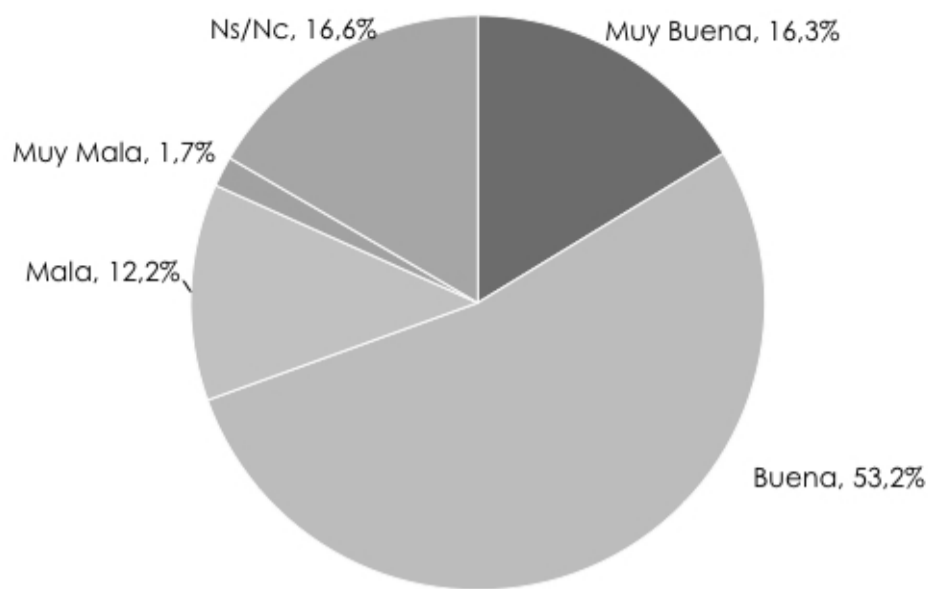
Prepagas

El sistema de medicina prepaga está integrado por un conjunto de aseguradores privados que recurren a una red privada de prestadores. Es el sector que más ha crecido durante los últimos años, tanto en términos de cobertura como de recursos. Según los datos del Censo 2010, un 5,1% de la población, esto es 2.029.716 personas, está afiliado en forma voluntaria a una prepaga. Sin embargo, el Censo muestra un progreso de la medicina privada, que aglutina entre afiliaciones voluntarias y traspasos de obras sociales al 15,7% de la población o más de 6.000.000 de beneficiarios. Lo interesante es que el 18,5% de los que tienen cobertura de obra social, unos 4.192.827 se atiende a través de una empresa prepaga.

Esto significa que dos de cada tres personas que se atienden en prepagas provienen de las obras sociales (y traen consigo sus aportes). Los afiliados a obras sociales sindicales que optan por una entidad que tiene contratos con empresas de medicina prepaga se ubican en el 10% de la población asalariada de mayores ingresos.

El sistema de medicina prepaga tiene una aprobación del 69,5% y una desaprobación del 13,9%, una de las más bajas de todos los sistemas (Gráfico 21). Un dato interesante es que, si analizamos el desagregado por sistema de salud utilizado, vemos que los tres segmentos donde mayor aprobación tiene el sistema de medicina prepaga es entre aquellos que solo tienen prepaga (87% de aprobación), entre los que tienen obra social y prepaga (86% de aprobación), y entre aquellos que dicen que cuentan con algún plan estatal (86% de aprobación), siendo este último quizás el dato más llamativo (Gráfico 22). Sin pretender asumir demasiado sobre las conductas y pensamientos de los encuestados, una hipótesis podría ser que este se debe a la creencia de que existe un sistema mejor al que no pueden acceder. Otro dato interesante es que a mayor edad, menor es la valoración positiva que se hace del sistema de medicina prepaga.

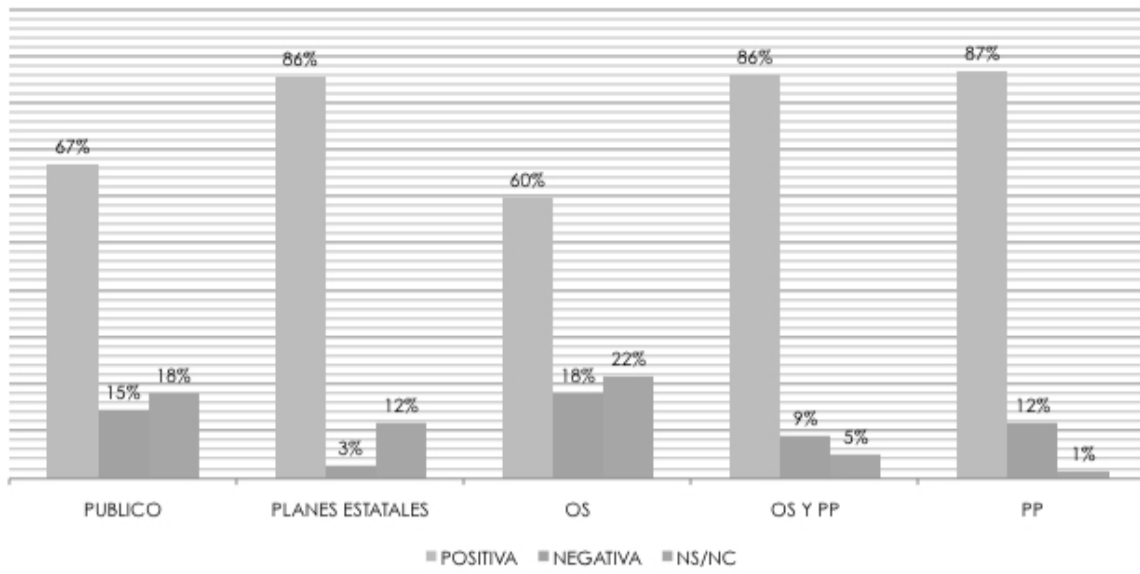
Gráfico 21. Valoración del Sistema de Medicina Prepaga



Resultados Agrupados	%
Positivos	69,5
Negativos	13,9
Ns/Nc	16,6

Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

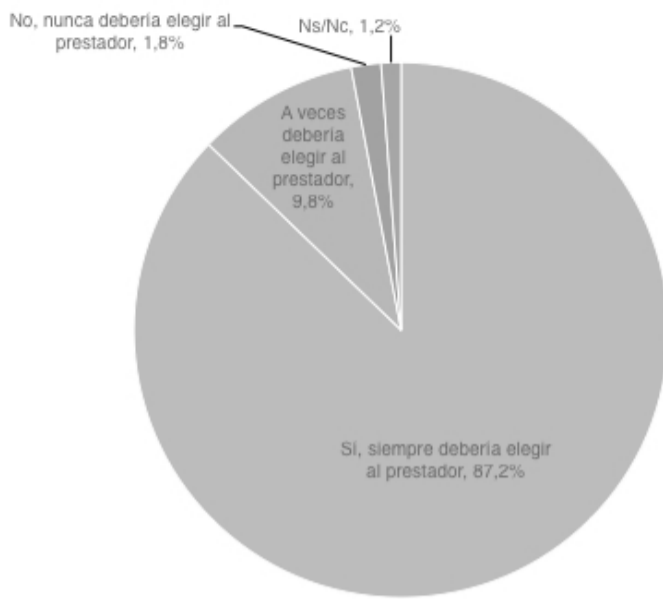
Gráfico 22. Valoración del Sistema de medicina Prepaga según los diversos subsistemas.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

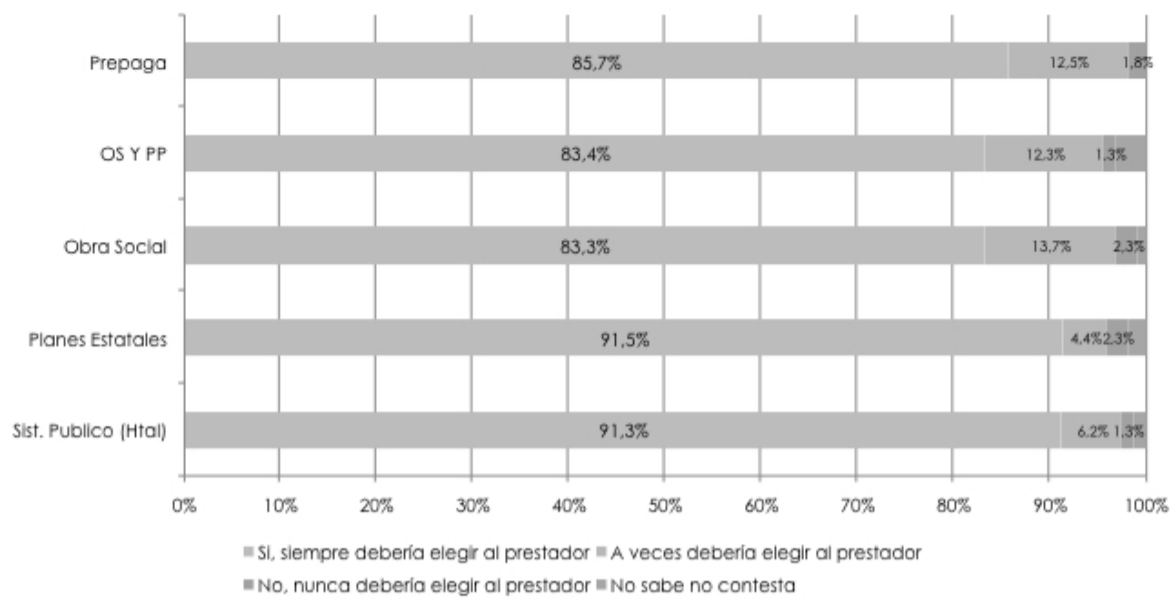
Para cerrar este pequeño apartado sobre los diferentes componentes del sistema de salud en la Argentina, parece apropiado decir que el 87,2% de los encuestados cree que como usuario del sistema de salud, siempre debería poder elegir su prestador (hospital, médico, laboratorio u otro tipo de servicios médicos), como se ve en el Gráfico 23. Estos porcentajes son incluso más altos entre aquellos que dicen tener algún tipo de plan estatal de salud o que se atienden en el sistema público de salud (91,5% y 91,3% respectivamente), como vemos en el Gráfico 24. También es una amplia mayoría, por no decir casi todos los encuestados, los que creen que cada persona debería poder elegir a su médico de confianza o cabecera.

Gráfico 23. Elección de prestadores



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

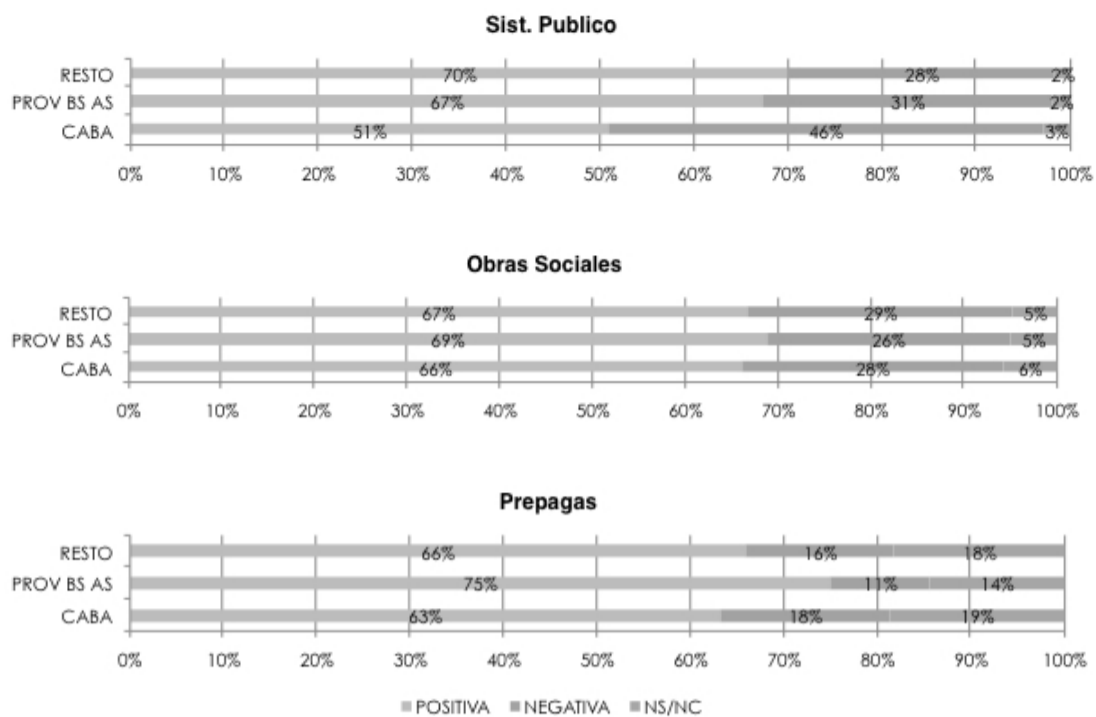
Gráfico 24. Elección de prestadores según servicio de salud.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Por otro lado, a modo de conclusión, resulta valioso realizar un análisis comparativo de las valoraciones de los usuarios de los distintos sistemas según diversas regiones del país.

Gráfico 25. Comparación de las valoraciones de los subsistemas de salud según regiones del país.



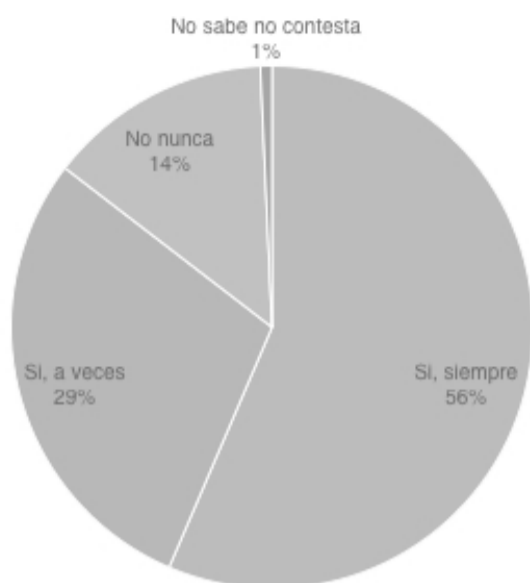
Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Utilización del Sistema de Salud

Adicionalmente a las preguntas acerca de la valoración del actual sistema, sus distintos componentes y características, también se realizó una batería de preguntas relacionada con el uso del sistema de salud actual, que nos pueden dar una aproximación a las causas del nivel de aprobación con el que cuenta el sistema.

Un dato interesante con respecto a alguna de las prácticas de los usuarios del sistema de salud es que, consultados acerca de la posibilidad de pedir una segunda opinión en caso de no quedar conforme con un diagnóstico, prognosis, etc., el 56% dice que siempre pide una segunda opinión, el 29% dice que a veces pide una segunda opinión, y el 14% dice que nunca pide una segunda opinión.

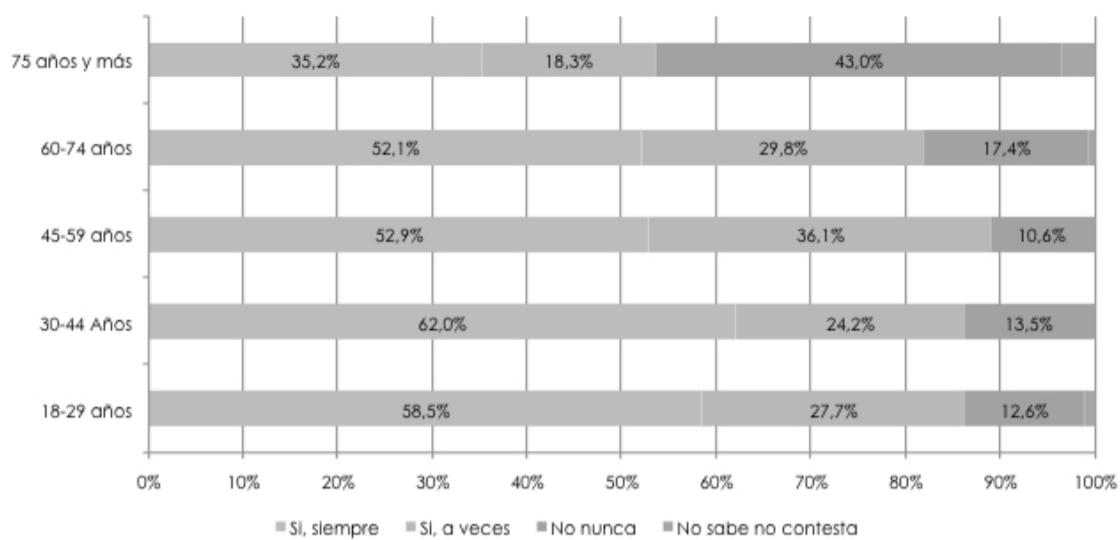
Gráfico 26. Uso del sistema. Confianza en el diagnóstico. “En general, cuando usted va a un médico y en caso que haya quedado disconforme con su atención, ¿suele ir a consultar otro médico para tener una segunda opinión?”



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Un dato de color es que entre aquellos mayores a 75 años el porcentaje de aquellos que no piden nunca una segunda opinión aumenta drásticamente, de 14% que es la media, a 43%. Esto se puede deber a diversos factores, tanto culturales como físicos, pero es sin duda un dato interesante y debería ser investigado en detenimiento.

Gráfico 27. Uso del sistema. Confianza en el diagnóstico según rango etario. “En general, cuando usted va a un médico y en caso que haya quedado disconforme con su atención, ¿suele ir a consultar otro médico para tener una segunda opinión?”



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Con respecto a las consultas realizadas en el último año por los usuarios del sistema (al momento de ser encuestados), el 19,9% dice que realizó una sola consulta o menos, el 54,9% dice que realizó de dos a cinco consultas en el último año, y el 24,9% dice que ha realizado más de 5 consultas.

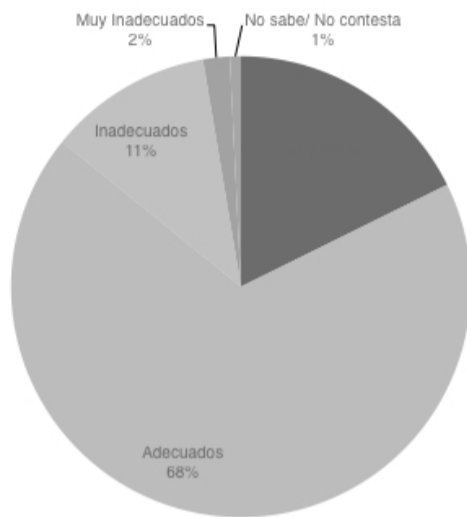
Gráfico 28. Frecuencia de consultas.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

De todos ellos, como vemos en el Gráfico 29, el 18% dijo que los horarios de consulta del lugar donde se atendió por última vez le resultaron muy adecuados, mientras que el 60% dijo que le resultaron adecuados; un 11% dijo que le resultaron inadecuados; y un 2% dijo que le resultaron muy inadecuados. Esto nos habla, a priori, de un nivel bastante alto de aprobación (86%) con relación a los horarios de consulta.

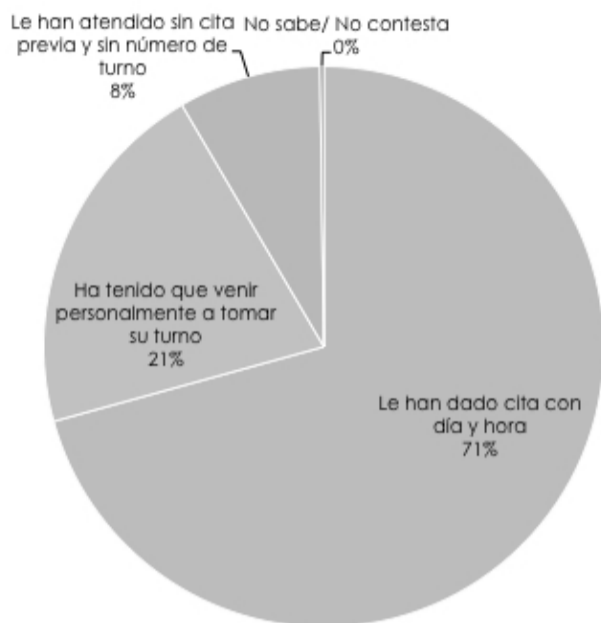
Gráfico 29. Adecuación de los horarios de consulta disponibles.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

El 71% de los que fueron a una consulta dice que fueron luego de que les dieran una cita con día y hora de consulta, mientras que el 21% dice que fue personalmente a sacar un turno; y un 8% que fue atendido sin cita ni número de turno.

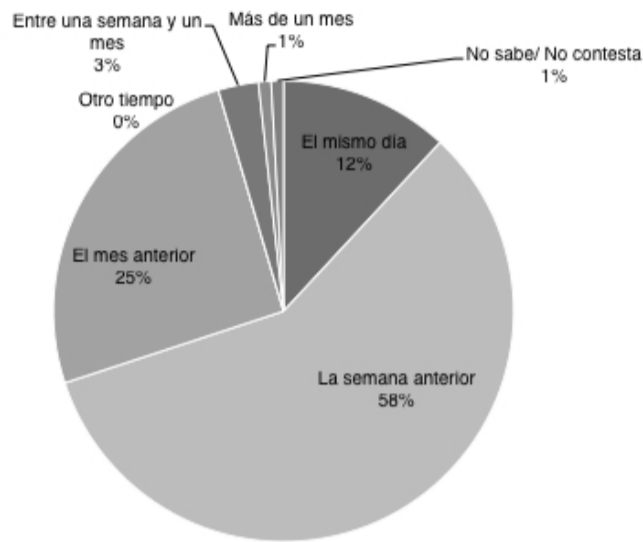
Gráfico 30. Modos de otorgamiento de turnos



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

A los que habían pedido una cita, el 12% dice que había pedido la cita ese mismo día; el 58% dice que lo había hecho la semana anterior a la consulta; el 25% dice que lo hizo el mes anterior a la consulta; el 3% que lo hizo entre una semana y un mes previo a la cita; y el 1% dice haberla pedido con mas de un mes de antelación.

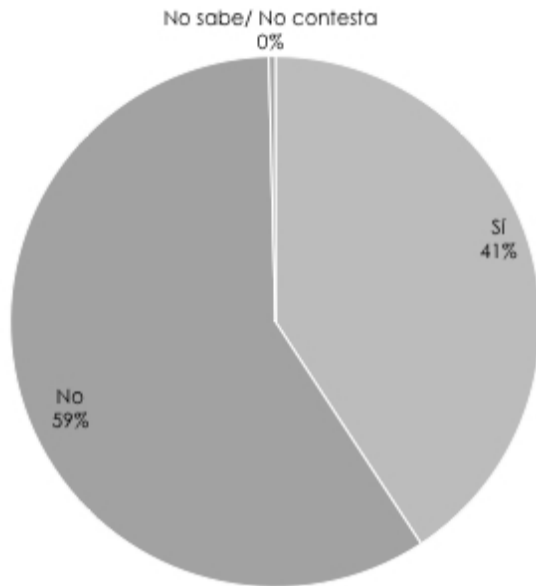
Gráfico 31. Tiempo de antelación en pedidos de citas



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Un dato interesante es que si bien habíamos visto que con respecto a los horarios de consulta había cierto consenso de aprobación, no parece ser lo mismo con respecto a los días en el que se realiza la consulta. Cuando preguntamos si le habían dado la cita para el día que la persona lo deseaba, el 41% dijo que sí, mientras que el 59% dijo que no le habían dado la cita para el día que quería (Gráfico 32). Un dato también positivo es que el 93% de los encuestados dijo que lo había atendido el mismo día para el que le habían dado el turno. Valores similares encontramos entre aquellos que fueron a sacar un turno, de ellos, solo el 42% dijo haber recibido el turno para el día que quería, mientras que el 58% dijo que no le habían dado el turno para el día que quería.

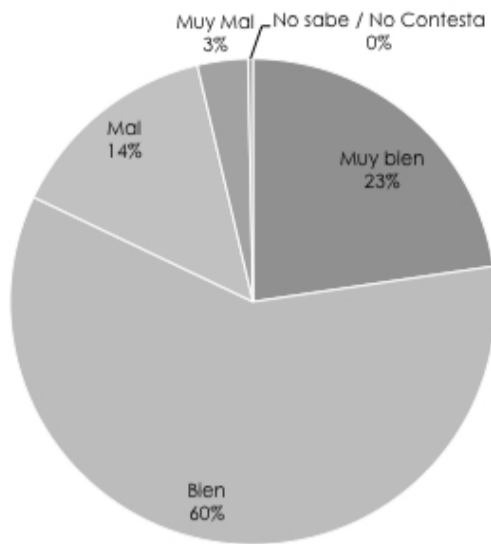
Gráfico 32. Conformidad con el otorgamiento de la cita.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

A pesar de estas pequeñas cuestiones, podemos decir que en general hay una gran aprobación por parte de los encuestados con respecto a la organización de los turnos en los centros médicos donde se atendieron. El 83% valoró positivamente la organización de los mismos, mientras que solo el 17% tenía una valoración negativa del sistema de organización de turnos.

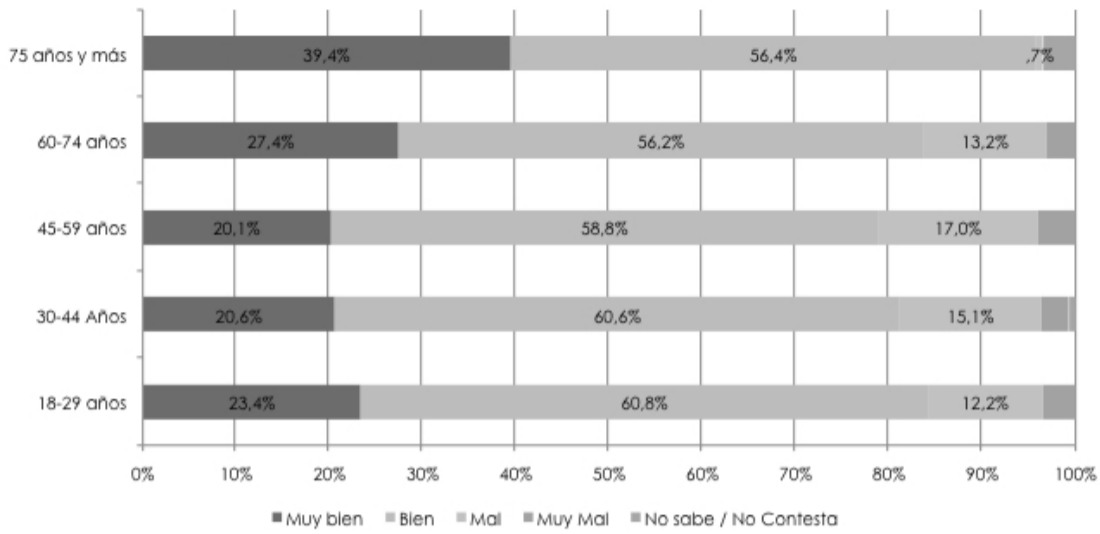
Gráfico 33. Valoración general del sistema de organización turnos.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Aquí tenemos otro dato interesante que involucra al segmento de mayores de 75 años, y es que entre ellos, el nivel de aprobación del sistema de organización de turnos es incluso mayor que la media, alcanzando cifras de alrededor de 95,8%.

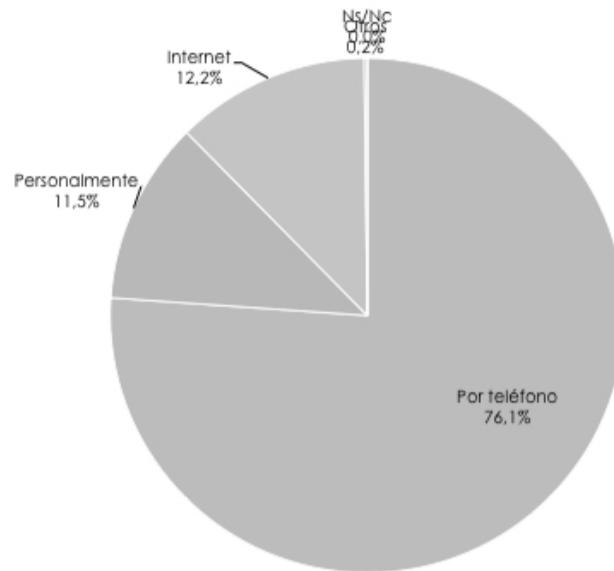
Gráfico 34. Valoración del sistema de organización turnos según rango etario.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

De entre los distintos métodos para obtener un turno, el 76,1% dijo preferir sacar un turno por teléfono; el 11,5% dijo preferir sacar el turno personalmente; el 12,2% dijo preferir sacar su turno por Internet (una cifra que es lógico presumir que crecerá a medida que las generaciones acostumbradas a vivir con la tecnología vayan creciendo).

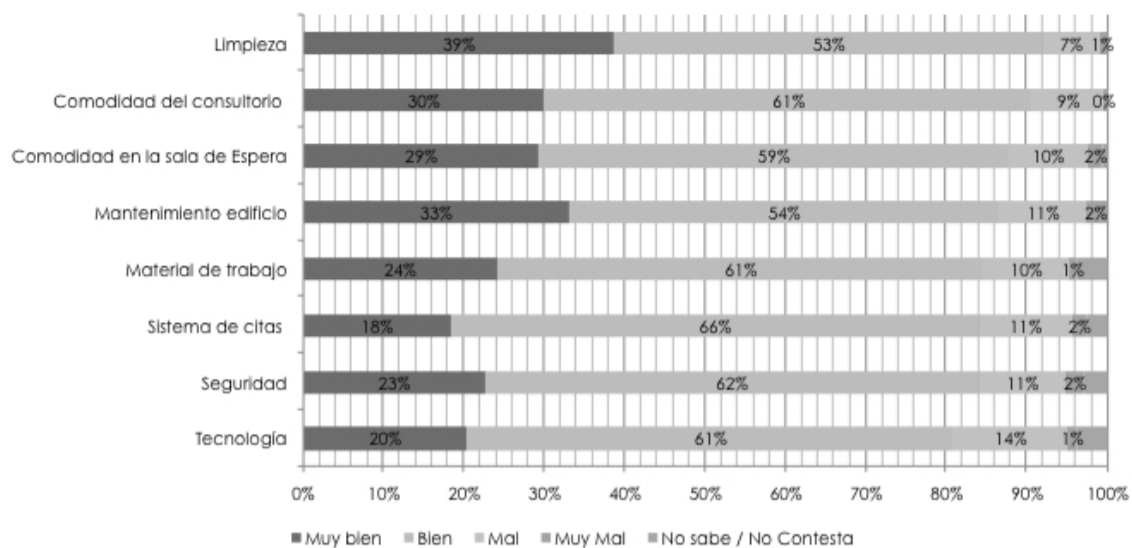
Gráfico 35. Métodos de obtención de turnos.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Otra de las variables analizadas fue la valoración general de diferentes aspectos de los centros médicos donde los encuestados se habían atendido por última vez. Ellos eran: limpieza, mantenimiento general del edificio, seguridad, comodidad en la Sala de Espera, Tecnología, Material de Trabajo disponible, Comodidad del consultorio y el sistema de citas para consultas (Gráfico 36). De vuelta, el sentido común construido con respecto a todas estas cuestiones referentes al sistema de salud nos dice que las valoraciones de ellas deben ser ampliamente negativas, sin embargo la investigación nos sugiere que esto no es así. El 92% tuvo una valoración positiva de la limpieza; el 86,5% tuvo una valoración positiva del mantenimiento general del edificio en el que se atendió; el 84,1% una valoración positiva de la seguridad; el 87,8% valoró positivamente la comodidad en la sala de espera; el 80,9% valoró positivamente la tecnología disponible; el 84,6% valoró positivamente el material de trabajo disponible; el 90,7% valoró positivamente la comodidad del consultorio donde se atendió; y el 84,1% valoró positivamente el sistema de citas para consultas médicas del lugar donde se atendió por última vez.

