



Repositor Digital Institucional
"José María Rosa"



Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Patricio Jorge Cacace

Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (O.S.Pe.Con. - Construir Salud) en el periodo 2004-2008

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

Director de la tesis

Leonardo Federico

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Cacace, Patricio Jorge. (2013). Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (O.S.Pe.Con. -Construir Salud) en el periodo 2004-2008 [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria.

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/Cacace_P_Evaluacion_2013.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANUS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA, GESTION Y POLITICAS DE SALUD
9ª COHORTE (2006-2008)

TESIS PARA LA OBTENCION DEL TITULO DE MAGISTER

TITULO

“Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (O.S.Pe.Con. - Construir Salud), en el periodo 2004-2008”.

MAESTRANDO

Patricio Jorge Cacace

DIRECTOR

Dr. Leonardo Federico

FECHA DE ENTREGA

24/09/2013

Lanús, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANUS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA, GESTION Y POLITICAS DE SALUD
9ª COHORTE (2006-2008)

TESIS PARA LA OBTENCION DEL TITULO DE MAGISTER

TITULO

"Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (O.S.Pe.Con. - Construir Salud), en el periodo 2004-2008".

MAESTRANDO

Patricio Jorge Cacace

DIRECTOR

Dr. Leonardo Federico

INTEGRANTES DEL JURADO:

Mgr. María Marcela Bottinelli

Mgr. Carlos Ventura

Dra. Georgina Strasser

Mgr. Jorge Arakaki (suplente)

FECHA DE APROBACION

05 / 12 / 2013

CALIFICACION:

07 (Bueno)

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

A la memoria de mi padre,
maestro y amigo.

A Andy, Valentina, Camila y Micaela,
fuente de motivación y sostén permanente.

A Ana, Analó, y Carlos,
por su respaldo y fiel acompañamiento.

A los equipos de trabajo en los que participo, y
a los integrantes de la 9º Cohorte de la MEGyPS
por compartir enseñanzas e ideales
en lo que hacemos todos los días.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

RESUMEN

La crisis político-económico-social vivida en nuestro país, que alcanzó su peor expresión a fines del año 2001, impactó fuertemente en el sector salud y sus subsectores, los cuales experimentaron profundos problemas económico-financieros que obligaron a buscar alternativas a sus mecanismos de gestión vigentes. Ante ese sombrío escenario, la Obra Social del Personal de la Construcción (OSPeCon - Construir Salud) inició en el año 2004 "*SANUS, programas de promoción y prevención*" que se transformó en el punto de partida para una nueva etapa. Este trabajo es una investigación evaluativa que realiza un análisis de implantación de SANUS, considerando los procesos de gestión, el modelo asistencial, y las acciones de promoción y prevención implementadas, produciendo información del ámbito de la APS y de la seguridad social de nuestro país, y contribuyendo de esta forma con la planificación y toma de decisiones en el ámbito sanitario. Entre sus conclusiones se destaca: el rol facilitador que representó utilizar como plataforma de sostén para los programas a un sistema centrado en la APS y en la Medicina Familiar y General; la consolidación que hubo de las reuniones de equipo local como espacios colectivos de trabajo y discusión, y de las actividades de difusión para con los beneficiarios de OSPeCon; la instalación de un modelo asistencial definido y planificado; la oferta de servicios preventivos y de promoción de la salud científicamente respaldados para la población consultante; y las dificultades encontradas para hacerse extensivos a la comunidad.

Palabras clave: Servicios Preventivos de Salud; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Gestión en Salud; Atención Primaria

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

ABSTRACT

The political-economic-social crisis lived in our country, which reached its worst in late 2001, had a strong impact on the health sector and its subsectors, which experienced deep economic and financial problems that forced them to seek alternatives to their existing management mechanisms. Given this bleak scenario, OSPeCon – Construir Salud (the health care system for the Construction Union) launched in 2004 "SANUS", a program focused on health promotion and prevention, which became the starting point for a new stage. This paper is an evaluative research seeking implementation analysis of SANUS considering management processes, the model of care, and the promotion and prevention actions implemented, producing information in the field of primary care and social security of our country, and contributing in this way with the planning and decision making in health care. Among its conclusions stand out: the facilitator role represented by the use as platform support for programs of a system focused on Primary Care and Family/General Medicine; there was consolidation of local team meetings as collective work and discussion spaces, and dissemination activities for the beneficiaries of OSPeCon; installing a defined and planned care model; the offering of preventive services and health promotion scientifically supported for people; and the difficulties encountered to extend them to the community.

Key Words: Preventive Health Services; Program Evaluation; Health Management Primary Care.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 01: Evolución Anual del promedio de la Población Beneficiaria de Construir Salud entre 1998 y 2008.....	18
Figura 02: Evolución de las Consultas Médicas totales para el Primer Nivel de Atención de Construir Salud entre 1998 y 2008.....	18
Figura 03: Ciclo de trabajo SANUS incorporando nuevos conceptos metodológicos.....	20
Figura 04: Ciclo de trabajo con los Equipos de Salud bajo la metodología de Gestión aplicada en SANUS.....	22
Figura 05: Ciclo de trabajo en APOC según Esquema Metodológico de Abramson.....	38
Figura 06: Población Consultante según tipo de afiliación a Construir Salud entre 2004 y 2008.....	57
Figura 07: Población Consultante de Construir Salud según rango etario entre 2004 y 2008.....	58
Figura 08: Población Consultante de Construir Salud según sexo entre 2004 y 2008.....	59
Figura 09: Cantidad de Bonos de Consultas en el Primer Nivel de Atención de Construir salud para los diferentes Ejes Temáticos SANUS entre 2004 y 2008	62
Figura 10: Cantidad de Bonos de Consultas para los diferentes Ejes Temáticos SANUS relacionados con el tipo de población consultante entre 2004 y 2008.....	64
Figura 11: Cantidad de Bonos de Consultas para los diferentes Ejes Temáticos SANUS relacionados con el rango etario entre 2004 y 2008.....	66
Figura 12: Cantidad de Prácticas de Promoción y Prevención realizadas para los diferentes ejes temáticos SANUS entre 2004 y 2008.....	69
Figura 13: Cantidad de Prácticas de Promoción y Prevención realizadas para los diferentes ejes temáticos SANUS, relacionados con el tipo de población consultante entre 2004 y 2008.....	71
Figura 14: Cantidad de Prácticas de Promoción y Prevención realizadas para los diferentes ejes temáticos SANUS, relacionados con el rango etario entre 2004 y 2008.....	72
Figura 15: Respuestas de los CeMAPs a los Ejes Temáticos SANUS en lo referente a procesos de gestión	78

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 01: Lógica de programación con la que se diseñó SANUS	46
Cuadro 02: Detalle de las variables utilizadas para identificar e perfil sociodemográfico de los usuarios de SANUS, los motivos de consulta de promoción y prevención, y las prácticas SANUS.....	49
Cuadro 03: Detalle de las variables utilizadas para analizar las respuestas de los CeMAPs a los procesos de gestión SANUS.....	50
Cuadro 04: Matriz de medidas para el trabajo de la Metodología aplicada.....	53
Cuadro 05: Análisis de contenido de las entrevistas. Categoría "Implementación SANUS".....	81
Cuadro 06: Análisis de contenido de las entrevistas. Categoría "Metodología aplicada al Ciclo de Trabajos SANUS".....	82
Cuadro 07: Análisis de contenido de las entrevistas. Categoría "Repercusiones en el modelo asistencial y en la gestión de los EBAMP".....	83
Cuadro 08: Análisis de contenido de las entrevistas. Categoría "Un espacio importante para los Equipos de Salud".....	84
Cuadro 09: Análisis de contenido de las entrevistas. Categoría "Las fortalezas y debilidades dos caras de una misma metodología".....	85
Cuadro 10: Análisis de contenido de las entrevistas. Categoría "Elementos incorporados culturalmente en la gestión del CeMAP y en el modelo".....	87

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

LISTADO DE TABLAS

Tabla 01: Población Consultante según tipo de afiliación a Construir Salud entre 2004 y 2008.....	56
Tabla 02: Población Consultante de Construir Salud según rango etario entre 2004 y 2008.....	56
Tabla 03: Población Consultante de Construir Salud según sexo entre 2004 y 2008.....	56
Tabla 04: Cantidad de Bonos de Consultas para los diferentes Ejes Temáticos SANUS relacionados con el tipo de población consultante entre 2004 y 2008.....	63
Tabla 05: Cantidad de Bonos de Consultas para los diferentes Ejes Temáticos SANUS relacionados con el rango etario entre 2004 y 2008.....	65
Tablas 06: Cantidad de Prácticas de Promoción y Prevención realizadas para los diferentes ejes temáticos SANUS, relacionados con el tipo de población consultante entre 2004 y 2008.....	70
Tabla 07: Cantidad de Prácticas de Promoción y Prevención realizadas para los diferentes ejes temáticos SANUS, relacionados con el rango etario, entre 2004 y 2008.....	70
Tabla 08: Tasas de Uso de Consultas para Ejes Temáticos SANUS, y de Prácticas de Promoción y Prevención, según los diferentes subgrupos poblacionales de beneficiarios consultantes de Construir Salud entre 2004-2008.....	75
Tabla 09: Respuestas de los CeMAPs a los Ejes Temáticos SANUS en lo referente a procesos de gestión.....	77

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ABP: Aprendizaje Basado en Problemas

ACDI: Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional

ADH: Beneficiarios que aportan como adherentes

AFIP: Administración Federal de Ingresos Públicos

ALC.: Alcoholismo

Ans.: Ansiedad

APOC: Atención Primaria Orientada a la Comunidad

APS: Atención Primaria de la Salud

BIREME: Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, inicialmente denominado Biblioteca Regional de Medicina.

BVS: Biblioteca Virtual en Salud

C. Madre: Cuidados de la Madre

C. Niño: Cuidados del Niño

Ca.: Cáncer

CeMAPs: Centros Médicos de Atención Primaria

CIAP: Codificación Internacional de Atención Primaria

CPS: Control Periódico de Salud

DBT: Diabetes Mellitus

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

Dep.: Depresión

DLP: Dislipemias

DOM: Beneficiarias que aportan como empleadas domésticas

E_: Entrevista

EBAMP: Equipo Básico de Atención Médica Primaria

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Est.: Estudios

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

GPC: Guías de Práctica Clínica

HTA: Hipertensión Arterial

IBECS: Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud, producido por la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Inmuniz.: Inmunizaciones

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

IPM: Índice Prestacional Mensual

IRAB: Infecciones Respiratorias Agudas Bajas

LILACS: Índice bibliográfico de la literatura en ciencias de la salud, publicada en los países de América Latina y el Caribe.

MC: Motivo de consulta

MEDLINE: Base de datos de la literatura internacional del área médica y biomédica, producida por la National Library of Medicine de EEUU, la Biblioteca Cochrane (colección de fuentes de información actualizada sobre medicina basada en evidencia), y SciELO.

MeSH: Medical Subject Headings de la U.S. National Library of Medicine

MFG: Medicina Familiar y General

MNT: beneficiarios que aportan como empleados monotributistas.

MP: Método Paideia (de la rueda)

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OSPeCon: Obra Social del Personal de la Construcción – Construir Salud

OSP: Beneficiarios que aportan como trabajadores de la construcción

OTR: Otros

PSEA: Proceso Salud Enfermedad Atención

PMO: Programa Médico Obligatorio

PMOE: Programa Médico Obligatorio de Emergencia

PyP: Promoción y Prevención

S.Bucal: Salud Bucal

SANUS: Programas de Prevención y Promoción implementados por OSPeCon

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SOM: Sistema de Ordenes Médicas

SciELO: Scientific Electronic Library Online

SUS: Sistema Único de Salud de Brasil

SSS: Superintendencia de Servicios de Salud

TBQ: Tabaquismo

UOCRA: Unión Obrera de la Construcción de la República Argentina

V.Fam: Violencia Familiar

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

CONTENIDO

1. Introducción.....	13
1.1 Problematización.....	14
1.1.1 Antecedentes del Programa Nacional de APS de Construir Salud.....	14
1.1.2 La experiencia SANUS y su contexto.....	16
1.1.3 Reseña de la Gestión de los Programas SANUS.....	19
1.1.4 Ciclos de trabajo SANUS para los Ejes Temáticos.....	20
1.1.5 Programas: Módulos PyP o Ejes Temáticos SANUS	22
1.1.6 Actividades de los programas.....	23
1.1.6.1 Difusión.....	23
1.1.6.2 Gestión Clínica.....	23
1.1.6.3 Acciones de promoción y prevención.....	24
1.1.7 Registros, Padrones, Monitoreo y Evaluación.....	24
1.2 Pregunta.....	25
1.3 Hipótesis.....	25
2. Justificación social, académica y personal.....	26
3. Estado del Arte y Marco Teórico.....	28
3.1 Estado del Arte.....	28
3.1.1. Medicina Preventiva.....	28
3.1.2. La Estrategia de APS como marco para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.....	29
3.1.3. La Medicina Familiar y General y su rol en el primer contacto del paciente con el sistema de salud.....	30
3.1.4 Sistematización de búsqueda en la literatura acerca del tema.....	31
3.2 Marco teórico.....	33
3.2.1 Gestión en APS.....	34
3.2.2 Modelo Asistencial.....	40
3.2.3 Acciones de Promoción y Prevención (PyP).....	41
4. Objetivo General y Objetivos específicos.....	43
4.1 Objetivo general.....	43
4.2 Objetivos específicos.....	43

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

5. Metodología	44
5.1 Estrategia de investigación.....	44
5.2 Materiales y métodos de estudio.....	47
5.3 Período de estudio.....	48
5.4 Población en estudio.....	48
5.5 Criterios de inclusión.....	48
5.6 Criterios de exclusión.....	48
5.7 Potenciales sesgos.....	49
5.8 Variables en estudio.....	49
5.9 Entrevistas semiestructuradas con informantes clave.....	51
5.10 Lógica de Producción de Datos.....	51
5.11 Compilación de datos y Estrategias de análisis.....	54
5.12 Ventajas y limitaciones del diseño elegido.....	54
5.13 Consideraciones éticas.....	54
6. Resultados	55
6.1 "Perfil Sociodemográficos" de los usuarios de SANUS	55
6.2 Ejes Temáticos SANUS (o Módulos PyP) que generaron la mayor y menor cantidad de consultas de beneficiarios.....	60
6.3 Prácticas preventivas más y menos utilizadas en el programa.....	68
6.4 Tasas de Uso de Consultas y Prácticas PyP para el período 2004-2008.....	74
6.5 Respuestas de los CeMAPs a los Ejes Temáticos SANUS, en lo referente a procesos de gestión, según información de los Reportes Locales, y de las Evaluaciones del Nivel Central.....	76
6.6 Percepción de los Informantes Clave sobre los cambios producidos desde la implementación de SANUS en el modelo asistencial del EBAMP.....	79
7. Discusión	88
7.1 Acerca de la Gestión APS.....	88
7.2 Acerca del Modelo Asistencial.....	91
7.3 Acerca de las Prácticas PyP.....	92
8. Conclusiones	95
Referencias Bibliográficas	97
Apéndices	101
Anexos	107

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

1) INTRODUCCIÓN:

La Obra Social del Personal de la Construcción (OSPeCon – Construir Salud), perteneciente al gremio de la Unión Obrera de la Construcción de la República Argentina (UOCRA), inició en noviembre del año 1992 su Programa Nacional de Atención Primaria de la Salud (APS), dentro de una serie de medidas destinadas a generar cambios estructurales que permitieran preservar y optimizar las prestaciones y servicios que se brindaban a sus trabajadores beneficiarios. Dichas medidas incluían una amplia gama de aspectos: asistenciales, administrativos, docentes y de gestión (1). Esto ocurría en un contexto de políticas sanitarias en transformación y cursando procesos de reforma. Es así que en el año 1996 se promulga el *Programa Médico Obligatorio* (PMO) (2) a partir del decreto 247/96, el cual establecía la canasta básica de prestaciones que las obras sociales nacionales debían proveer a sus beneficiarios. Merece destacarse que este decreto se basaba en los principios de la APS reconociéndola no sólo como cobertura del primer nivel de atención sino como estrategia de organización de los sistemas sanitarios, destacando el principio de privilegiar la preservación de la salud y reforzando los programas preventivos (3).

La crisis político-económico-social vivida en nuestro país, que alcanzó su peor expresión a fines del año 2001, no fue ajena para el sector salud y sus subsectores, los cuales experimentaron profundos problemas económico-financieros que obligaron a buscar alternativas a sus mecanismos de gestión vigentes (4). Ejemplo de ello es que en el año 2002, el Estado declara la emergencia sanitaria, a través del decreto 486/02, y aprueba el *Programa Médico Obligatorio de Emergencia* (PMOE) (5), a partir del cual no sólo se amplía la canasta básica de prestaciones establecida previamente, sino que dichas prestaciones debían respetar ciertos criterios de costo-efectividad para generar eficiencia en la utilización de recursos. En dicho contexto Construir Salud diseña "SANUS, Programas de Promoción y Prevención", inicialmente como una estrategia para el abordaje de tres enfermedades crónicas de alta prevalencia (Hipertensión arterial (HTA), Diabetes (DBT) y Dislipemias (DLP)) vinculadas al desarrollo de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular^a, que permita un abordaje más costo-efectivo de este grupo de patologías por medio de la utilización más racional de las prácticas diagnósticas, consultas médicas, medicamentos, y con el objetivo de evitar complicaciones que deriven en la utilización de niveles de complejidad y costos crecientes.

^a Cabe destacar que el desarrollo del presente trabajo de investigación no tiene por objeto la descripción y abordaje clínico-epidemiológico de las patologías comprendidas en SANUS. Así como tampoco se plantea al presente trabajo como una investigación de costoefectividad de las prácticas y/o programas preventivos implementados por SANUS. El abordaje de las mismas se realiza para contextualizar, analizar y evaluar los procesos y herramientas utilizados en su gestión.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Con el transcurso del tiempo, y a medida que se incorporaban a SANUS nuevos ejes temáticos, los procesos de gestión aplicados en el diseño original del programa se fueron trasladando a las etapas siguientes y, tal como se expresaba en los reportes periódicos de actividades y evaluaciones planificadas, los equipos de salud de los CeMAPs^b los fueron incorporando en su modelo asistencial habitual.

La implementación de SANUS buscaba, dado el contexto mencionado, volver a involucrar a todos los integrantes de dichos equipos en un trabajo interdisciplinario y coordinado, promoviendo la generación de nuevos vínculos, nuevos roles y responsabilidades entre sus integrantes. El monitoreo y las evaluaciones cíclicas realizadas rutinariamente se diseñaron para darle sustentabilidad a las actividades implementadas, manteniendo cotidianamente en la agenda de los actores los ejes temáticos abordados.