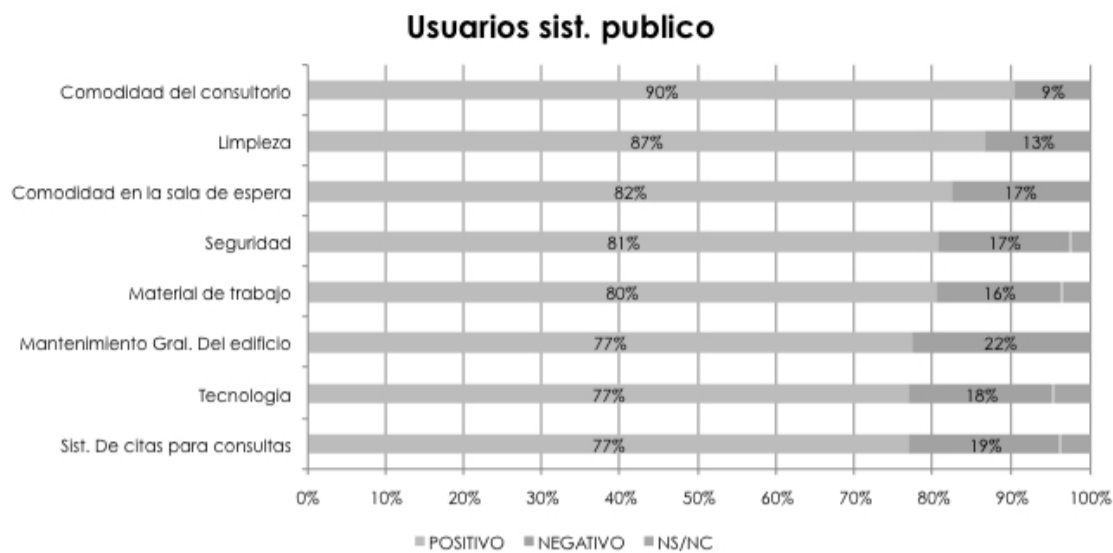
Gráfico 36. Valoración de diferentes aspectos del centro de salud donde se atendió por última vez.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

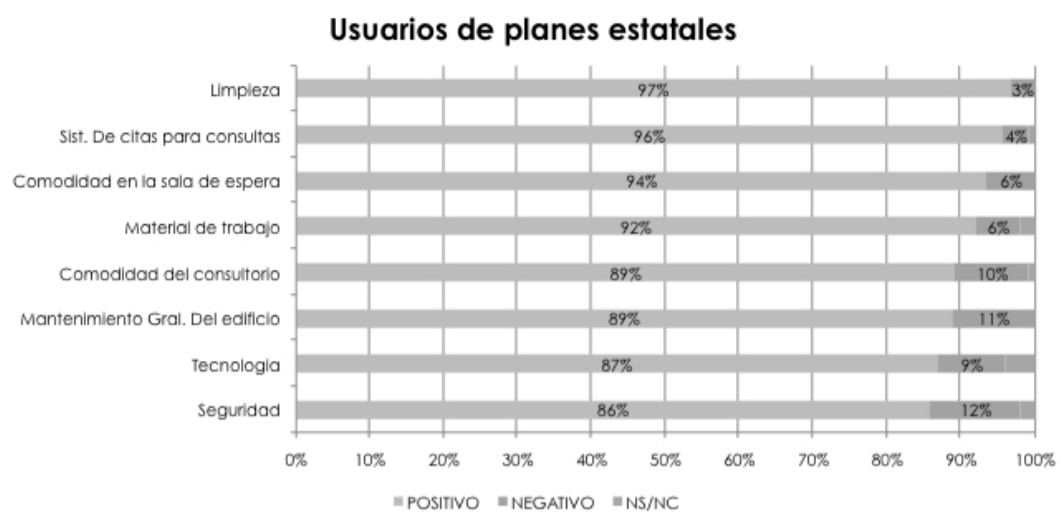
Como vemos, los números hablan por sí mismos. Y si bien uno podría creer que a medida que nos alejamos de la ciudad de Buenos Aires estos números pueden caer, la investigación nos dice que tanto en CABA como en el resto del país estas altas valoraciones positivas acerca de las distintas características de los centros a los que la gente acude se mantienen. Cuando hacemos el desagregado según los usuarios de los distintos sistemas vemos que también estas cifras se mantienen muy altas. Los usuarios del sistema público tienen en promedio una valoración un poco más baja que la media, pero las cifras siguen siendo considerablemente altas (ninguna de las características baja de 77% de valoración positiva). Esto es así tanto en los usuarios del sistema público, como en los usuarios de obras sociales y prepagas.

Gráfico 37. Valoración de diferentes aspectos del centro de salud donde se atendió por última vez según usuarios del sistema de salud público.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Gráfico 38. Valoración de diferentes aspectos del centro de salud donde se atendió por última vez según usuarios de planes estatales.



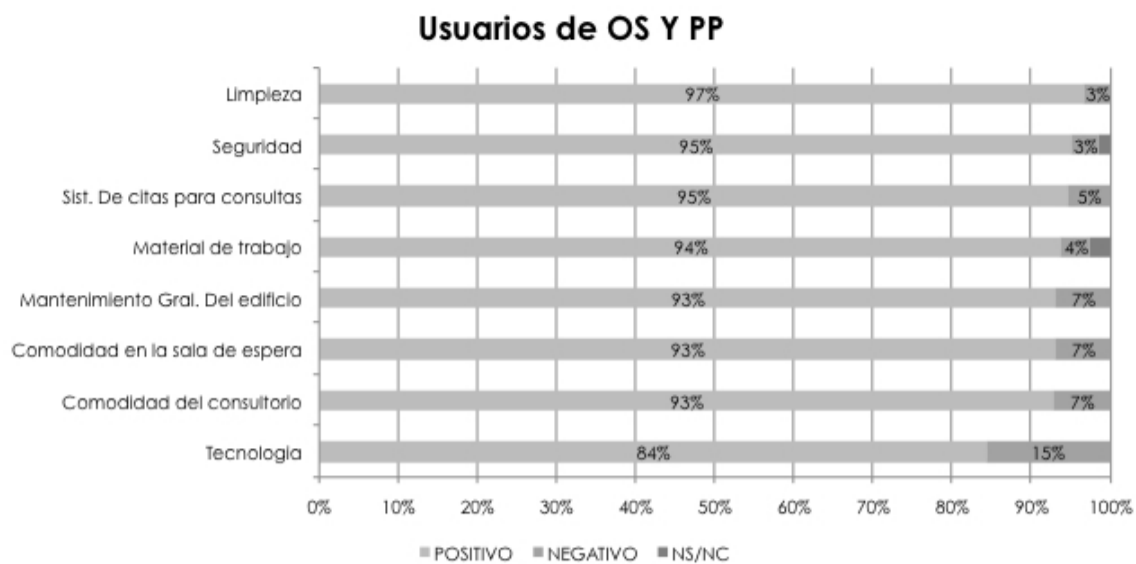
Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Gráfico 39. Valoración de diferentes aspectos del centro de salud donde se atendió por última vez según usuarios de y Obras Sociales.



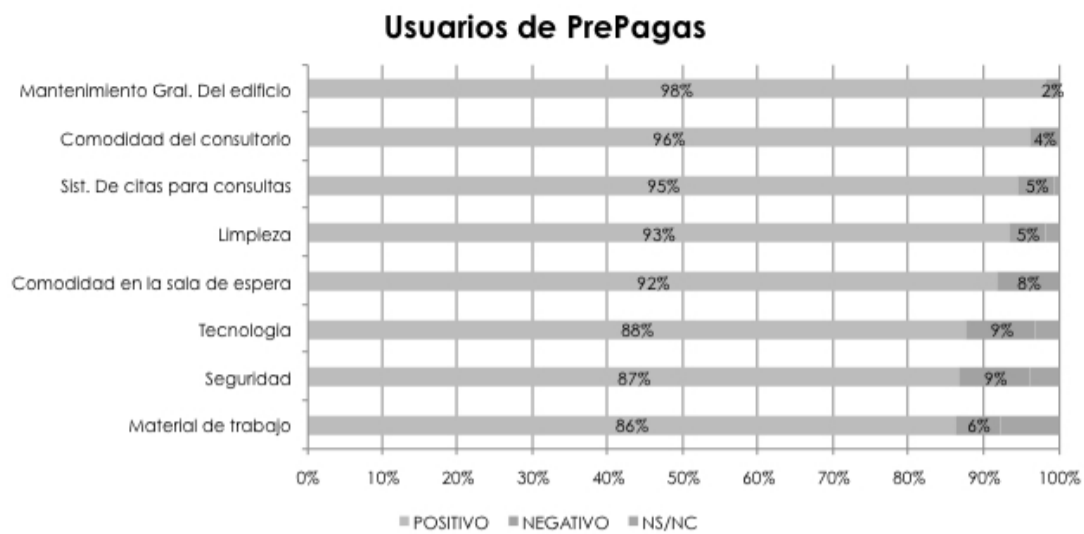
Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Gráfico 40. Valoración de diferentes aspectos del centro de salud donde se atendió por última vez según usuarios de Prepagas y Obras Sociales



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

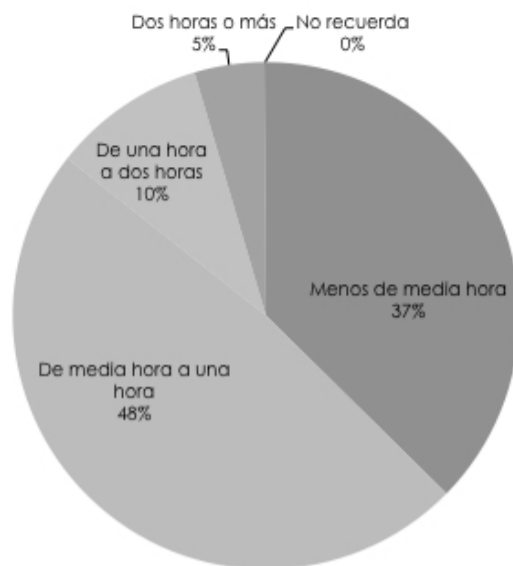
Gráfico 41. Valoración de diferentes aspectos del centro de salud donde se atendió por última vez según usuarios de Prepagas.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Ahora entramos en uno de los apartados importantes de la investigación, que son los médicos. Para analizar el nivel de satisfacción de los encuestados con los médicos se consideraron distintas variables, entre ellas, el tiempo que tardaron en atenderlo, el trato que recibió, el tiempo que le dedicaron, la claridad de la información y una serie de cuestiones mas que veremos mas adelante. Consultados acerca del tiempo que debieron esperar para ser atendidos en su última visita al médico, el 37% dijo haber esperado menos de media hora; el 48% entre media y una hora; el 10% entre una y dos horas; y el 5% mas de dos horas.

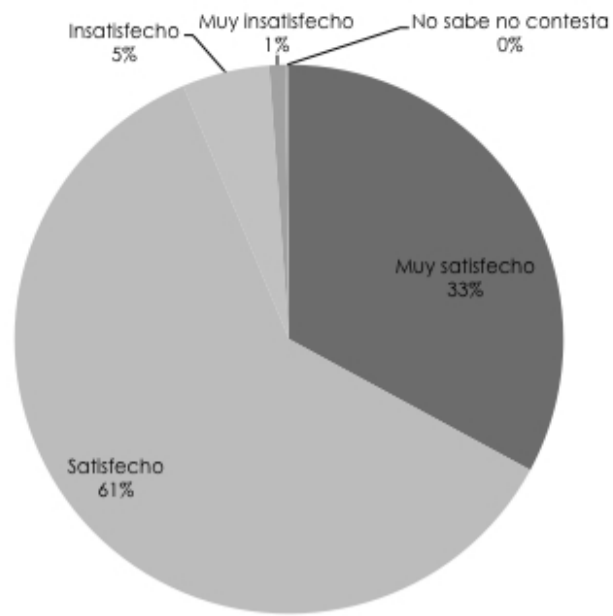
Gráfico 42. Tiempo de espera de atención.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Con respecto al trato que recibieron de sus médicos en sus últimas visitas, como vemos en el Gráfico 12, el 33% dijo estar muy satisfecho; el 61% satisfecho; el 5% insatisfecho; y el 1% muy insatisfecho. Como se puede empezar a apreciar, el nivel de satisfacción con los médicos en general es muy alto. Con respecto al tiempo que el médico le dedicó en su última visita, el Gráfico 12 nos muestra que el 31% de los encuestados respondieron que se quedaron muy satisfechos; el 61% que se quedaron satisfechos; el 7% que se quedaron insatisfechos; y el 1% que quedó muy insatisfecho.

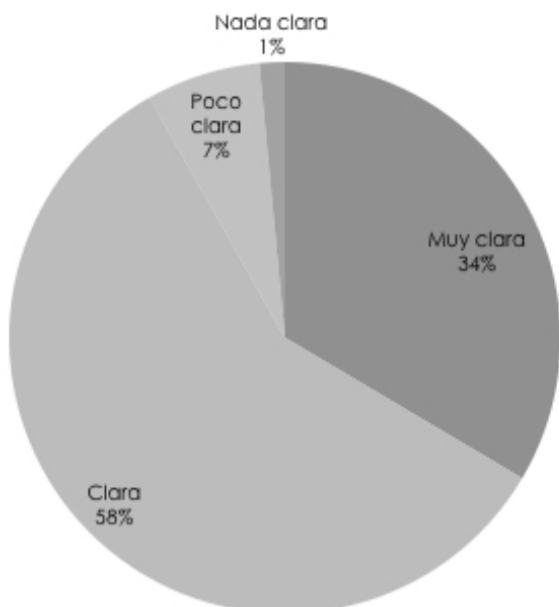
Gráfico 43. Nivel de satisfacción con el trato médico.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Con respecto a la claridad de la información que los médicos les ofrecieron a los encuestados en su última visita, el 34% dijo que la misma había sido muy clara; el 58% que había sido clara; el 7% que fue poco clara; y el 1% que no fue nada clara.

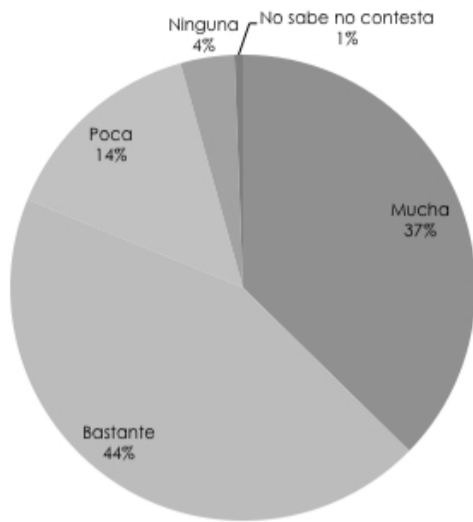
Gráfico 44. Nivel de claridad de la información recibida por parte de los médicos.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

El Gráfico 45 nos muestra que el 37% de los encuestados expresó tener mucha confianza en el médico que lo atendió por última vez; mientras que el 44% dijo tener bastante confianza; solo un 14% respondió tener poca confianza en el médico que lo atendió por última vez; y el 4% declaró no tener ninguna confianza en el médico que lo atendió.

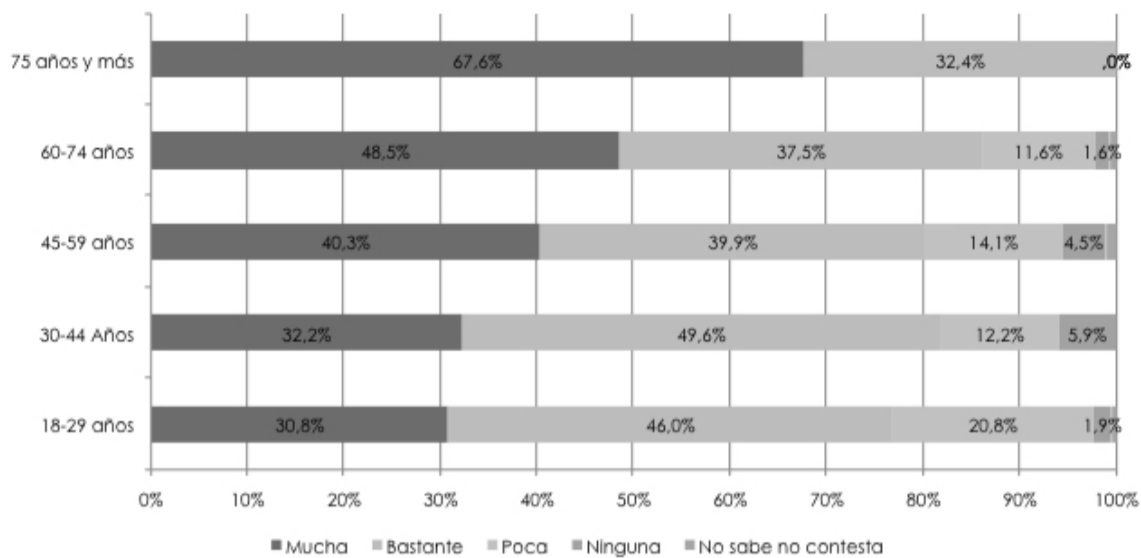
Gráfico 45. Nivel de confianza con el último médico que lo atendió.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Al igual que con otras series de variables que hemos visto previamente, un dato interesante es que el segmento de aquellos que tienen 75 años o más, el 67,6% dijo tener mucha confianza en el médico que lo atendió por última vez; y el 32,4% dijo tener bastante confianza.

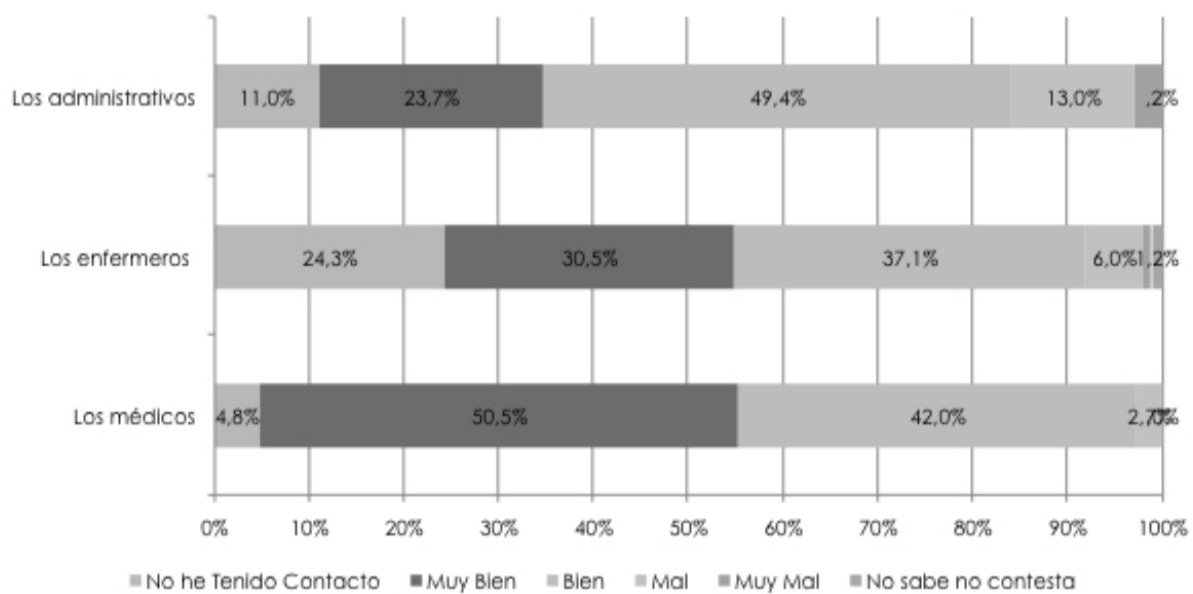
Gráfico 46. Nivel de confianza con el último médico que lo atendió según rango etario.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

De hecho, esta valoración positiva que hacen los encuestados sobre los médicos queda bien reflejada cuando analizamos la opinión de los mismos sobre el personal de los centros en donde se atendieron por última vez, como vemos a continuación en el Gráfico 47. Entre los administrativos, los enfermeros, y los médicos, son estos últimos los que mejores valoraciones se llevaron. El 73,1% de los encuestados respondió tener una valoración positiva de los empleados administrativos y el 13% respondió tener una valoración negativa; mientras que en el caso de los enfermeros, la valoración positiva era de 67,6% y la valoración negativa era de 7,2%; en el caso de los médicos, la valoración positiva que los encuestados hicieron de ellos fue de 92,5%; y la valoración negativa fue solo de alrededor de 3%. O sea, dentro de la alta aprobación general que tienen todos los integrantes del centro de salud donde estas personas se atendieron por última vez, los médicos fueron aquellos que más alta aprobación tuvieron.

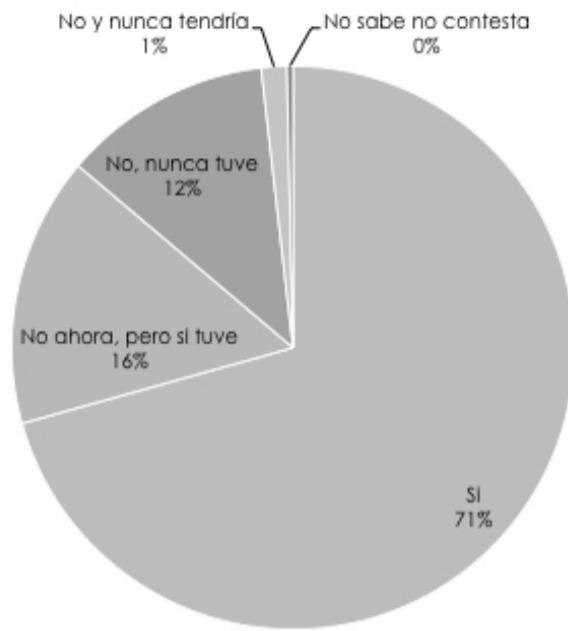
Gráfico 47. Valoración del Personal de los centros médicos



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Tan importante es la figura del médico que el 71% de los encuestados dijo tener un médico de confianza en caso de tener un problema de salud; mientras que el 16% respondió que no tenía ahora, pero que había tenido; un 12% que dijo que nunca tuvo; y solo un 1% que dijo que nunca tuvo ni nunca tendría.

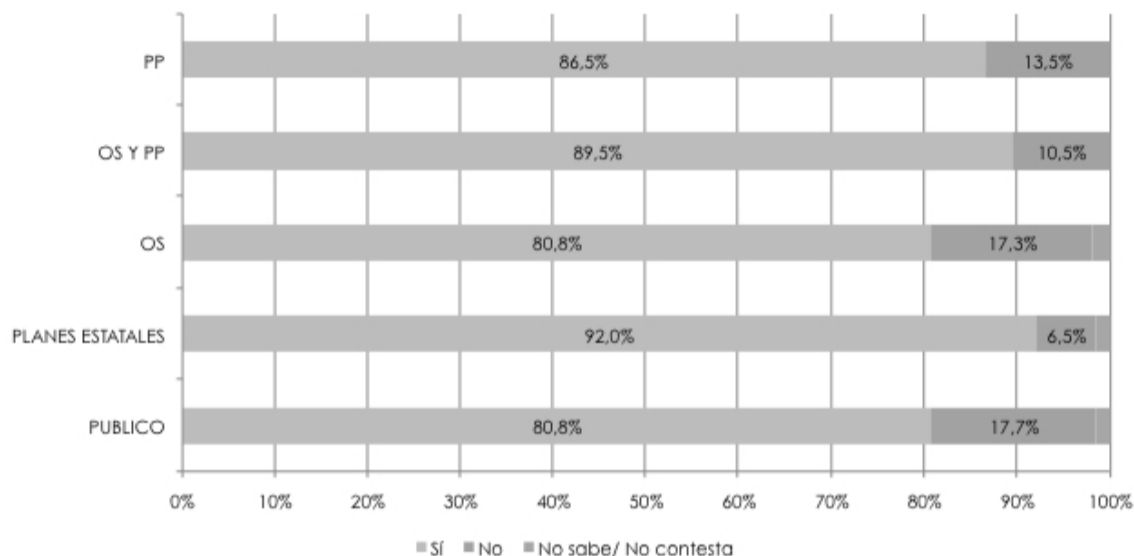
Gráfico 48. Utilización de médico de confianza



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Otro dato interesante pese a lo que se suele creer es que la amplia mayoría considera que el centro de salud en el que se atendió por última vez contaba con los recursos, medios, y elementos necesarios para satisfacer la consulta. Es interesante este dato porque choca de frente con el imaginario colectivo instalado que dice que tantos hospitales públicos, centros de salud, etc., no cuentan con los recursos necesarios para hacer su tarea, cuando vemos que la experiencia de los usuarios no es así. A tal punto que el 83% de ellos dice que el centro de salud donde se atendió sí contaba con esos recursos. El dato interesante con respecto a esta variable es que si la analizamos de acuerdo a que medio de medicina estaban suscriptos, el segmento que obtiene porcentajes más altos es el de aquellos que declaran percibir algún tipo de plan estatal como seguro médico, con un pico de 92%.

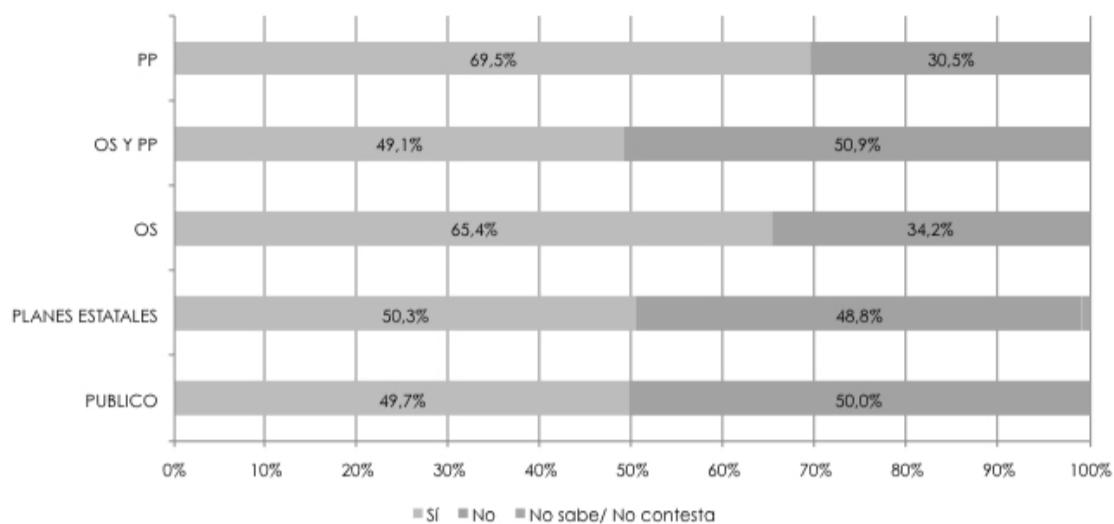
Gráfico 49. Satisfacción con la disponibilidad de los recursos necesarios para una adecuada atención según sistema de salud utilizado.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

De la misma manera que habíamos visto que una amplia mayoría de personas acude a una segunda opinión, pudimos ver que el 57% de los encuestados dice haber cambiado de médico alguna vez, mientras que el 43% dice que no ha cambiado de médico. Estos cambios se dan particularmente entre aquellos que cuentan con un servicio de prepaga (el número asciende de 57% a 69,5%); y entre aquellos que dicen tener una obra social (asciende de 57% a 65,4%).

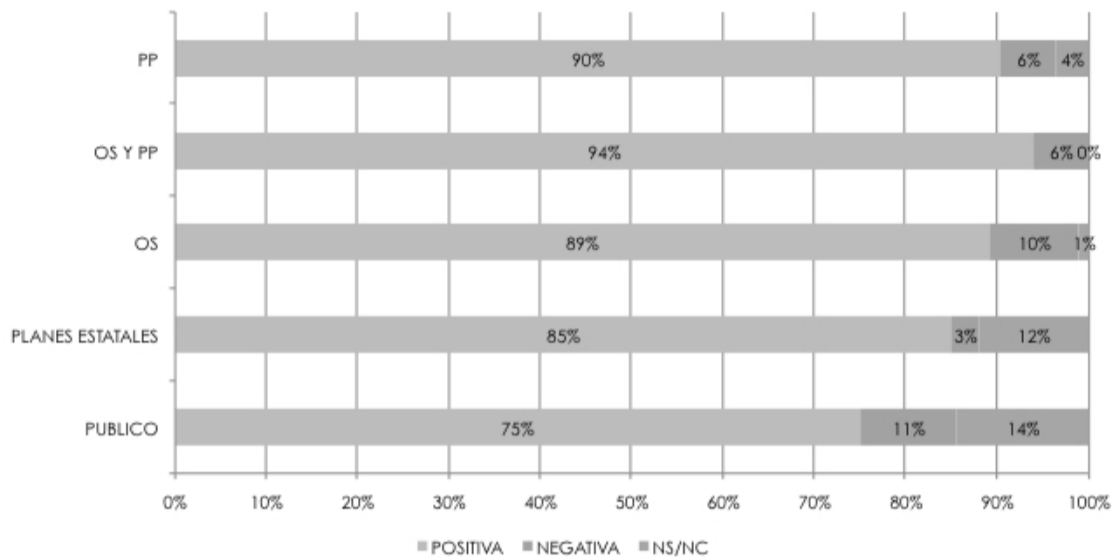
Gráfico 50. Cambio de médico según servicio de salud utilizado.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Otra de las cuestiones, menor si se quiere pero complementaria, que se analizó para entender como los argentinos utilizan el sistema de salud, tiene que ver con las consultas o comunicaciones con la institución de preferencia. Del total de los encuestados, el 42% dijo que en el último año se había comunicado con su obra social o prepaga. Como con algunas otras de las variables que hemos visto, esto se acentúa en el segmento mayor de 75 años. Cuando se les pide que califiquen la resolución de esa consulta determinada, el 33% respondió que de muy buena manera; el 52% respondió que de buena manera; el 7% respondió de mala manera; y el 1% respondió que de muy mala manera.