Si bien en el ámbito de la APS, y más aún en el de la seguridad social, pareciera ser poco frecuente -según veremos más adelante- tanto la investigación como la publicación de trabajos científicos (6-7), el propósito del presente trabajo consiste en realizar una investigación evaluativa de la implementación de SANUS, considerando los procesos de gestión, el modelo asistencial, y las acciones de promoción y prevención implementadas.

De esta forma estaríamos aportando información y resultados que contribuyan tanto con la planificación como con la toma de decisiones en la implementación de diferentes políticas sanitarias, al permitir considerar mejoras, ajustes y correcciones respecto del programa evaluado, ya sea para optimizar su continuidad o para analizar su factibilidad de replicación en otros ámbitos.

1.1 *Problematización:*

1.1.1 **Antecedentes del Programa Nacional de APS de Construir Salud**

Construir Salud decide implementar hacia fines del año 1992 una serie de medidas destinadas al armado y reorganización de los servicios y prestaciones médicas que se brindaban en su primer nivel de atención (1,8). Se destacan a continuación algunas características del complejo escenario institucional y prestacional desde el que se partía:

- Servicios médicos ambulatorios con prestadores externos cancelados o ausentes, predominantemente en el interior del país;
- Servicios médicos ambulatorios propios de la obra social escasos, fragmentados por especialidades, y desbordados por la demanda (para el año 1994 se había

^b Se hará referencia a los mismos también como EBAMP (Equipo Básico de Atención Médica Primaria), constituido por Médico de Familia/Generalista, Pediatra, Tocoginecólogo, y Enfermero.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

conseguido armar una red de treinta y ocho CeMAPs propios en todo el país, que se logró expandir hasta sesenta y siete CeMAPs en el año 2001).

- Sobreprestación de servicios por prestadores externos a la obra social;
- Alto grado de insatisfacción de los beneficiarios con los servicios a los que accedían;
- Atención médica episódica, fragmentada, y despersonalizada, sin ejes ni programas sanitarios definidos;
- Escasa eficiencia, eficacia y efectividad en las acciones sanitarias implementadas;
- Escasos y precarios sistemas de registro y control de las prestaciones ambulatorias de todo el país (para ese entonces se consideraba una población de 763.000 beneficiarios, y una cantidad de consultas médicas totales de 172.000 por año)

A partir de este diagnóstico situacional, los decisores políticos de la institución definen la implementación de la estrategia de la APS como instrumento que les permita organizar y gestionar adecuadamente al nivel ambulatorio, y es así que empieza a desarrollarse el Programa Nacional de APS.

Durante casi una década, fueron implementándose progresivamente una serie de acciones destacables en el ámbito de la seguridad social de nuestro país, las cuales gestaron un modelo asistencial que permitió que los CeMAPs actuaran como referencia y puerta de entrada y/o primer contacto formal de los beneficiarios con el sistema de salud (1). Se destacan, entre otras, las siguientes acciones:

- Armado de una red de más de sesenta CeMAPs propios en las principales ciudades del país, y con alrededor de cuatrocientas localidades de diferentes provincias con prestación de servicios médicos ambulatorios;
- Incorporación de dos CeMAPs móviles que recorrían diferentes localidades en todo el país llevando el contacto del equipo de salud a las propias obras de construcción y/o a los barrios donde vivían mayor cantidad de beneficiarios;
- Constitución de EBAMPs para cada CeMAP, que implementaban un modelo asistencial y procesos de gestión local diferenciales para la institución, dándole un rol central a los médicos especialistas en Medicina Familiar y/o General (MFG), quienes llegaron a representar más del 65% de los integrantes de los EBAMP y el 80% de las coordinaciones de los CeMAPs.
- Desarrollo de numerosas y variadas actividades de capacitación en temas prevalentes de salud para los integrantes de sus EBAMPs, mediante la generación de convenios académicos con universidades nacionales y extranjeras;

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

- Formación de trabajadores de la salud alineados con la estrategia de la APS y el trabajo interdisciplinario, a través de su Programa Nacional de Residencias Medicina Familiar y de su Escuela de Enfermería;
- Incorporación dentro de la dinámica de funcionamiento de cada CeMAP, de las reuniones periódicas de los integrantes de su EBAMP, llamadas Reuniones de Equipo, como espacio de discusión e intercambio de los diferentes temas presentes en la propia agenda local;
- Control y gestión de forma integral y global del primer nivel de atención, en una institución que llegó a tener más de un millón de beneficiarios, y hasta dos millones de consultas ambulatorias anuales;
- Coordinación a nivel nacional con una función más normativa y de procesamiento de la información proveniente de los diferentes CeMAPs, y coordinación local encargada de la gestión y reportes de sus centros. Ambos niveles en estrecha y permanente comunicación e intercambio de ideas.

1.1.2 La experiencia SANUS y su contexto:

A partir de la breve descripción de los antecedentes del Programa Nacional del APS y de las acciones que se implementaron en el primer nivel de atención de los beneficiarios de Construir Salud entre los años 1992 y 2001, podemos comprender porqué era el ámbito donde se debían volcar medidas que permitieran sortear las numerosas dificultades que trajo aparejada la crisis. Recordemos que durante la crisis político-económico-social vivida en nuestro país, que alcanzó su peor expresión a fines del año 2001, el sistema de salud fue particularmente afectado, y los agentes de la seguridad social vieron comprometida su sustentabilidad económico-financiera y asistencial.

En el caso de Construir Salud, se debieron adoptar medidas que buscaron optimizar los procesos de gestión clínica, manteniendo la capacidad de resolución de problemas de salud prevalentes con eficiencia y efectividad, orientando la circulación de los pacientes por los prestadores de niveles de complejidad creciente, y manteniendo el "modelo asistencial"^c implementado por los EBAMP.

En tal contexto de crisis, se produjo una significativa disminución de afiliados en la obra social (producto de la caída de la actividad vinculada al gremio de la construcción), con la consecuente disminución de recursos económicos y también de las consultas médicas en

^c Entendido genéricamente como las combinaciones de tecnologías (materiales y no materiales) utilizadas en las intervenciones sobre problemas y necesidades sociales de salud (9).

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

el primer nivel de atención (Figuras 01 y 02). Como consecuencia de ello, se debieron tomar una serie de complejas decisiones, que repercutieron en la historia del modelo vigente:

- Cierre de algunos CeMAPs;
- Desmembramiento de varios de los EBAMP;
- Modificación de la forma y tiempo de pago de honorarios profesionales;
- Suspensión de la mayoría de las actividades destinadas a la capacitación e intercambio entre los integrantes de los EBAMPs;
- Control y Auditoría de las prácticas médicas solicitadas desde cada CeMAP.

Estas mismas decisiones trajeron aparejados cambios simultáneos en algunos otros integrantes de los CeMAPs:

- Desmotivación de los integrantes de los EBAMPs para realizar sus actividades;
- Modificación de la praxis profesional en el modelo asistencial y de los procesos de gestión local.

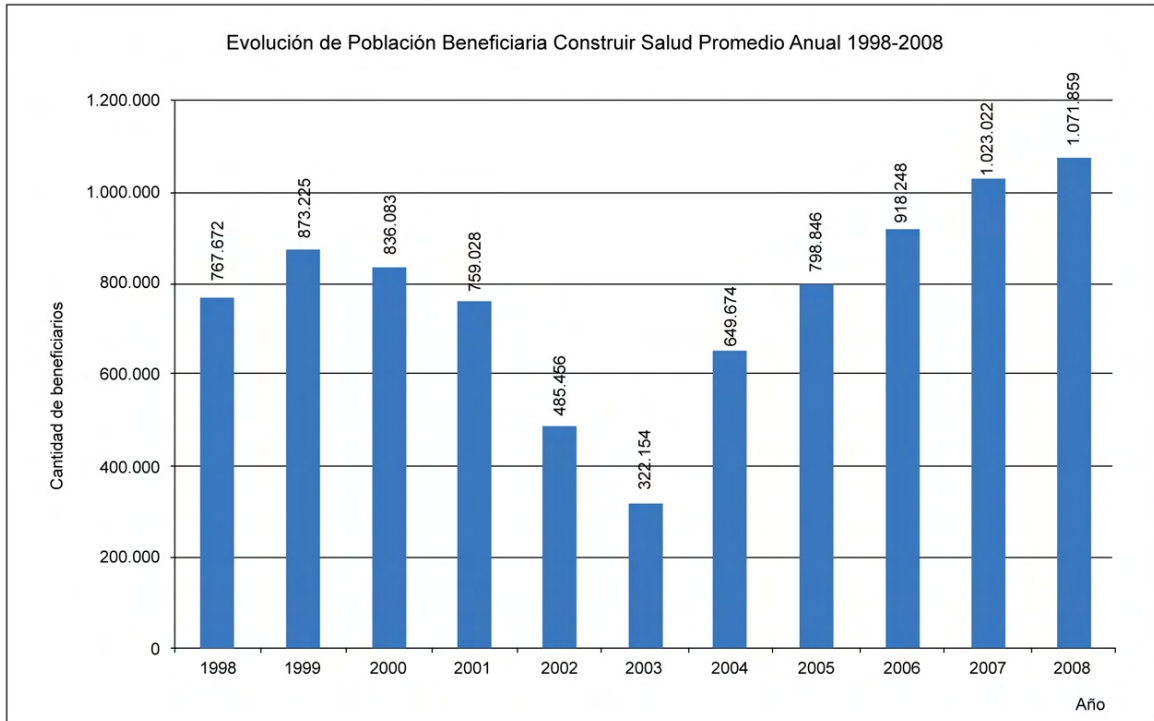
En el contexto descrito anteriormente, sobre la complejidad del proceso institucional que atravesaba Construir Salud, en el año 2004 se decide dar inicio a "*SANUS, Programas de Promoción y Prevención*", dirigidos a sus afiliados e integrantes de sus equipos de salud. Dichos programas fueron planificados y contextualizados en el marco de la estrategia de APS y del modelo de la MFG recientemente descriptos. SANUS surge en parte también, como resultado de las acciones de sustentabilidad producto del *Convenio Internacional de Transferencia de Tecnología en APOC* (Atención Primaria Orientada a la Comunidad), celebrado entre Construir Salud y la Universidad de McGill (Montreal, Canadá), financiado por el ACDI (Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional), y con una duración de cinco años de 1999 a 2003 (10-11).

Podemos ver en las figuras siguientes la drástica disminución del número total de beneficiarios y de la cantidad de consultas realizadas en el primer nivel de atención, en el período de crisis que atravesó nuestro país entre los años 2001 y 2003; y su lenta y progresiva recuperación en los años posteriores.

Resulta oportuno aclarar que la población beneficiaria de Construir Salud se compone de diferentes subgrupos diferenciados entre sí por la vía en que realizan sus aportes previsionales a la obra social, registrándose de esta forma cinco subgrupos: obligatorios, monotributistas, empleadas domésticas, adherentes, y otros.

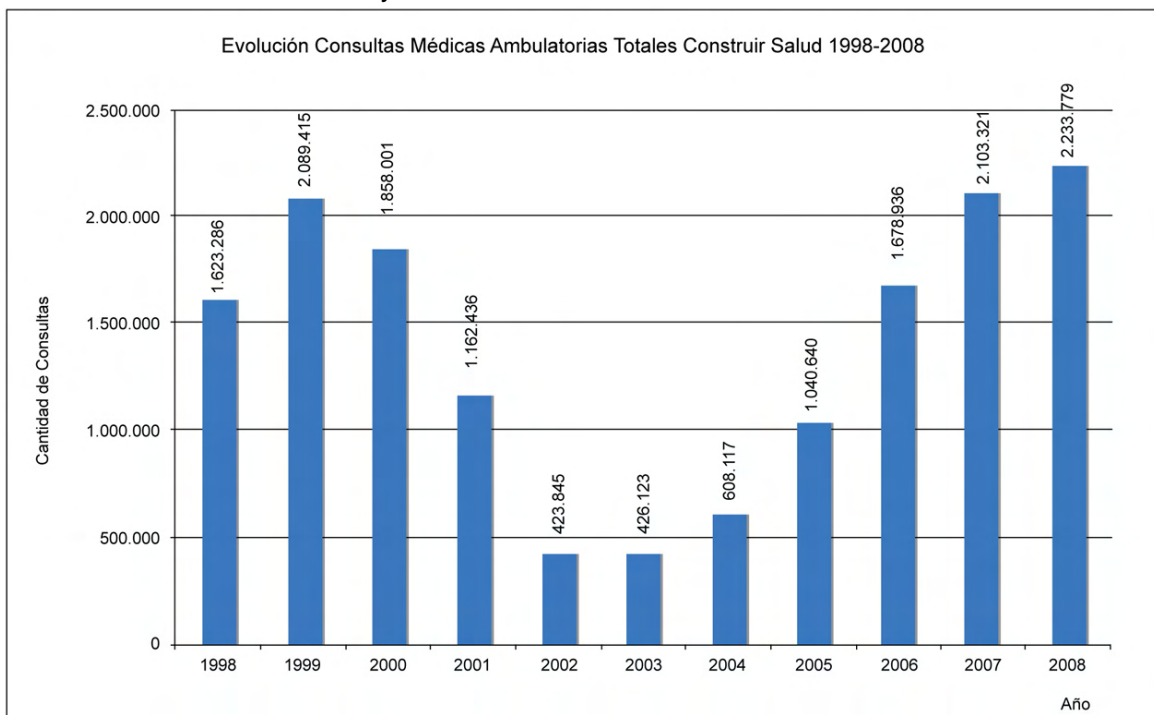
Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Figura 01: Evolución Anual del promedio de la Población Beneficiaria de Construir Salud entre 1998 y 2008.



Fuente: elaboración propia a partir de informes Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) enviados a la Gerencia de Prestaciones Médicas de Construir Salud.

Figura 02: Evolución de las Consultas Médicas totales para el Primer Nivel de Atención, en Construir Salud entre 1998 y 2008.



Fuente: elaboración propia a partir de informes del Sistema de Ordenes Médicas (SOM) de Construir Salud.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Ante este sombrío escenario, la implementación de SANUS parecía representar una oportunidad para iniciar para una nueva etapa, en la que había que dejar atrás la crisis y sus consecuencias, para recuperar la motivación e involucramiento de los equipos, reformulando el modelo asistencial y el abordaje de los procesos de gestión de las diferentes patologías.

1.1.3 Reseña de la Gestión de los Programas SANUS:

El equipo técnico que realizó la gestión integral de SANUS, trabajó previamente durante largo tiempo bajo la impronta de los conceptos de la "Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)"^d, combinados con el desarrollo y la aplicación transdisciplinaria de los conceptos del "Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)".

Combinando ambas metodologías, la de APOC -según el Esquema Metodológico de Abramson- (12) y la del ABP –según el Ciclo de Exploración de Branda- (13), se pretendía incorporar una forma de trabajo sistematizada y adaptable a los diferentes contextos y problemas, en las que se decide y se desarrolla una intervención, planificando tanto su realización como su evaluación, y se participaba de los procesos de gestión a los propios integrantes operativos de los equipos de salud.

Es por ello que ante el desafío de desarrollar SANUS se propuso trabajar con procesos flexibles adaptables a las variantes que escapan de nuestra capacidad de control y predicción, y a escenarios diferentes; que sean confiables, y que le den la viabilidad al plan. Es de destacar que las evaluaciones no se planteaban como el final de una etapa, sino como procesos cíclicos y como medios para la reflexión acerca del significado y el sentido del trabajo, y de la función socio-sanitaria de los programas.

Los ciclos de trabajo SANUS resultantes se nutrían de numerosas y diferentes fuentes de información, dado que para definir un módulo PyP se tomaban los aportes de los integrantes del equipo técnico del nivel central o nacional, junto a los aportes de las coordinaciones locales. Es decir, se consideraban aportes que provenían de la agenda sanitaria del nivel central (más jerárquica y técnica), que se validaban y discutían con las coordinaciones locales, que luego serían las encargadas de aplicar la intervención, evaluarla y monitorearla. Todo esto sucedía con el aval de las autoridades de Construir Salud, en un contexto en que las partes involucradas, tenían por un lado el compromiso institucional de realizar un abordaje simultáneo a nivel nacional de un eje SANUS, pero por el otro debían poseer cierta flexibilidad que le permitiera a los diferentes CeMAPs de las diferentes

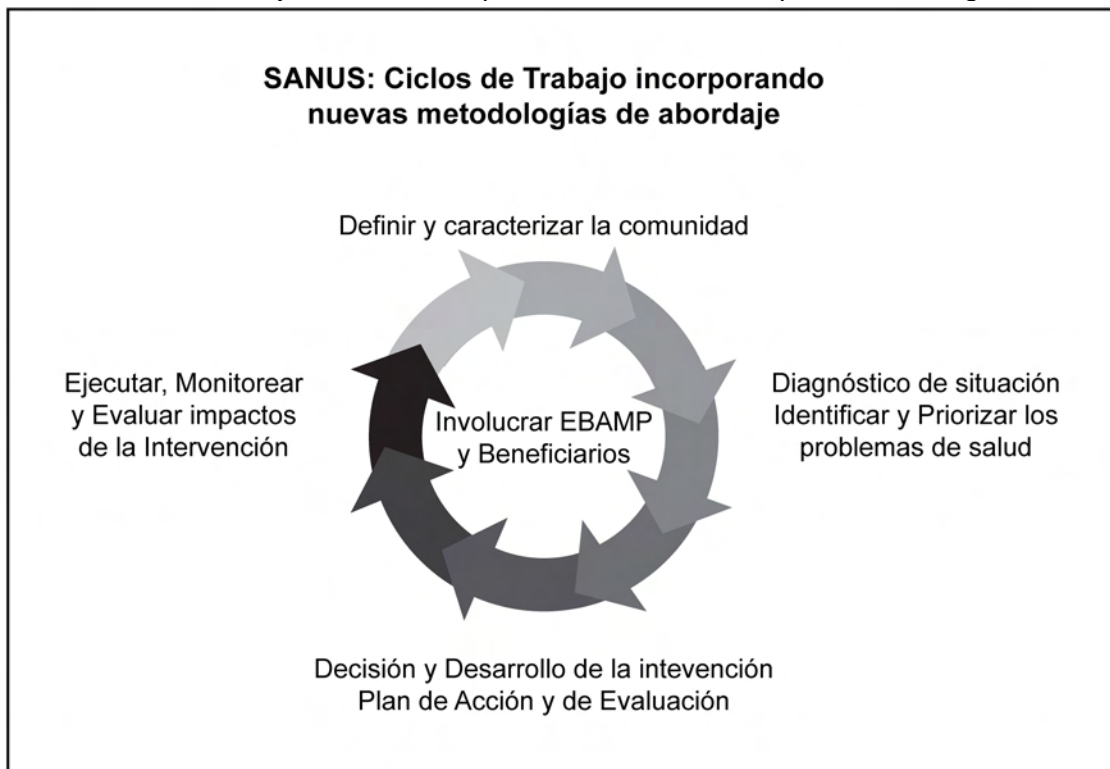
^d El Proyecto McGill OSPeCon de Transferencia Tecnológica en APOC (10-11) se desarrolló entre los años 1999 a 2003, participando del mismo los CeMAPs de Rosario, Tucumán, Córdoba, Mendoza y Monte Grande.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

regiones, adaptar las intervenciones a las variadas y continuamente fluctuantes realidades locales.