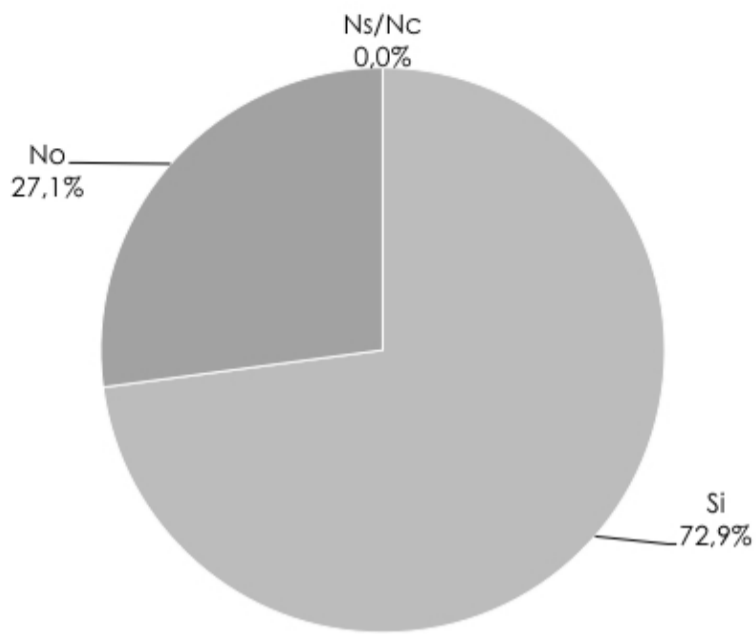
Gráfico 51. Satisfacción con la resolución de la consulta al comunicarse con la obra social o prepaga de preferencia según rango etario.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

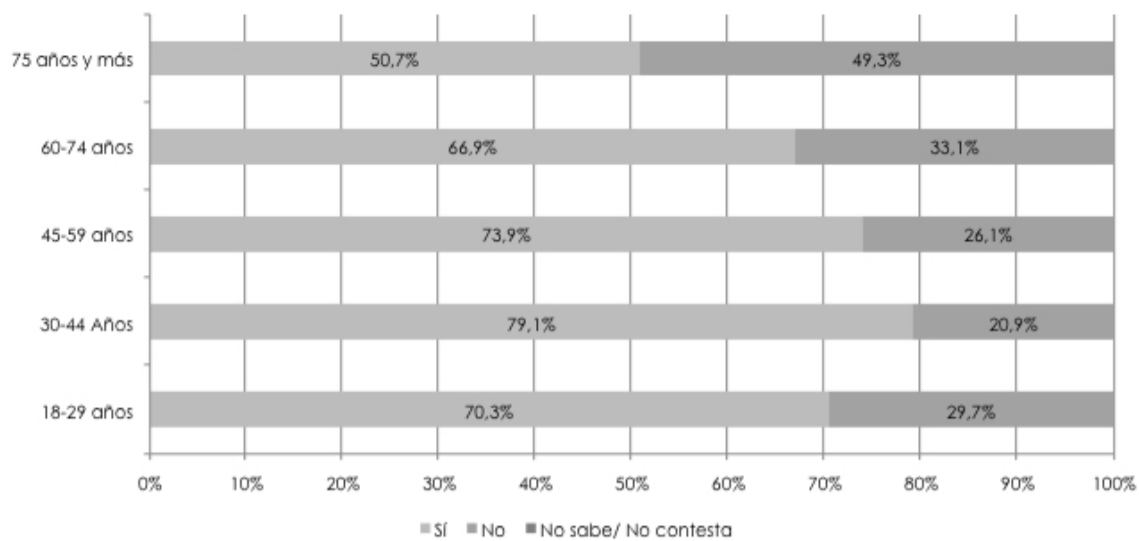
También preguntamos acerca del sistema médico de emergencia, para tener una percepción global acerca de del uso que se hace del sistema. De entre los encuestados, el 72,9% dijo que lo había utilizado (o alguna persona cercana), mientras que el 27,1% respondió no haberlo utilizado nunca.

Gráfico 52. Utilización del sistema de emergencias.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

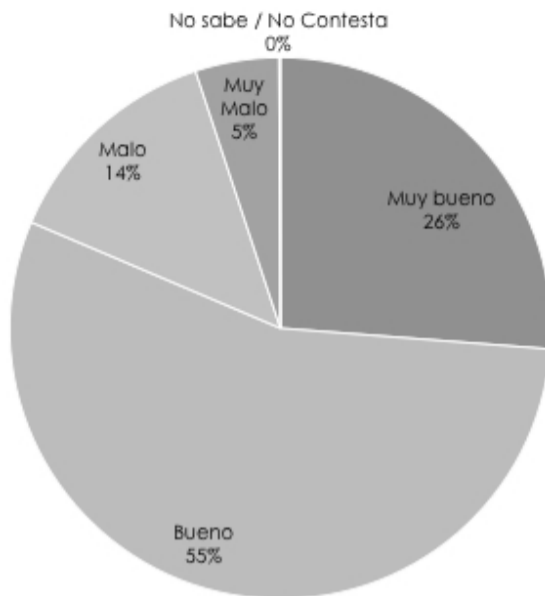
Gráfico 53. Utilización del sistema de emergencias según rango etario.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

También es interesante notar que el 81% de los encuestados respondió tener una opinión positiva acerca del servicio de emergencia y que el 83% está conforme con la respuesta de ese servicio de emergencia.

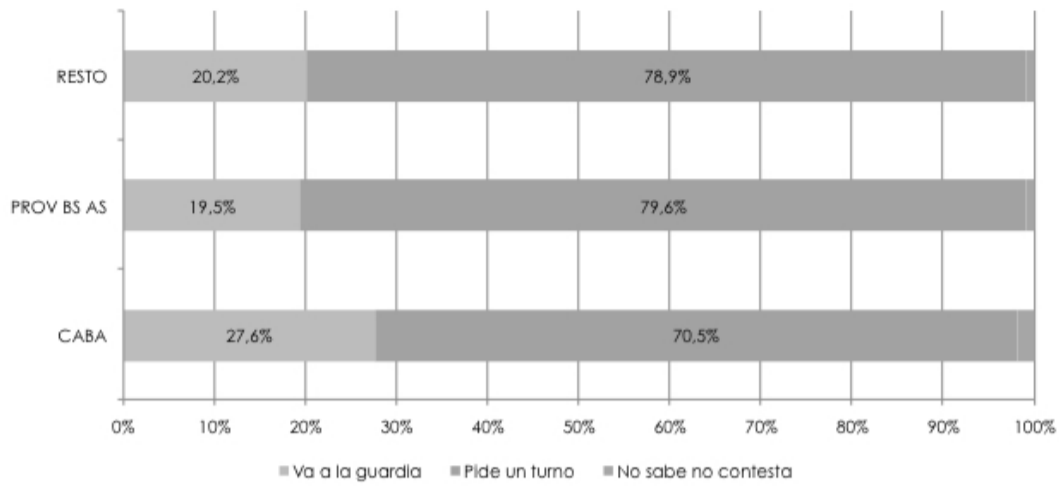
Gráfico 54. Valoración del sistema de emergencias.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Para concluir con este apartado, podemos mencionar que el 20,5% de los encuestados declaró que en caso de tener un problema de salud no urgente va a la Guardia de emergencia y que un 78,5% dijo pedir un turno en caso de tener un problema de salud no urgente.

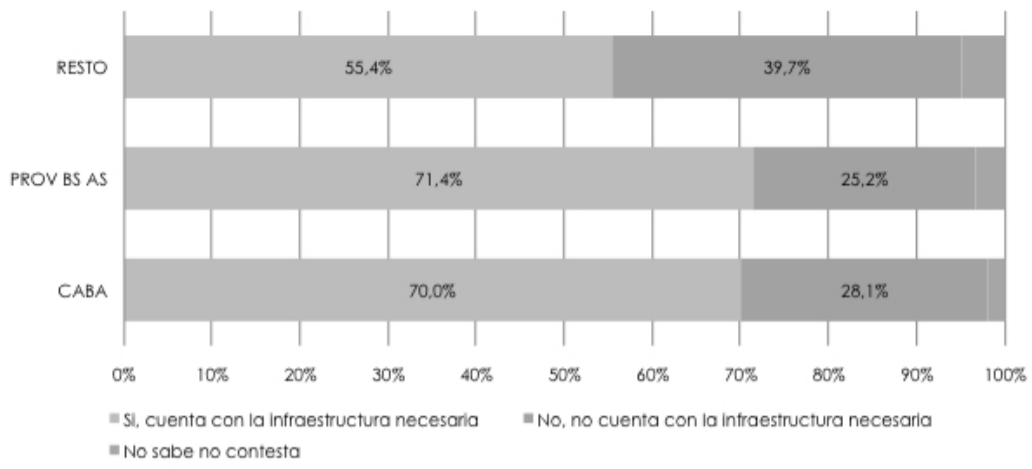
Gráfico 55. Actitud frente a un problema de salud no urgente según región del país.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Una sección que también merece especial atención es la de los centros de salud. El 87% de los encuestados dice que cuenta con un centro de salud cercano a su domicilio. Adicionalmente, los encuestados consideran que su centro de salud cuenta con la infraestructura necesaria para manejar las diferentes consultas (63%), mientras que solo un tercio de los encuestados dijo que su centro de salud no contaba con la infraestructura necesaria. Un dato interesante con respecto a este tema es que si analizamos el desagregado por zonas, considerando como zonas a la CABA, a la Provincia de Buenos Aires, y al Resto del País, vemos tanto en provincia de Buenos Aires como en CABA los porcentajes de gente que creen que su centro de salud si cuenta con la infraestructura necesaria para resolver las diferentes consultas es superior a la media (71,4% y 70% respectivamente), mientras que en el caso del Resto del País ese porcentaje es considerablemente más bajo (55,4%).

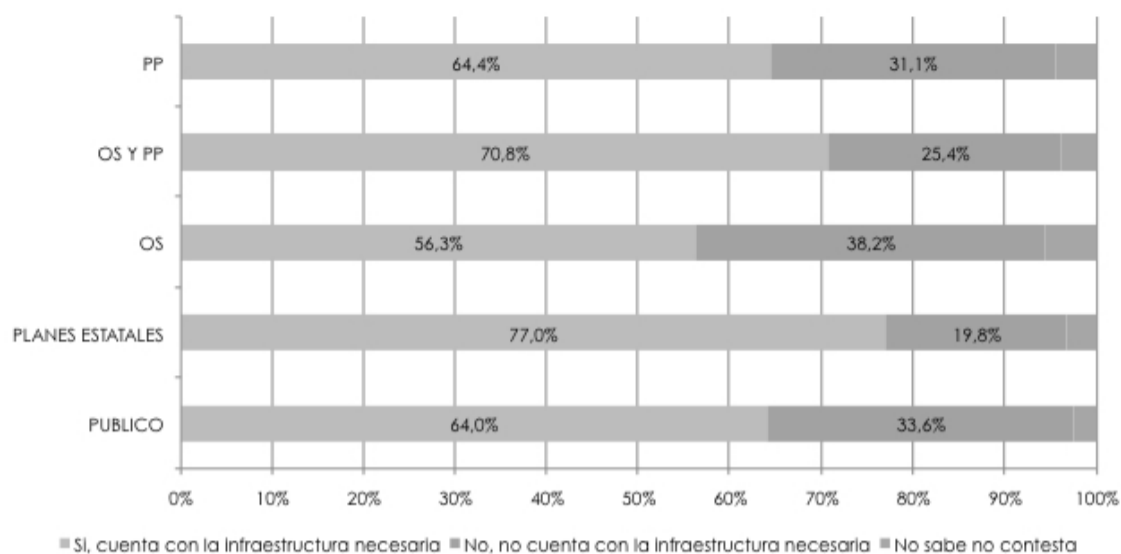
Gráfico 56. Percepción de la infraestructura necesaria en los centros médicos para resolver las consultas según región del país.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Lo mismo sucede en el caso de las respuestas de los encuestados agrupadas por tipo de servicio médico con el que cuentan. Se puede observar que el 77% de aquellos que dicen contar con algún tipo de plan estatal creen que el centro de salud donde se atienden si cuenta con la infraestructura necesaria para resolver las consultas; mientras que entre los que dicen contar con una Obra Social es solo el 56,3% los que dicen lo mismo.

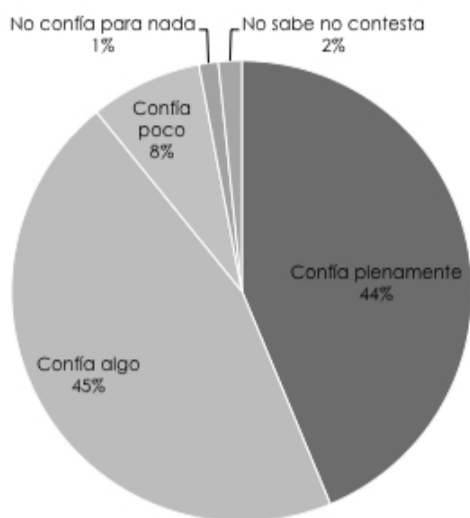
Gráfico 57. Percepción de la infraestructura necesaria en los centros médicos para resolver las consultas según sistema de salud utilizados.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Entre el total de los encuestados, el 44% expresó plena confianza en el centro de salud en el que se atiende, el 45% expresó alguna confianza; el 8% dijo tener poca confianza; y solo un 1% expreso no tener ninguna confianza en los centros de salud en los que se atienden.

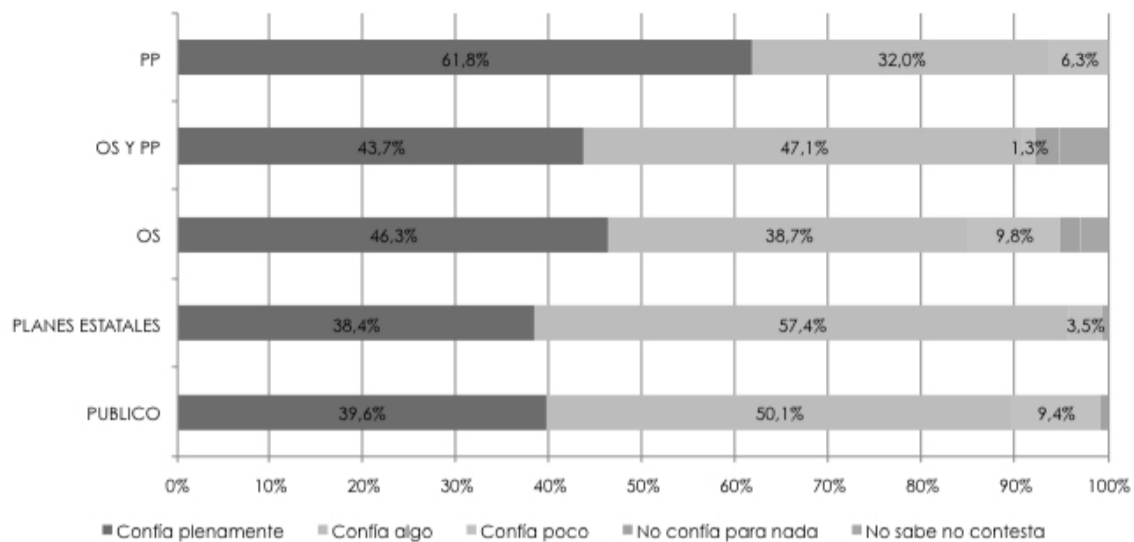
Gráfico 58. Confianza en los centros de salud.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Un dato interesante es que en el desagregado por tipo de servicio, el 61,8% de aquellos que cuentan con servicio de medicina prepaga expresó plena confianza en el centro de salud donde se atiende, un porcentaje considerablemente más alto que la media.

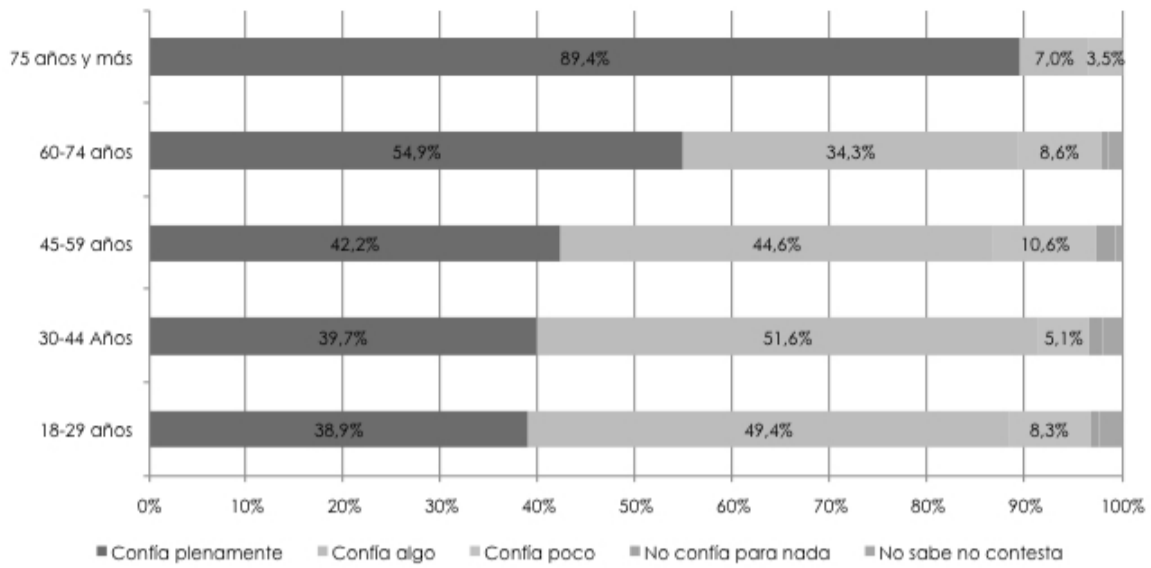
Gráfico 59. Confianza en los centros de salud según tipo de servicio.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Lo mismo sucede en el caso de las personas mayores. A mayor edad, mayor nivel de confianza en los centros de salud. Tanto es así que el 89,4% del segmento de 75 años o más dijo confiar plenamente en el centro de salud al que asiste.

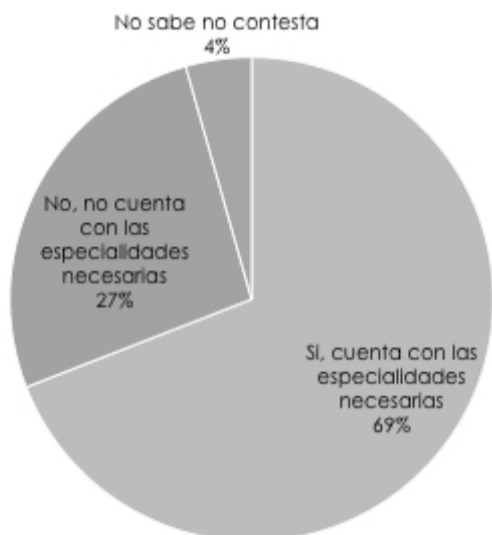
Gráfico 60. Confianza en los centros de salud según rango etario.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

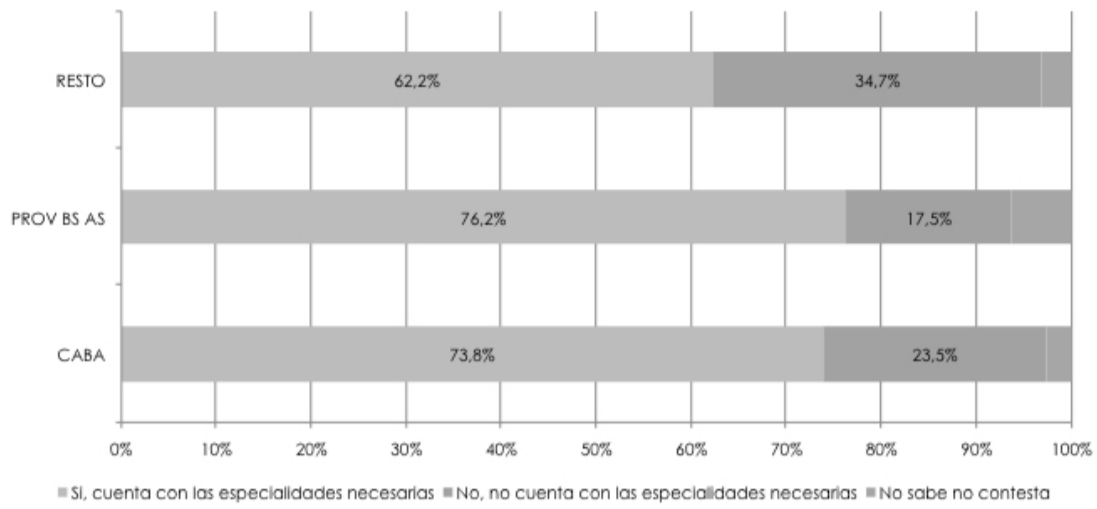
También preguntamos acerca de si los centros de salud contaban con las suficientes especialidades para hacer frente a los distintos problemas de salud que se les podrían llegar a presentar y un mayoritario 69% contestó que si, que su centro de salud contaba con las especialidades necesarias.

Gráfico 61. Satisfacción con las especialidades disponibles en los centros de salud para hacer frente los problemas de salud.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

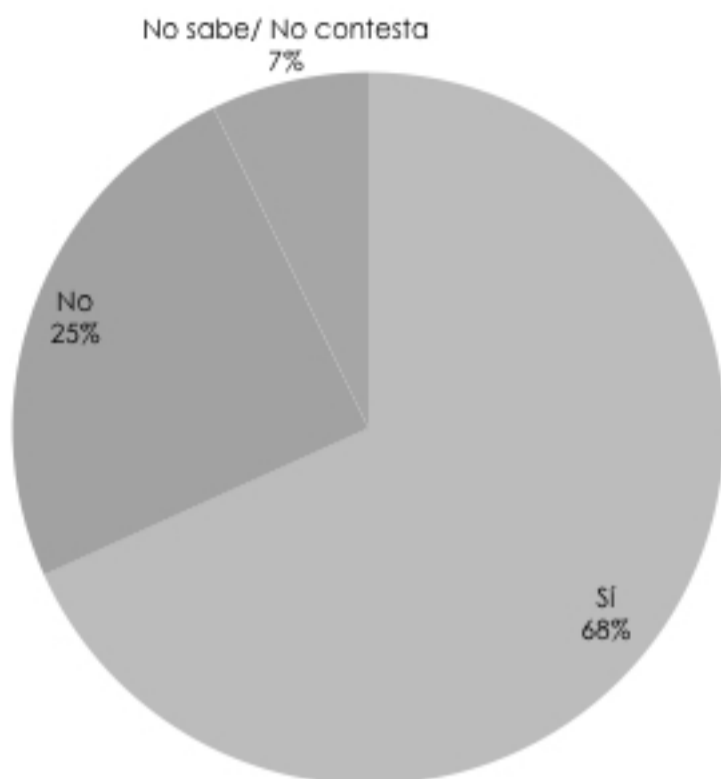
Gráfico 62. Satisfacción con las especialidades disponibles en los centros de salud para hacer frente los problemas de salud según región del país.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

El siguiente apartado en el que nos pareció interesante indagar fue acerca de los prestadores de servicios de salud. El 68% de los encuestados considera que su prestador cuenta con los suficientes recursos tecnológicos para hacer frente a sus necesidades.

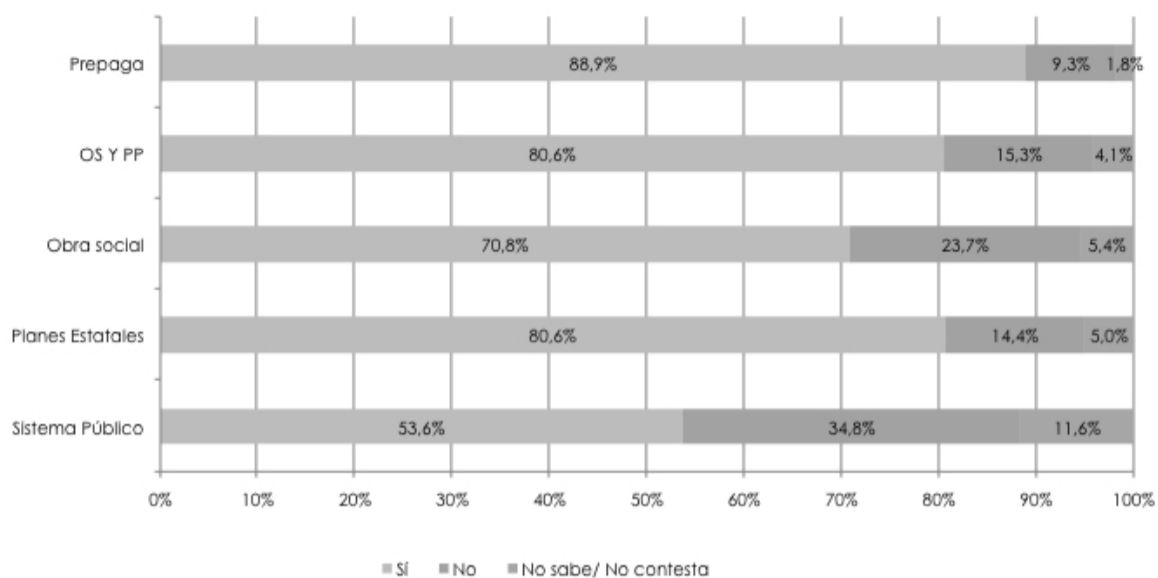
Gráfico 63. Satisfacción con los recursos tecnológicos de los prestadores de salud según tipo de prestador.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Sin embargo, estos números varían si analizamos por tipo de prestador de servicios médicos. Solo el 53,6% de aquellos que dicen utilizar el sistema público creen que su prestador cuenta con los recursos tecnológicos para hacer frente a sus necesidades. Tanto aquellos que dicen que tienen algún tipo de plan estatal, los que dicen que cuentan con Obra Social y algún sistema de medicina prepaga, y los que dicen que solo cuentan con prepaga, los que piensan que su prestador cuenta con los recursos tecnológicos necesarios asciende a 80,6%, 80,6% y 88,9% respectivamente.

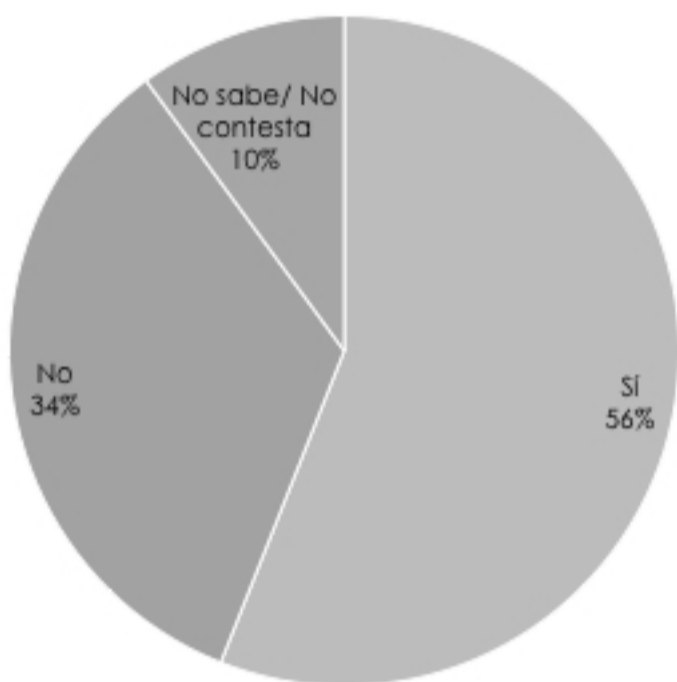
Gráfico 64. Satisfacción con los recursos tecnológicos de los prestadores de salud según tipo de prestador.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Asimismo, el 56% de los encuestados considera que su prestador cuenta con la cobertura suficiente para los medicamentos que pueda llegar a necesitar, mientras que el 34% considera que no cuenta con la cobertura necesaria.

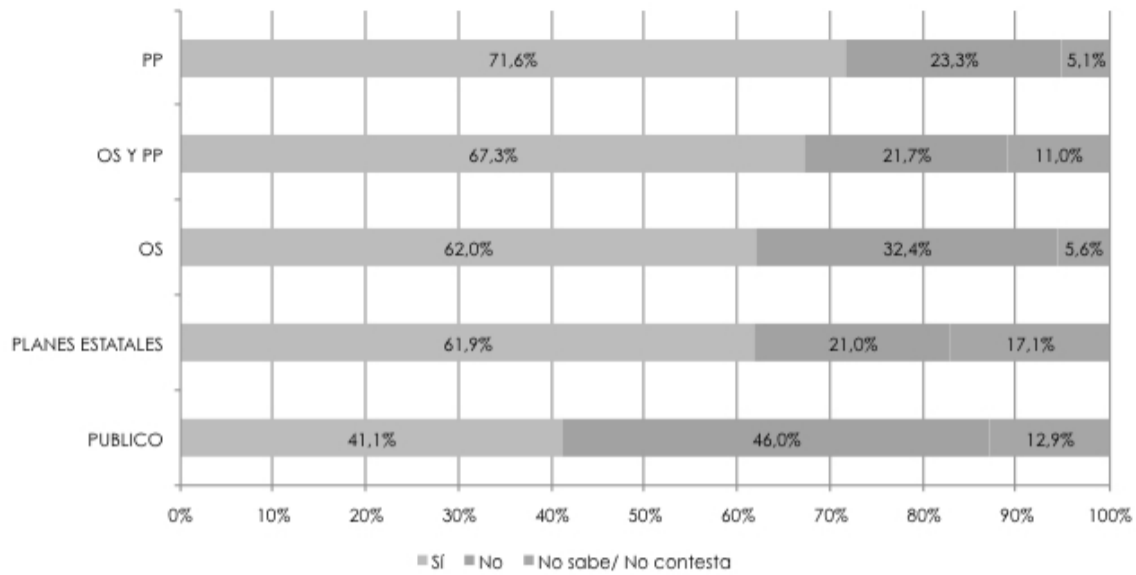
Gráfico 65. Satisfacción con la cobertura para los medicamentos por parte de los prestadores de salud. “¿Considera que su prestador cuenta con la cobertura suficiente para los medicamentos que pueda llegar a necesitar?”



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

La mayor diferencia aquí se encuentra entre los que utilizan el sistema publico (41,1% que considera que su prestador cuenta con la cobertura necesaria para los medicamentos) y entre los que cuentan con un sistema de medicina prepaga (el 71,6%) considera que su prestador cuenta con la cobertura necesaria para los medicamentos que pueda llegar a necesitar).

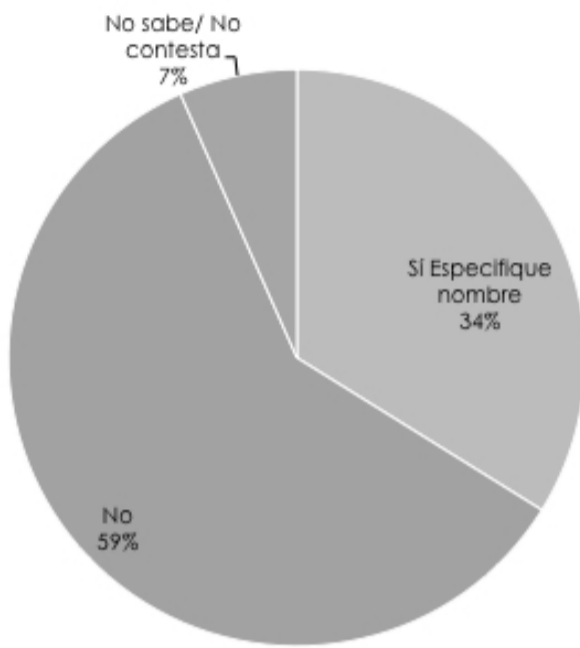
Gráfico 66. Satisfacción con la cobertura para los medicamentos por parte de los prestadores de salud según tipo de prestador. “¿Considera que su prestador cuenta con la cobertura suficiente para los medicamentos que pueda llegar a necesitar?”



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Un 34% dijo que tuvo que comprar medicamentos que no estuvieran cubiertos por su prestador, mientras que el 59% dijo que no había tenido que comprar medicamentos que no estuvieran cubiertos por su prestador.

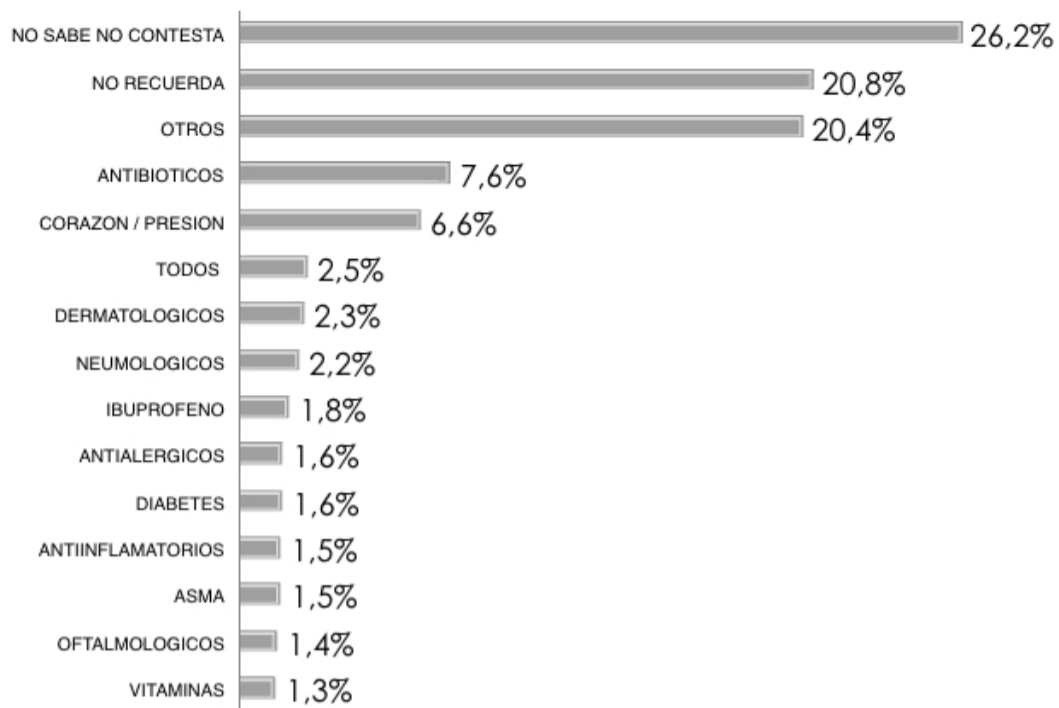
Gráfico 67. Cobertura a la hora de comprar medicamentos. ¿Ha tenido que comprar medicamentos que no estuvieran cubiertos por su prestador?



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Si bien es un porcentaje mayoritario el de aquellos que dicen que no han tenido que comprar medicamentos que no estuvieran cubiertos, a partir de la investigación sí extrapolamos que, del total de la población, un 34% cree que es un problema que amerita mayor análisis. Entre los que respondieron que debieron comprar medicamentos que no estaban cubiertos, el 46,2% no sabía o recordaba qué medicamento había sido; el 20,4% respondió que había sido otro medicamento a los ofrecidos en las opciones, pero entre las opciones, los dos primeros grupos de medicamentos que aparecen son los antibióticos y los medicamentos para el corazón/presión.

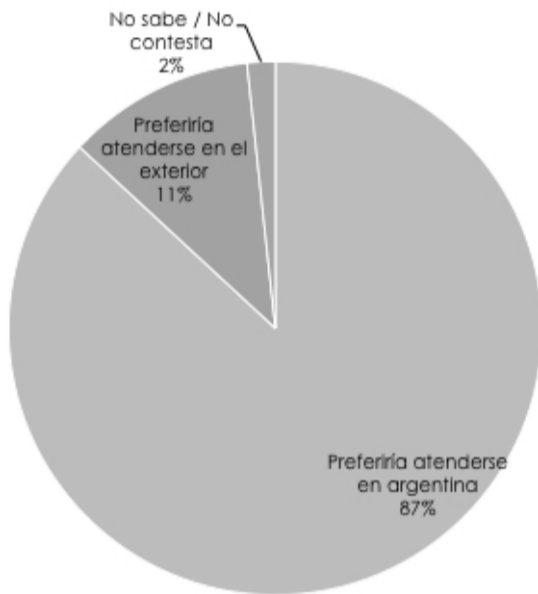
Gráfico 68. Compra de medicamentos sin cobertura. Tipos.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Para finalizar, se realizaron algunas preguntas generales con respecto a la salud en la Argentina que nos terminarán de dar una imagen completa de la percepción del sistema de salud argentino. Una cuestión que se condice con el nivel de aprobación general que hay con respecto al sistema de salud argentino es que, según se desprende de la investigación, el 87% de los encuestados dijo que en caso de sufrir una enfermedad grave y tener la posibilidad, preferiría atenderse en la Argentina, contra solo un 11% que preferiría atenderse en el exterior.

Gráfico 69. Preferencia geográfica de atención ante un problema grave.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

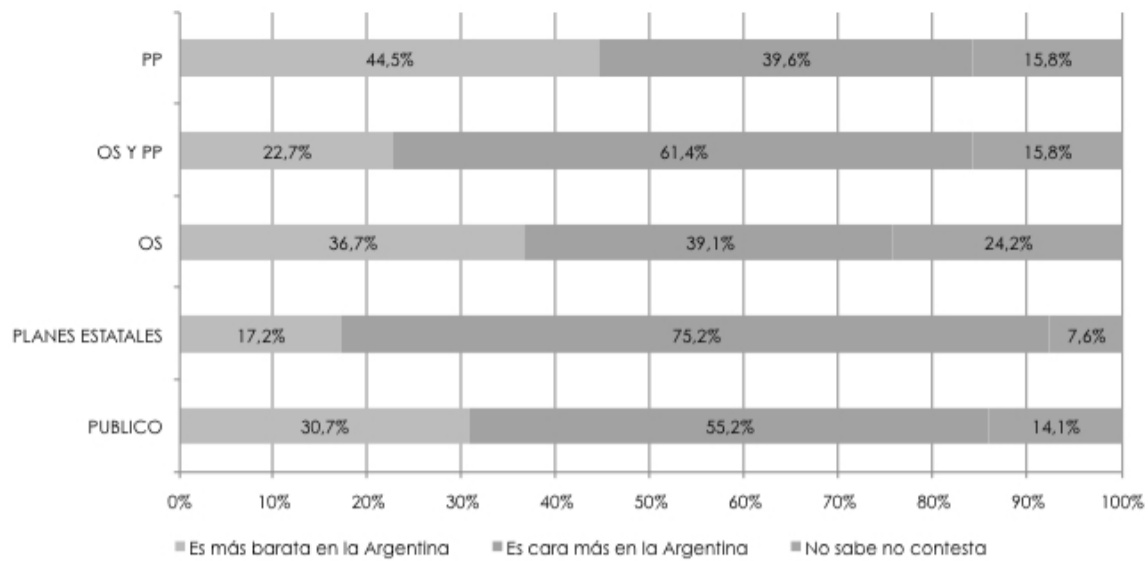
Sin embargo, consultados acerca de si la salud era más cara o más barata en la Argentina, el 31% dijo que era más barata, el 52% cree que es más cara, y el 17% no sabía. También dijo casi la totalidad de los encuestados (92%) que los medicamentos en la Argentina estaban más caros que el año anterior; y un número similar (90%) cree que estarán más caros el próximo año.

Gráfico 70. Percepción de los costos de la atención médica en general.



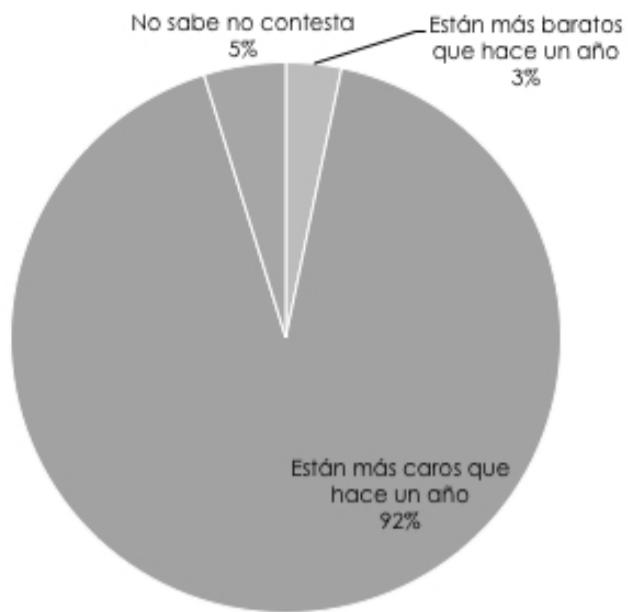
Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Gráfico 71. Percepción de los costos de la atención médica según servicio de salud utilizado.



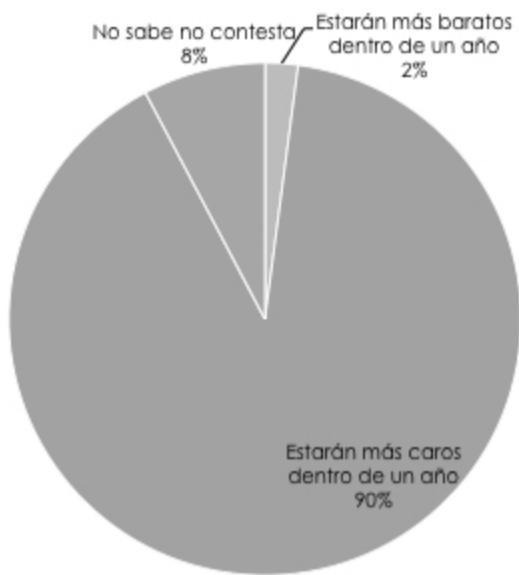
Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Gráfico 72. Percepción de los costos de los medicamentos en perspectiva.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

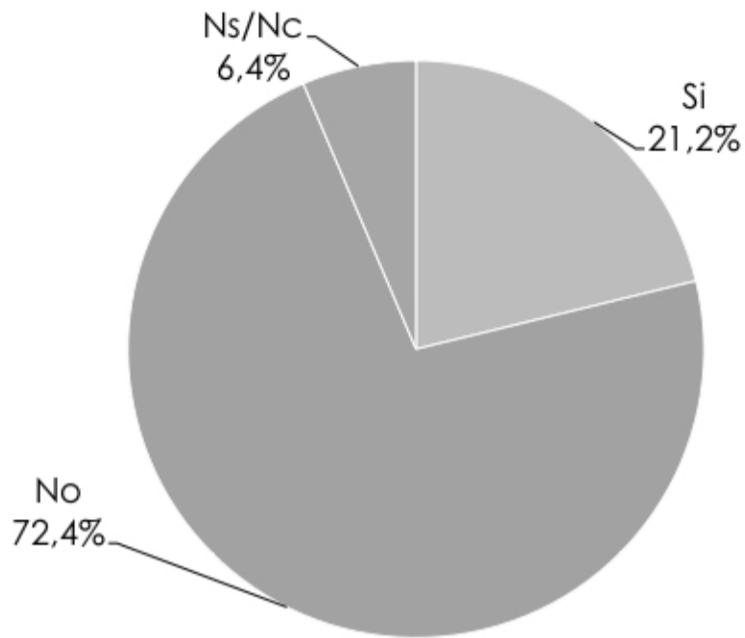
Gráfico 73. Percepción de los costos de los medicamentos en prospectiva.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Uno de los datos interesantes que surgieron de esta segunda etapa de la investigación es que cerca del 30% de los encuestados dice que debe abonar un adicional (co-pago) al momento de realizar una consulta, y que el 72% de los encuestados no estaba de acuerdo con el sistema de co-pagos.

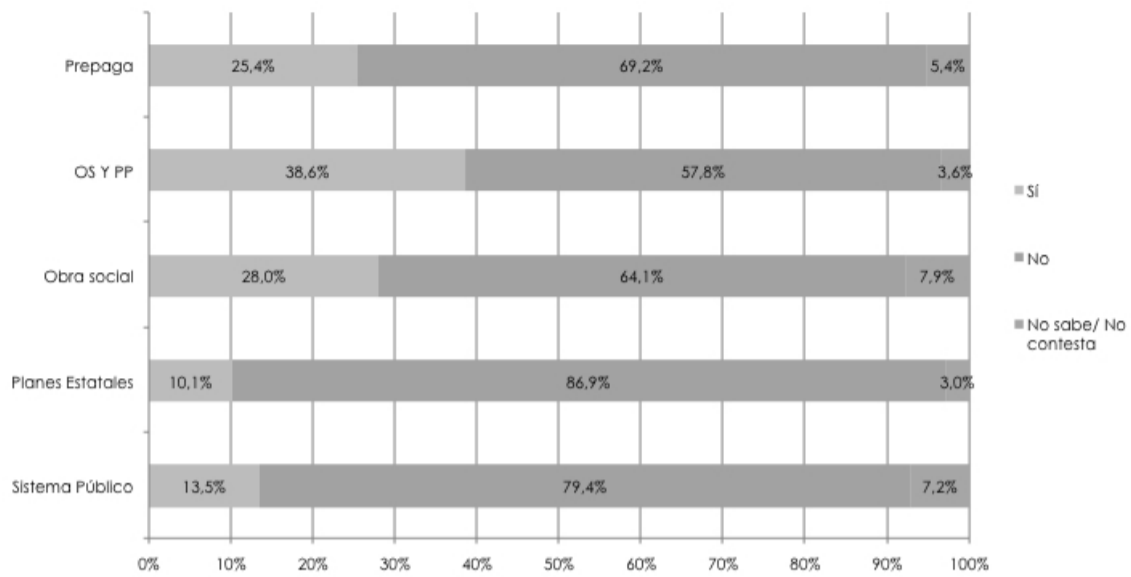
Gráfico 74. Percepción del sistema de co-pago. ¿Está de acuerdo con el sistema de Copagos?



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Un dato interesante es que es casi la misma la cantidad de gente que considera que el sistema de copagos es un costo excesivo del servicio (49%) como los que consideran que el sistema de copago implica un trámite adicional innecesario (50%).

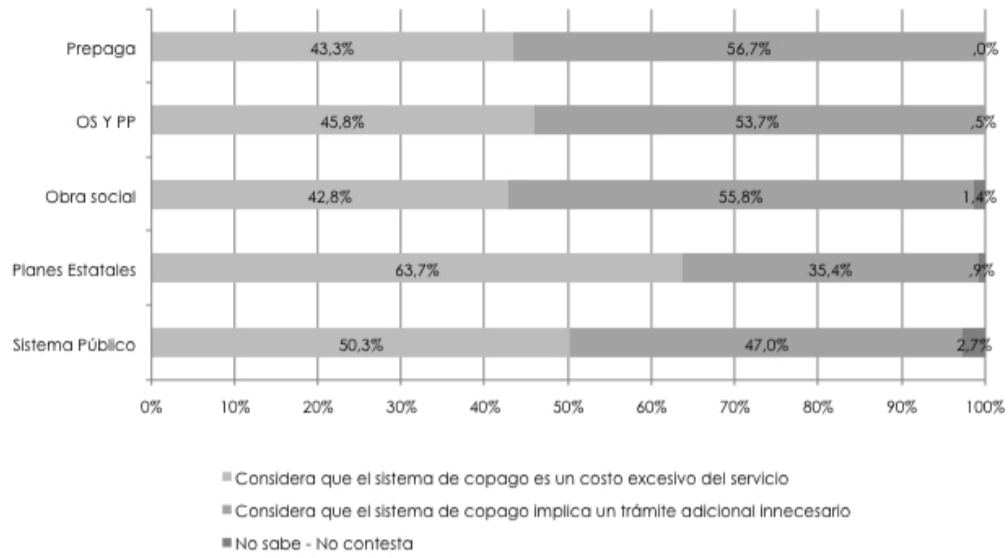
Gráfico 75. Percepción del sistema de co-pago según tipo de servicio. ¿Está de acuerdo con el sistema de Copagos?



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Hay una variación considerable para aquellos que utilizan un plan estatal con relación a su percepción del sistema de copagos, ya que el 63,7% de ellos considera que el sistema de copago es un costo excesivo.

Gráfico 76. Fundamentos de la oposición al co-pago según tipo de servicio.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

CAPÍTULO 4. ENCUESTA DE OPINIÓN A MÉDICOS

Sistema de Salud - Encuesta a médicos 2011

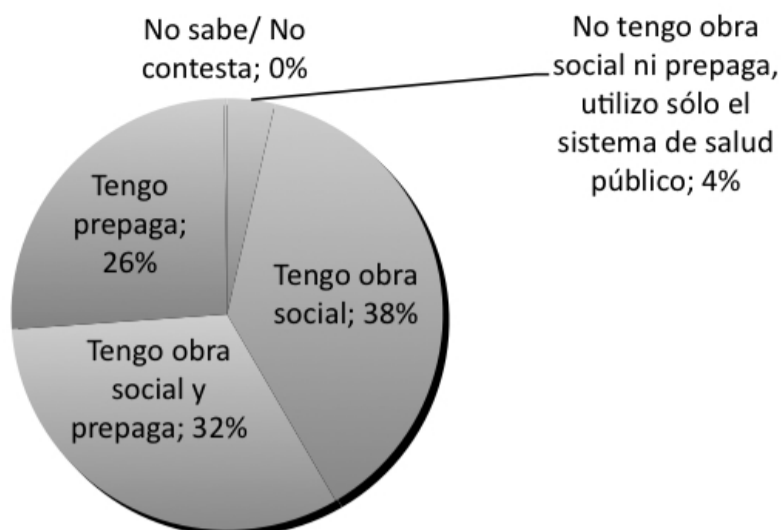
La encuesta se realizó a 400 médicos que trabajan en hospitales de la Capital Federal. El estudio se completó del 15 al 28 de julio de 2011 y posee un margen de error de +/- 4,9%, para un nivel de confianza del 95%. En el caso que amerite, se presentan los resultados de cruces que estadísticamente sean significativos¹³.

Perfil de los consultados

- Poco más de la mitad de los médicos consultados pertenece al sexo femenino (53,8%) y 46,2% pertenece al sexo masculino.
- El 13,1% son médicos de hasta 29 años de edad, 43,7% poseen entre 30 y 49 años, 34,9% poseen de 50 a 59 años y sólo 8,3% tiene 60 años o más.
- Al considerar el sistema de cobertura médica, 3,6% solamente utiliza la cobertura pública, 38% posee obra social solamente, 32,3% posee tanto obra social como una empresa prepaga de salud y 25,8% tiene solamente una empresa prepaga de salud.

¹³ La elaboración de los gráficos contienen los números redondeados para mejorar la eficacia de la lectura y la comprensión.

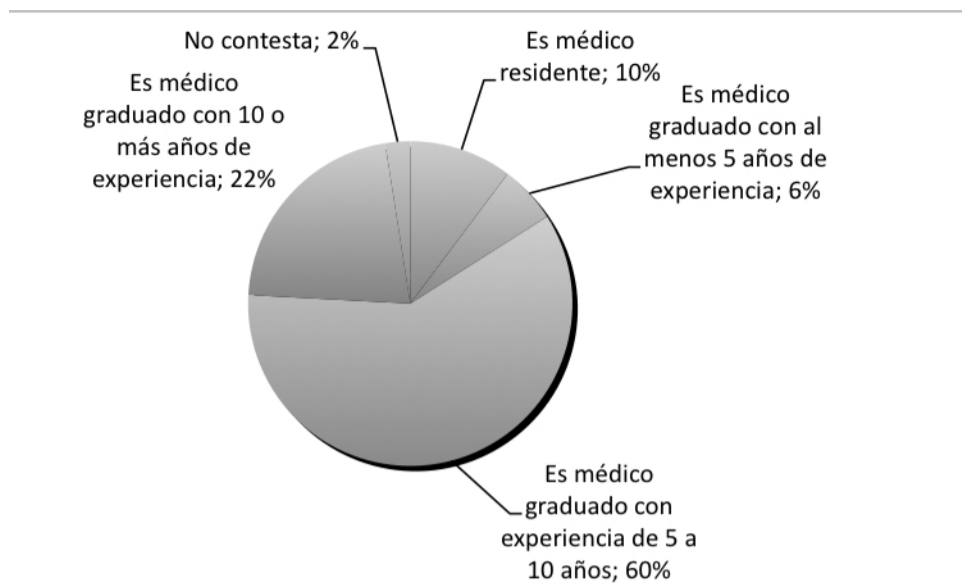
Gráfico 77. Tipo cobertura médica de los médicos



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

- El 81,5% de los médicos consultados pertenecen a algún sindicato o agrupación, mientras que el 18,3% no pertenece a dichas agrupaciones. Entre las agrupaciones más populares se destaca el 69% que pertenece a la AMM (Asociación de Médicos Municipales).
- El 39,3% de los consultados trabaja en una institución de salud, el 36,8% lo hace en dos instituciones de salud y el 21,7% lo hace en más de tres instituciones de salud.
- Del total de médicos consultados, el 15,8% ocupa un cargo directivo en algún hospital de la Ciudad de Buenos Aires, mientras que el 82,7% no lo hace.
- En cuanto a la antigüedad en la profesión, 10,3% afirma que son médicos residentes, 5,7% son médicos graduados con al menos cinco años de experiencia, 59,8% son médicos graduados con experiencia profesional de cinco a diez años y 21,7% son médicos profesionales con al menos diez años de experiencia en la profesión.

Gráfico 78. Antigüedad en la profesión



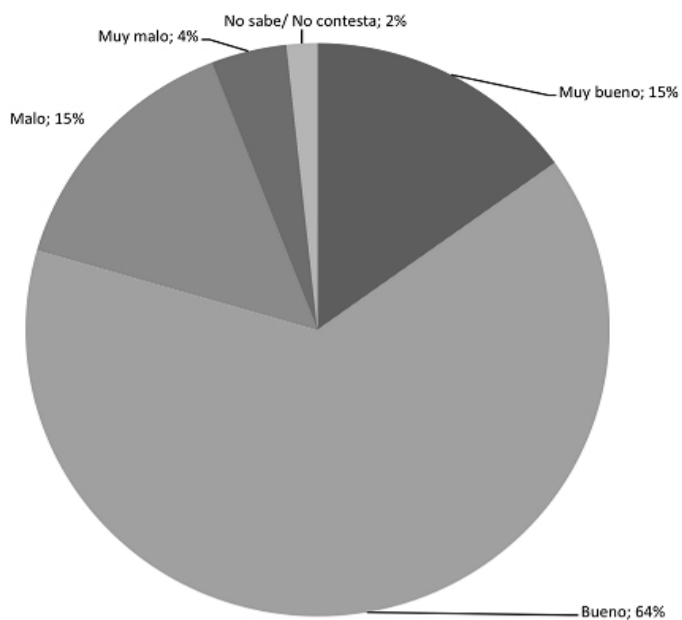
Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Evaluación del sistema de salud en general

En términos generales los médicos tienen una visión muy positiva del estado del sistema de salud argentino. Sin embargo, sólo un tercio considera que el sistema mejoró en los últimos diez años y una proporción igual se mantienen optimistas que el sistema de salud mejorará en los próximos diez años.

El 79,5% de los médicos evalúa al sistema de salud argentino como “muy bueno” o “bueno”, en comparación con el 18,8% que lo evalúa en términos de “malo” o “muy malo”.

Gráfico 79. Evaluación del sistema de salud (médicos)

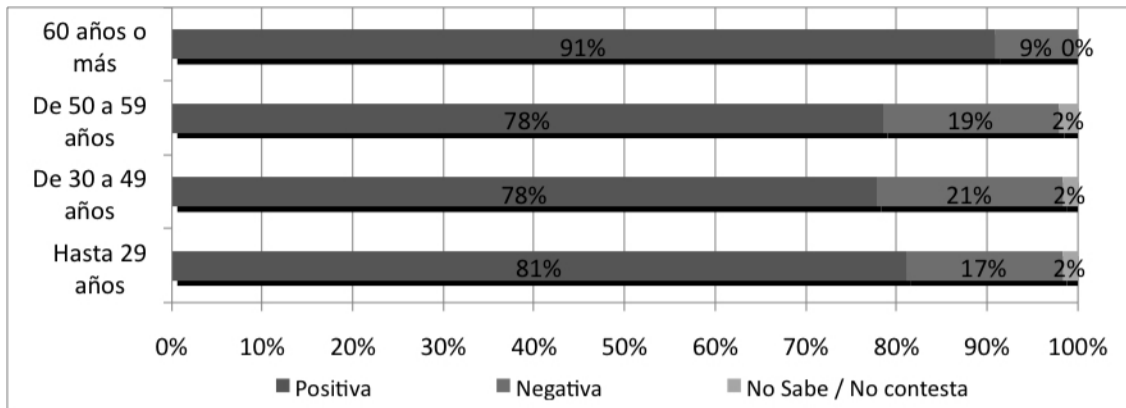


Evaluación Agrupada	%
Positiva (Muy buena + Buena)	79
Negativa (Mala + Muy mala)	19

Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Quienes tienen mayor edad (y por ende mayor experiencia en el sistema), tienen una opinión más positiva del estado actual del sistema de salud: 90,8% de los médicos que tienen 60 años o más evalúan positivamente dicho sistema.

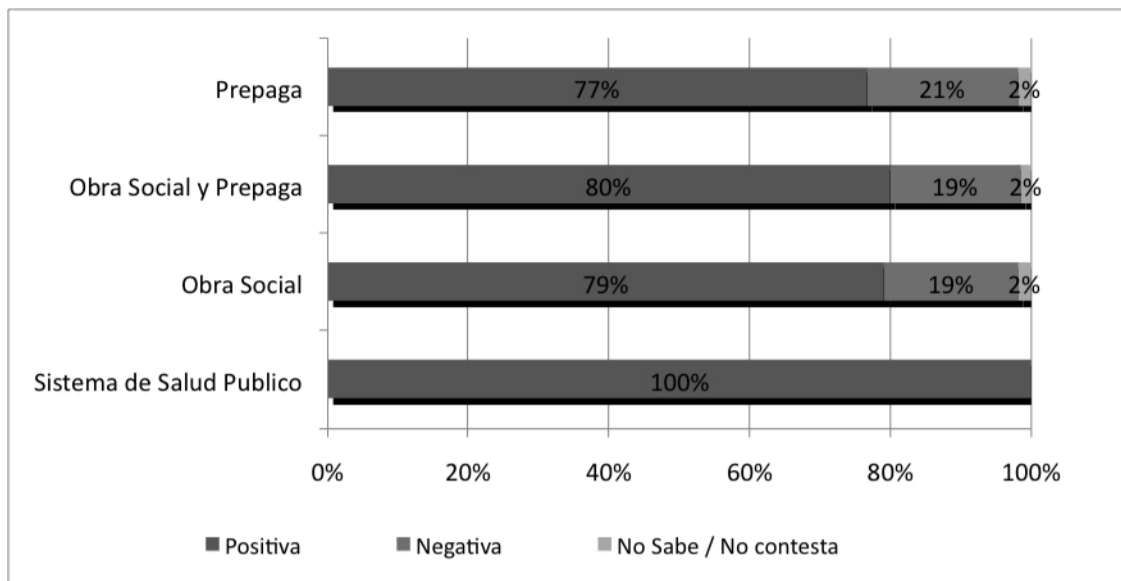
Gráfico 80. Evaluación del sistema de salud según rango etario



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Además, es destacable que la totalidad de los médicos que solo tienen cobertura a través del sistema de salud público evalúan positivamente el sistema de salud del país.