La dinámica a aplicar en SANUS debía también contribuir a reconstruir la fidelización de los equipos de salud con sus tareas y entre sus integrantes, por lo que los procesos cíclicos instrumentados, al margen de crear herramientas de gestión clínica, debían favorecer un permanente y fluido intercambio entre los actores involucrados.

Figura 03: Ciclo de trabajo SANUS incorporando nuevos conceptos metodológicos



Fuente: Elaboración propia basada en Cacace P., Aymat A. (14)^e

1.1.4 Ciclos de trabajo SANUS para los Ejes Temáticos:

La difusión interna de SANUS y capacitación de los equipos de salud de los CeMAPs de Construir Salud se realizaba con materiales de comunicación técnica provistos con los contenidos teóricos de cada una de los ejes de los programas. Cada uno de ellos se iniciaba en jornadas de trabajo y capacitación denominadas "*Encuentros Regionales*",^f en los que se convocaba a disertar a expertos de los ejes temáticos del programa a tratar, se examinaba la evolución y procesos de gestión del mismo, se entregaba el material de difusión interna y

^e La cita bibliográfica a la que se hace referencia en la Fuente corresponde –según consta en la Declaración de Originalidad de la Tesis de Maestría- a un artículo propio publicado con posterioridad al cursado de la Maestría, en el cual se anticiparon algunos resultados parciales de este trabajo.

^f Durante la duración de los programas SANUS se realizaron un total de 9 encuentros regionales, 2 por año, en 23 ciudades diferentes de 20 provincias (ver Anexo 1).

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

externa, se entregaban las Guías de Prácticas Clínicas (GPC) correspondientes, se evaluaba la evolución de los programas ya implementados anteriormente, y se hacía una devolución en base a los indicadores y reportes de los mismos.

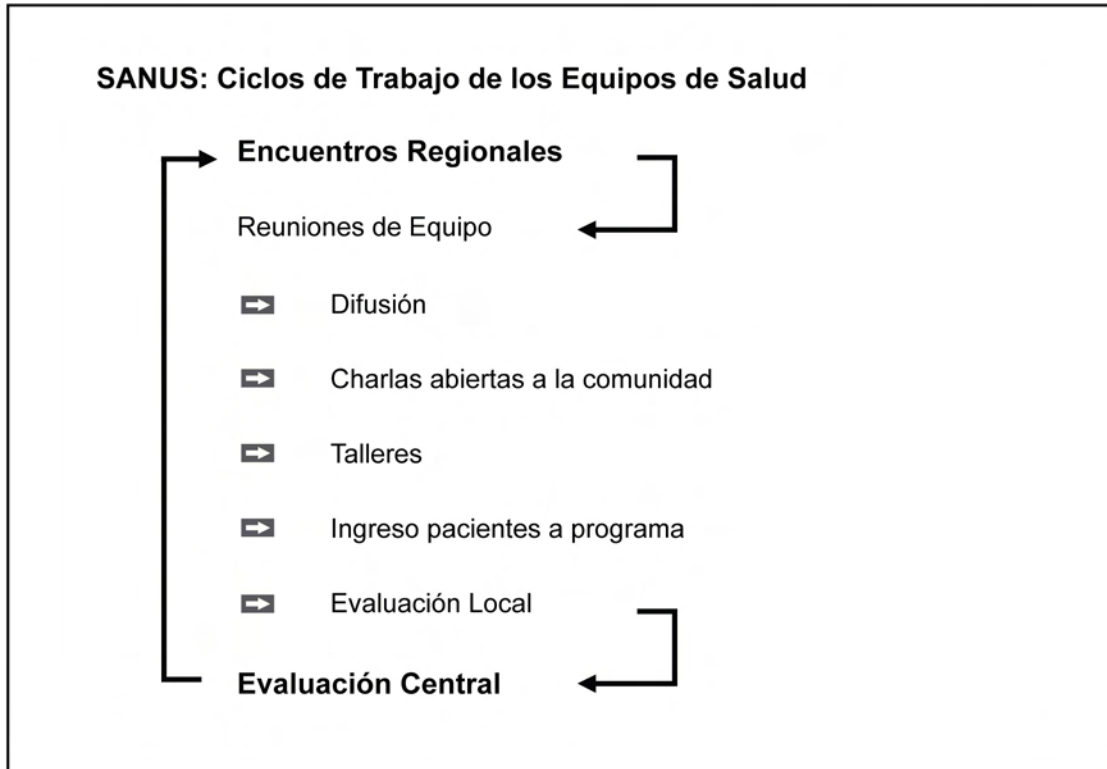
Para finalizar el año de trabajo se realizaban los llamados "*Encuentros Nacionales*", con la misma metodología de trabajo.

A cada uno de estos encuentros (regionales y nacionales), en los que se iniciaba un nuevo programa y se hacía una devolución de los programas previos, concurrían el coordinador médico, el encargado administrativo y un enfermero de cada CeMAP. Ellos eran los que luego quedaban como encargados de transmitir y replicar los contenidos a los restantes integrantes del equipo de salud de su CeMAP, por medio de la realización de las "*Reuniones de Equipos Locales*". Dado que SANUS intentaba implementar un enfoque con más actores involucrados, participaban de estas reuniones los integrantes del llamado EBAMP (médicos de familia y/o generalistas, pediatras, tocoginecólogos, y enfermeros), algunos otros profesionales de la salud que trabajaban en ese CeMAP (psicólogos, odontólogos, kinesiólogos, trabajadores sociales, cardiólogos, y traumatólogos), y además se involucraba al personal administrativo, de maestranza, y representantes sindicales del propio gremio.

Este último espacio de reuniones locales de cada CeMAP se utilizaba, entre otras cosas, para discutir la agenda de acciones a desarrollar y la forma de convocar a los beneficiarios de la obra social y a la comunidad, dentro de las actividades a ejecutar para cada eje PyP.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Figura 04: Ciclo de trabajo con los Equipos de Salud bajo la metodología de Gestión aplicada en SANUS.



Fuente: Elaboración propia basada en Cacace P., Aymat A. (14)

1.1.5 Programas: Módulos PyP o Ejes Temáticos SANUS ^g

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Dislipemias
- Prevención de cáncer de cuello de útero
- Prevención de cáncer de mama
- Prevención de cáncer colorectal
- Prevención enfermedades de transmisión sexual VIH-SIDA
- Tabaquismo y Alcoholismo
- Violencia familiar
- Prevención de accidentes en la infancia y Salud bucal

^g La selección de los Ejes Temáticos SANUS se realizaba mediante un consenso entre Autoridades, Dirección Médica, Dirección del Programa Nacional de APS, y Equipo Técnico de Gestión de Construir Salud. La pertinencia de cada eje se trabajaba buscando respetar las diferentes jerarquías y autonomías de los componentes de la Red Social UOCRA (integrada por diferentes instituciones de salud, seguridad laboral, vivienda, formación profesional, cultura, turismo, y comunicación) coordinada por la Comisión Directiva Central del Gremio.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

- Parasitosis y enfermedad de Chagas - Mazza
- Cuidados de la madre y el niño
- Ansiedad y Depresión
- Obesidad
- Inmunizaciones
- Enfermedades respiratorias agudas bajas

1.1.6 Actividades de los programas

Todos los programas se caracterizaban por tener los siguientes componentes:

1.1.6.1 Difusión

- Interna (administrativos, área gremial, EBAMP): se entregaba a los equipos de salud, materiales escritos técnicos y herramientas de capacitación, y se difunden en la página web de la obra social las acciones de los programas. (ver Anexos 2-7)
- Externa (afiliados y comunidad, acciones como charlas y talleres): se le entregaba a los afiliados materiales de difusión, sobre las distintas actividades (afiches, dípticos, volantes) o sobre los distintos temas con consejería sobre los mismos, utilizando también medios de difusión radiales, escritos (diarios de mayor tirada) o televisivos
- Otras modalidades de difusión:
 - Reuniones de equipo, espacios colectivos del EBAMP para la interacción entre sus integrantes, útiles para el análisis, discusión y evaluación de SANUS. Lugares de debate y planificación de diferentes actividades.
 - Talleres, en los que se efectúa un intercambio de información con los participantes sobre los temas propuestos,
 - Charlas a la comunidad, donde se efectúan disertaciones sobre temas relacionados con los programas en los propios CeMAP o en los ámbitos de trabajo (las obras de construcción),
 - Campañas, que son acciones de tiempo acotado, para instalar y difundir un tema (Ej: Campaña de prevención de cáncer de cuello uterino)(ver Anexo 8)

1.1.6.2 Gestión Clínica

Para el trabajo del EBAMP se utilizaban GPC que brindaban información actualizada con la mejor evidencia disponible sobre el eje temático en cuestión, en lo relativo a diagnóstico, codificación CIAP, y tratamiento, las cuales debían estar físicamente disponibles en cada consultorio y enfermería del CeMAP.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

1.1.6.3 Acciones de promoción y prevención:

- Consejería individual como herramienta habitual de la medicina familiar, se realiza en la consulta consejería y con relación a los programas según la patología que presente el paciente o mayor posibilidad de presentarla
- Campañas de vacunación, efectuadas ya sea en los CeMAP o en las obras para prevención de gripe o tétanos,
- Campañas abiertas a la comunidad, que además de brindar atención a los afiliados invita a toda la comunidad a participar (ver Anexos 9-10).

1.1.7 Registros, Padrones, Monitoreo y Evaluación

- Registros: los programas permiten identificar a los pacientes portadores de las patologías (todas las consultas son codificadas con los códigos de la Codificación Internacional en Atención Primaria (CIAP)).
Cada programa permite obtener según la información obtenida de los diferentes tipos de registro (además de la identificación por patología) indicadores propios para cada uno de ellos.
- Padrones: se obtienen padrones debido al registro centralizado de todas las consultas en soporte informático con la correspondiente identificación del afiliado y de la patología de la cual es portador.
- Monitoreo: se realiza monitoreo sistemático de todos los programas.
Para patologías como HTA y DBT se diseñaron y se pusieron en práctica desde el 2004 subprocesos de registro y monitoreo distintos al resto por la complejidad y tipo de dato evaluado.
- Evaluación: se realizan evaluaciones periódicas de los distintos programas según las características de cada uno de ellos, a nivel local y central, con devolución de resultados y conclusiones.

Considerando el contexto situacional mencionado, las características descriptas de esta obra social, y la amplitud y complejidad de los diversos componentes desarrollados en el programa, resultaría interesante y enriquecedor indagar sobre ciertos puntos de los procesos de gestión y del modelo asistencial implementados por SANUS.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

1.2 *Pregunta:*

¿En qué medida la implementación de SANUS generó cambios, en lo relativo a los procesos de gestión y al modelo asistencial, en los equipos de APS de Construir Salud?

1.3 *Hipótesis:*

El desarrollo e implementación de programas sanitarios centrados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en el ámbito de un sistema de salud basado en la APS y la Medicina Familiar y General, con la participación activa de los integrantes de los equipos de salud, genera mejoras en los procesos de gestión aplicados y en el modelo asistencial utilizado.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

2) JUSTIFICACION SOCIAL, ACADÉMICA, Y PERSONAL:

La experiencia desarrollada por Construir Salud durante casi 5 años abarca algunos componentes a considerar: las características del grupo particular de beneficiarios de esta obra social^h, el contexto político y socioeconómico del país, y la crisis propia del sistema de salud en general, que entre otros factores, contribuyeron a plantear la necesidad de una redefinición de los sujetos, del objeto y de las formas de organización de los procesos de gestión de los equipos técnicos y de los procesos de trabajo de los equipos de salud dentro de la red nacional de CeMAPs.

Esta investigación podría aportar información relevante a diversos actores:

- A los integrantes de los equipos de salud para reflexionar sobre los modelos de atención y de abordaje que se realizaban en el propio modelo asistencial, analizando si el "estructurar" o el "enmarcar" la atención de la salud por grupos de patologías o ejes sanitarios generó diferencias en su trabajo cotidiano.

- A los profesionales dedicados a la gestión para reformular conceptos de metodología, técnicas de abordaje, y evaluación; y como experiencia de producción de conocimientos para reorganizar las tecnologías de intervención en el modelo asistencial.

- A los decisores políticos para considerar esta experiencia desarrollada en el subsector de la seguridad social, utilizando la estrategia de la APS y el modelo de la MFG como principal marco de referencia, considerando además el mencionado contexto de crisis en el que se implementa.

- A los investigadores en las áreas de políticas y sistemas de salud, puesto que como veremos en otro punto del presente trabajo, es de destacar que la sistematización de la búsqueda en la literatura respecto del objeto de estudio nos muestra una escasa cantidad de trabajos que hagan referencia a la evaluación de programas y/o servicios preventivos en el ámbito de la APS, y mucho menos aún en el ámbito de la seguridad social. Por todo ello, el presente trabajo puede aportar información muy valiosa de una experiencia casi inédita en los ámbitos mencionados y con la metodología con que se desarrolló.

- A los beneficiarios de Construir Salud para conocer la complejidad de los procesos gestión involucrados en la implementación de los diferentes servicios asistenciales a los que tienen acceso, y para conocer también algunas características del grupo poblacional al que pertenecen y que es blanco de la planificación y las acciones que ejecuta su obra social.

Es de destacar aquí que mi participación como investigador convive con otros dos roles simultáneamente: uno como integrante del equipo de salud de uno de los CeMAPs

^h Regida según lo estipulado en las Leyes n° 23.660 y 23.661 (15-16); y sometida al control y fiscalización de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

involucrados en el trabajo, y otro como integrante del equipo técnico de gestión encargado del desarrollo de SANUS. Por lo tanto, y en este caso en particular, mi trabajo como investigador analiza algunos de los procesos y experiencias de las que participé, planteando un desafío doble: tomar posición desde el punto de vista académico para trabajar la hipótesis planteada, y aplicar rigurosa objetividad en el enfoque y las reflexiones que se realizan para no dar lugar al llamado "conflicto de interés" en el resultado del mismo, dado que todo trabajo de investigación que se encara exige un alto grado de compromiso profesional con el objeto de estudio y la producción de conocimiento, y personal con la tarea a realizar.

En virtud de lo expresado por Pierre Bourdieu (17), en cuanto a la actitud permanente que el investigador debe mantener ante el objeto de estudio y las distintas técnicas en las que debería apoyarse para lograr el máximo nivel de objetivación en el proceso de investigación, se intentó aplicar cierta vigilancia epistemológica sobre el método para evitar de esta forma sesgar el trabajo realizado. Es decir, se intentó reducir al máximo la influencia de las nociones de sentido común en el proceso de construcción del conocimiento científico, y efectuar un proceso de ruptura con aquello que se pensaba conocido, apelando a la teoría durante el proceso de construcción-delimitación del objeto de estudio.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

3) ESTADO DEL ARTE Y MARCO TEORICO

3.1 Estado del Arte

3.1.1 Medicina Preventiva:

El movimiento de la medicina preventiva surgió ciertamente como reacción a la acentuada medicalización de la salud en la sociedad y en el propio interior del sistema de salud (9). La Medicina Preventiva es aquella que se ocupa de los aspectos vinculados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; su campo se ha construido con los contenidos de disciplinas como la Higiene, la Epidemiología, aspectos de la Teoría y Administración de la Salud, y por último con el aporte de las Ciencias Sociales.

Se entremezclan entre sus enunciadores diferentes motivaciones ideológicas y políticas, y ha recibido -y recibe aún- numerosos cuestionamientos. Entre ellos se destacan los realizadas en la década del '70 por Sergio Arouca en su tesis de Doctorado *El Dilema Preventivista* (18), quien critica la concepción liberal e individualista del movimiento, su construcción teórica-ideológica y expansión hacia América Latina patrocinada por agencias internacionales, y remarca sus limitaciones para modificar las relaciones sociales concretas.

Los conceptos modernos de *Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad* fueron desarrollados, a partir de una nueva perspectiva de salud sosteniendo que las condiciones ambientales y los estilos de vida son importantes para la salud de las personas pero que, sin embargo, los recursos existentes se dirigían a la asistencia médica y no a los cambios en los determinantes de los fenómenos relacionados con Salud y Enfermedad (9,19).

En 1978 se suscribe la *Declaración de Alma Ata*, redefiniendo con nuevos alcances al concepto de Salud, definiéndola como un derecho humano fundamental, y planteando a la Atención Primaria de la Salud como estrategia para alcanzar las metas fijadas. Menciona además que "la APS se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento, y rehabilitación necesarios para resolverlos" (20 p.4).

Esto se traduce en una progresiva recuperación del pensamiento médico social, y plantea articular perspectivas de la tradicional salud pública centrada en la enfermedad, con una nueva visión más integral y longitudinal del proceso salud-enfermedad-atención (PSEA), reformulando las prácticas de salud hacia estrategias de la llamada medicina preventiva. Con el correr de los años, principalmente en los países desarrollados que buscaban reorientar sus políticas sanitarias debido a la tendencia global de medicalización de la salud en la sociedad, y al desarrollo e incremento continuos de la tecnología y los costos

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

sanitarios, las ideas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se diversifican, consolidan, y desarrollan una nueva concepción de la Salud Pública.

En los años siguientes con el tema ya instalado en la agenda de políticas sanitarias se sucedieron hasta el día de hoy las Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud en: Ottawa (Canadá, 1986), Adelaida (Australia, 1988), Sundsvall (Suecia) y Bogotá (Colombia, 1992), Yakarta (Indonesia, 1997), México DF (México, 2000), y Bangkok (Indonesia, 2005) donde se profundizaban los conceptos mencionados y se proponían elementos que contribuyeran para su desarrollo.

La *Carta de Ottawa*ⁱ(21) se convirtió mundialmente en el documento de referencia básico y fundamental en el desarrollo de las ideas de la *Promoción de la Salud* definiéndola, por primera vez en términos de políticas y estrategias. Por su parte podemos considerar a la *Carta de Bogotá*^j(22), como el término de referencia para la materia en América Latina, dado que remarca que en nuestra región la promoción de la salud no puede estar descontextualizada de las necesidades de transformación de una realidad marcada por intensas desigualdades, agravadas por las prolongadas y profundas crisis económicas y políticas, que resultan en el deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población, en el aumento de los riesgos para la salud, y en la reducción de los recursos para enfrentar sus consecuencias (9).