Gráfico 81. Evaluación del sistema de salud según tipo de cobertura

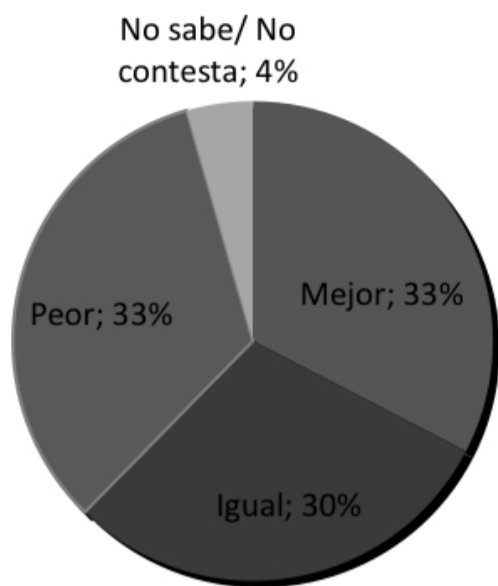


Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Por su parte, también es llamativo que quienes están a favor de establecer una Ley Nacional de Salud, evalúan más positivamente al sistema de salud (80,6%), comparado con quienes no están a favor de dicha Ley (62,4%).

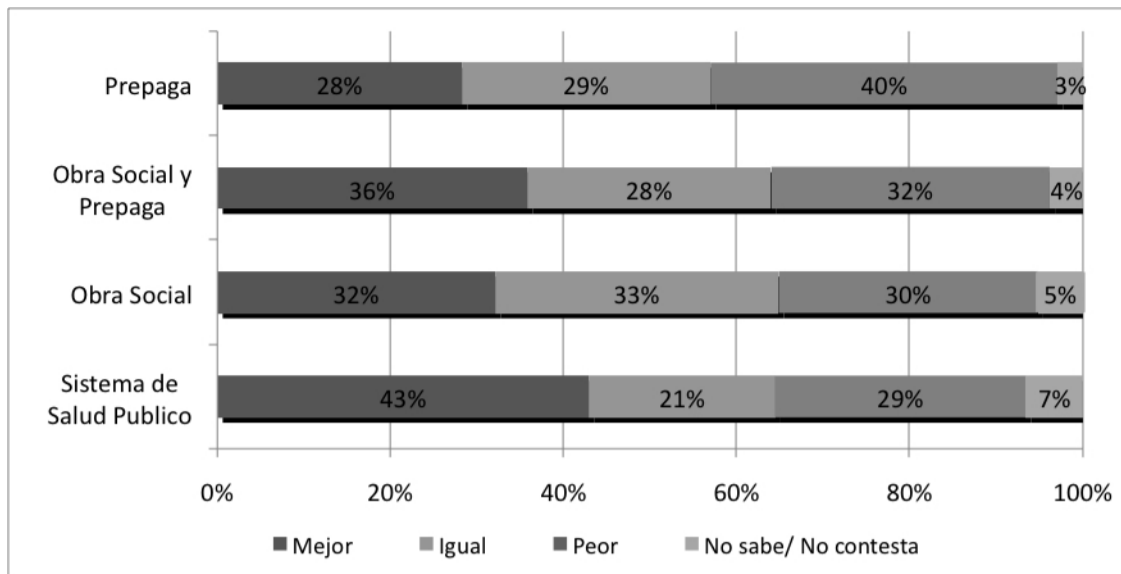
En tanto, el 32,6% de los encuestados creen que el sistema está mejor que hace diez años atrás, 29,7% lo evalúan en términos de "igual" y 33,2% afirma que está "peor". Los más optimistas en sus respuestas son los médicos que están cubiertos a través del sistema de salud público: 43% de ellos afirma que el sistema está mejor que hace diez años atrás.

Gráfico 82. Comparación con el actual sistema hace 10 años



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

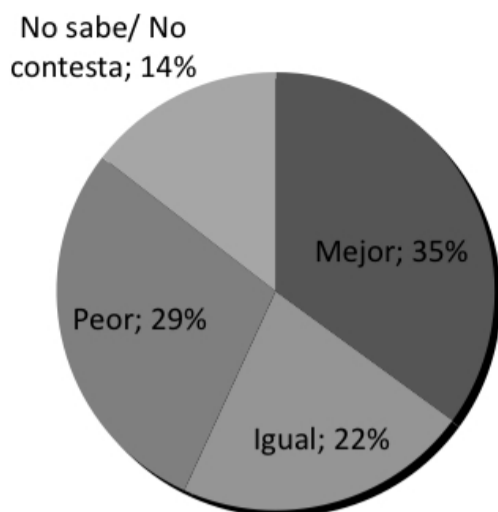
Gráfico 83. Comparación con el actual sistema hace 10 años según cobertura médica



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Al evaluar prospectivamente el sistema de salud en los próximos diez años, el 35% considera que estará mejor, el 21,8% cree que se mantendrá igual y el 28,6% cree que estará peor. Los médicos encuestados con más de 60 años de edad resultan más optimistas acerca de cómo estará el sistema de salud en los próximos diez años: 66,3% considera que estará “muy bien” o “bien”.

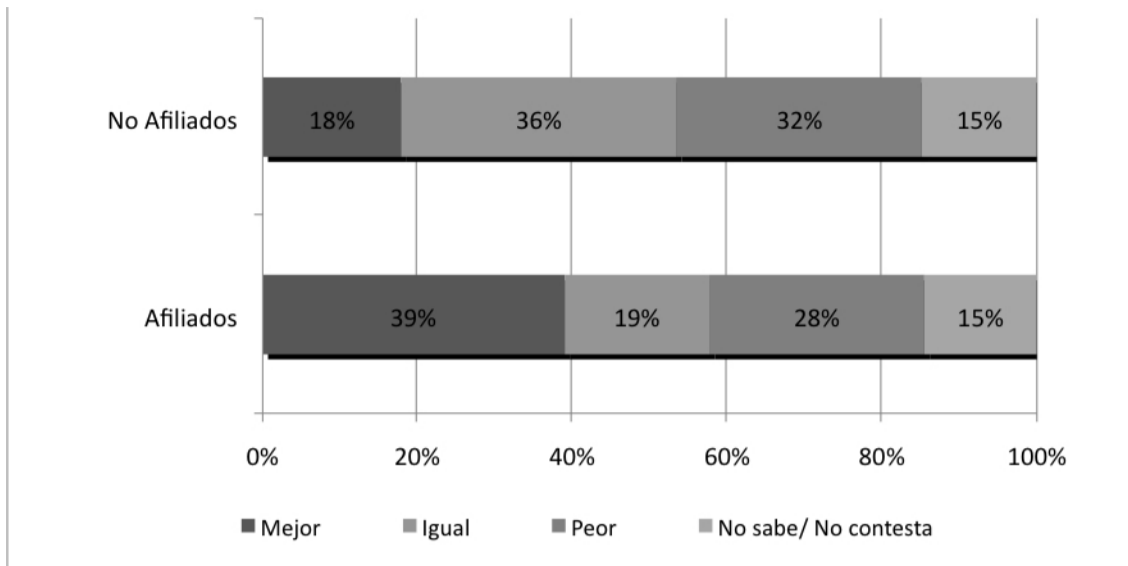
Gráfico 84. Expectativas del sistema dentro de 10 años



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

El grupo que se mantiene más optimista en esta pregunta es el de los médicos afiliados a algún tipo de agrupación: mientras el 39% de ellos considera que el sistema de salud estará mejor, sólo el 17,9% de quienes no están afiliados consideran que el sistema de salud estará mejor.

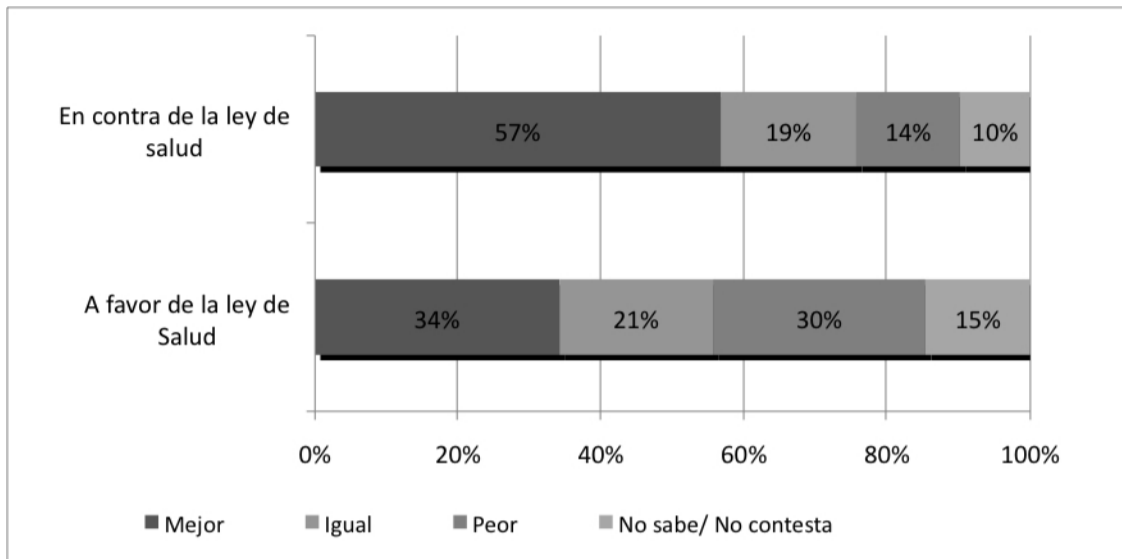
Gráfico 85. Expectativas del sistema dentro de 10 años según agrupación.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Asimismo, los médicos que están a favor de crear una Ley Nacional de Salud, son menos optimistas acerca del futuro del sistema de salud, ya que el 34,1% de ellos cree que estará mejor en los próximos diez años, comparado con los que se oponen a la Ley y el 56,7% de ellos cree que el sistema estará mejor.

Gráfico 86. Expectativas del sistema dentro de 10 años según valoración de una eventual Ley de Salud Nacional



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Imagen de instituciones de salud

El sistema de salud que goza de mayor imagen positiva entre los consultados es el sistema público, comparado con las empresas de medicina prepagas y las obras sociales.

A continuación, se presenta la opinión de los médicos consultados acerca de los distintos tipos de sistemas de salud en Argentina:

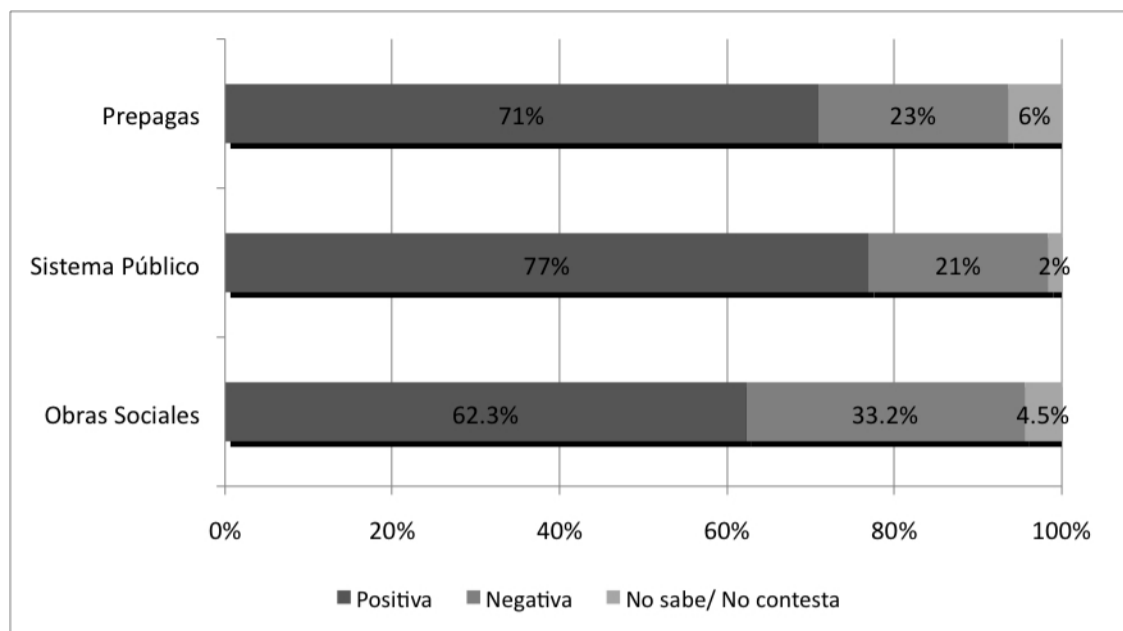
Posic.	Tipo de cobertura médica	% Opinión positiva^{^*}	% Opinión negativa^{^^}
1	Sistema de salud público	76,9%	21,4%
2	Empresas de medicina prepagas	70,9%	22,7%
3	Obras sociales	62,3%	33,2%

*Nota: Tabla ordenada por "Opinión positiva"

^Nota: La "evaluación positiva" se compone de la suma de las respuestas "muy bien" y "bien".

^^Nota: La "evaluación negativa" se compone de la suma de las respuestas "mal" y "muy mal".

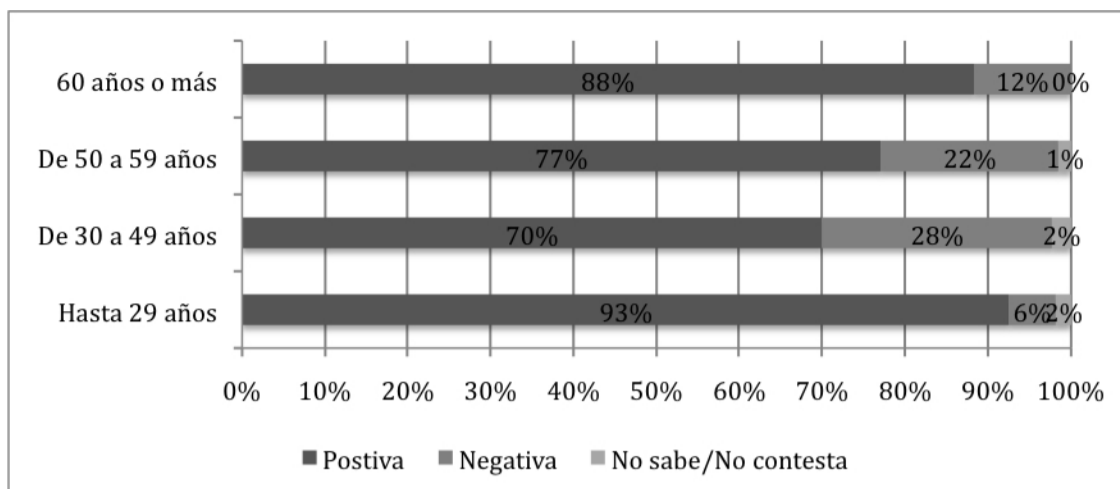
Gráfico 87. Valoración de los sistemas de salud según los médicos



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

En cuanto a la evaluación del sistema de salud público, tanto los más jóvenes como los médicos más avanzados en edad tienen una evaluación más positiva al respecto: por un lado el 92,5% de quienes tienen hasta 29 años evalúan el sistema como “muy bueno” o “bueno” y por el otro 88,3% de quienes tienen 60 años o más evalúan de dicha manera al sistema. Por el contrario, los médicos cubiertos por prepagas, tienen una evaluación más negativa respecto del sistema de salud público: 30,8% considera que es “malo” o “muy malo”.

Gráfico 88. Valoración de los sistemas de salud según rango etario

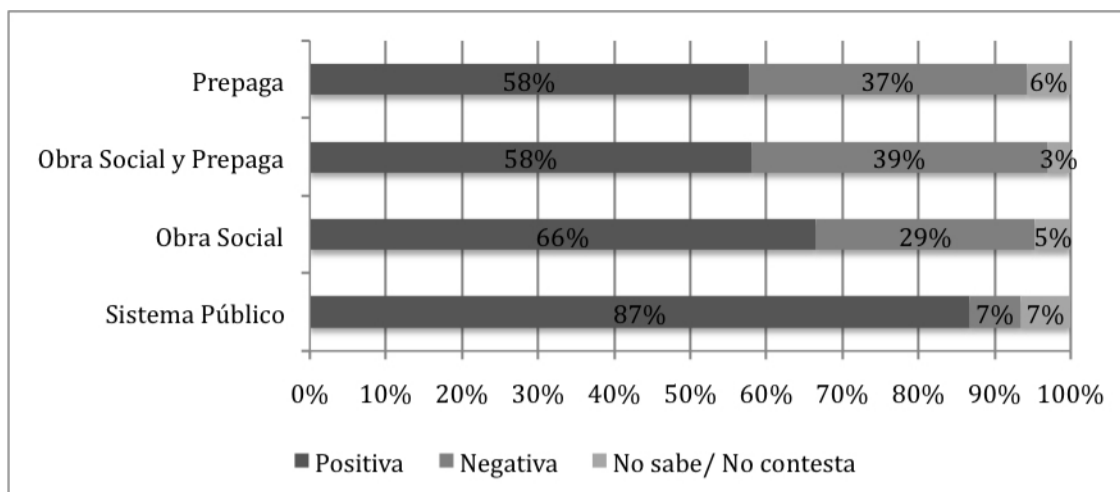


Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Las obras sociales son evaluadas con mayor optimismo por los médicos que están cubiertos a través del sistema de salud público: 86,7% de ellos afirma que son “muy buenas” o “buenas”.

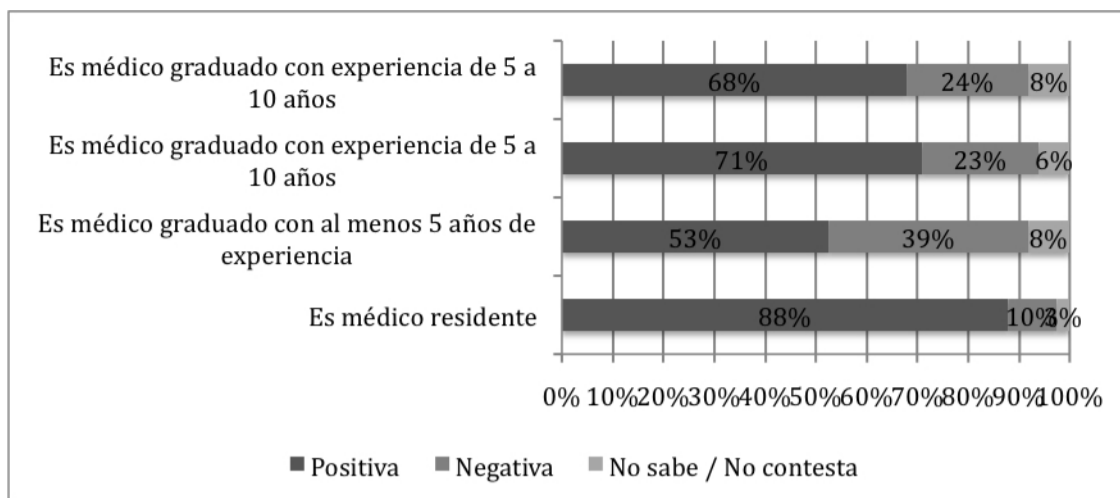
Los médicos consultados que son residentes guardan una opinión más positiva de las empresas prepagas ya que el 87,9% responde que las evalúan en términos de “muy bien” o “bien”.

Gráfico 89. Valoración de los sistemas de salud según sistema utilizado



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Gráfico 90. Valoración de los sistemas de salud según antigüedad



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Al preguntar por la imagen de distintos sindicatos y agrupaciones entre médicos, se destaca que la AMM (Asociación de Médicos Municipales) posee la mejor imagen entre las instituciones consultadas, mientras que la que posee imagen positiva más baja es SUMAR (Sindicato Único de Médicos Argentinos). Asimismo resulta significativo que la AMM haya superado la imagen positiva que tienen los médicos de los “sindicatos y agrupaciones” de su gremio en general.

En la próxima tabla se detallan las imágenes de las instituciones consultadas:

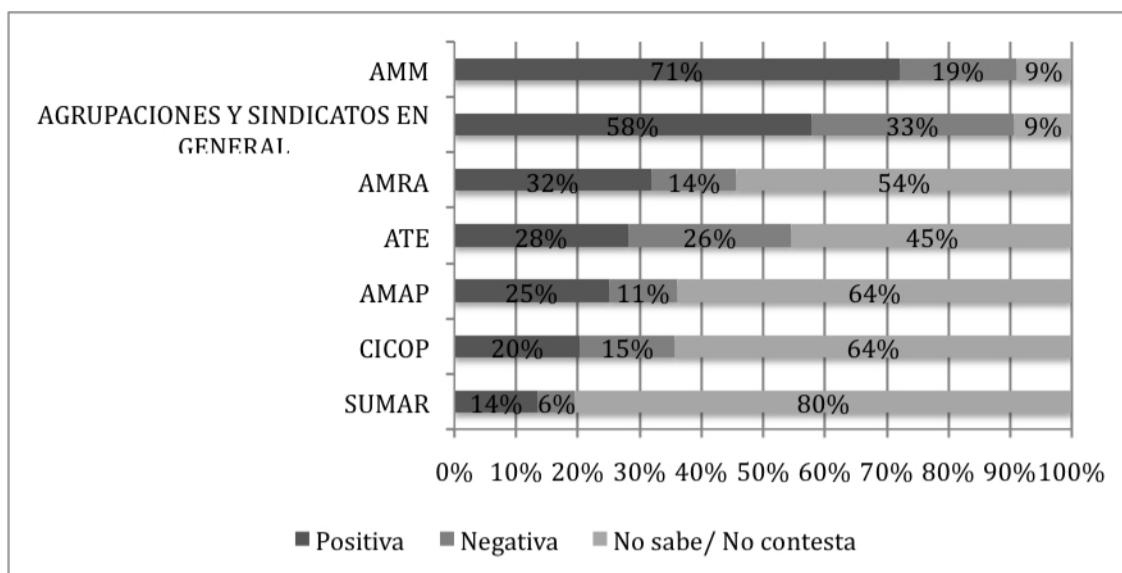
Posic.	Institución	% Opinión positiva ^{^*}	% Opinión negativa ^{^^}
1	AMM (Asociación de Médicos Municipales)	70,9	18,6
2	AMRA (Asociación de Médicos de la República Argentina)	31,9	13,7
3	ATE (Asociación de Trabajadores del Estado)	28,2	26,4
4	AMAP (Asociación de Médicos de la Actividad Privada)	25,1	11,1
5	CICOP (Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires)	20,4	15,3
6	SUMAR (Sindicato Único de Médicos Argentinos)	13,6	6,0
-	Sindicatos o Agrupaciones de médicos	57,7	32,9

*Nota: Tabla ordenada por “Opinión positiva”

^Nota: La “evaluación positiva” se compone de la suma de las respuestas “muy bien” y “bien”.

^^Nota: La “evaluación negativa” se compone de la suma de las respuestas “mal” y “muy mal”.

Gráfico 91. Imagen de sindicatos y agrupaciones

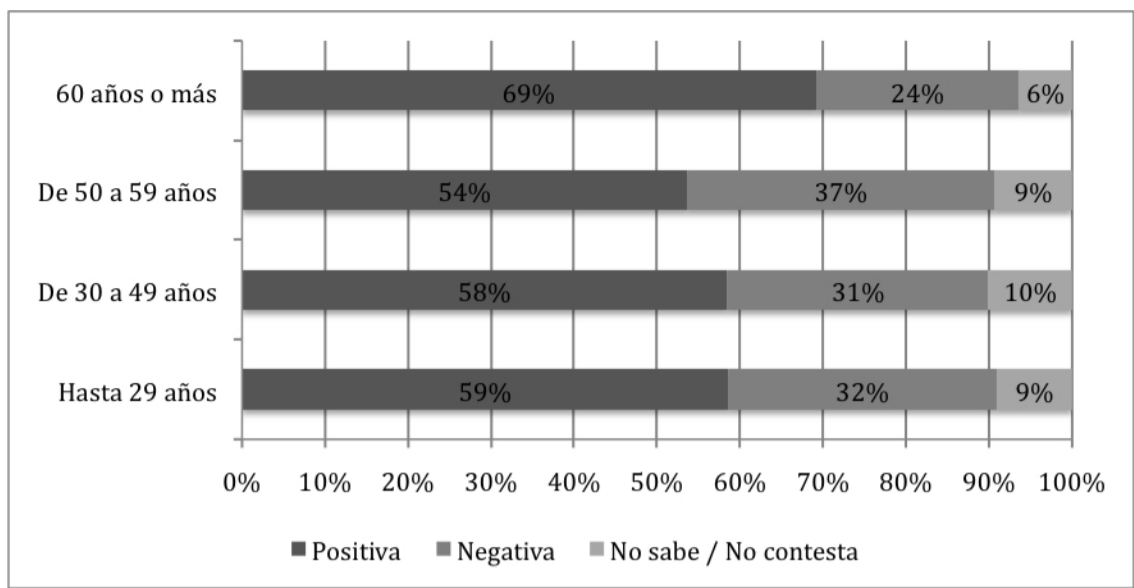


Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

La visión del CICOP resulta más positiva entre los médicos afiliados a algún tipo de agrupación: mientras el 22,5% de ellos evalúa positivamente dicha institución, sólo el 11,3% de los médicos no afiliados la evalúa en términos positivos.

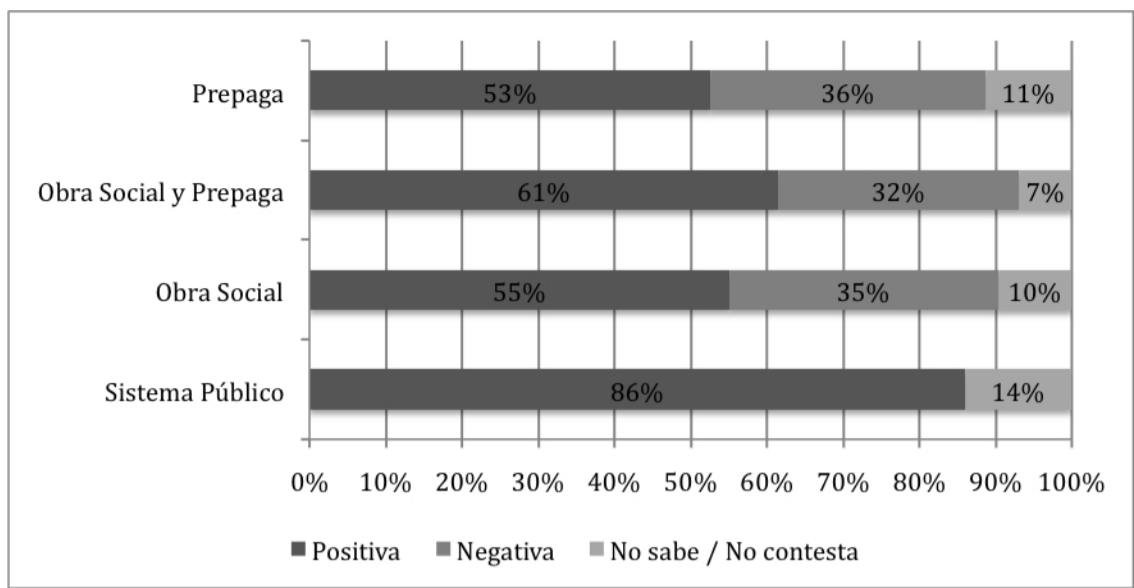
En cuanto a la opinión sobre los sindicatos o agrupaciones, los médicos con edad más avanzada tienen una visión más optimista de dichas instituciones. El 69,2% de quienes tienen 60 años o más guardan una imagen positiva de los sindicatos o agrupaciones. Asimismo, una mayoría abrumadora de los médicos cubiertos por el sistema público de salud tiene una visión positiva de los sindicatos o agrupaciones de médicos: el 86% de ellos afirma que su visión es “muy buena” o “buena”.

Gráfico 92. Imagen de sindicatos y agrupaciones según rango etario



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

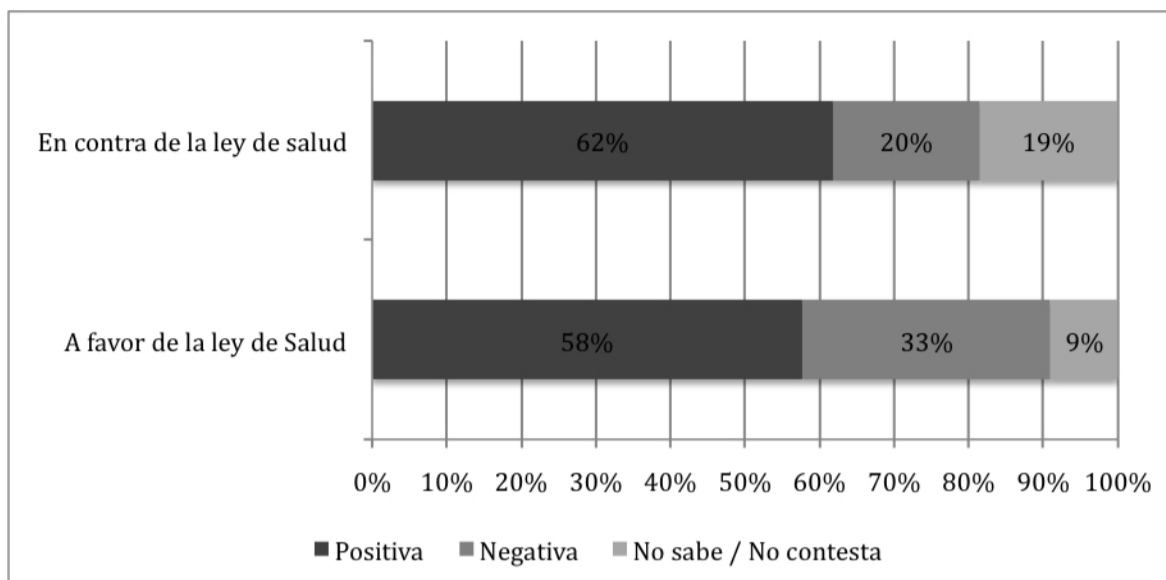
Gráfico 93. Imagen de sindicatos y agrupaciones según cobertura médica



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Al analizar la opinión de los médicos que están a favor de la creación de una Ley Nacional de Salud, el 33,3% de ellos evalúa negativamente los sindicatos y las agrupaciones, comparado con sólo el 19,6% de los que no están a favor de dicha Ley Nacional.

Gráfico 94. Imagen de sindicatos y agrupaciones según valoración de una eventual Ley de Salud Nacional



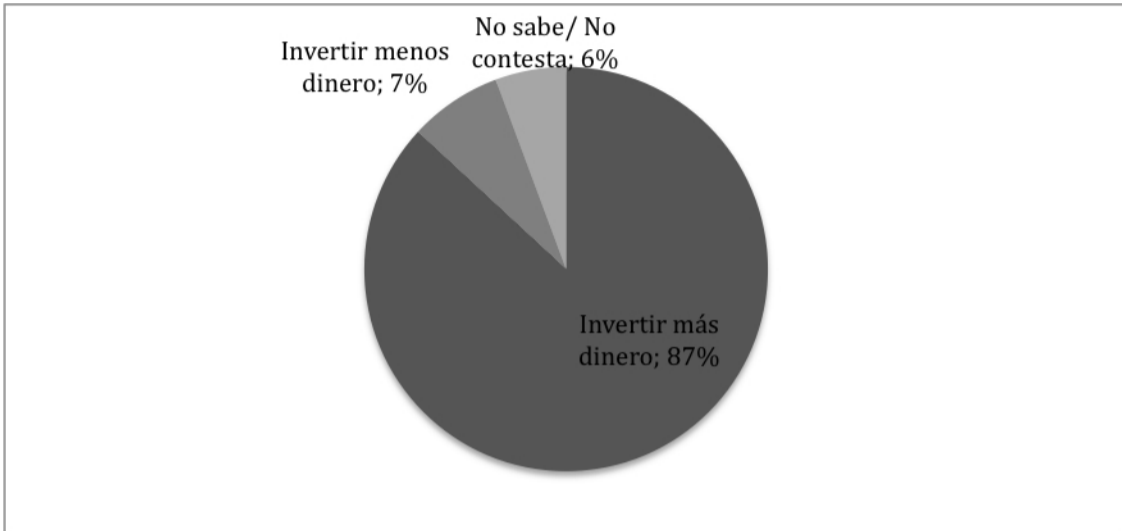
Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Evaluación del sistema de salud ideal

Una gran cantidad de médicos consultados están de acuerdo con que el Gobierno actualmente debería invertir mayor cantidad de dinero en mantener el sistema de salud en Argentina.

Mientras que el 86,9% considera que es necesario que el Gobierno invierta más dinero en el sistema de salud, sólo el 7,5% cree que debería invertir menos dinero.

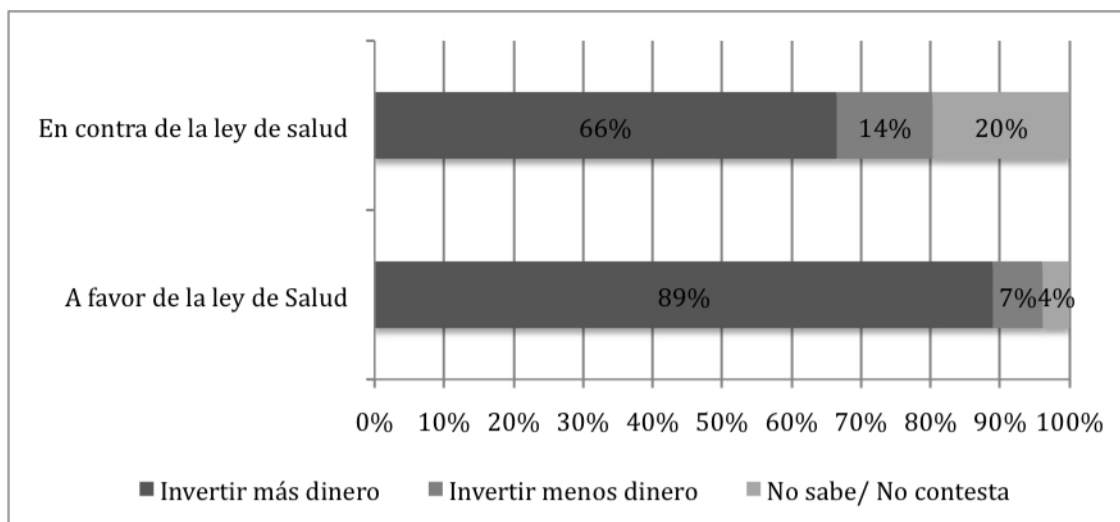
Gráfico 95. Necesidad de inversión estatal



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Así, el 89% de quienes están a favor de una Ley Nacional de Salud consideran que es necesario invertir más dinero, en contraste con el 66,5% que cree lo mismo pero que no está a favor de la Ley Nacional de Salud.

Gráfico 96. Necesidad de inversión estatal según posición frente a eventual Ley de Salud

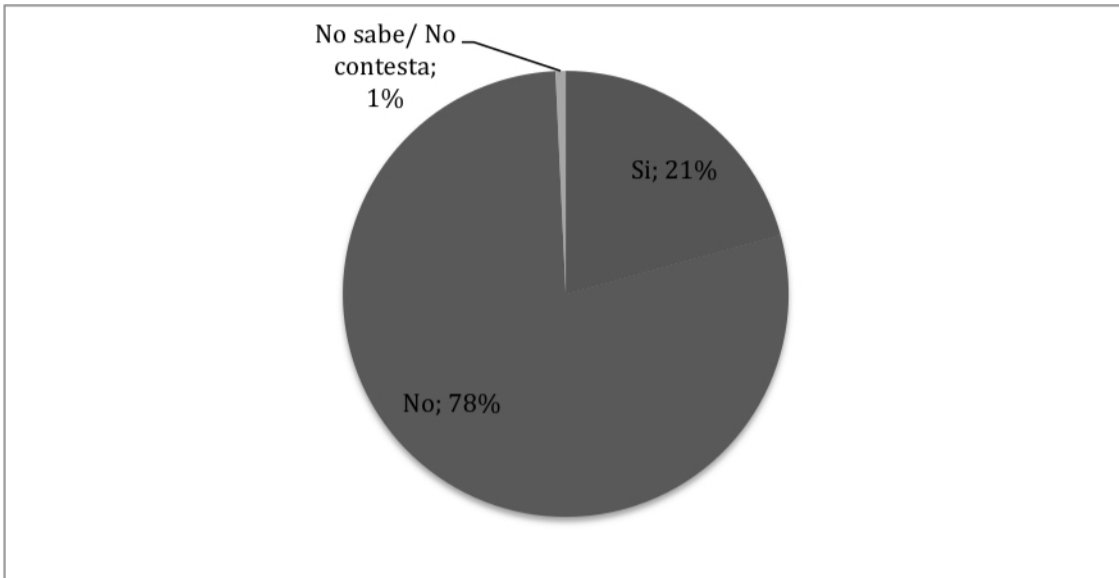


Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

En cuanto a la igualdad de acceso al sistema de salud, más de tres cuartos evalúa que no todos los argentinos acceden de igual forma. Sin embargo, prácticamente para todos los médicos consultados es “muy importante” o “algo importante” que todos los argentinos gocen de igual acceso a la salud. Así, la mayor urgencia de lograr un acceso igualitario se refleja en las enfermedades que requieren internación y/o cirugía.

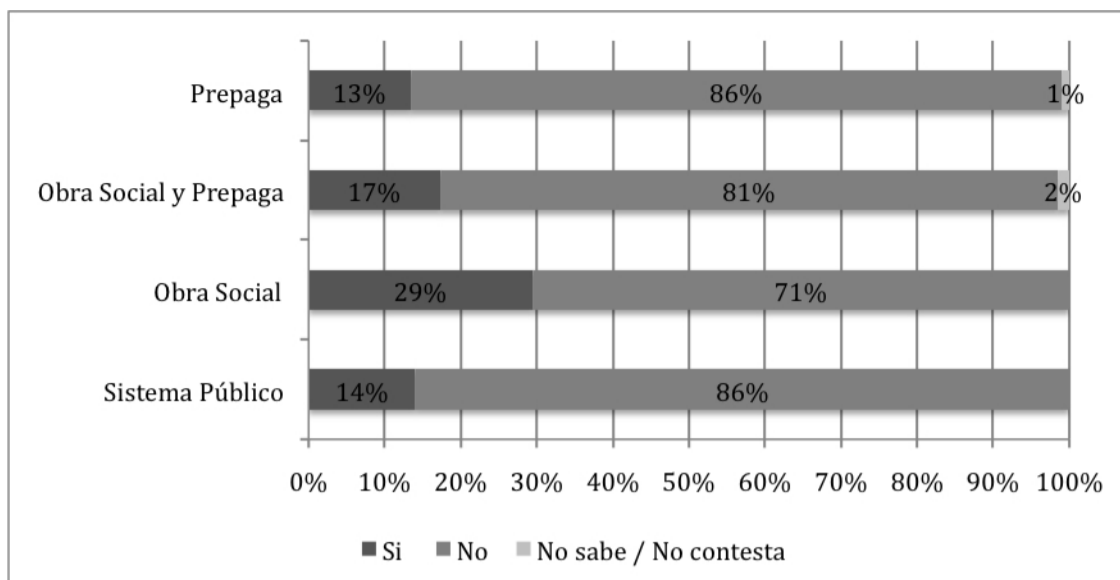
El 78,5% cree que la población argentina no tiene igual acceso al sistema de salud, comparado con el 20,7% que considera que sí lo tiene. Los médicos que tienen solamente obra social como cobertura de salud, tienen una visión más optimista acerca del acceso al sistema de salud: el 29,4% de ellos considera que en Argentina toda la población tiene cobertura médica y acceso a la salud por igual.

Gráfico 97. Igualdad de acceso al sistema



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

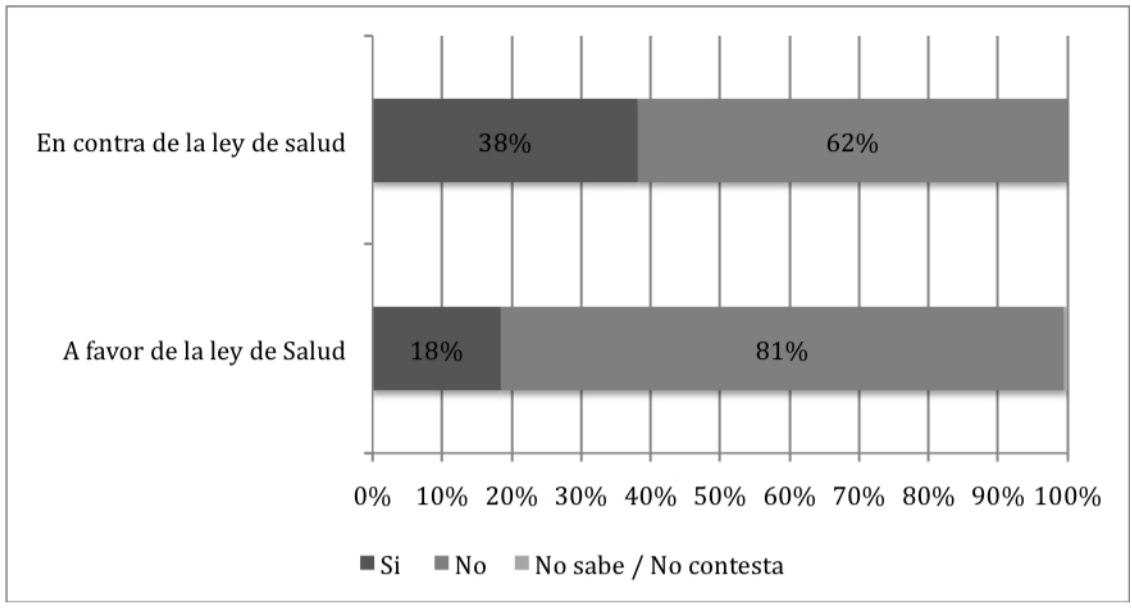
Gráfico 98. Valoración de la igualdad de acceso al sistema según cobertura médica



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Si se toma en cuenta la opinión de los médicos que están a favor de una Ley Nacional de Salud, el 81% de dicho grupo concuerda con que en Argentina toda la población no tiene acceso igualitario a la salud, comparado con el 61,9% que afirma lo mismo pero que no está de acuerdo con la creación de una Ley Nacional.

Gráfico 99. Valoración de la igualdad de acceso al sistema según posición frente a Ley nacional de Salud

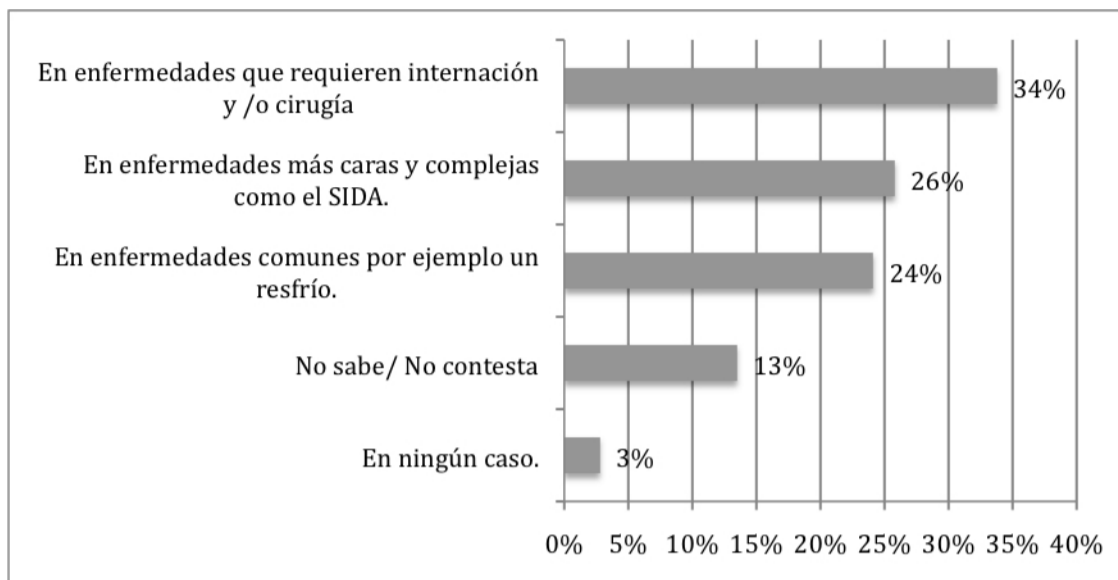


Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Un 99% considera que es “muy importante” o “algo importante” que todos los argentinos tengan igual cobertura médica y acceso a los servicios de salud.

Dicho acceso igualitario debería reflejarse mayormente en las enfermedades que requieren internación y/o cirugía (33,8%), seguido de las enfermedades más caras y complejas (25,8%) y de las enfermedades comunes (24,1%).

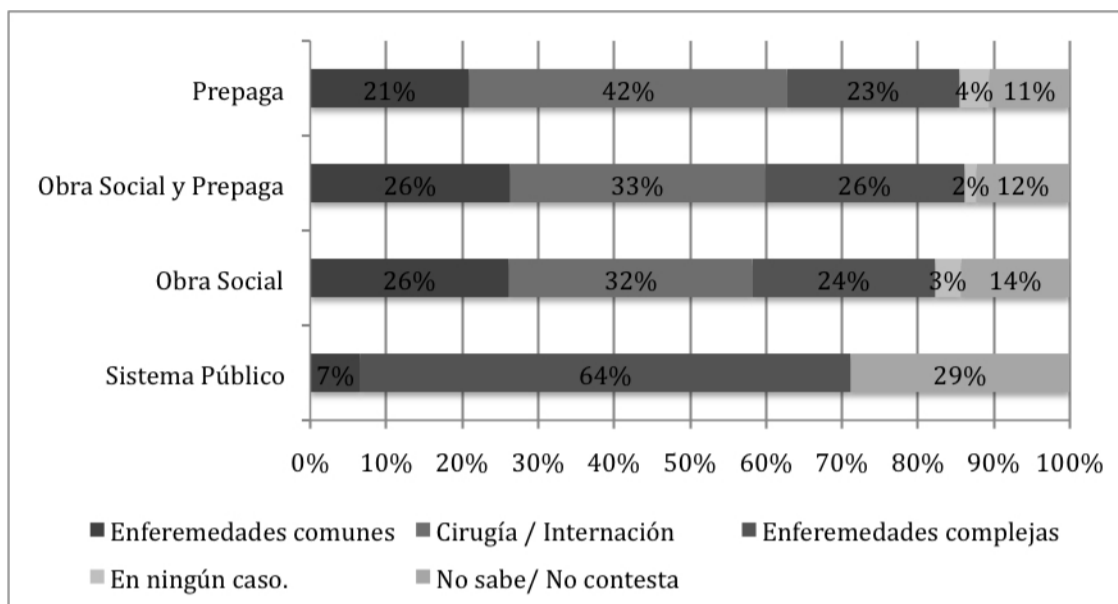
Gráfico 100. Jerarquización de necesidades en cuanto a acceso igualitario al sistema



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Al evaluar el cruce de datos por el tipo de cobertura médica de los encuestados se observa que, por un lado, quienes dependen del sistema público de salud solamente, el 64,5% considera que es necesario el acceso igualitario en enfermedades más caras y complejas, mientras que el 41,9% de quienes tienen solamente prepagas considera que es necesario el acceso igualitario en enfermedades que requieren internación y/o cirugía. Así, ambos porcentajes son los mayores teniendo en cuenta cada uno de sus grupos.

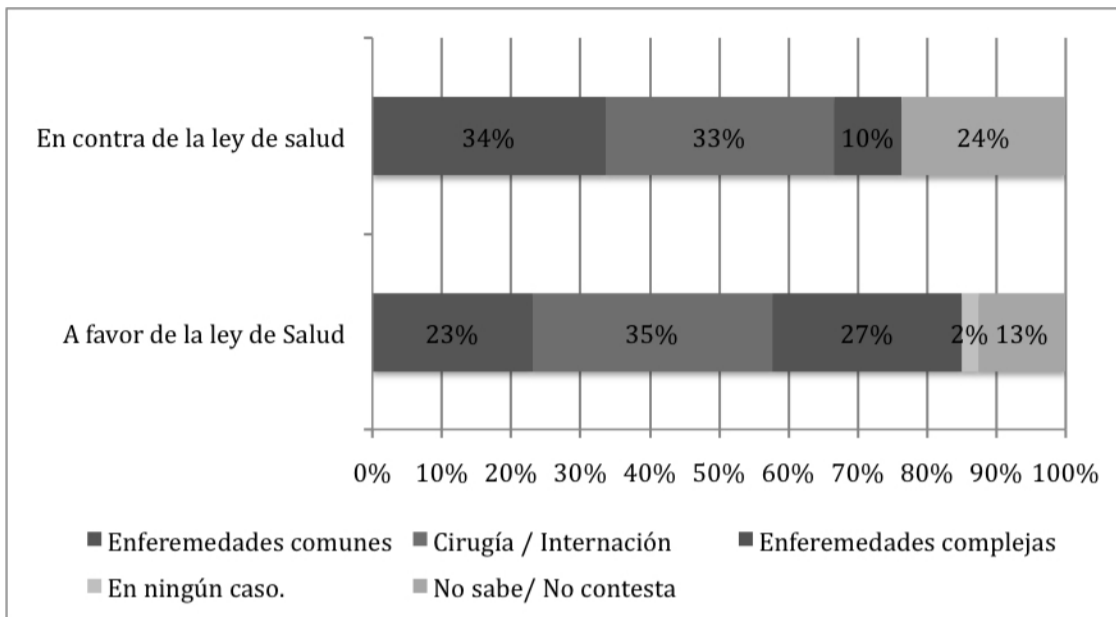
Gráfico 101. Jerarquización de necesidades en cuanto a acceso igualitario al sistema según cobertura médica



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Los médicos que están a favor de una Ley Nacional de Salud consideran que es necesario lograr la igualdad de acceso en los casos de enfermedades más complejas y caras (27,2%), comparado con sólo el 9,8% de quienes no están a favor de una Ley Nacional y creen que es en ese tipo de enfermedades donde es necesario mantener el acceso igualitario.

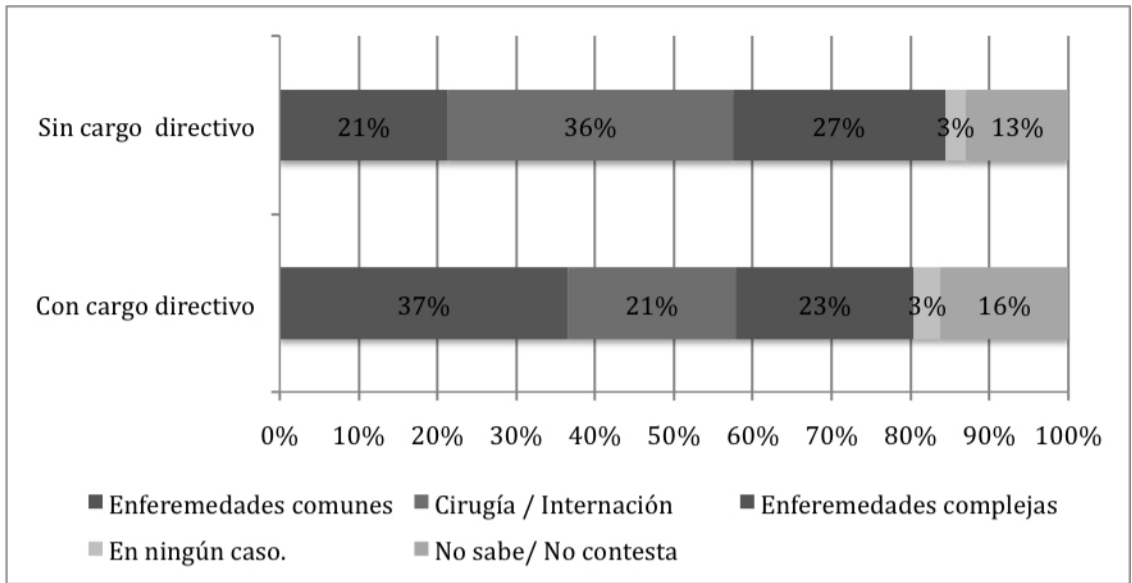
Gráfico 102. Jerarquización de necesidades en cuanto a acceso igualitario al sistema según posición frente a una eventual Ley de Salud



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Al analizar la opinión de los médicos que ocupan un cargo directivo en algún hospital, el 36,6% de ellos cree que es necesario mantener el acceso igualitario en enfermedades comunes. Por su parte, de los médicos que no ocupan un cargo directivo, el 36,2% considera que es necesario mantener el acceso igualitario en enfermedades que requieren internación y/o cirugía.

Gráfico 103. Jerarquización de necesidades en cuanto a acceso igualitario al sistema según cargos directivos



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

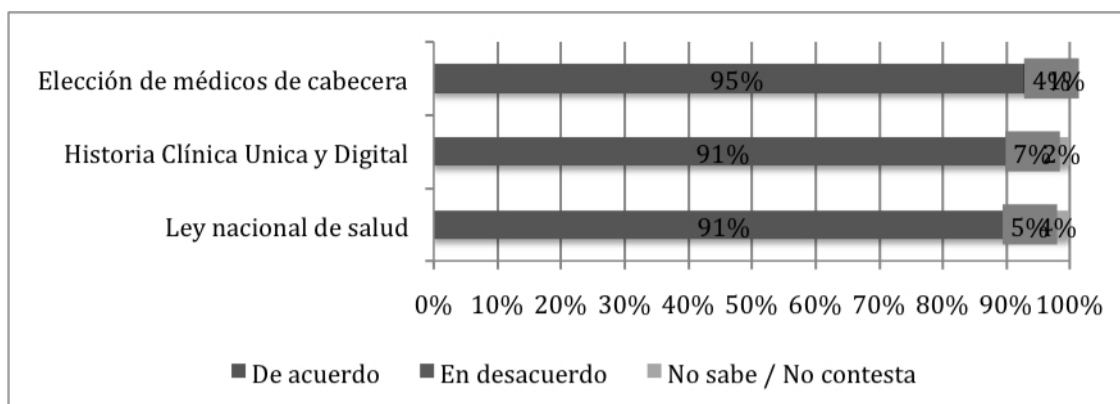
Casi la totalidad de los médicos que respondieron el estudio consideran necesario que se trate una Ley Nacional de Salud que organice todo el sistema definiendo lo que tienen que hacer la Nación, las provincias, los municipios, las obras sociales o las prepagas. De modo similar, casi la totalidad de los médicos aprueban implementar el sistema de historia Clínica Digital y Única. En consecuencia, la gran mayoría considera que dicho sistema le facilitarían su trabajo. Continuando con la evaluación de posibles reformas al sistema actual de salud, nuevamente una abrumadora mayoría concuerda con que cada paciente elija a su médico de cabecera.

El 91,2% está de acuerdo con tratar una Ley Nacional de Salud, mientras que sólo el 5,1% está en desacuerdo.

El 90,8% aprueba la implementación del sistema de historia Clínica Digital y Unica, mientras que el 6,7% lo desaprueba. Asimismo, el 84,8% considera que la utilización del sistema le facilitarían su trabajo, comparado con el 8,2% que cree que le dificultarían su trabajo.

95,3% de los médicos está de acuerdo con que cada paciente elija su médico de cabecera y 3,7% está en desacuerdo con dicha proposición.

Gráfico 104. Valoración de una Ley de Salud, Historia Clínica Digital y Única y elección de médico de cabecera.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Funcionamiento de los hospitales

En esta sección se consultó a los médicos acerca de los distintos aspectos que hacen al funcionamiento de los hospitales. El aspecto que resultó con mayor calificación positiva fue “la relación entre el hospital y los médicos”, seguido de “insumos de trabajo”. Por el contrario, el aspecto peor calificado fue “la comodidad de las instalaciones para el personal médico”. Además, al consultar el motivo por el cual los médicos evalúan positiva o negativamente la relación entre el hospital y los médicos, la respuesta más popular fue que existe buena comunicación entre ambas partes, al igual que existe respuesta a las consultas que los médicos pueden efectuar.

A continuación, se detalla la evaluación de cada aspecto consultado a los médicos:

Posic.	Aspecto	% Opinión positiva^{^*}	% Opinión negativa^{^^}
1	Relación entre el hospital y los médicos	71,3	25,9
2	Insumos de trabajo	56,8	40,0
3	Tecnología	47,7	50,1
4	Organización general de la parte administrativa del hospital	44,7	52,8
5	Mantenimiento general del edificio	44,1	52,5
6	Seguridad	35,4	61,9
7	Comodidad de las instalaciones para el personal médico	33,6	64,4

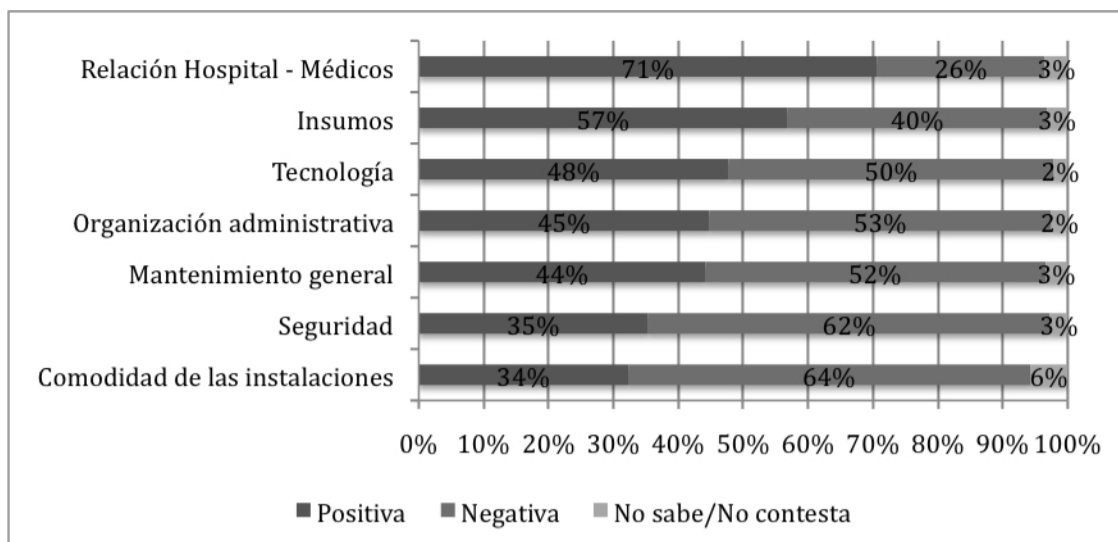
Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

*Nota: Tabla ordenada por “Opinión positiva”

^Nota: La “evaluación positiva” se compone de la suma de las respuestas “muy bien” y “bien”.

^^Nota: La “evaluación negativa” se compone de la suma de las respuestas “mal” y “muy mal”.

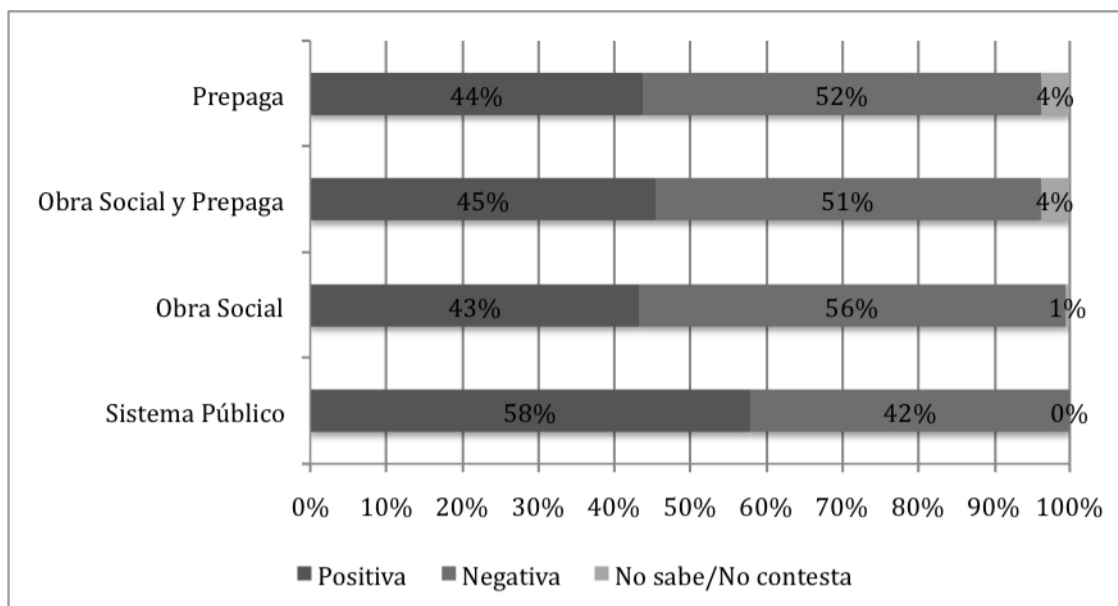
Gráfico 105. Valoración del funcionamiento de los Hospitales



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

De los encuestados que dependen de la cobertura de salud pública, el 57,8% (el mayor porcentaje de todos) responde que la organización general de la parte administrativa del hospital es “muy buena” o “buena”.