3.1.2 La Estrategia de APS como marco para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad:

Los organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen su posicionamiento en las sucesivas discusiones técnicas desarrolladas en el marco de sus asambleas, por medio de diferentes documentos que posteriormente se utilizarán como principal referencia para el diseño y adecuación de las políticas sanitarias en niveles regionales. En lapso de tiempo en el que SANUS estuvo vigente hubo dos documentos que merecen destacarse:

ⁱ Documento con delineamientos y conclusiones finales de la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986, dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000." La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la "Declaración de Alma Ata" sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido en la Asamblea Mundial de la Salud de promoción de la salud.

^j Documento con las conclusiones, estrategias y compromisos de la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Santa Fe de Bogotá, Colombia, en Noviembre de 1992.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

I) En septiembre de 2003, en el marco de la 55° sesión de su Comité Regional, con el documento "*Atención Primaria de la Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros*" (23). El documento destaca que la APS constituyó en América una experiencia central para el desarrollo de iniciativas sanitarias y la prestación de servicios esenciales orientados hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, incorporando los conceptos de *participación social y comunitaria* y de *coordinación intersectorial*.

II) En agosto de 2005, en el marco de la 57° sesión de su Comité Regional, bajo el título de "Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la APS", con el documento "*La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*" (24). El mismo sostiene que el mecanismo propuesto para la renovación de la APS es la transformación de los sistemas de salud de modo que puedan hacer de *la promoción y la prevención* su fundamento.

3.1.3 La Medicina Familiar y General y su rol en el primer contacto del paciente con el sistema de salud:

Ian McWhinney (25) fue un prestigioso académico considerado como el verdadero referente de la Medicina Familiar en nuestro continente. Podría decirse que su verdadero logro fue haber conceptualizado a la especialidad como ningún otro, convirtiéndola en algo entendible para la gente y para el resto del ámbito de la salud en general, y también desarrollándola académicamente. En su obra se describen los "Nueve Principios del Médico de Familia", pilares fundamentales de la profesión, entre los cuáles se destacan tres que merecen mencionarse para la discusión del tema objeto del trabajo:

-Tercer principio: "El médico de familia considera cada contacto con sus pacientes como una ocasión ideal para aplicar medidas de prevención o educación sanitaria". Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad deberían ser una tarea obligada y sistemática no sólo de los médicos que trabajan en el ámbito de la atención primaria, sino de todos los integrantes del equipo de salud, y en todos los niveles de complejidad del sistema.

Recordemos que las actividades preventivas se dividen en varias categorías (26-28):

- Prevención primordial: se refiere a la prevención de la emergencia de condiciones sociales y medioambientales predisponentes o facilitadoras del desarrollo de una enfermedad.
- Prevención primaria: se encarga de reducir la susceptibilidad de las personas a enfermar. Ejemplos: La educación para la salud y las inmunizaciones.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

- Prevención secundaria: se dedica a detectar precozmente las enfermedades para que el tratamiento llegue antes que se produzcan daños irreversibles. Ejemplos: La detección de casos y el *screening* o rastreo poblacional de determinadas enfermedades.
- Prevención terciaria: se ocupa de manejar adecuadamente la enfermedad ya establecida con el fin de minimizar sus consecuencias o evitar complicaciones.
- Prevención cuaternaria: es la intervención que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario (preventiva o curativa, diagnóstica o terapéutica). Previene la medicalización de la vida diaria ante el abuso de la definición de salud, factor de riesgo y enfermedad. Trata de evitar el uso innecesario de intervenciones sanitarias, para sugerir otras acciones éticamente aceptadas.

-Cuarto principio: "El médico de familia considera al conjunto de sus pacientes como una población en riesgo^k". Si combinamos lo hasta aquí descrito entenderemos con mayor claridad este principio. Puesto que los Médicos de Familia y Generalistas no sólo consideran a un paciente particular sino también al grupo poblacional a su cargo. Y dado el axioma "Todas las personas están expuestas al riesgo de enfermar o morir" es importante destacar que no solo somos responsables de las personas que realizan una consulta médica, desde un punto de vista sanitarista muchas veces requieren más atención y mayores acciones los grupos poblacionales que no consultan puesto que serían los más susceptibles.

-Noveno Principio: "El médico de familia es un gestor de recursos". La longitudinalidad, la visión integral, y el trato personalizado los llevan indefectiblemente a ser "especialistas en sus pacientes". Le agregamos a ello su ubicación privilegiada en el sistema de salud, como verdaderas puertas de entrada, con capacidad de resolución y filtro adecuado e idóneo, que orientan la circulación de los pacientes por los diferentes niveles de complejidad. Estas capacidades y ventajas de las que disponen les dan a su vez el rol de ser verdaderos gestores de recursos del paciente y del sistema de salud. Su adecuada labor es beneficiosa tanto para el paciente como para el financiador de los costos sanitarios.

3.1.4 Sistematización de búsqueda en la literatura acerca del tema:

Para la realización del presente trabajo de investigación y con el fin de indagar qué se sabía y/o qué estaba publicado en referencia al objeto de estudio, se realizó una exploración sistemática de bases de datos bibliográficos, buscando aportes metodológicos y conceptuales, y enriqueciendo los argumentos por los cuáles decidí encarar este proyecto.

^k El término "Riesgo" fue asumido bajo la clásica definición epidemiológica respecto de la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad, agravio, muerte o condición relacionada a la salud (29., p90).

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Se sistematizó la búsqueda en la literatura utilizando:

- la plataforma informática de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) (30), desarrollada por BIREME y el Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud^L.
- los términos DeCS^m (Descriptores en Ciencias de la Salud), que se transcriben a continuación, y que se combinaron aleatoriamente en búsquedas secuenciales:
 - Servicios Preventivos de Salud / Preventive Health Services / Serviços Preventivos de Saúde
 - Seguridad Social / Social Security / Previdência Social
 - Evaluación de Programas y Proyectos de Salud / Program Evaluation / Avaliação de Programas e Projetos de Saúde
 - Gestión en Salud / Health Management / Gestão em Saúde
- las siguientes subcategorías en las que deberían estar indexados los artículos más relevantes vinculados al objeto de estudio:
 - Evaluación de Programas de Salud,
 - Servicios Preventivos de Salud,
 - Seguridad Social,
 - Gestión en Salud.

^LLa búsqueda bibliográfica en esta plataforma utiliza, entre otras, las siguientes fuentes de información destacables:

- Ciencias de la Salud en General: LILACS (índice bibliográfico de la literatura en ciencias de la salud, publicada en los países de América Latina y el Caribe), IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud, producido por la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo de España), MEDLINE (base de datos de la literatura internacional del área médica y biomédica, producida por la National Library of Medicine de EEUU), la Biblioteca Cochrane (colección de fuentes de información actualizada sobre medicina basada en evidencia), y SciELO (Scientific Electronic Library Online, consiste en la publicación electrónica de revistas científicas Latinoamericanas).
- Portal de Evidencias: Revisiones Sistemáticas, Ensayos Clínicos, Sumarios de la Evidencia, Evaluaciones Económicas en Salud, Evaluaciones de Tecnologías en Salud, Directrices para la Práctica Clínica
- Organismos Internacionales: PAHO (Catálogo de la Biblioteca Sede de la OPS), y WHOLIS (Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS).

^mLos DeCS empleados son un componente integrador de la BVS que consiste en un vocabulario estructurado y trilingüe (español, portugués e inglés) creado por BIREME para servir como un lenguaje único en la indización de artículos de revistas científicas, libros, anales de congresos, informes técnicos, y otros tipos de materiales, así como para ser usado en la búsqueda y recuperación de asuntos de la literatura científica en las fuentes de información disponibles en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) como LILACS, MEDLINE y otras. Fue desarrollado a partir del MeSH (Medical Subject Headings de la U.S. National Library of Medicine) con el objetivo de permitir el uso de terminología común para búsqueda en tres idiomas, proporcionando un medio consistente y único para la recuperación de la información independientemente del idioma.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

- También se realizó una búsqueda bibliográfica, con similares descriptores y utilizando otros buscadores de internet (menos técnicos y específicos), para obtener información de trabajos no indexados en bibliotecas científicas.

A partir de la búsqueda bibliográfica de artículos indexados con la metodología descripta se encontraron una serie de artículos relacionados, se procedió a leer sus correspondientes resúmenes (*abstracts*), y se profundizó la lectura de aquellos trabajos más emparentados con nuestro objeto de estudio.

La búsqueda bibliográfica de artículos no indexados en revistas científicas se realizó de la misma forma descripta previamente. Fue útil para encontrar una serie de trabajos del tipo Tesis de Maestría/Doctoral, de diferentes instituciones educativas que reafirmaron ciertos puntos de la hipótesis de trabajo.

A partir de lo expuesto, observamos lo siguiente:

- La metodología seleccionada para trabajar en el ámbito de la APS fue en la mayoría de los casos la cualitativa, también con coincidencia en la selección de las "entrevistas con informantes clave" como instrumento metodológico para valorar la percepción de personas involucradas; de forma accesoria en algunos trabajos sumaron un componente cuantitativo para analizar y comparar indicadores duros (tasas, razones, proporciones, etc.).
- Los trabajos consisten por lo general en "estudio de casos", con análisis retrospectivo del período estudiado.
- Las temáticas de evaluación abordadas en el ámbito de la APS son diferentes y variadas: implantación y financiamiento de un programa de salud, salud ocupacional, indicadores para implementar políticas sanitarias, etc.

Desafortunadamente también reafirmamos que el desarrollo de la investigación y/o publicación de trabajos científicos en el ámbito de la APS es extremadamente escaso (6-7, 31-32). Los motivos son diversos, pero podría corresponderse en parte a las dificultades en la implementación y sustentabilidad de ciertas acciones en el ámbito de la APS, y más aún en el subsector de la seguridad social, actuando este impedimento en definitiva como claro favorecedor del menor desarrollo comparativo de la APS como estrategia sanitaria, y haciendo tortuosa toda intención de evaluación en el sector (33).

3.2. Marco teórico

En el marco del presente trabajo se plantea conceptualizar diferentes puntos relacionados a la implementación de programas de promoción de la salud y prevención de la

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

enfermedad, considerando tres puntos principales: Gestión en APS, Modelo Asistencial, y Acciones de Promoción y Prevención.

Si bien los autores que se mencionan pueden poseer en muchos casos visiones diferentes sobre dichos puntos, es precisamente la contraposición entre esas diferentes perspectivas de los movimientos de los que provienen, la que estimula la búsqueda de puntos de encuentro y coincidencia en el abordaje del PSEA, considerando que las prácticas en salud que se estudian, se realizan sobre sujetos, insertos en un mundo de relaciones y con desigualdades sociales, y priorizando la lógica del cuidado de la salud.

3.2.1 Gestión en APS:

Es frecuente encontrar numerosas metodologías de gestión con propuestas tecnocráticas de carácter normativo que no contemplan la complejidad de la interacción de los diferentes actores involucrados en el juego social, ni que los involucren en la génesis de la planificación, que suponen trabajar con problemas bien estructurados y con objetivos predecibles y cerrados.

Sin embargo, podemos encontrar modelos de gestión y de atención de la salud más flexibles y adaptables a las diferentes realidades y contextos, que buscan relacionar los problemas y necesidades en salud de determinados conjuntos sociales con los conocimientos y recursos institucionales y comunitarios disponibles, de tal modo que sea posible definir prioridades, considerar alternativas reales y factibles para actuar, manejando recursos, y buscando la resolución del problema.

Como se mencionó anteriormente, el fundamento teórico de este punto del trabajo expone metodologías provenientes de diferentes ámbitos, que desde ya pueden tener arraigadas diferencias conceptuales, pero poseen también varios componentes en común. Estas metodologías se gestaron como alternativas a las propuestas tecnocráticas normativas clásicas de intervención en las prácticas de salud, para reorganizarlas y, de esta forma, facilitar con su implementación una gestión más integral de las mismas.

En el ámbito de la Salud Colectiva Gastao Wagner de Sousa Campos desarrolla "*El método PAIDEIA (de la rueda) aplicado a la salud colectiva*" (34-36), y en el ámbito la Salud Pública Rosa y Jaime Gofin desarrollan "*Atención Primaria Orientada a la Comunidad: un modelo de salud pública en atención primaria*" (37).

Ambas metodologías nos hacen replantear la gestión de las prácticas de salud ampliando nuestra visión y nuestro campo de acción hacia un horizonte más extenso, con una concepción más integral de las mismas, proponiendo estructuras de soporte cíclicas,

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

dinámicas y flexibles, con etapas estructuradas y progresivas, participando e involucrando a diferentes actores en la definición y discusión de la agenda de temas.

Sabemos que las prácticas de salud colectiva tienen por objeto garantizar la salud de las personas (31-32), y que para lograrlo se involucran una gran cantidad de actores, procesos y acciones que deben coordinarse y gestionarse de forma óptima. La más básica de todas estas acciones, y una de las principales porque es la que condicionará la viabilidad del resto, es el involucramiento de los usuarios en el armado de la agenda de salud de su propia comunidad. A partir de allí se desencadenarán una serie de sucesos de gran impacto para ambos actores (usuarios y técnicos), y para las estructuras que se encuentran detrás de cada uno de ellos como sostén.

El paradigma vigente en el modelo clásico de gestión de las prácticas en salud marca un profundo enfoque en lo que llamamos la "gestión clínica centrada en la enfermedad" (1,38). Este modelo se desprende como consecuencia lógica de una tendencia histórica y fuertemente arraigada en el ámbito sanitario: el "hospitalocentrismo", corriente que coloca al hospital como eje sanitario y rector de la mayoría de los temas que tendrán impacto sobre la salud de las personas. Es decir se establece al hospital como núcleo y estructura normativa del sistema de salud, y desde esa posición jerárquica es desde dónde se dictaminan: el tipo formación académica de pre y pos grado de los trabajadores de salud, las políticas sanitarias centradas en la enfermedad más que en el derecho a la salud, y las agendas sanitarias elaboradas por equipos técnicos que no tienen contacto con la realidad que vive el colectivo social "extramuros" del hospital (por lo que las planifican, gestionan y elaboran con criterios y prioridades diferentes a las percibidas por el resto de los actores involucrados).

A lo largo del tiempo, en diferentes lugares del mundo fueron surgiendo observaciones y experiencias que cuestionan al modelo clásico de gestión, haciendo hincapié en la necesidad de un cambio cualitativo que no solo genere participación comunitaria en la toma de decisiones y ejecución, sino que también garantice óptimos resultados sanitarios.

Tanto el MP como la APOC proponen hacer prácticas de salud con las personas y no sobre ellas, involucrándolas desde las etapas tempranas de diagnóstico situacional y haciéndolas partícipes de los procesos de gestión necesarios para su realización, evaluación y sustentabilidad.

El "*Método PAIDEIA (de la rueda)*" (MP) se propone alcanzar objetivos produciendo un aumento de la capacidad de análisis, potenciando la intervención de los grupos humanos sobre la situación de conflicto, mejorando su capacidad de reconocer una situación sanitaria,

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

de identificar los determinantes involucrados y de ampliar las posibilidades de intervención sobre el cuadro considerado nocivo, y por último actuando sobre los problemas detectados.

Las sugerencias metodológicas para que ello se lleve a cabo son las siguientes:

1. *Construir ruedas*: se refiere a la construcción de espacios colectivos o escenarios que propicien la interacción y el diálogo entre sujetos, para la construcción de proyectos de intervención, tomando decisiones, evaluando intervenciones y redefiniendo lo acordado.

2. *La construcción del vínculo y de un contrato de trabajo entre equipos y grupos de usuarios*: hay que comenzar siendo claros y directos con los usuarios sobre el objetivo y el compromiso asumido de trabajar en pos de la salud, involucrándose para ello en la resolución de problemas, e invitando a la comunidad a trabajar juntos. La construcción de vínculo implica que hay un grupo (usuarios) que demanda por necesidades a ser atendidas –y busca apoyo-, y otro grupo (equipo de trabajadores de la salud) que ofrecen trabajar para dar respuesta a esas demandas –escuchando y resolviendo-. El MP sugiere utilizar al vínculo para estimular a los grupos a participar en la resolución de sus propios problemas. Es importante que si el vínculo es informal y variable, el contrato deber ser formalizado.

3. *La aparición y definición de los temas*. Consideremos al tema como un asunto, problema o situación que provoca riesgos para la salud; que debe ser construido por algún colectivo. El MP es ese espacio colectivo donde existe la oportunidad de discutir y tomar decisiones. La aparición y definición del tema será fruto del choque de perspectivas distintas (deseos e intereses diversos), por lo que es conveniente hacer un abordaje desde una doble perspectiva: temas demandados por el grupo de usuarios y temas ofertados por el equipo técnico. Una vez que se hayan escuchado todas las demandas, habrá que someterlas a un sistema de evaluación de pertinencia (realizado por todos los integrantes del MP o de la "rueda", no solo por el equipo técnico) que implica: priorizarlas según magnitud, y contemplar la viabilidad técnica, financiera y política de un hipotético proyecto de intervención.

4. *La construcción un proyecto de intervención involucrando al equipo técnico, los grupos vulnerables y las instituciones*. Una vez elegidos los temas habrá que construir, de forma participativa, proyectos específicos de intervención, recordando siempre que, según el autor en Salud Colectiva los proyectos tienen una directriz básica: la defensa de la vida (39). Y defender la vida es reconocer que la vida tiene una medida cuantitativa (años de vida ganados, la sobrevivencia) y otra cualitativa (el placer de vivir), y que las dos deben ser combinadas -siendo igualmente importantes- aunque la segunda sea de definición exclusiva de los usuarios. Dentro de lo que es la viabilidad es válido remarcar que los aspectos operacionales pueden ser tratados de modo particular, pero que el grueso del proyecto debe

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

ser compartido. La co-gestión de los proyectos permite aumentar la capacidad de análisis y de intervención de los grupos técnicos y de la comunidad; de disminuir la impotencia frente a desafíos considerados imposibles; de disminuir la ceguera de los grupos frente a la fuerza de lo cotidiano; de construir compañerismos antes no imaginados; y de descubrir alternativas antes impensadas. Pero fundamentalmente obliga a los técnicos a considerar los valores y la cultura de la comunidad, sin lo cual no hay cambio.