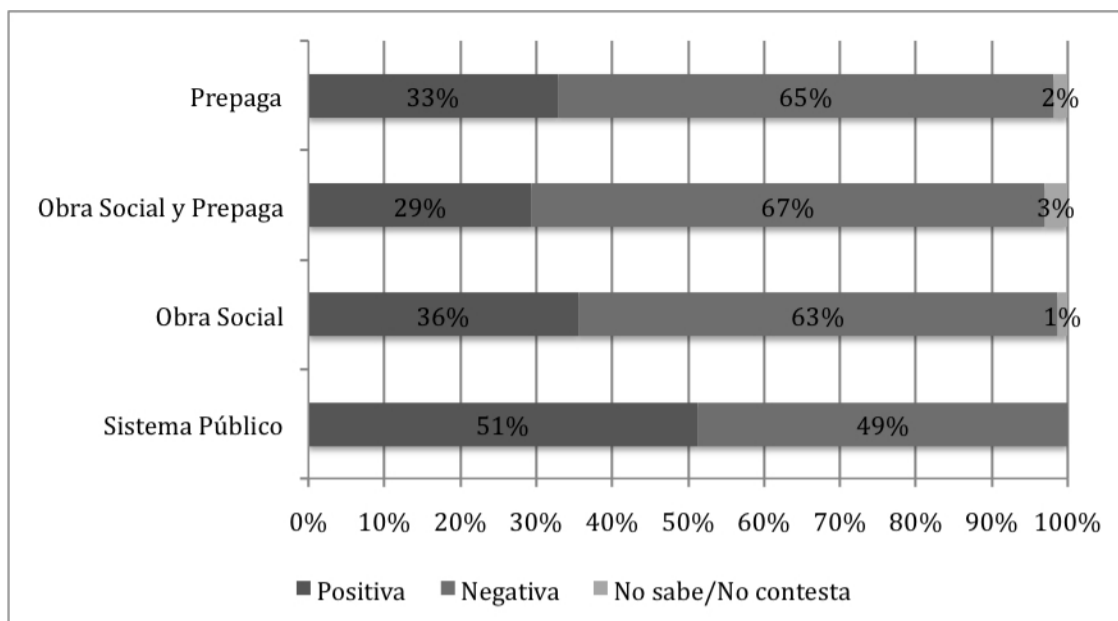
Gráfico 106. Valoración de la organización administrativa de los Hospitales según cobertura utilizada



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

De modo similar al punto anterior, nuevamente de los médicos que dependen de la cobertura de salud pública, el 51,2% considera que la comodidad de las instalaciones es “muy buena” o “buena”.

Gráfico 107. Valoración de las instalaciones de los hospitales según cobertura utilizada

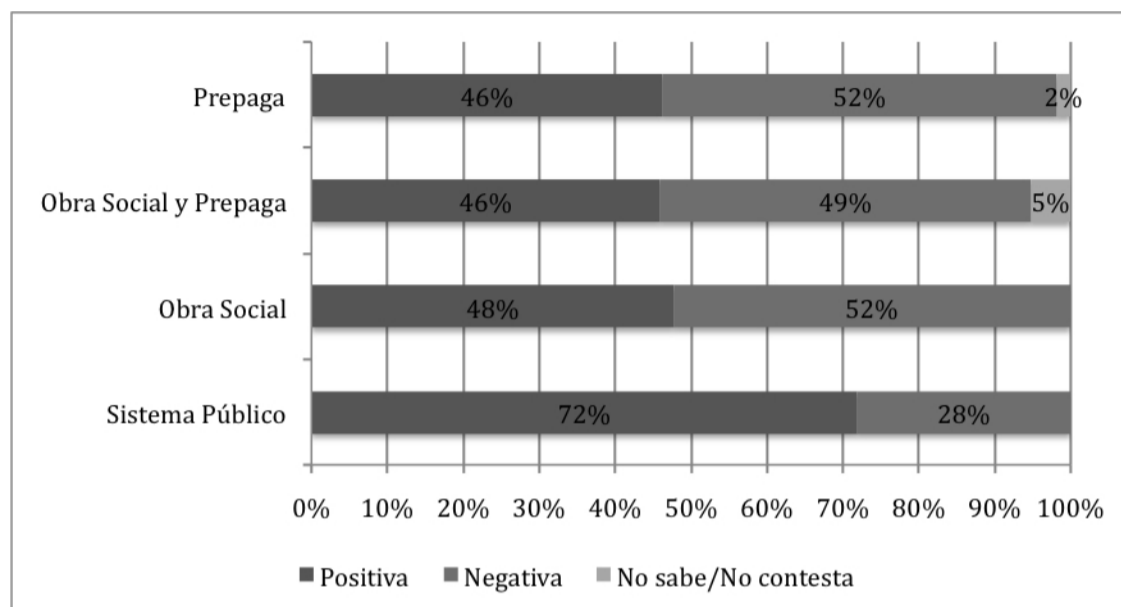


Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Los médicos afiliados a algún tipo de institución tienen una visión menos positiva de la comodidad de las instalaciones: el 30,1% de ellos las evalúa positivamente, comparado con el 49,4% de quienes no están afiliados a alguna agrupación.

Los médicos con cobertura de salud pública son, nuevamente, más optimistas a la hora de evaluar la tecnología de los hospitales: el 71,9% la evalúa en términos de “muy buena” o “buena”, siendo el mayor porcentaje al comparar su opinión con la del resto de los médicos.

Gráfico 108. Valoración de la tecnología de los hospitales según cobertura utilizada

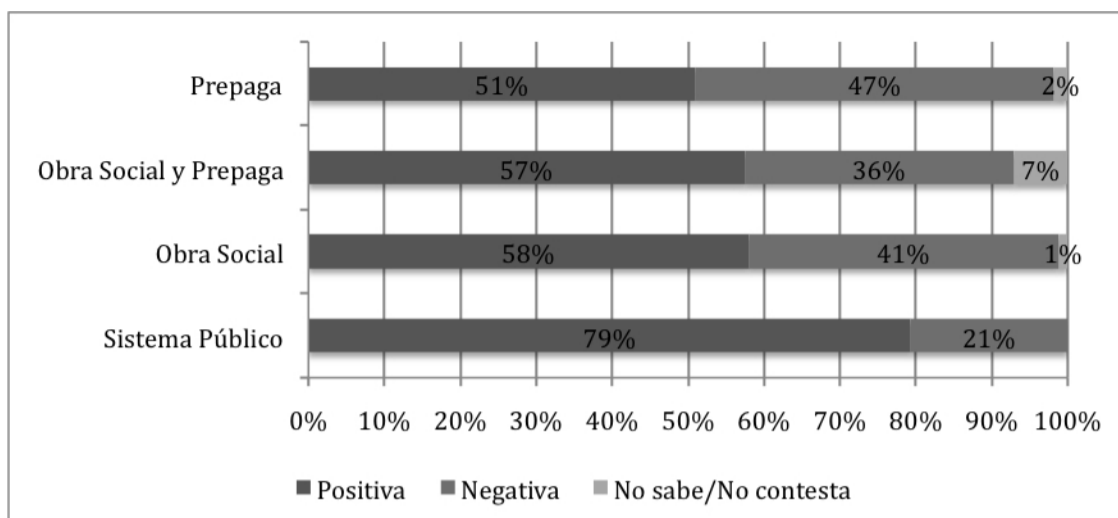


Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Al indagar por los insumos de trabajo, los médicos con cobertura de salud pública guardan una visión más positiva: el 79,3% de ellos los evalúa en términos de “muy bien” o “bien”.

En el caso de los médicos que están a favor de la creación de una Ley Nacional de Salud, el 40,6% de este grupo evalúa negativamente los insumos de trabajo, comparado con el 28,9% de los médicos que comparte dicha opinión pero que están en contra de la creación de la Ley.

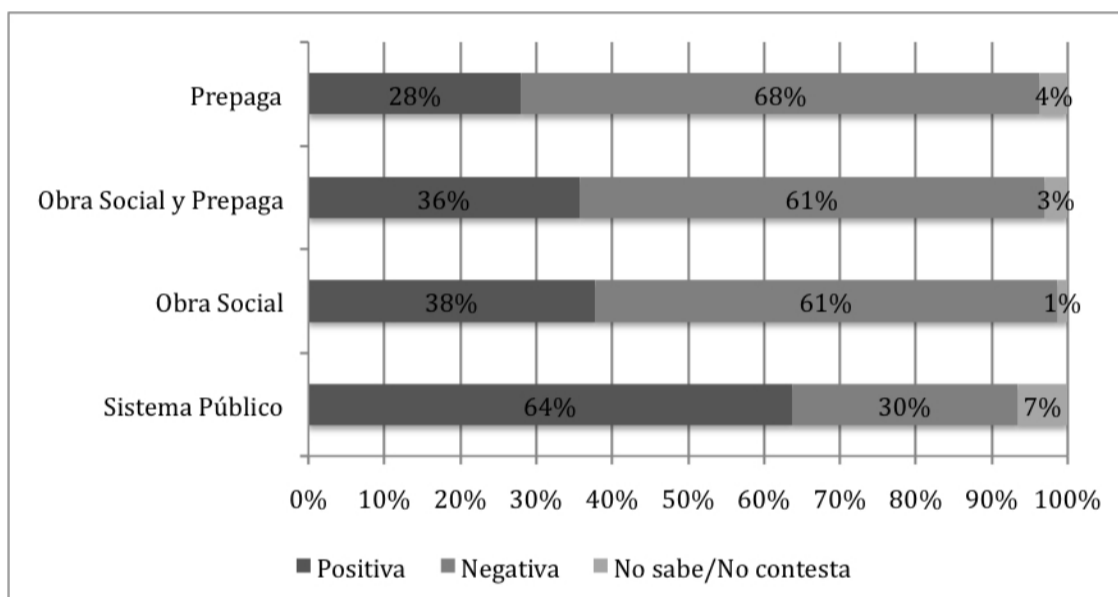
Gráfico 109. Valoración de los insumos disponibles en los Hospitales según cobertura utilizada



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Algo similar sucede con la pregunta sobre seguridad ya que el 63,7% (el mayor porcentaje de todo el grupo) evalúa positivamente tal aspecto.

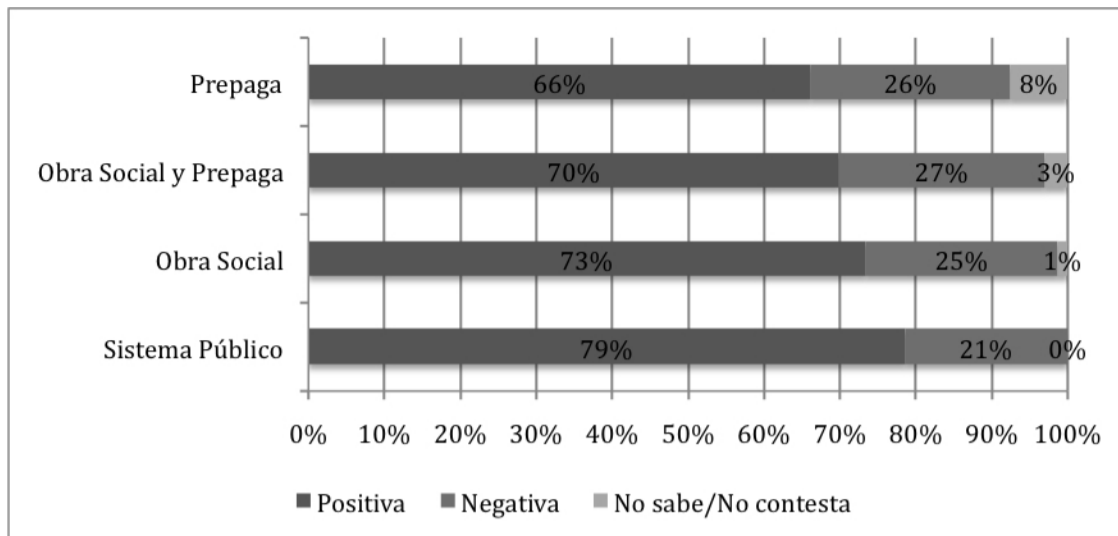
Gráfico 110. Valoración de la seguridad de los hospitales según cobertura utilizada



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Las respuestas más populares al motivo por el cual existe una buena relación entre el hospital y los médicos fueron “buena comunicación/ hay respuesta” (18,3%) y “hay buen trato/ buena relación” (16,1%). En tanto, los usuarios del sistema de cobertura de salud pública también son los más optimistas en este apartado.

Gráfico 111. Valoración de la relación médicos - hospitales según cobertura utilizada



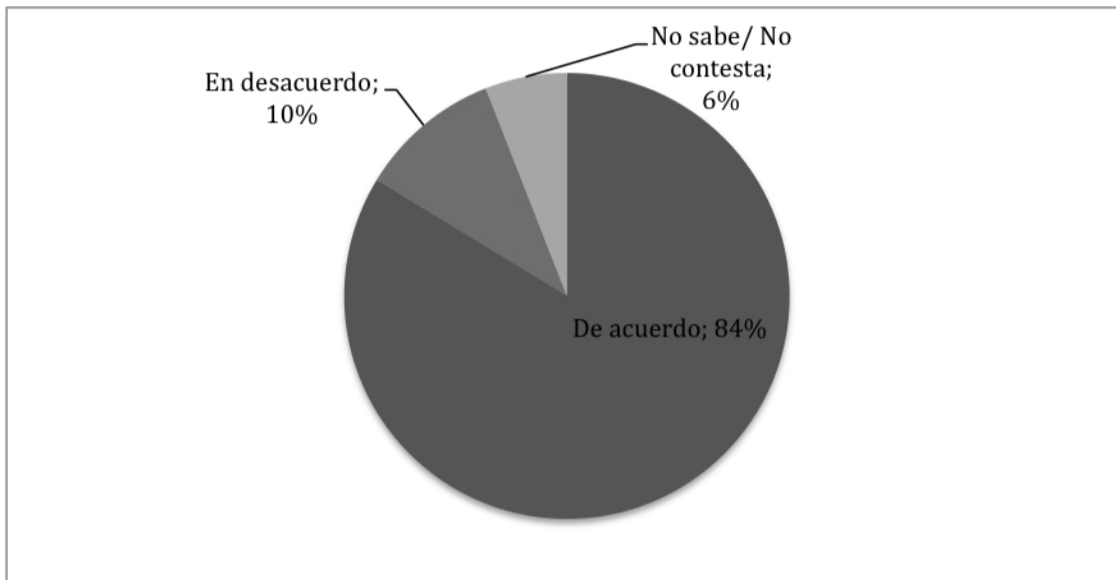
Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Reformas al sistema actual

Los médicos que participaron en el presente estudio fueron consultados sobre la posibilidad de establecer una carrera médica igual para todos. Ante dicha pregunta, una abrumadora mayoría contestó que está de acuerdo con la propuesta. Al consultar por los motivos de su respuesta, las razones otorgadas fueron que de esa forma el sistema se volvería “más igualitario y democrático”, al igual que dicha reforma permitiría “estar más capacitado, preparado o tener mayor experiencia”.

El 83,7% de los encuestados está de acuerdo con que exista una carrera médica igual para todos que, entre otras cosas, defina quiénes están en condiciones de aplicar a determinados cargos.

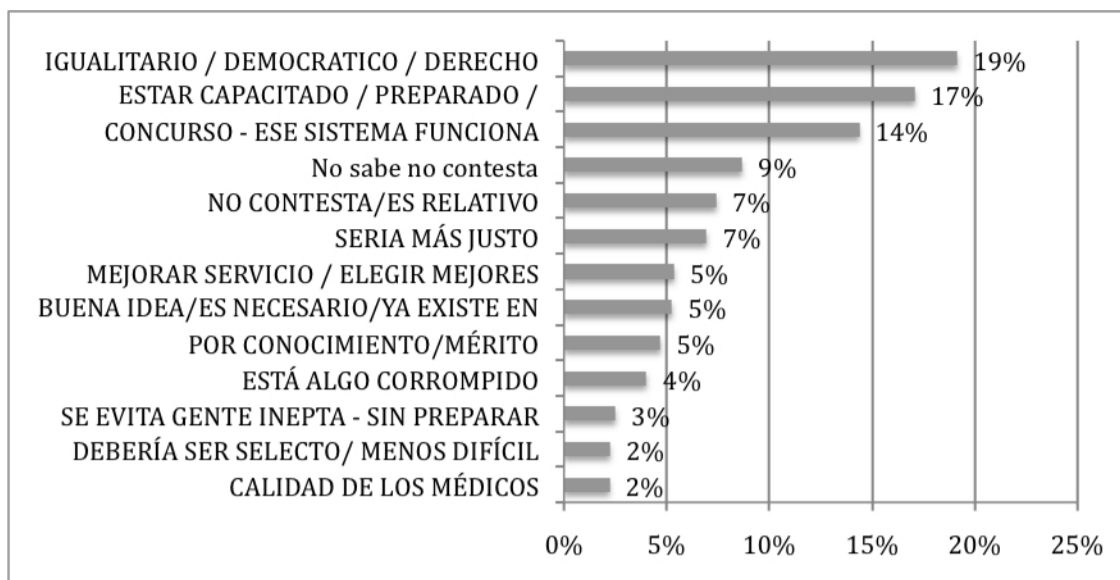
Gráfico 112. Carrera médica única



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Los motivos con mayor nivel de respuesta fueron: el sistema se “volvería más igualitario y democrático” (19,2%), permite “estar más capacitado, preparado o tener mayor experiencia”(17,1%) y hasta proponen un sistema de “concurso o bien que el nuevo sistema funcionaría” (14,4%).

Gráfico 113. Justificación de la carrera médica única

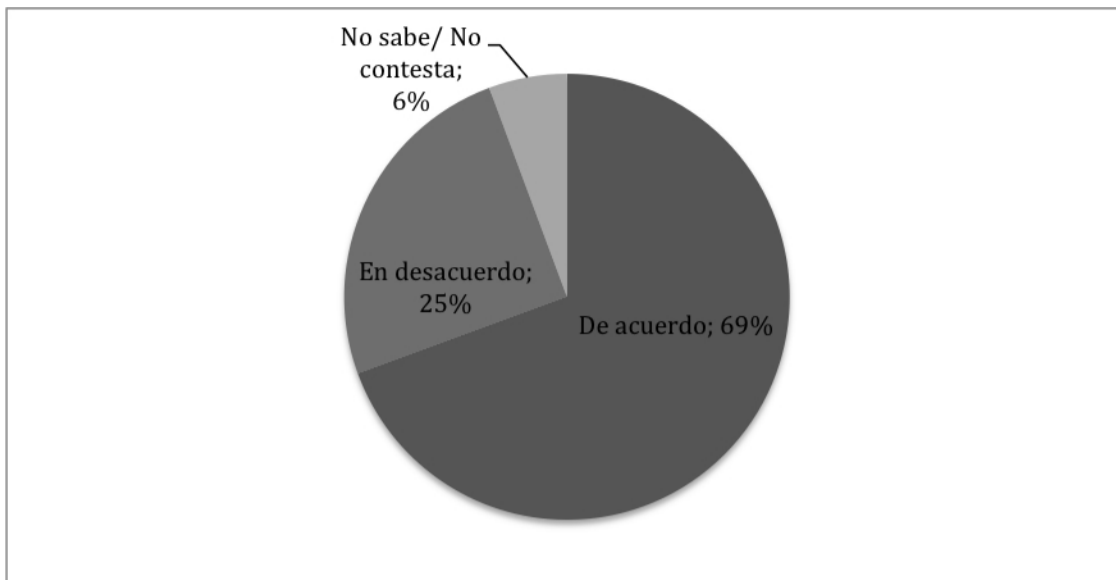


Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

También se indagó por la posibilidad de crear un Consejo Directivo o *Board* en cada uno de los hospitales y hubo una gran mayoría que contestó a favor de esta propuesta. Nuevamente la gran mayoría de los consultados estaría de acuerdo en dedicar casi todo el día laboral en atender a pacientes sin ningún tipo de cobertura médica y luego atender durante una cierta cantidad de horas extras a pacientes con obras sociales y prepagas. Continuando con dicha propuesta, una abrumadora mayoría estaría de acuerdo en percibir en su salario un proporcional de los pacientes que se atienden por obra social y prepagas.

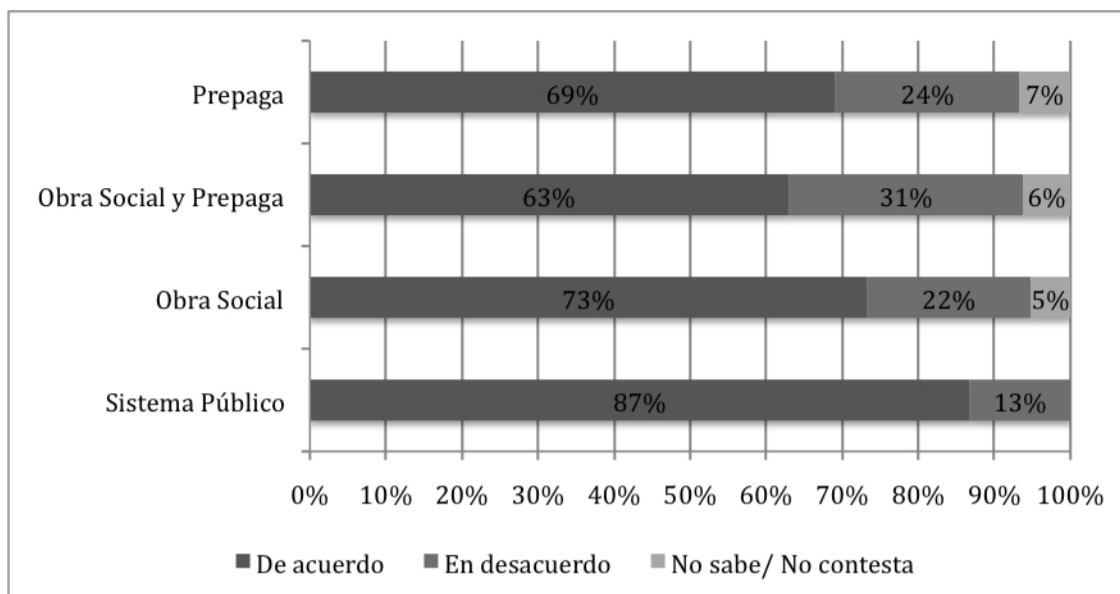
El 69,4% está a favor de la creación de un Consejo Directivo o *Board* en cada uno de los hospitales, en comparación con el 24,9% que no avala dicha propuesta. Quienes están más en desacuerdo son los médicos que tienen una obra social y prepaga: el 31% de dicho grupo no comparte la idea.

Gráfico 114. Creación de un Consejo directivo



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

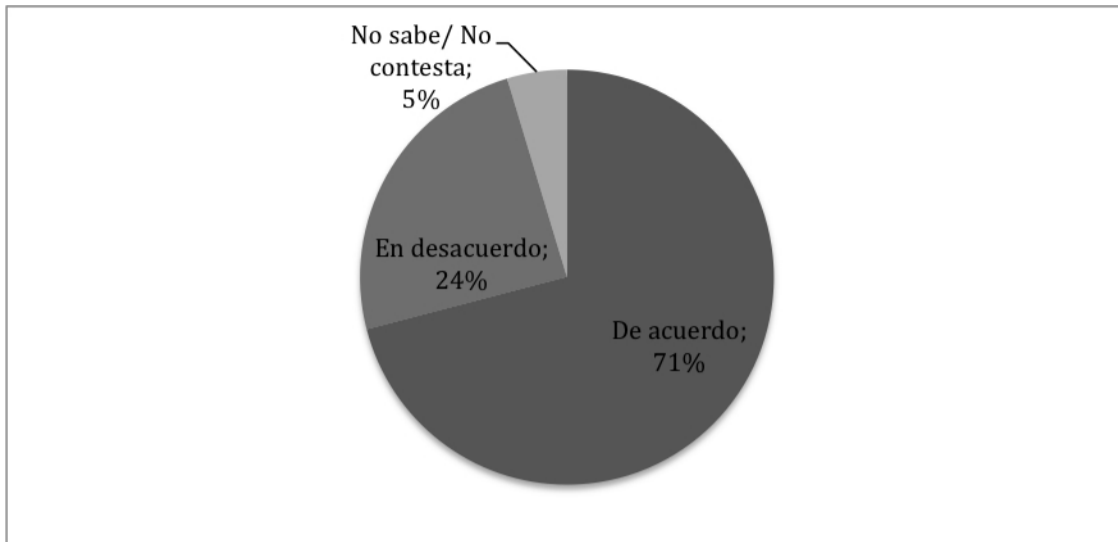
Gráfico 115. Creación de un Consejo directivo según cobertura utilizada



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

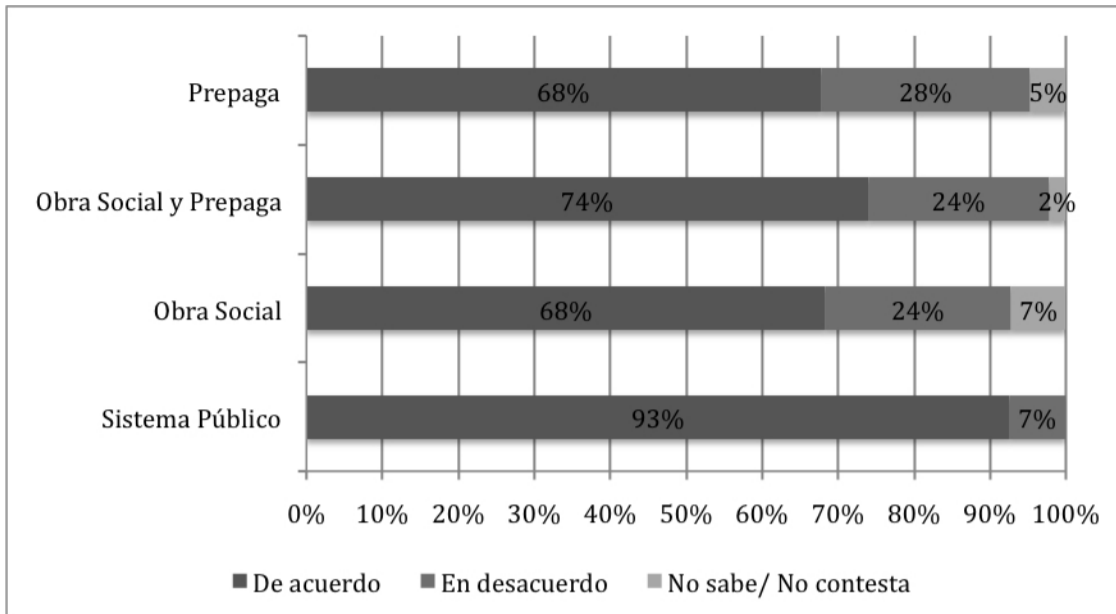
El 70,9% está de acuerdo en dedicar casi todo el día laboral en atender a pacientes sin ningún tipo de cobertura médica y luego atender durante una cierta cantidad de horas extras a pacientes con obras sociales y prepagas, mientras que un 24,4% no está de acuerdo con tal propuesta. Los que guardan mayor nivel de acuerdo en esta proposición son los médicos que dependen de la cobertura de salud pública: el 92,6% de dicho grupo respondió afirmativamente a esta propuesta.

Gráfico 116. Atención a pacientes sin cobertura médica. Horas extras para pacientes de Obras Sociales y Prepagas.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

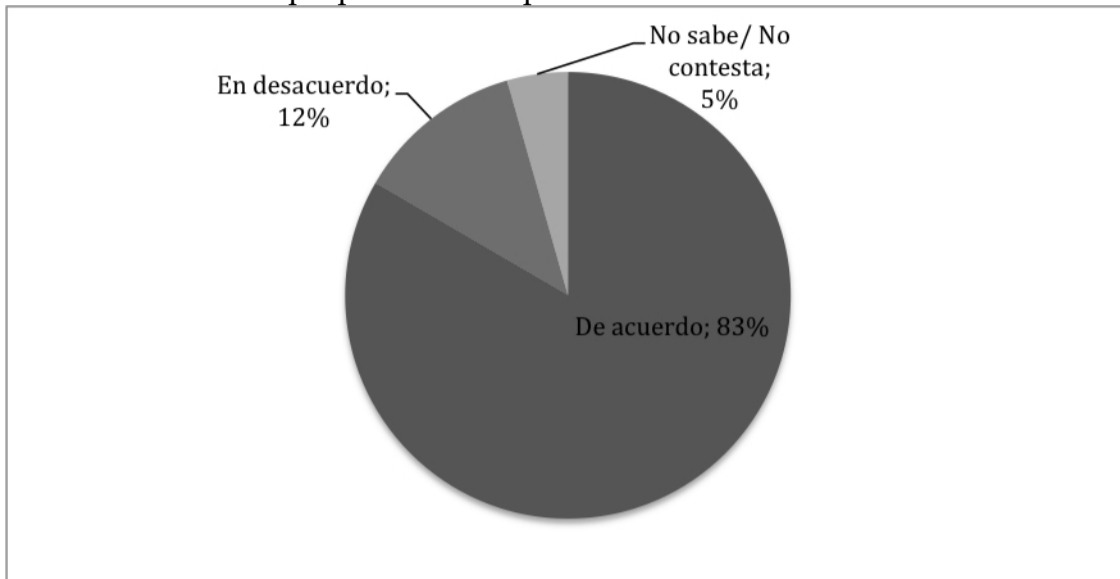
Gráfico 117. Atención a pacientes sin cobertura médica. Horas extras para pacientes de Obras Sociales y Prepagas según cobertura médica



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

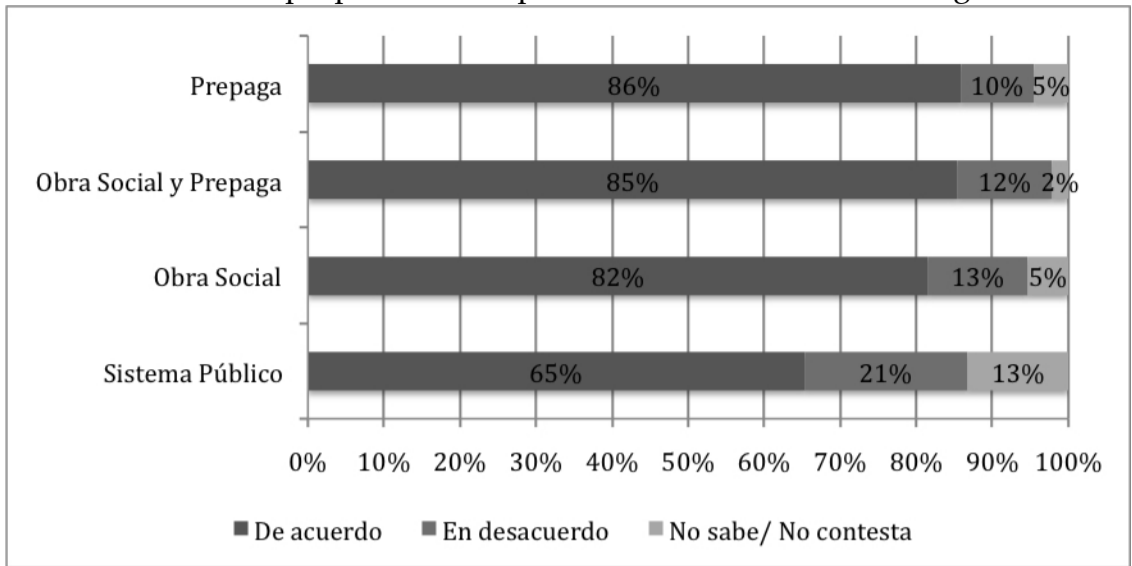
Un porcentaje mayor (83,4%) está de acuerdo en percibir en su salario un proporcional de los pacientes que se atienden por obra social, según el esquema consultado anteriormente, comparado con un 12,2% que no estaría de acuerdo con esa propuesta. El grupo de médicos que depende de la cobertura de salud pública, tiene un mayor nivel de disconformidad con esta propuesta: el 21,5% responde que está en desacuerdo.

Gráfico 118. Salario proporcional de pacientes con Obras Sociales



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Gráfico 119. Salario proporcional de pacientes con Obras Sociales según cobertura utilizada

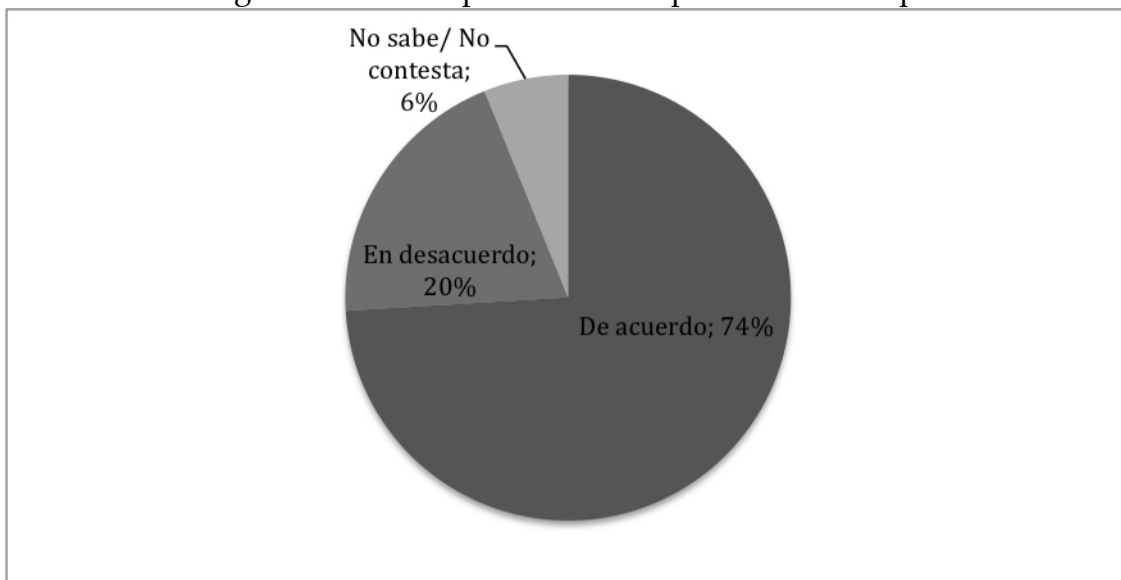


Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

En el caso que un paciente que se atiende en los hospitales de una determinada localidad, que no posee obra social ni prepaga y llega al hospital sin derivación alguna, la gran mayoría de los médicos consultados estaría de acuerdo en cobrarle al Ministerio o Secretaría de Salud de la jurisdicción a la que pertenece dicho paciente. Al consultar por los motivos de la postura adoptada, las principales respuestas fueron “le corresponde al Estado”, “es una forma de mantener los sueldos y los recursos del hospital” y “permite igualdad de cobertura”.

El 74,0% está de acuerdo en implementar la propuesta para que en dicho caso el hospital le cobre al Ministerio o Secretaría de Salud de la jurisdicción a la que pertenece el paciente atendido que no posee obra social ni prepaga. Sin embargo, un 19,8% no está de acuerdo con la reforma propuesta.

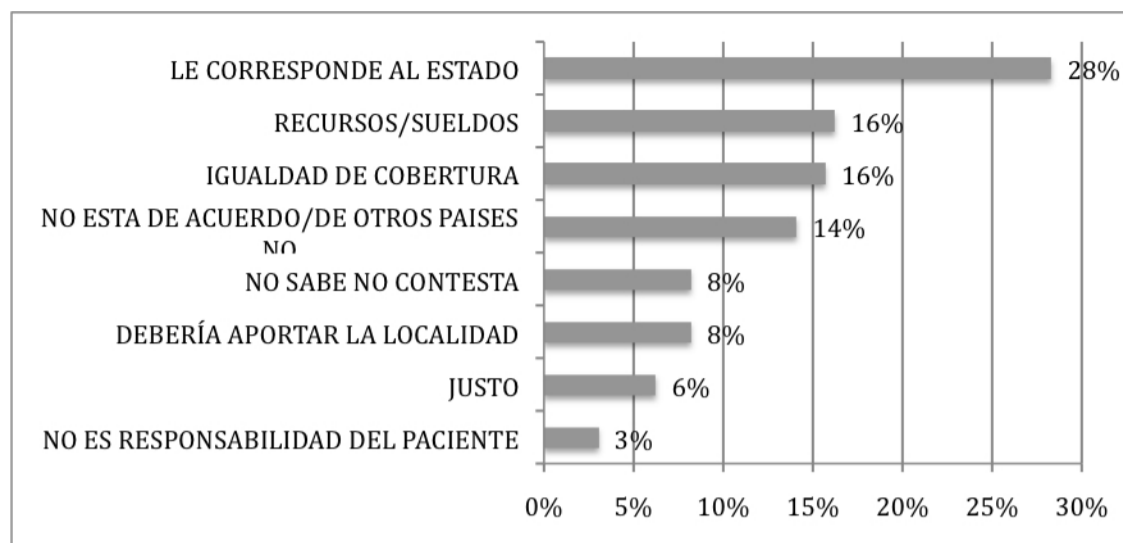
Gráfico 120. Cargas económicas para el Estado por atención de pacientes sin cobertura.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Los principales motivos por los cuales los médicos apoyan esta medida son: “le corresponde al Estado” (28,3%), “es una forma de mantener los sueldos y los recursos del hospital” (16,2%) y “permite igualdad de cobertura” (15,7%).

Gráfico 121. Justificación de cargas económicas para el Estado por atención de pacientes sin cobertura.

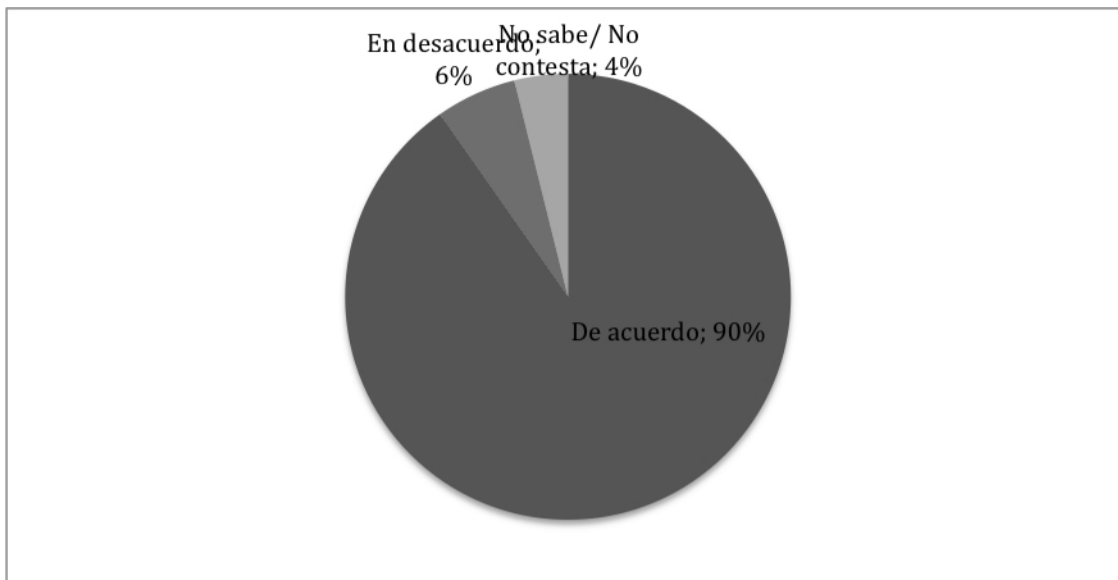


Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Además, se indagó acerca de la siguiente situación: en el caso que un paciente que se atiende en los hospitales de una determinada localidad, que residen en otra provincia del país y que cuenta con una obra social de esa provincia, casi todos los médicos consultados estarían de acuerdo con que el hospital de esa localidad cobre sus servicios a dicha obra social provincial. Los motivos por los cuales los médicos apoyarían la medida son: “permitirían la distribución del gasto”, “es necesario cobrar por la obra social/para eso tienen cobertura” y porque “es justo/ es lo que corresponde”.

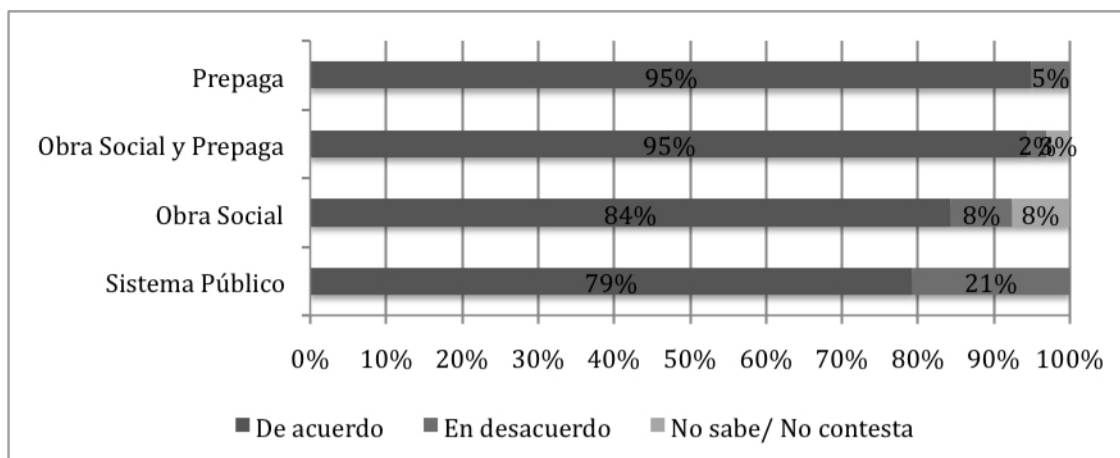
El 90,2% está de acuerdo en implementar que el hospital de la localidad cobre sus servicios a la obra social provincial a la que pertenece el paciente atendido, en cambio sólo el 5,9% no está de acuerdo con la propuesta. Quienes guardan un mayor nivel de disconformidad con la propuesta son los médicos que dependen de la cobertura de salud pública: un 20,7% de dicho grupo (el mayor porcentaje comparado con el resto de los grupos) no está de acuerdo con la propuesta.

Gráfico 122. Cobro a la obra social provincial de origen



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

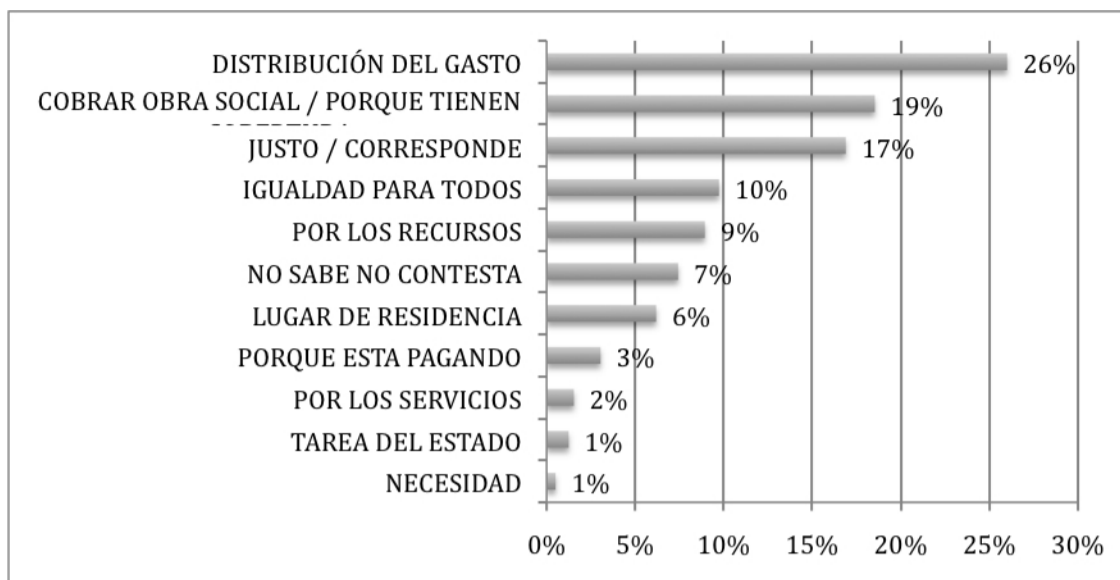
Gráfico 123. Cobro a la obra social provincial de origen según cobertura médica



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Los principales motivos por los cuales implementarían dicha reforma son: “permitirían la distribución del gasto” (26,0%), “es necesario cobrar por la obra social/ para eso tienen cobertura” (18,5%) y porque “es justo/ es lo que corresponde” (16,9%).

Gráfico 124. Justificación del cobro a la obra social provincial de origen



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

CAPÍTULO 5.

ÍNDICE DE CONFIANZA EN EL SISTEMA ARGENTINO DE SALUD

Luego de las investigaciones realizadas tanto en el año 2011 como en el año 2012, sorprendidos ante los muy buenos resultados que habíamos obtenido, la Fundación Sanatorio Güemes decidió construir un Índice de Confianza en el Sistema de Salud argentino. Los índices de confianza son algo habitual en materia económica o institucional, pero nunca se había construido un índice sobre la confianza que tienen los usuarios con respecto al Sistema de Salud.

Para la construcción del mismo, se analizaron diferentes casos de instituciones e índices ya establecidos en la Argentina, como puede ser el Instituto Torcuato Di Tella con su índice de Confianza del Consumidor; el índice de Confianza en el Gobierno; y algunos otros más. El objetivo de nuestro índice de Confianza en el Sistema de Salud es medir el nivel de confianza que los usuarios del sistema –tanto público como privado– tienen en que el sistema de salud será capaz de resolver sus problemas, en caso de presentárseles algunos. Es habitual ver en medios periodísticos o en debates políticos que la salud pareciera ser uno de los principales problemas de nuestro país, sin embargo, como ya hemos visto a través de toda la investigación, este no es el caso. El Sistema de Salud argentino goza de muy buena salud según los propios usuarios del sistema y parte del objetivo de la construcción de este índice es demostrar, año tras año, cómo evoluciona esa confianza que los argentinos tenemos con respecto al sistema. Se trata de una medición de la forma en que los ciudadanos visualizan el sistema en su conjunto y, por lo tanto, responde básicamente a la experiencia vivida y a sus expectativas respecto a como debería ser y funcionar el sistema.

El índice se obtuvo a partir de los resultados de una serie de preguntas que se le realizaron a la población como parte de la investigación cuantitativa que se hizo en el año 2012. Se consideraron fundamentalmente dos tipos de variables: acceso y calidad. Con acceso nos referimos a la relación entre las posibilidades de atención que ofrece el sistema de salud (oferta) y las necesidades de la población (en este caso, las necesidades sentidas). Por calidad nos referimos a la condición de la respuesta recibida, en este caso valorada en función de cómo la atención es percibida. Las cuestiones en las que nos centramos para la construcción del índice eran: la evaluación general del sistema de salud; la evaluación del funcionamiento del sistema de salud específicamente; la valoración de la gente sobre el acceso a la salud de la población; la opinión general de los encuestados sobre los médicos argentinos; el grado de confianza en que los médicos podrían resolver un potencial problema de salud; la percepción sobre el nivel de capacitación de los médicos; la confianza general en que el sistema de salud podría resolver un eventual problema que se presentara; el tiempo de respuesta del servicio de emergencias (ambulancias); los recursos tecnológicos con los que cuentan los centros de salud a los ojos de los usuarios; la opinión de los usuarios con respecto a la oferta de medicamentos en la Argentina; el nivel de satisfacción con el sistema de turnos del lugar donde se atiendan; la preferencia de atenderse en la Argentina o en el exterior; y la relación de costos del sistema argentino con respecto a otros países, según los encuestados.

Así se construyó una serie de 13 preguntas que se clasificaron en 3 grupos a los cuales se les asignó un peso dependiendo su importancia. El peso se determina para construir un indicador que va de una escala de 0 a 5. Una vez recolectada la información, se procesó de acuerdo a las fórmulas establecidas y se obtuvo un resultado. El índice de Confianza en el Sistema de Salud para diciembre del año 2012 fue:

Gráfico 125. Índice de Confianza en el Sistema de Salud.



Fuente: Fundación Sanatorio Güemes

Como se puede ver, tanto el índice como la investigación nos hablan de un Sistema de Salud que goza de muy buena salud a los ojos de los usuarios, tanto en materia de recursos humanos "los médicos siendo el foco de las valoraciones positivas de los usuarios" como con respecto a los recursos técnicos y de infraestructura.

EPÍLOGO

LA OPINIÓN DE LOS (IM)PACIENTES

A manera de conclusión enunciamos a continuación algunas reflexiones surgidas de la investigación.

1. Con temas de salud pública mejor no meterse

Imagine el lector que en lugar de ser profesional de la salud y/o sanitarista, fuera un político, más preocupado por preservar el capital electoral que la salud. Probablemente, luego de ver los resultados de los estudios de opinión pública presentados en este libro, su primera conclusión sería: “mejor no meterse con la salud pública”. Mejor no hacer nada. Es un tema muy complejo. La mayoría de las personas están conformes. Entonces ¿para qué generar ruido donde no lo hay?

Creemos que ese ha sido el razonamiento prevalente durante los últimos años y explica porqué la salud pública no tiene presencia en la agenda pública. Tal vez, esto solo cambió en forma coyuntural y por breve tiempo cuando la crisis económica nacional fue tan grande que parecía que el sistema de salud no iba a subsistir. Ante la amenaza hubo interés en ponerse de acuerdo y hubo espacio político para nuevas propuestas. Pero superada la falta de recursos, las condiciones volvieron a la misma situación previa en la salud pública argentina y continuó prevaleciendo una lógica bastante conservadora.

2. No hay salud para todos

Lo que más llama la atención de los estudios presentados no es que la gente esté relativamente contenta con el sistema de salud sino que solo una porción muy pequeña considera que en la Argentina “toda la población tiene igual acceso a los servicios de salud”, pero igual están contentos.

Podríamos interpretar esto como una manifestación de que se acabó el malestar en la cultura. Se acabó la culpa. No nos importa que estemos bailando en la cubierta del Titanic mientras tengamos preparados nuestros propios botes salvavidas. Esto da cuenta de que, en salud pública, estamos asistiendo un escape hacia el individualismo.

No sería justo atribuirle la responsabilidad de esto a ningún gobierno. Estamos analizando cómo se construye socialmente la salud en Argentina. Y nuestra interpretación es que no se construye socialmente sino individualmente.

La diferencia ontológica entre medicina y salud pública consiste en que mientras la medicina busca mejorar las condiciones de salud de un individuo (el “paciente”), la salud pública busca mejorar las condiciones de salud de una población. La salud pública solo se conjuga en plural. No hay salud pública si yo estoy bien pero otro está mal. O, mejor dicho, eso que para la medicina podría ser un éxito para la salud pública es un fracaso rotundo.

El 85% de los argentinos admiten que no existe tal cosa como “salud para todos y todas”, pero igual están relativamente satisfechos con el sistema de salud que tenemos. Pero examinemos como se construye esa satisfacción. La satisfacción es una percepción que se construye en el encuentro entre las expectativas albergadas por los actores y lo recibido en términos de respuestas objetivas. Si las condiciones materiales no han cambiado y la satisfacción sube, lo que está sucediendo es que las expectativas están cayendo. No podemos decir que la satisfacción haya crecido en forma relevante porque ya era alta en el estudio del año anterior y porque solo ahora estamos construyendo un índice de satisfacción para monitorear su evolución en el tiempo. Pero creemos que si sabemos que hoy los argentinos nos contentamos con un sistema de salud no igualitario.

3. El doctor es bueno, pero...

En nuestra interpretación, el sistema de salud padece una enfermedad crónica degenerativa. De esas enfermedades silenciosas que el paciente ni ve ni quiere ver. De hecho, si hay algo que caracteriza la percepción que los argentinos tenemos de nuestra salud es que nos resistimos a aceptar el diagnóstico. Por eso, como registra la encuesta, la mitad de las veces buscamos una segunda opinión, aún cuando creemos que el médico sabe mucho. Fíjense en esa inconsistencia porque es un rasgo estructural de nuestra salud pública. “Los médicos argentinos son los mejores del mundo, pero los pacientes no les llevan el apunte”.

Como el Saturno pintado por Goya, la sociedad argentina devora a sus propios hijos pródigos: los médicos. ¿Por qué los devora? Porque son talentosos, dedicados, estudiosos, esforzados. Pero no son respetados ni remunerados. Cuando hacemos un metaanálisis, de varias encuestas de opinión de los usuarios en el mundo, el motivo de queja (el motivo de insatisfacción) más recurrente es la incompreensión que el médico tiene del paciente. En la Argentina esto no aparece, ni en esta encuesta, ni en la anterior ni en otras realizadas por otros grupos. Pareciera que el médico argentino escucha bien al paciente, le explica bien al paciente lo que este tiene y cómo resolverlo. El paciente le entiende pero no le hace caso.

Otro aspecto que llama la atención en la encuesta es la alta proporción de personas que manifiesta concurrir de 3 a 5 veces por año al médico. Las encuestas nacionales de utilización y gasto muestran algo similar. Los argentinos vamos más al médico que nuestros vecinos. Incluso que algunos europeos. Esto es coherente con un sistema que tiene una oferta considerable de facilidades en términos de médicos, consultorios, hospitales, camas, servicios de diagnóstico, etc. y la gente responde en forma bastante homogénea que para ellos nada de eso constituye un problema.

Es que el problema mayor en la Argentina no es que falten médicos ni que falten instalaciones sino que faltan pacientes. El paciente es un ciudadano que percibe una amenaza a su salud (dolor, síntoma, etc.) y acude a un servicio de salud (transformándose así en usuario). En el momento en que recibe atención sanitaria por parte de un(os) profesional(es) habilitado, ese usuario es confrontado con un conjunto de reglas de interacción. Es la aceptación de esas reglas lo que convierte al usuario en paciente. A veces las reglas son explícitas (como el consentimiento informado que el individuo firma antes de un procedimiento que involucra cierto riesgo clínico), pero la mayoría de las veces esas reglas son tácitas. El individuo no sabe lo que le pasa, no sabe lo que le van a hacer, no sabe que le puede pasar y debe entregar su cuerpo y voluntad a un grupo de profesionales y a una institución. Para el servicio de salud, el ciudadano es cómo un gusano que se convierte en mariposa al constituirse en paciente, porque esto le da la posibilidad de estudiarlo y medirlo clínicamente y de utilizar toda la ciencia y tecnología disponible para restituirle sus stocks de salud. Sin embargo, para ese ciudadano la situación es la opuesta, él se siente un gusano apresado mientras está en el servicio, mientras es paciente, y espera con ansiedad la posibilidad de volar fuera del sistema. Christine Plaige, directiva de la Fundación Kaiser Permanente de los Estados Unidos afirma que en ese país (el de mayor desarrollo médico del mundo) los ciudadanos mantienen un contacto promedio de poco más de dos horas al año con el sistema de salud¹⁴. Es decir el vuelo de esa mariposa paciente es muy corto.

¹⁴ Colvin, Geoff. “Companies which care about health of their employees: Interview to Christine Plaige -DV from Kaiser permanente”. **Fortune TV**. Disponible en: <http://money.cnn.com/video/magazines/fortune/2012/10/03/f-ldrshp-kaiser-2.fortune>

En la Argentina es probable que el tiempo de contacto del ciudadano con el sistema sea mayor pero la paciencia de ese ciudadano con el sistema es menor. Esa falta de paciencia se traduce en infidelidad. Porque el sistema tolera y permite esa infidelidad. “Los hospitales públicos son muy buenos si sabés a donde tenés que ir”, nos dijo una entrevistada en un grupo focal. El sistema se convierte así en uno de esos libros interactivos donde uno elige su propia aventura. El paciente no elige, el que elige se llama “consumidor”. El dueño de una de las mayores prepagas del país lo dijo una vez con precisión “el negocio de la medicina prepaga es tener una cartilla infinita y brindar al afiliado la máxima capacidad de elección: eso solo se consigue pagando poco al prestador”.

En síntesis, interpretamos que la gente está contenta con un sistema porque hemos hecho de la salud un *shopping*. Y a los argentinos nos encanta ir de compras. Que tengamos la mayor tasa de mortalidad por afecciones cardiovasculares del mundo pasa desapercibido. Que la mortalidad materna es hoy mayor que la que teníamos en 1986 también puede pasar desapercibido. Sencillamente porque el sistema no está orientado a lograr impacto en términos de resultados de salud. Nadie premia con su voto, con su opinión ni mucho menos con su dinero al sistema de salud que consigue mejores resultados. Porque el sistema de salud no está para conseguir mejor salud para todos sino para brindar prestaciones en forma acrítica cada vez que alguien (que pueda) la quiera demandar.

4. La enfermedad del sistema ha hecho metástasis

Nuestra conclusión más destilada de esta encuesta es que el modelo neoliberal está intacto en el sector salud argentino. La salud se constituye como un bien de consumo que se adquiere en forma individual y donde el Estado brilla por su ausencia.

Este problema tiene la misma magnitud para los tres subsectores. No creemos que haya ganadores ni perdedores. Nos animamos a decir que los usuarios del sector público no tienen interés en tener obra social. Sí es probable que, quien tiene obra social tenga interés en tener cobertura de prepaga porque eso amplía su libertad de elección. Y a nadie parece importarle que tener doble o triple cobertura resulte ineficiente y hasta un derroche.

¿Soluciones?

Para encontrar soluciones lo primero es asumir que hay un problema. Entonces, debemos señalar, sin prisa pero sin pausa, que la satisfacción puede ser funcional a las disfuncionalidades a las enfermedades del sistema de salud.

Lo segundo es proponer un nuevo contrato social para la salud. Una nueva forma de construir salud donde la salud sea tanto un derecho como una responsabilidad y donde la libre elección no sea más importante que los resultados de salud alcanzados.

Sería ingenuo pensar que la población en general va a ser nuestra aliada en esa transformación. Por lo menos no al principio. Los primeros aliados son los profesionales y trabajadores de la salud y, junto a ellos, tenemos que persuadir al sector dirigente.

Podríamos avanzar por problemas de salud. Proponiendo cruzadas contra un problema por vez. Por ejemplo, la mortalidad materna es absurda y los controles gestacionales son bajísimos. Esto significaría que en cada obra social en cada provincia se desplieguen campañas para optimizar la respuesta, para fortalecer la adherencia a los tratamientos, cuidados y controles. Cuando tengamos resultados para mostrarle a la población iremos captando su colaboración y podremos proponer otra cruzada.

Así iríamos por líneas de cuidados, concretando un nuevo modelo de atención que supere a todos los subsistemas y conquiste salud para todos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Osborne, David & Gaebler, Ted. La reinención del Gobierno. Barcelona. Paidós Ibérica. 1994.

2 Navarro Rubio, María. "Encuestas de Salud". **Cuadernos metodológicos** nro 11. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid. 1994. Página 7.

3 Colvin, Geoff. "Companies which care about health of their employees: Interview to Christine Plaige -DV from Kaiser permanente". **Fortune TV**. Disponible en: <http://money.cnn.com/video/magazines/fortune/2012/10/03/f-ldrshp-kaiser-2.fortune>

4 Sanguinetti, Juan. "Equidad, acceso y utilización de los servicios de salud en Argentina: Una aproximación a partir de los datos de encuestas". Buenos Aires. Banco Mundial. Octubre de 2011. Mimeo.

5 Moscovici, Serge. **Introducción a la Psicología social**. Barcelona. Planeta. 1979. Páginas 17 y 18.

6 Jodelet, Denise. "La representación social: fenómenos, conceptos y teoría". En: Moscovici, Serge. **Psicología social II**. Barcelona. Paidós Ibérica. 1984. Páginas 469 a 493.

7 Berger, Peter & Luckman, Thomas. **La construcción social de la realidad**. Buenos Aires. Amorrortu. 1986.

8 Herzlich, Claudine. "La representación social: sentido del Concepto". En Moscovici, Serge. **Introducción a la Psicología social**. Barcelona. Planeta. 1979. Páginas 89 a 128.

9 Navarro Rubio, *Op.Cit.* 1994. Página 8.

10 Tobar, Federico. "Paradigmas sanitarios". En Vassallo, C y Tobar, F. **Perspectivas de los sistemas de Salud en América Latina**. San Luis. Universidad de San Luis. Ateneo de Economía de la Salud. Año IV. Nro 4. Julio. 2011.

11 Tobar, Federico y Anigstein, Carlos. **Redes de Salud. Análisis de caso y conceptualización del funcionamiento en red del Hospital el Cruce**. Universidad Nacional Arturo Jauretche. Florencio Varela. 2013. Página 26.

12 La elaboración de los gráficos contienen los números redondeados para mejorar la eficacia de la lectura y la comprensión.

13 La elaboración de los gráficos contienen los números redondeados para mejorar la eficacia de la lectura y la comprensión.

14 Colvin, Geoff. "Companies which care about health of their employees: Interview to Christine Plaige -DV from Kaiser permanente". **Fortune TV**. Disponible en: <http://money.cnn.com/video/magazines/fortune/2012/10/03/f-ldrshp-kaiser-2.fortune>