5. Considerar el papel del equipo y el de la comunidad sobre la intersectorialidad y la educación en salud. El equipo, al estimular la participación de la comunidad, no puede dar la impresión de que está desobligándose del compromiso pautado, puesto que de él se espera el uso máximo de conocimientos, indicadores, modelos de intervención, etc. y de acciones con base técnica. Mientras que de los usuarios se espera iniciativa y movilización de recursos políticos, culturales y comunitarios. Se espera que progresiva y paulatinamente se puedan mezclar estas potencialidades. La intersectorialidad es un medio de intervención y no un fin en sí mismo. Por esto, debe ser ajustada conforme al problema a ser enfrentado. Esperar por la intersectorialidad ideal o por la combinación ideal de recursos es caer en el inmovilismo.

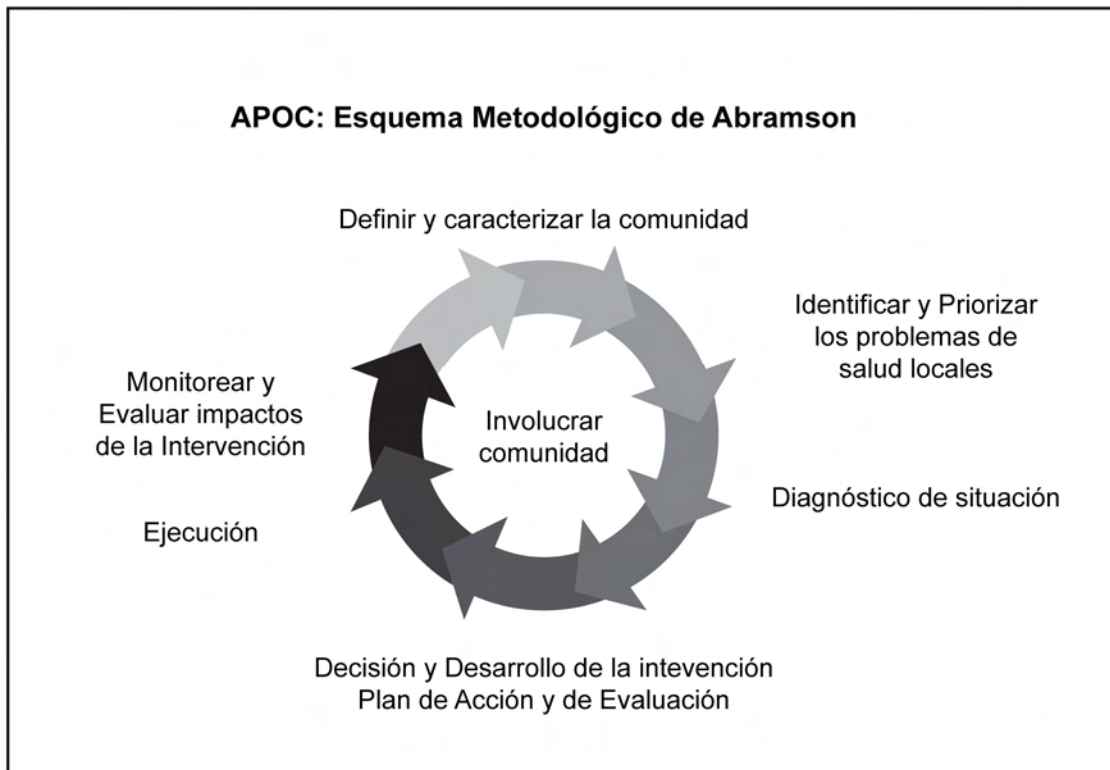
La *Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)*, propone un acercamiento sistemático al cuidado de la salud, basado en principios derivados de la epidemiología y la atención primaria, promoviendo el cuidado preventivo, enfrentando los problemas prioritarios de una comunidad y brindando servicios clínicos a sus miembros. Proporciona un marco conceptual y metodológico para racionalizar, organizar y para adaptar recursos disponibles a la entrega de los servicios médicos.

La APOC es un proceso continuado y sistemático y cuenta con las siguientes etapas:

1. Definición de la comunidad. Debemos determinar la población de la que cada servicio de APS es responsable, caracterizando la estructura física, demográfica y social de la comunidad y de los servicios disponibles en ella, así como el estudio de las necesidades de salud. La información obtenida en esta etapa se utiliza como base para el análisis de los principales problemas de salud y como insumo para la etapa siguiente.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Figura 05: Ciclo de trabajo en APOC según Esquema Metodológico de Abramson



Fuente: Elaboración propia basada en Cacace P., Aymat A. (14)

2. *Definición de las prioridades.* Debemos considerar varios aspectos al definir los temas sobre los que se va a intervenir, y al igual que lo descripto previamente para el MP, debemos fijar las prioridades en base a la pertinencia (discutida por el equipo técnico y representantes de la comunidad), y a la viabilidad técnica, política y financiera de cada una de ellas. De esta manera se puede optimizar el uso de los recursos humanos y económicos y evitar la dispersión en el estudio y el análisis de condiciones a las cuáles no se puede o no se va a dar respuesta en forma sistematizada.

3. *Diagnóstico comunitario.* Es un proceso de estudio sistemático de una comunidad, del que se obtienen como resultado una descripción valorada y proyectada de las necesidades de salud de esa comunidad, así como de los factores que la determinan o favorecen. Para determinar los problemas de salud existentes en la comunidad se miden los determinantes físicos, biológicos, psicológicos y sociales del problema seleccionado y su distribución. Una característica del modelo APOC es que para este diagnóstico se analiza en profundidad solamente el problema de salud escogido como prioritario.

4. *Implementación de programas de salud comunitaria (intervenciones).* Se definirán los objetivos, las actividades, los recursos, el cronograma y las herramientas de evaluación de las actividades a realizar. Las intervenciones son la medida sanitaria aplicada a un

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

individuo, grupo o comunidad en cuanto a acciones que integran la promoción, mantenimiento y restauración de la salud, involucradas en el proceso salud-enfermedad-atención (PSEA). En esta etapa se toman en cuenta los elementos biopsicosociales del problema de salud seleccionado, y se abarcan todas las etapas de la historia natural de la enfermedad (incluyendo una investigación bibliográfica de las intervenciones efectivas).

5. *Vigilancia y evaluación del programa.* La evaluación es la forma sistemática de aprender de las experiencias utilizando las lecciones aprendidas (para reajustar lo necesario a modificar en la intervención). Es importante no olvidarla, y para ello es fundamental planificarla simultáneamente a la planificación de la intervención. Esta etapa comprende no sólo el monitoreo de las actividades y la vigilancia demográfica para detectar cambios en la población diana, sino también el seguimiento de la evolución del estado de salud de la población durante las acciones del programa.

6. *Análisis de la nueva situación.* Mediante este "reexamen" se decide si se mantiene, se modifica o se suspende el programa, se fijan nuevas prioridades y se inicia un nuevo ciclo del proceso de desarrollo de la APOC.

Como podemos ver, ambas propuestas son innovadoras como "tecnologías de gestión del PSEA", y requieren de la incorporación tanto por parte de los integrantes de los equipos de salud, como de los equipos técnicos, de guías conceptuales para asimilar e implementar técnicas de abordaje comunitario, y a partir de allí empezar a actuar. En todos los casos, será indispensable la integración de los equipos de salud, equipos técnicos y de la comunidad, reforzando el vínculo (o generándolo si es que no lo había), y convirtiéndose en su conjunto como agentes facilitadores de cambios para las situaciones problema que se presentan en el sector salud. La finalidad común de ambas metodologías es que los equipos (tanto los de salud y como los técnicos) y los usuarios se integren y se apropien de este modo de pensar y de accionar en lo referido a prácticas de salud.

Inmersos en una cultura médica, donde se sobrevaloran los adelantos biomédicos, la tecnología instrumental, los conocimientos científicos y cuantitativos -a expensas de la experiencia humana y social de los equipos de salud, pacientes y comunidad-, la reformulación de los procesos de gestión mediante la implementación del MP o la APOC resultan en un salto de calidad y optimización en la gestión de prácticas de salud.

Podemos ver entonces cómo se desarrollan estas dos metodologías con varios puntos en común (utilidad, objetivos, y medios), a partir de la incorporación de los aspectos sociales, culturales y relacionales de los actores involucrados en los PSEA, a la concepción clásica y técnica de los modelos asistenciales y procesos de gestión. Desde sus

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

concepciones en diferentes corrientes sanitaristas, se enfrentan en lo cotidiano a las mismas barreras: la falta de tradición participativa y el arraigado concepto en los ámbitos de gestión, y más aún en los de la salud, que solamente los técnicos tienen la capacidad de resolver los problemas. La realidad y los procesos que se pretenden abordar son complejos, el marco de incertidumbre en ellos es amplio por lo que la inestabilidad e imprevisibilidad de los procesos también es amplia. Entonces, tanto el MP como la APOC se convierten en propuestas alternativas válidas para los esquemas conceptuales y metodológicos tradicionales de la administración de las organizaciones de Salud. Asumir el desafío de implementar y difundir estos modelos de gestión, generará la participación de la comunidad como actor protagónico de los espacios e instituciones de salud, para buscar la propia transformación de sus condiciones de salud.

3.2.2 Modelo Asistencial:

La definición genérica del mismo se entiende como *"las combinaciones de tecnologías (materiales y no materiales) utilizadas en las intervenciones sobre problemas y necesidades sociales de salud"* (9). Se interpreta al modelo como una lógica que orienta la acción.

Jairnilson Silva Paim, aporta una definición particular del concepto *"Modelo de Atención"*, al que considera más apropiado referirse como "modo tecnológico de intervención en salud":

[...] es un modo dado de combinar técnicas y tecnologías para intervenir sobre problemas de salud (perjuicios y/o riesgos) y atender necesidades de salud individuales y colectivas; es una manera de organizar los medios de trabajo (saberes e instrumentos) utilizados en las prácticas o procesos de trabajo en salud. Señala cómo integrar mejor los medios técnico-científicos existentes para resolver problemas de salud individuales o colectivos. (9 p.189).

Un grupo de autores referentes de la APS (Barbara Starfield (40-41,43), Ian McWhinney (25), Julio Ceitlin (1), Amando Zurro (12), y Juan Gérvas (26,36,42)) sostienen en sus obras que si bien existen otras vías de acceso al sistema sanitario, los médicos del primer nivel deben sacar máximo provecho de su lugar privilegiado dentro del sistema, pues al estar en él y actuar como su puerta de entrada no sólo deben encargarse de la Atención Médica Primaria (AMP), sino que además deben dedicarse a los aspectos de promoción y prevención de la salud valiéndose como herramientas diferenciadoras de algunos componentes de su particular modelo asistencial: la longitudinalidad en el contacto con sus pacientes, la ampliación de la clínica hacia aspectos biopsicosociales, el trabajo

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

interdisciplinario con otros integrantes de los EBAMP, y la complementariedad con los profesionales de los niveles de complejidad subsiguientes. También deben realizar un metódico y constante diagnóstico de riesgos y vulnerabilidades de las comunidades con las que trabajan, para adecuar su trabajo hacia esos hallazgos (44). Desde ya que todo esto implica la necesidad de aplicar y sostener un modelo y una estrategia de APS fuerte.

3.2.3 Acciones de Promoción y Prevención (PyP):

Las políticas sanitarias enfocadas y regidas por las propuestas de la Medicina Preventiva cuestionan los modelos asistenciales vigentes, aportando elementos para un debate más amplio en la redefinición de roles sujeto-objeto, los métodos, y las formas de organización de los procesos de trabajo en el abordaje del PSEA. Como ejemplo de ello, podemos citar a Carlos Machado de Freitas (9) quien sostiene que en el caso de la reorganización del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, la propuesta de la *Vigilancia de la Salud* logró superar la dicotomía entre las prácticas colectivas (vigilancia sanitaria y epidemiológica) y las individuales (asistencia ambulatoria y hospitalaria), teniendo como soporte político institucional el proceso de descentralización y de reorganización de los servicios y de las prácticas sanitarias locales. Además, pudo plantear la propuesta de incorporar nuevos sujetos, involucrando tanto a profesionales sanitarios (gerentes, técnicos, médicos y enfermeros) como a la población organizada (ampliando el objeto de trabajo), e incluyendo determinantes clínicos, epidemiológicos y sociales que afectan a los diferentes grupos poblacionales. Todo esto significó también extrapolar el uso de los conocimientos y tecnologías médico-sanitarias, incorporando otros saberes que estimulen la participación comunitaria, trascender el ámbito formal de las instituciones de salud, e involucrar a otros sectores y órganos gubernamentales y no gubernamentales.

Por su parte Jairnilson Silva Paim sostiene que:

[...] de la prevención de la enfermedad a la promoción de la salud, la propuesta de intervención denominada vigilancia de la salud se presenta como alternativa tecnológica para la reorganización de las prácticas de salud, y propone combinar los medios técnicos y científicos existentes, articulando conocimientos y técnicas provenientes de la epidemiología, de la planificación y de las ciencias sociales en salud, de forma que se actúe sobre problemas que exigen atención continua, teniendo como base acciones intersectoriales en los territorios. (9 p.194)

Juan Gérvas (26-28) y Barbara Starfield (28,40,43) coinciden en la idea que en nombre de la *Prevención* ha habido una explosión de nuevas intervenciones sanitarias y de nuevas denominaciones de enfermedades que justifican la reflexión de los objetivos y filosofía de la APS y las acciones preventivas. En base a ello, proponen una renovación del

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

concepto de prevención, el cual debería responder a seis características: 1) estar orientado hacia la población (y no a la medicina clínica), 2) trabajar sobre el riesgo poblacional (y no sobre el individual), 3) hacer hincapié sobre morbilidad (y no sobre enfermedad), 4) estimar conjuntamente los beneficios y costos de las estrategias para mejorar tanto la salud de la población como su distribución, 5) tener como objetivo principal mejorar la salud globalmente (más que prevenir enfermedades), y 6) evitar sobredimensionar los factores de riesgo individuales (28, p.582). Ambos autores también coinciden en que las acciones de promoción y prevención no son patrimonio exclusivo de la APS, sino un componente más de la misma.

S. Stachtechenko y M. Jenicek (45) plantean una perspectiva desde la cual la Promoción de la Salud es un recurso cotidiano que contribuye para que los individuos puedan desarrollar sus habilidades y respondan a los desafíos del medioambiente. Amplían su concepto sosteniendo que le correspondería posibilitar el desarrollo individual y comunitario, e intervenir a nivel ambiental mediante un amplio conjunto de medidas integradas e intersectoriales (políticas, legislativas, fiscales, y administrativas) con varios dominios fuera del sector salud. Sostienen así que la *Promoción de la Salud* debe comprenderse no como una nueva disciplina sino como la integración y complementariedad de ideas de diferentes y diversas áreas, como la salud pública, la educación para la salud, y las políticas públicas.

Paulo Marchiori Buss (9,46) sostiene que el camino entre la salud y la enfermedad se puede realizar adoptando la estrategia preventiva y la estrategia de promoción. En la primera se estaría distanciándose de la enfermedad pero manteniéndola como núcleo, por lo que implica disponer de conocimientos técnicos para trabajar sobre la causalidad, y de responsabilidades centradas en los equipos de salud. En la segunda se estaría aproximando a la salud como referencia, por lo que implica el protagonismo de actores no técnicos y movimientos sociales, y de acciones combinadas de políticas públicas.

Quedarían aquí aclarados los conceptos teóricos con los que se trabajará en el desarrollo de la investigación a partir de la hipótesis planteada.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

4) OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

4.1 Objetivo general:

Evaluar la implementación de "SANUS, Programas de Promoción y Prevención" en el ámbito de la red nacional de Centros Médicos de Atención Primaria (CeMAPs) de Construir Salud, en el período 2004-2008.

4.2 Objetivos Específicos:

- a. Caracterizar el "perfil sociodemográfico" de los usuarios de SANUS
- b. Identificar los Ejes Temáticos SANUS (o Módulos PyP) que generaron la mayor y menor cantidad de consultas de beneficiarios.
- c. Identificar las prácticas preventivas más y menos utilizadas en el programa.
- d. Analizar las respuestas de los CeMAPs a los Ejes Temáticos SANUS, en lo referente a procesos de gestión implementados.
- e. Analizar la percepción de los Informantes Clave sobre los cambios producidos desde la implementación de SANUS en el modelo asistencial del EBAMP.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

5) Metodología:

5.1 Estrategia de investigación

El presente trabajo consiste en una *investigación evaluativa*, es decir que se ubica dentro de las investigaciones que pretenden analizar la pertinencia, los fundamentos teóricos, la productividad, los efectos y el rendimiento de una intervención, así como las relaciones existentes entre la intervención y el contexto en el cual se sitúa la investigación (47). Dentro de los seis tipos de análisis que se podrían incluir en este tipo de investigación (estratégico, de la intervención, de la productividad, de los efectos, de rendimiento, y de implantación) (47-48), se realizará precisamente un *análisis de la implantación* por parte de una obra social de la República Argentina, de una serie de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad denominados "SANUS, Programas de Promoción y Prevención".

Estos tipos de análisis "son muy relevantes para la evaluación de programas de salud porque permiten al investigador estudiar los procesos relacionados con la operacionalización de los mismos" (49, p.32). Se diferencian de las evaluaciones de efectividad, generalmente conducidas a partir de estrategias tipo caja negra, dado que el diseño de éstas suele investigar resultados, sin tener en cuenta los procesos y contextos involucrados.

Entendiendo a los procesos como la forma en la cual los programas son implementados, es decir ver el interior de la caja negra, comprendemos los motivos por los que éstos pueden ser tan importantes como los resultados. El tipo de análisis elegido, abriendo la caja negra, permite explicitar a través del mecanismo evaluativo los problemas que se presentaron en la operacionalización de los mismos, y es relevante para la formulación y reformulación de los distintos programas y para considerar la replicabilidad de los mismos en diferentes contextos. Más aun si la implementación de los programas engloba la participación de los distintos profesionales, promueve la integración entre los mismos y los gestores, de tal forma que el propio desarrollo de las relaciones interpersonales puede pasar a ser un resultado relevante (49-51).

Dada la heterogeneidad y complejidad del objeto de estudio, se utilizará para la investigación evaluativa una combinación de los abordajes metodológicos cuantitativos y cualitativos, que se complementan y articulan para evaluar diferentes aspectos de un mismo fenómeno, dando de esta forma una mejor y más completa respuesta a la pregunta inicial y facilitando una mayor comprensión del tema (49). El alcance cuantitativo buscará revelar ciertos aspectos particulares respecto de la utilización de SANUS, pero por sí solo sería insuficiente para comprender el fenómeno. Por lo que con el alcance cualitativo, en este

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

caso mediante la realización de entrevistas semiestructuradas, buscará tornar replicables y válidas las inferencias sobre datos de un determinado contexto, por medio de procedimientos especializados y científicos, con la misma lógica de las metodologías cuantitativas, ya que en este caso se busca la interpretación cifrada del material de carácter cualitativo (52). Este alcance permitiría analizar el proceso de trabajo cuyo producto es resultado de la interacción entre usuarios y equipos de salud.

Es pertinente también aclarar que SANUS fue sometido, durante su ejecución y con posterioridad a ella, a numerosos y diversos procesos evaluativos. Dichas evaluaciones se correspondían con la metodología de trabajo implementada (evaluaciones cíclicas y monitoreo permanente de las intervenciones aplicadas) pero también surgían en respuesta a pedidos de información por niveles jerárquicos superiores y/u organismos financiadores. En algunos casos buscaban medir impacto en productos y resultados, y en otros buscaban contribuir con la optimización de los procesos de gestión. Pareciera ser entonces que las evaluaciones eran procedimientos habituales, que requerían de la articulación entre acciones técnicas y administrativas.

El presente trabajo no tiene por objeto la evaluación de las evaluaciones previamente descritas (aunque sí el análisis de las mismas dentro del material de estudio), sino que al tratarse de una investigación evaluativa pretende realizar el análisis de la implantación de SANUS, considerando las operacionalizaciones adecuadas de ciertas intervenciones aplicadas por los programas en lo referente a gestión en APS, modelo asistencial, y acciones de PyP. A partir de ello, se espera generar conocimientos que acompañen la toma de decisiones y orienten cambios en procesos y/o programas instalados con anterioridad. Es decir, que busca valorar y criticar al programa, actividad, proceso o producto, y considerar las acciones que deben tomarse para mejorar su eficiencia, eficacia o pertinencia.

En vista de las características del trabajo de investigación desarrollado, es oportuno explicitar claramente en el abordaje metodológico, los presupuestos que orientaron su formulación, de forma tal de objetivar la lógica de programación original de SANUS. Esto permitirá vislumbrar la racionalidad subyacente (incluyendo los problemas considerados), los actores involucrados, las condiciones influyentes del contexto, el contenido del programa, y los atributos necesarios para producir los resultados esperados (52). Vemos en el Cuadro 01 el desarrollo de estos puntos dentro de la lógica de programación sobre la que se diseñó SANUS.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Cuadro 01: Lógica de programación de SANUS

PROBLEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD O INTERVENCION APLICADA	ESTRATEGIA	RESULTADO ESPERADO
Crisis ARG 2001 y consecuente crisis OSPeCon	Mantener y acrecentar el liderazgo de OSPeCon - en lo referido a la aplicación de la estrategia de APS- en el subsector de la seguridad social	Diseño de SANUS para que los EBAMP de los CeMAP sean protagonistas de la revalidación de la estrategia de APS	Trabajar a nivel nacional con una agenda y metodología común en el ámbito de los CeMAPs, considerando los contextos locales	Reposicionamiento y revalidación del CeMAP como eje central de la estrategia de APS
Necesidad de cumplimiento con los nuevos lineamientos de entidades reguladoras de los agentes de la seguridad social (SSS), y con las modificaciones en la canasta de prestaciones del PMO	Dar cumplimiento a los lineamientos estratégicos en materia de PyP establecidos en el PMO y en las directivas de la SSS	Inclusión de dichos tópicos en los nuevos Programas SANUS, por medio de diferentes módulos PyP	Difusión interna (para los EBAMP) y externa (beneficiarios y comunidad)	Cumplimiento de las nuevas normativas, y de ser posible superarias
Necesidad de obtener de información, registrar y gestionar los problemas de salud prevalentes detectados en los CeMAPs	Identificar y caracterizar los problemas de salud prevalentes y la población consultante, para el desarrollo de programas específicos que faciliten su abordaje	Caracterización de la población beneficiaria consultante, codificación los problemas de salud prevalentes que motivaron consultas, y diseño de Módulos PyP	Empadronamiento de beneficiarios y codificación consultas según CIAP9	Elaboración de un ranking CIAP9 según prevalencia detectada, y caracterización de la población beneficiaria consultante
Desmembramiento de algunos EBAMP, y cierre de algunos CeMAPs con la consecuente afección del modelo asistencial	Involucrar a todos los integrantes de dichos Equipos en un trabajo interdisciplinario y coordinado, promoviendo la generación de nuevos vínculos, nuevos roles y responsabilidades entre sus integrantes	Diseño de SANUS con ciclos de trabajo para los EBAMP dentro de una metodología de gestión que permita recuperar el compromiso personal e institucional	Trabajar a nivel nacional con una agenda y metodología común en el ámbito de los CeMAPs, considerando los contextos locales	Participación activa de los integrantes del EBAMP y estimulación de su pertenencia con el CeMAP
Implementar una agenda sanitaria con planificación y acciones, pensada y proyectada a largo plazo	Dar sustentabilidad a las actividades implementadas, manteniendo cotidianamente en la agenda de los actores los ejes temáticos abordados.	Desarrollo de módulos de PyP de acción longitudinal, que incluyan acciones permanentes de monitoreo y evaluación	Metodología de trabajo por etapas con procesos cíclicos de monitoreo y evaluación	Trabajo simultáneo con diferentes módulos PyP
Modelo asistencial y procesos de gestión afectados negativamente por la crisis	Reformular el modelo asistencial y los procesos de gestión de acuerdo al nuevo contexto de trabajo, involucrando y empoderando a los EBAMP	Instalación en la agenda de los CeMAPs de un espacio de reunión y discusión entre los diferentes actores	Reuniones de Equipo	Gestión clínica enmarcada y unificada a nivel nacional, con la participación activa de los EBAMP

Fuente: Elaboración propia en base a documentos de uso interno de OSPeCon-Construir Salud⁽⁸⁾.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Respecto de los resultados esperados que se mencionan en la última columna del cuadro anterior, no se encontró respaldo bibliográfico indexable -según los criterios utilizados para elaborar el presente trabajo- que permita explicitar y detallar las metas ni los objetivos a mediano y largo plazo que se planificaron alcanzar originalmente con la implantación global de SANUS. Si bien es esperable que tal nivel de detalle de información permitiera expresar la dimensión y complejidad que implicó SANUS, sí encontramos algún ejemplo de dicho aspecto de planificación, que se realizaba y trabajaba puntualmente para cada uno de los diferentes ejes PyP (ver Anexo 11).

5.2 *Materiales y métodos de estudio:*

Se constituyen por:

- ✓ Análisis documental de:
 - Reportes locales de los coordinadores de cada CeMAP. Aportaban información de las actividades realizadas por el EBAMP vinculadas a SANUS:
 1. Reuniones de equipo
 2. Actividades de difusión interna y externa
 3. Empadronamiento de pacientes en los diferentes ejes temáticos PyP
 - Sistema de Órdenes Médicas (SOM)^o de Construir Salud
 - Informe Prestacional Mensual (IPM)^p
 - Evaluaciones realizadas por el Equipo técnico de la Coordinación Nacional Central (considerando conjuntamente reportes locales, IPM y SOM)
- ✓ Análisis de entrevistas semiestructuradas con informantes clave.

ⁿ Los Documentos de Uso Interno de Construir Salud utilizados corresponden a aquellos elaborados para la Dirección Médica y la Gerencia de Prestaciones Médicas, por la Dirección del Programa Nacional de APS (8). Los mismos constituyen la base sobre las que se realizó la planificación e implementación de SANUS, pero no fueron -hasta la fecha- publicados en revistas científicas.

^o Sistema informático para la emisión de órdenes médicas de consultas y prácticas de carácter ambulatorio. Abarca el control de cobertura de los afiliados, registro de turnos, emisión de los bonos, registro de los coseguros percibidos, hasta la carga de códigos de problemas de salud (CIAP) resultante de las consultas médicas. También genera listados estadísticos, de seguimiento y control. Este sistema está instalado en toda la Red de Centros de Atención Primaria de la Salud del país. Cada centro, transmite sus datos a la sede central para su consolidación, constituyendo la principal fuente de información estadística sobre la atención ambulatoria de los afiliados.

^p Base de datos de Construir Salud para el registro y control de prestaciones médicas realizadas en cada CeMAP, aporta información dura (números de consulta, motivos de consulta según codificación CIAP, prácticas Diagnósticas solicitadas, etc.) que ayude a comprender la magnitud y extensión de SANUS.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

5.3 Período de estudio:

Abril de 2004 a Diciembre de 2008. Se refiere al periodo de vigencia oficial de SANUS para Construir Salud considerando diferentes aspectos (financiamiento por partidas presupuestarias asignadas, informes y evaluaciones para ser presentadas ante organismos de fiscalización y control como la Superintendencia de Servicios de Salud, etc.).

5.4 Población en estudio:

Se decidió realizar el presente trabajo tomando la muestra de exclusivamente los seis CeMAPs de Construir Salud que durante el período descrito gestionaron el 80% del total de las consultas del sistema en el ámbito ambulatorio en todo el país (ver gráfico 02). Ellos son los siguientes CeMAPs:

- Capital Federal
- Lomas de Zamora, provincia de Buenos Aires
- Quilmes, provincia de Buenos Aires
- San Miguel de Tucumán, provincia de Tucumán
- Rosario, provincia de Santa Fe
- Córdoba, provincia de Córdoba.

En cada uno de ellos consideraremos a su respectivo Coordinador Médico, los integrantes de los EBAMP, los componentes del programa SANUS y los beneficiarios de OSPeCon que realizaron consultas médicas codificadas bajo estos programas.

5.5 Criterios de inclusión:

- CeMAPs que trabajaron, durante todo el periodo en estudio, con el programa SANUS y que según ranking de consultas mensual de todo el país, su sumatoria representa el 80% de las consultas del total global.
- Integrantes de los EBAMP que desempeñaron sus tareas en los CeMAPs involucrados durante todo el período en estudio.

5.6 Criterios de exclusión:

- CeMAPs que no trabajaron con SANUS
- Integrantes de Equipos de Salud de dichos CeMAPs
- Actividades de promoción y prevención no enmarcadas bajo un programa SANUS.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

5.7 Potenciales sesgos:

- Sesgo de selección en la muestra ^q.
- Sesgo de información (por codificación deficiente de la consultas, ya sea por omitir codificar una consulta con más de un código CIAP, o porque para algunos de los Ejes PyP no se disponía de uno o varios códigos CIAP que permitan enlazarlos entre sí)

5.8 Variables en estudio:

Las variables de estudio que se exponen a continuación se dividieron en dos grupos. Las agrupadas en el Cuadro 02, son variables que aportarán información estadística proveniente de las diferentes bases de datos utilizadas por Construir Salud en el periodo de tiempo seleccionado, y que se utilizarán para el análisis de los tres primeros puntos de la matriz presentada más adelante en el Cuadro 04.

Cuadro 02: Detalle de las Variables utilizadas para identificar el perfil sociodemográfico de los usuarios, los motivos de consulta de Promoción y Prevención, y las Prácticas SANUS

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	VALORES
SEXO	condición orgánica femenina o masculina	Núm. Absoluto y porcentaje	Cualitativa, nominal y dicotómica	Femenino o Masculino
EDAD	tiempo vivido por una persona	Núm. Absoluto y porcentajes según rangos	Cuantitativa y discreta	0 - 99 años
TIPO AFILIADO	condición de registro laboral del beneficiario frente a la SSS	Núm. Absoluto y porcentaje	Cualitativa y nominal	Obligatorio, Monotributista, Empleada Doméstica Adherente u Otro
MOTIVO DE CONSULTA (MC) SANUS	Diagnósticos codificados según CIAP	Núm. Absoluto y porcentaje	Cualitativa y nominal	Código alfanumérico CIAP
PRACTICA PREVENTIVA (PyP) SANUS	Actividad de Promoción o Prevención según codificación CIAP o Nomenclador	Núm. Absoluto y porcentaje	Cualitativa y nominal	Código alfanumérico CIAP, o código numérico del Nomenclador (según corresponda)

Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por el SOM e IPM.

MC=motivos de consulta / CIAP= Codificación Internacional de Atención Primaria /PyP= Promoción y Prevención

^q Se aclara en este punto que dentro de los Informantes Clave a ser entrevistados no se incluyeron beneficiarios de OSPeCon, debido a una serie de factores: 1) el padrón de beneficiarios está expuesto a permanentes fluctuaciones relacionadas con la continuidad laboral del afiliado; 2) vinculado a ello se condiciona una fluctuante accesibilidad a la atención médica dentro del sistema; 3) las particularidades de la organización del sistema de salud argentino y la frecuente coexistencia de una "doble cobertura" (entre el sistema público y el subsistema de la seguridad social) hacen también que el propio beneficiario utilice servicios sanitarios de una forma desordenada y de difícil control para su adecuada gestión.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Respecto de la variable Edad, definida anteriormente, la misma fue segmentada en cuatro rangos para obtener mayor detalle en el análisis de la información asociada a la población consultante. Estos rangos etarios son:

- Menores de 1 año de vida
- Entre 1 y 16 años
- Entre 17 y 49 años
- Mayores de 50 años

Las variables agrupadas en el Cuadro 03, se utilizarán para el análisis de la información proveniente de los documentos y entrevistas semiestructuradas, y pretenden aportar información que refleje diferentes aspectos a considerar en lo referido a los procesos de gestión y el modelo asistencial implementados por SANUS. A este último grupo de variables se optó por otorgarles una escala de valores, elaborada por el propio investigador, con el fin de facilitar los registros y análisis de datos, y de esta forma representar adecuadamente los hechos ocurridos. Dicha escala se constituye de la siguiente forma:

- Valor "Ausente": se refiere al no registro escrito de la variable
- Valor "Observable": se refiere al registro escrito de la variable en cuestión, en al menos uno de los documentos analizados.
- Valor "Consolidado": se refiere al registro escrito de la variable en cuestión, en el 75% de los documentos analizados.

Cuadro 03: Detalle de las Variables utilizadas para analizar las respuestas de los CeMAPS a los procesos de gestión de SANUS

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	VALORES
REUNIONES DE EQUIPO	Espacios colectivo del EBAMP para la interacción entre sus integrantes, para el análisis, discusión y evaluación de SANUS.	Núm. Absoluto y porcentaje	Cualitativa y nominal	Ausente, Observable, o Consolidado
MATERIAL DE DIFUSION GRAFICA EN EL CeMAP	Presencia en las salas de espera de los CeMAP de la diferente folletería relacionada con los ejes temáticos SANUS	Núm. Absoluto y porcentaje	Cualitativa y nominal	Ausente, Observable, o Consolidado
ACTIVIDADES DE INVOLUCRAMIENTO PARA LOS BENEFICIARIOS	Realización de talleres y charlas para beneficiarios de OSPeCon	Núm. Absoluto y porcentaje	Cualitativa y nominal	Ausente, Observable, o Consolidado
ACTIVIDADES DE INVOLUCRAMIENTO PARA LA COMUNIDAD	Realización de talleres y charlas abiertas a la comunidad	Núm. Absoluto y porcentaje	Cualitativa y nominal	Ausente, Observable, o Consolidado
EMPADRONAMIENTO DE PACIENTES	Registro e inclusión de la población consultante en base a su MC SANUS	Núm. Absoluto y porcentaje	Cualitativa y nominal	Ausente, Observable, o Consolidado

Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por los Reportes locales de los Coordinadores de cada CeMAP, Evaluaciones realizadas por el Equipo técnico de la Coordinación Nacional Central, e Índice Prestacional Mensual (IPM) MC= Motivos de consulta / CeMAP= Centro Médico de Atención Primaria / EBAMP= Equipo Básico de Atención Médica Primaria / Núm= Número

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

5.9 Entrevistas semiestructuradas con informantes clave:

Se emplearon con el fin de obtener información de los entrevistados, considerados informantes clave, sobre el objeto de estudio. Las mismas se plantearon como procesos flexibles e interactivos que se realizan definiendo previamente las áreas de trabajo. Se consideró para su realización algunos factores clave para el desarrollo del proceso: el espacio físico y/o virtual donde se llevaron a cabo, la empatía y la comunicación para con el entrevistado (lo cual implicaba la escucha, registro y exploración de los contenidos)(53).

Con el fin de validar el instrumento elegido se realizó una prueba piloto previa a la salida a campo del trabajo de investigación formal.

Las entrevistas se realizaron a los coordinadores médicos de los seis CeMAPs seleccionados como muestra del trabajo, a algún otro integrante del EBAMP de cada uno de dichos CeMAPs, y a dos integrantes del equipo técnico de la coordinación central.

Se empleó para todas el mismo cuestionario base (ver Apéndice A), que no se entregaba al entrevistado para ser completado, sino que el entrevistador lo implementó como instrumento ordenador y orientador de las entrevistas, mediante ocho preguntas destinadas a evaluar aspectos vinculados a los procesos de gestión y modelo asistencial empleados. Se transcribieron las respuestas obtenidas, para luego aplicar la técnica de análisis de contenido de las mismas, con la modalidad del análisis temático.

Se seleccionó esta técnica dado que se la menciona en la bibliografía consultada (52,54-55) como la modalidad más simple y apropiada para las investigaciones cualitativas de salud. La misma consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación, cuya presencia o frecuencia signifiquen algo para el objeto analítico apuntado. En su operacionalización se clasifican diferentes categorías (entendidas como expresiones o palabras significativas en función de las cuales el contenido de un habla será organizado), y luego se proponen inferencias y realizan interpretaciones, interrelacionándolas con el marco teórico diseñado.

5.10 Lógica de Producción de Datos:

De acuerdo a los objetivos planteados, y considerando la lógica de programación de SANUS (Cuadro 01), se procesó la información de la siguiente forma:

Se trabajó con la información estadística (números absolutos y porcentajes) aportada por el SOM o IPM de cada CeMAP, rescatando de cada fuente los datos de las diferentes variables que permitieron caracterizar a la población consultante, los motivos de consulta

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

(MC SANUS)^r que más y menos consultas generaron, y aquellas acciones de PyP^s más y menos utilizadas en el programa.

Complementariamente se trabajó con la información aportada por los diferentes reportes locales de los coordinadores de cada CeMAP, y las evaluaciones realizadas por el equipo técnico de la coordinación nacional central, también de cada CeMAP, extrayendo de cada los datos de las diferentes variables que aportaron información sobre el efecto de las estrategias implementadas por SANUS.

Este proceso de producción de datos surge y se ordena a partir de la elaboración de una matriz de medidas que presenta para cada problema/intervención, sus respectivas variables, indicadores, y patrones/parámetros.

^r En el Apéndice B se detallan los Motivos de Consulta (MC SANUS) según codificación CIAP, registrados en los IPM de cada CeMAP, y vinculados a los diferentes ejes temáticos o módulos PyP implementados en SANUS.

^s En el Apéndice C se detallan los códigos de Nomenclador asignados en el SOM de Construir Salud a las acciones de PyP, vinculadas a los diferentes ejes temáticos implementados en SANUS.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Cuadro 04: Matriz de medidas para el trabajo de la Metodología aplicada

PROBLEMA / INTERVENCIÓN	VARIABLE (t)	INDICADOR (u)	PATRON / PARAMETRO (v)
Identificar el "perfil" de los usuarios de SANUS según datos filiatorios	Sexo, edad, tipo de afiliado	Proporción (w) de consultas por género, rango etario y subtipo de afiliación	Porcentajes de cada variable que permitan orientar una caracterización de los usuarios de SANUS
Identificar los Ejes Temáticos SANUS (o Módulos PyP) que generaron la mayor y menor cantidad de consultas de beneficiarios.	Motivos de Consulta codificados por CiAP	Proporción de los diferentes módulos PyP que generaron consultas en los CeMAPs	Porcentajes de c/u de ellos que aporten información y permitan un análisis de los factores que influyeron para que así sea.
Identificar las prácticas preventivas más y menos utilizadas en el programa.	Actividad o práctica preventiva según código alfanumérico del SOM	Proporción de las diferentes prácticas PyP utilizadas por los EBAMP	Porcentajes de c/u de ellas que aporten información y permitan un análisis de los factores que influyeron para que así sea.
Analizar las respuestas de los CeMAPs a los Ejes Temáticos SANUS, en lo referente a procesos de gestión, según información de los Reportes Locales, y de los Reportes del Nivel Central.	Calificación otorgada en Instrumentos de registro	Proporción de Calificaciones en Reportes Locales y Centrales	Porcentajes que expresen lo reportado y permitan su análisis comparativo
Analizar las respuestas de los Informantes Clave sobre los cambios producidos desde la implementación de SANUS en el Modelo Asistencial del EBAMP y los Procesos de Gestión.	Modelo Asistencial y Procesos de Gestión	Proporción de Calificaciones en Reportes Locales y Centrales	Percepciones individuales: coincidencias y diferencias en el grupo

Fuente: Elaboración propia.

(t) componente o aspecto de un proceso que da soporte de la calidad de atención prestada

(u) razón entre variables o criterios capaz de guardar relación con lo que se desea medir

(v) valor de la referencia cuali o cuantitativa

(w) Proporción: relación entre dos partes, en la cual el numerador se encuentra necesariamente incluido en el denominador

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

5.11 Compilación de datos y Estrategias de análisis:

- Análisis documental
- Análisis de contenido de la entrevistas semiestructuradas
- Clasificación de la información compilada
- Interpretación y teorización

5.12 Ventajas y limitaciones del diseño elegido:

La principal ventaja de la investigación evaluativa es la orientación a la inmediatez de su utilidad práctica (investigación aplicada), lo que permite mejoras, ajustes y toma de decisiones respecto del programa evaluado. La evaluación es parte integrante y necesaria de la planificación e indispensable en el proceso de toma de decisiones (49).

Su limitación radica en la dificultad de su replicación (transferencia o validez externa), por lo tanto sus resultados serían solo generalizables a sujetos o grupos similares.

5.13 Consideraciones éticas:

Se obtuvo la autorización institucional de Construir Salud para la utilización con fines académicos y científicos de la información relativa a los programas de promoción y prevención SANUS implementados dentro del marco de su Programa Nacional de APS (Apéndice D).

También se obtuvo la autorización institucional de la Fundación AEQUUS para la utilización con fines académicos y científicos de la marca registrada SANUS (Apéndice E).

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

6) RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados considerando el perfil sociodemográfico de los usuarios, los ejes temáticos y el grado de utilización de las prácticas preventivas de SANUS. Para facilitar la asociación de la información recolectada con los objetivos planteados, se segmentó la exposición en base a la pertinencia de los datos con los objetivos específicos planteados en el punto 4.2. Así mismo, se expone para cada subgrupo una tabla de valores (con números totales y porcentajes correspondientes), y una figura que permite visualizar mejor esa información.

6.1 *"Perfil Sociodemográfico" de los usuarios de SANUS*

A los fines del presente trabajo se limitaron las implicancias del término "perfil sociodemográfico" a las variables sexo, edad, y tipo de afiliado (Cuadro 03). Se trabajó sobre esas variables para caracterizar a la población consultante, considerada como usuaria de los Programas SANUS, dado que su número de afiliado se asociaba en la base de datos de Construir Salud con una o varias consultas codificadas bajo un eje temático SANUS. No fue factible agregar otras variables que enriquecieran más su caracterización debido a la complejidad y extensión de las bases de datos que se debían procesar durante el trabajo de campo. Es importante considerar que los números de afiliados asociados a un Eje SANUS no respondían a patrones geográficos específicos (es decir que un mismo afiliado puede haber consultado en el periodo en estudio en más de un CeMAP -como frecuentemente ocurre-, dado las características del trabajo itinerante por diferentes obras de construcción y localidades, que realizan los afiliados obligatorios); y tampoco había un reclutamiento planificado de determinados Ejes SANUS (solamente existió un empadronamiento de pacientes para los tratamientos de algunas patologías crónicas).

Se exponen a continuación las tablas y gráficos elaborados con la información aportada por el SOM e IPM de Construir Salud, que permiten diferenciar la población consultante según: tipo de afiliación (Tabla 01 y Figura 06), rango etario (Tabla 02 y Figura 07), y sexo (Tabla 03 y Figura 08).

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Tabla 01: Población Consultante según tipo de afiliación a Construir Salud entre 2004 y 2008.

Tipo de Afiliación	2004		2005		2006		2007		2008		2004-2008	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
OSPeCon	18.768	68,99%	18.262	76,01%	69.655	78,34%	87.436	79,63%	94.197	79,88%	318.318	
Monotributistas	6.349	23,34%	11.512	18,13%	13.345	15,01%	14.473	13,18%	15.760	13,37%	61.439	
Domésticas	1.239	4,55%	2.593	4,08%	4.947	5,56%	6.968	6,35%	6.658	5,65%	22.405	
Adherentes	849	3,12%	1.131	1,78%	971	1,09%	919	0,84%	934	0,79%	4.804	
Otros	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	12	0,01%	369	0,31%	381	
Total	27.205	100,00%	63.498	100,00%	88.918	100,00%	109.808	100,00%	117.918	100,00%	407.347	

Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por el Sistema de Ordenes Médicas (SOM) e Índice Prestacional Mensual (IPM) de Construir Salud.

Tabla 02: Población Consultante de Construir Salud según rango etario entre 2004 y 2008.

Rango Etario	2004		2005		2006		2007		2008	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
1. Menores de 1 año	1.698	6,24%	3.448	5,43%	4.833	5,44%	6.074	5,53%	6.563	5,57%
2. Entre 1 y 16 años	5.918	21,75%	16.156	25,44%	23.389	26,30%	28.901	26,32%	32.377	27,46%
3. Entre 17 y 49 años	13.403	49,27%	31.659	49,86%	44.635	50,20%	56.289	51,26%	59.576	50,52%
4. 50 y más años	6.186	22,74%	12.235	19,27%	16.061	18,06%	18.544	16,89%	19.402	16,45%
Total	27.205	100,00%	63.498	100,00%	88.918	100,00%	109.808	100,00%	117.918	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por el Sistema de Ordenes Médicas (SOM) e Índice Prestacional Mensual (IPM) de Construir Salud.

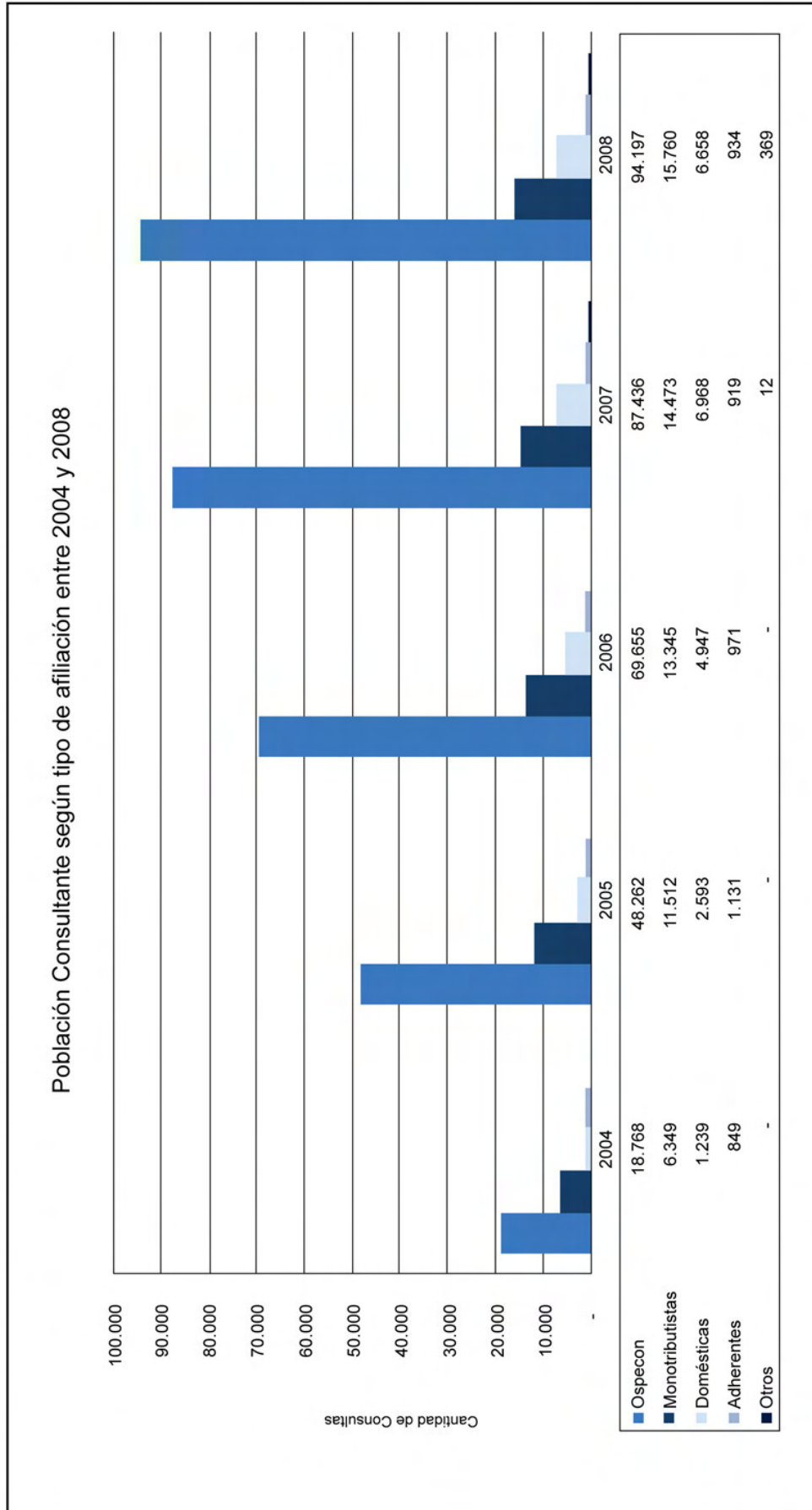
Tabla 03: Población Consultante de Construir Salud según sexo entre 2004 y 2008.

Rango Etario	2004		2005		2006		2007		2008	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Hombres	13.266	48,76%	34.283	53,99%	48.770	54,85%	60.637	55,22%	65.171	55,27%
Mujeres	13.939	51,24%	29.215	46,01%	40.148	45,15%	49.171	44,78%	52.747	44,73%
Total	27.205	100,00%	63.498	100,00%	88.918	100,00%	109.808	100,00%	117.918	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por el Sistema de Ordenes Médicas (SOM) e Índice Prestacional Mensual (IPM) de Construir Salud.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

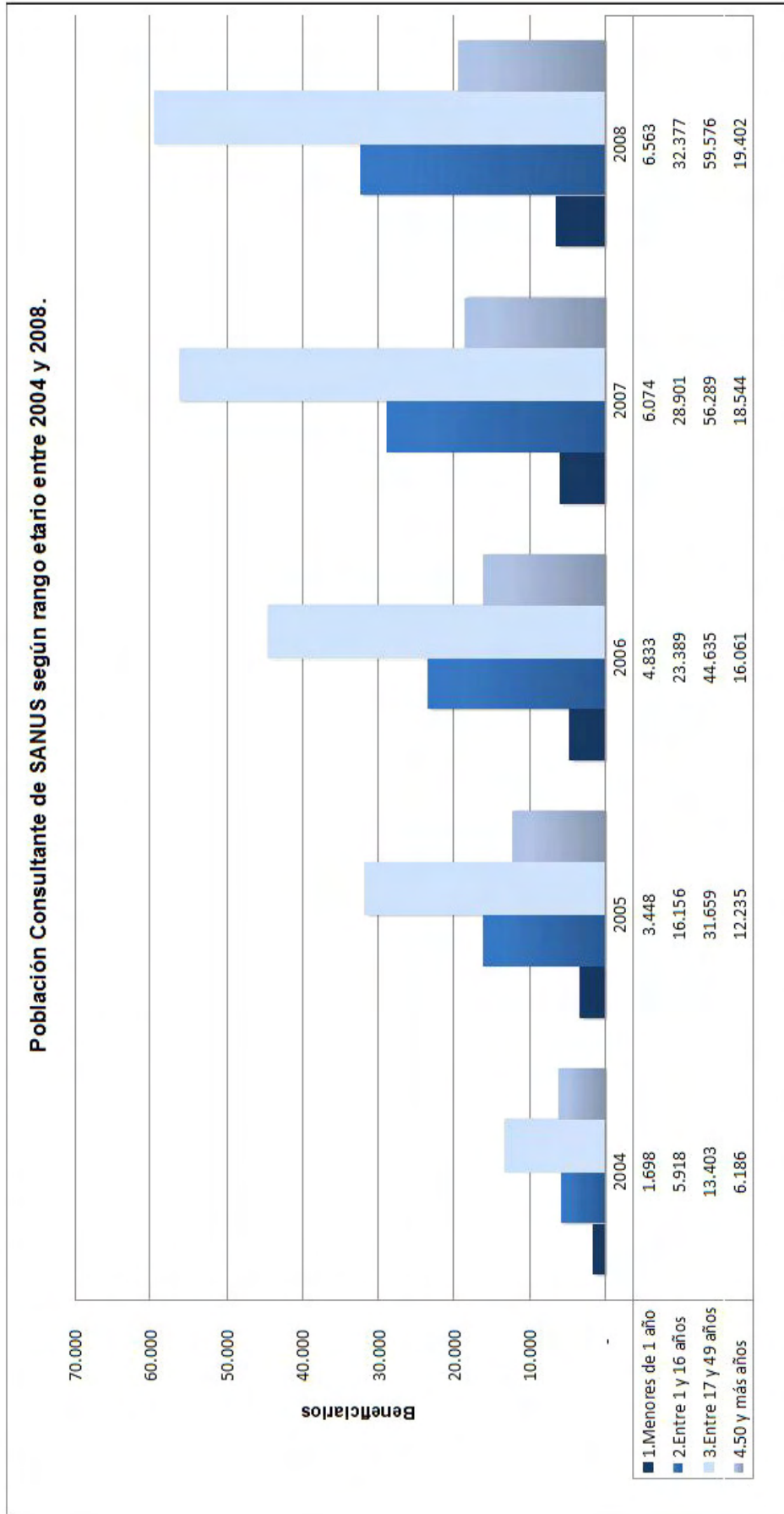
Figura 06: Población Consultante según tipo de afiliación a Construir Salud entre 2004 y 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por el Sistema de Ordenes Médicas (SOM) e Índice Prestacional Mensual (IPM) de Construir Salud.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

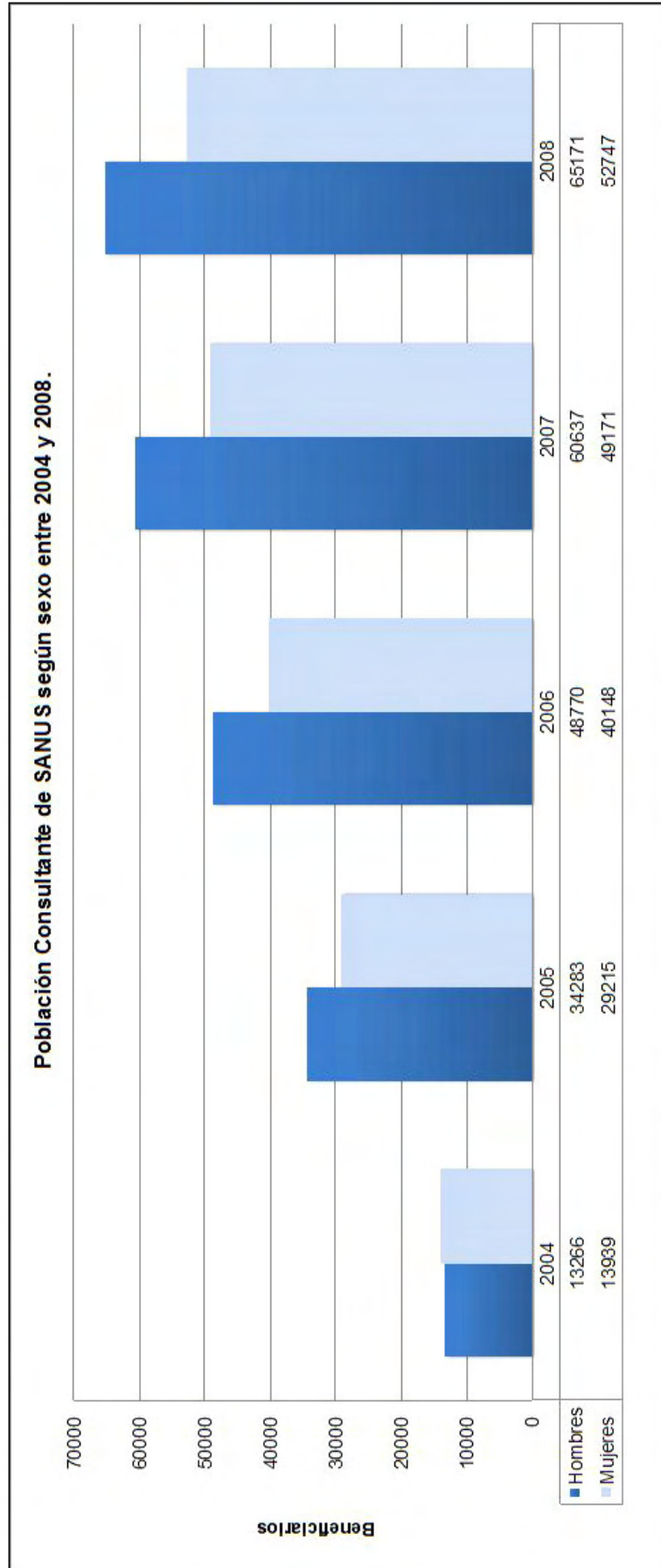
Figura 07: Población Consultante de Construir Salud según rango etario entre 2004 y 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por el Sistema de Ordenes Médicas (SOM) e Índice Prestacional Mensual (IPM) de Construir Salud.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Figura 08: Población Consultante de Construir Salud según sexo entre 2004 y 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por el Sistema de Ordenes Médicas (SOM) e Índice Prestacional Mensual (IPM) de Construir Salud.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

A partir de esta información observamos que:

- Para el tipo de población consultante:

- Respetar la distribución proporcional que se encuentra habitualmente en la constitución del padrón de afiliados de Construir Salud, siendo esta de forma decreciente: 1) los afiliados directos; 2) los monotributistas; 3) las empleadas domésticas; 4) los afiliados adherentes; y 5) por último un pequeño grupo denominado otros.
- Merece destacarse el evidente aumento progresivo en esos años de la proporción de afiliados obligatorios consultantes, relacionada con el aumento de la cantidad total de afiliados a raíz de una mayor actividad y registro del empleo en el rubro de la construcción (Figuras 01-02).

- Para el rango etario:

- Se presenta la mayor proporción de afiliados consultantes en el rango de 17 a 49 años de edad. Este grupo se caracteriza por corresponderse con el rango etario equivalente al grupo que históricamente constituye a la población laboralmente activa en el gremio de la construcción; y además se corresponde con una composición que, además del afiliado titular del servicio, incluye familiares a cargo (esposas e hijos).
- En base a lo anterior es esperable que el rango de 1 a 16 años de edad, sea el de quienes se comportan como el segundo grupo más consultante en el ámbito del primer nivel de atención.

- Para la variable sexo:

- Excepto en 2004, en el resto de los años en que SANUS fue implementado, fueron los hombres la población más consultante.

6.2 Ejes temáticos SANUS (o Módulos PyP) que generaron la mayor y menor cantidad de consultas de beneficiarios.

Primero es conveniente volver a considerar lo expresado anteriormente en el punto 5.7 respecto de los sesgos que puede presentar el análisis de la información procesada. Encontramos dos cuestiones importantes que debemos mencionar en este punto: 1) por un lado encontramos que a pesar de haberse definido, planificado y establecido como ejes temáticos SANUS, algunos de ellos -que se enumeran a continuación- no tuvieron asignados para sí un código CIAP que permitiera enlazarlos directamente con las consultas en las que se abordó la temática correspondiente. Ellos son: prevención de cáncer de cuello

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

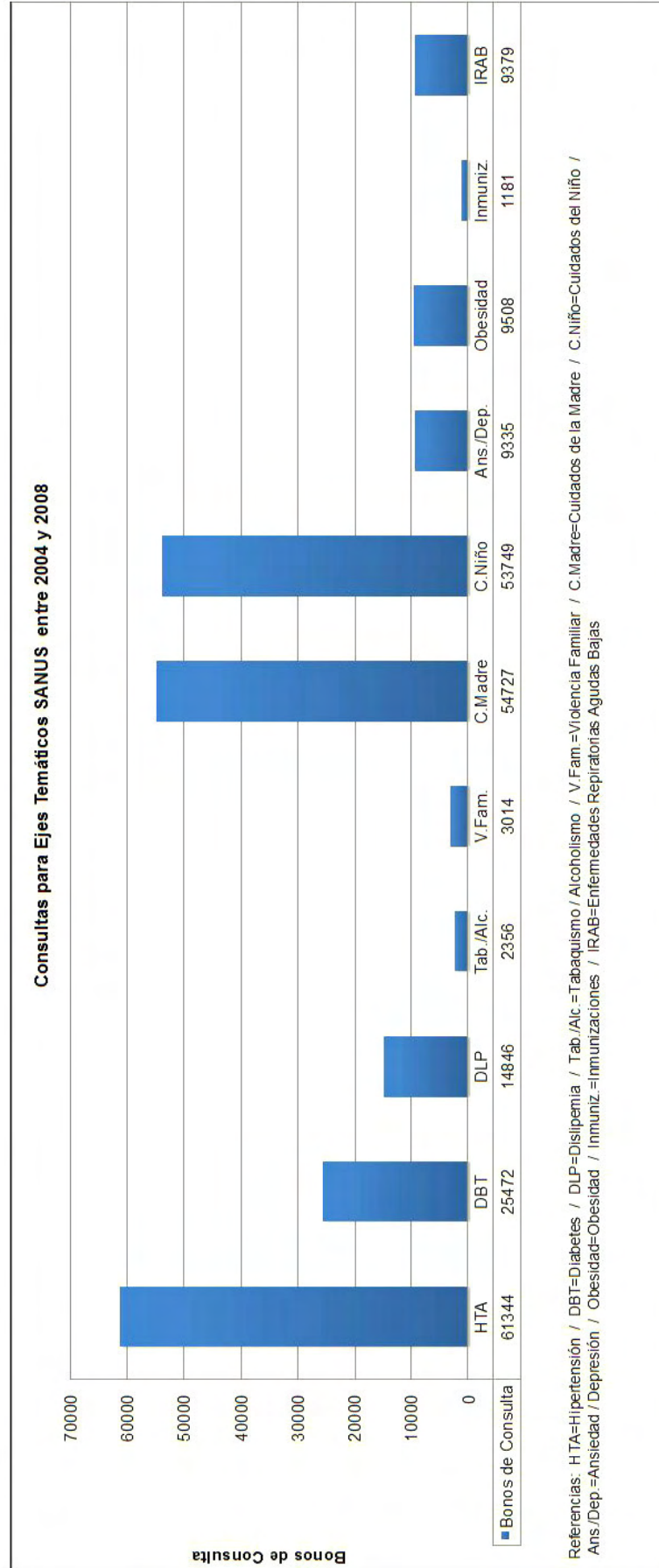
de útero, prevención de cáncer de mama, prevención de cáncer colorectal, prevención enfermedades de transmisión sexual - VIH-SIDA, prevención de accidentes en la infancia, y salud bucal. Por tal motivo el análisis de este punto se realizó sobre el resto de los ejes SANUS que efectivamente sí poseían dicho código; y 2) por otro lado, el análisis de la información realizado por el SOM e IPM reflejó que menos del 12% de las consultas realizadas en el primer nivel de atención tienen una codificación con dos o más códigos CIAP por consulta, lo que expone el subregistro de diferentes actividades preventivas.

Por último, se debe considerar además que, para el caso particular del eje SANUS prevención de cáncer de cuello uterino, y si bien existe un código CIAP para codificar una consulta como realización de Papanicolau, no se incluyó al eje en este punto ya que se priorizó su análisis bajo la codificación por código de nomenclador que posee la citología exfoliativa, por considerarlo más representativo en base a los sesgos de información mencionados.

Luego de estas consideraciones, vemos que a partir del análisis de la información aportada por el SOM e IPM de Construir Salud, se cuantificaron las consultas totales del periodo 2004-2008 que fueron codificadas bajo códigos CIAP vinculados a los diferentes ejes temáticos SANUS (ver Apéndice B y Figura 09). Si bien esta información no se pudo procesar de forma tal de obtener un detalle de la evolución anual de consultas por eje SANUS, sí pudo obtenerse un detalle de las cantidades de consultas totales del periodo según el tipo de población consultante (Tabla 04 y Figura 10), y según el rango etario (Tabla 05 y Figura 11).

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Figura 09: Cantidad de Bonos de consultas en el Primer Nivel de Atención de Construir Salud para los diferentes Ejes Temáticos SANUS entre 2004 y 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por el Sistema de Ordenes Médicas (SOM) e Índice Prestacional Mensual (IPM) de Construir Salud.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

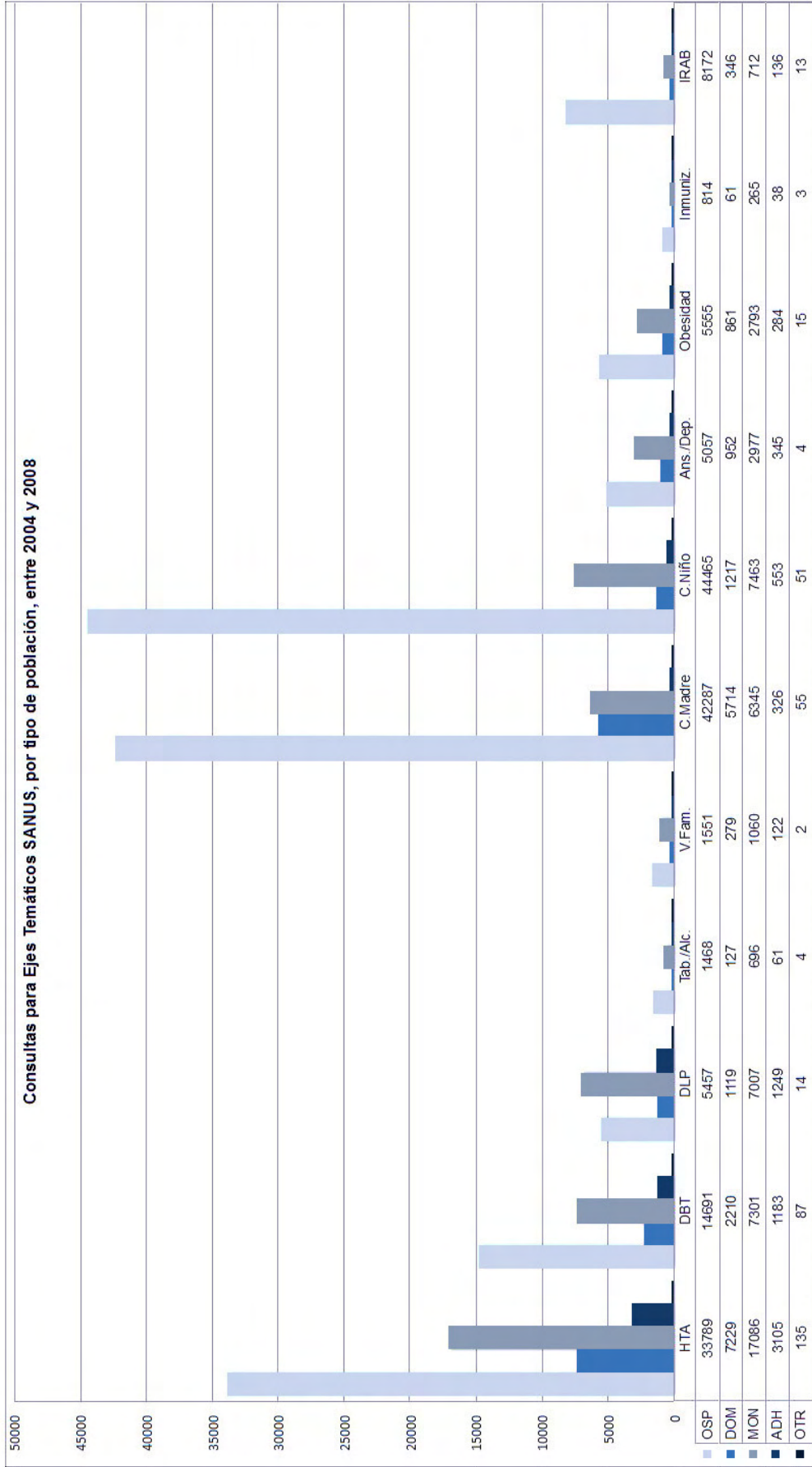
Tabla 04: Cantidad de Bonos de consultas para los diferentes Ejes Temáticos SANUS relacionados con el tipo de población consultante entre 2004 y 2008.

Ejes	Población											
	OSP	%	DOM	%	MON	%	ADH	%	OTR	%	TOTAL	%
HTA	33789	55,08%	7229	11,78%	17086	27,85%	3105	5,06%	135	0,22%	61344	25,05%
DBT	14691	57,68%	2210	8,68%	7301	28,66%	1183	4,64%	87	0,34%	25472	10,40%
DLP	5457	36,76%	1119	7,54%	7007	47,20%	1249	8,41%	14	0,09%	14846	6,06%
Tab.	1004	56,22%	108	6,05%	614	34,38%	59	3,30%	1	0,06%	1786	0,73%
Alc.	464	81,40%	19	3,33%	82	14,39%	2	0,35%	3	0,53%	570	0,23%
V.Fam.	1551	51,46%	279	9,26%	1060	35,17%	122	4,05%	2	0,07%	3014	1,23%
C.Madre	42287	77,27%	5714	10,44%	6345	11,59%	326	0,60%	55	0,10%	54727	22,35%
C.Niño	44465	82,73%	1217	2,26%	7463	13,88%	553	1,03%	51	0,09%	53749	21,95%
Ansiedad	2982	57,56%	499	9,63%	1497	28,89%	201	3,88%	2	0,04%	5181	2,12%
Depresión	2075	49,95%	453	10,91%	1480	35,63%	144	3,47%	2	0,05%	4154	1,70%
Obesidad	5555	58,42%	861	9,06%	2793	29,38%	284	2,99%	15	0,16%	9508	3,88%
Inmuniz.	814	68,92%	61	5,17%	265	22,44%	38	3,22%	3	0,25%	1181	0,48%
IRAB	8172	87,13%	346	3,69%	712	7,59%	136	1,45%	13	0,14%	9379	3,83%
TOTALES	163306		20115		53705		7402		383		244911	

Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por el Sistema de Ordenes Médicas (SOM) e Índice Prestacional Mensual (IPM) de Construir Salud.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Figura 10: Cantidad de Bonos de consultas para los diferentes Ejes Temáticos SANUS relacionados con el tipo de población consultante entre 2004 y 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por el Sistema de Ordenes Médicas (SOM) e Índice Prestacional Mensual (IPM) de Construir Salud.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

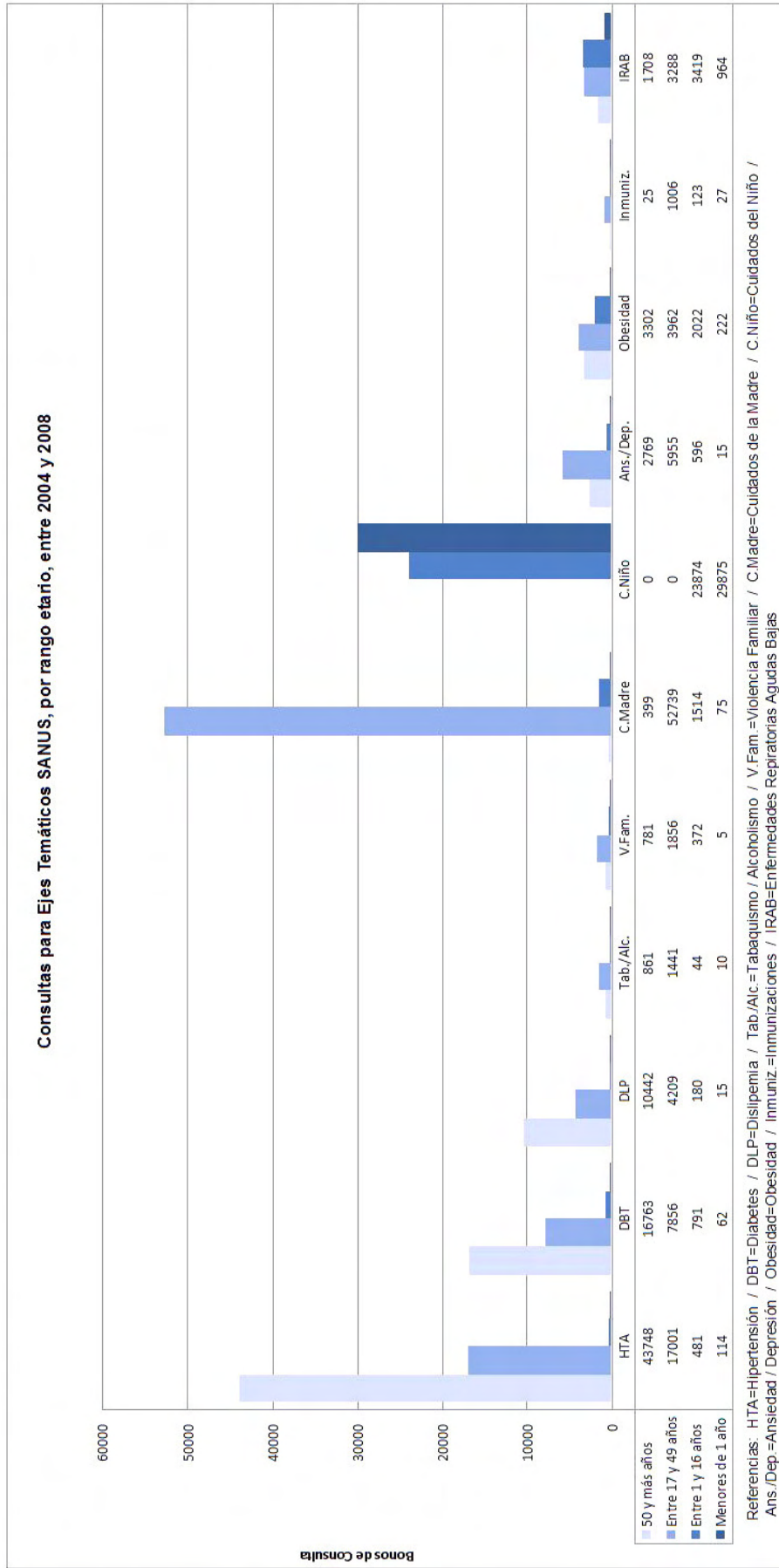
Tabla 05: Cantidad de Bonos de Consultas para los diferentes Ejes Temáticos SANUS relacionados con el rango etario entre 2004 y 2008.

Ejes	Rangos etarios											
	Menores de 1 año	%	Entre 1 y 16 años	%	Entre 17 y 49 años	%	50 y más años	%	TOTAL	%		%
HTA	114	0,19%	481	0,78%	17001	27,71%	43748	71,32%	61344	25,05%		
DBT	62	0,24%	791	3,11%	7856	30,84%	16763	65,81%	25472	10,40%		
DLP	15	0,10%	180	1,21%	4209	28,35%	10442	70,34%	14846	6,06%		
Tab.	8	0,45%	25	1,40%	1081	60,53%	672	37,63%	1786	0,73%		
Alc.	2	0,35%	19	3,33%	360	63,16%	189	33,16%	570	0,23%		
V.Fam.	5	0,17%	372	12,34%	1856	61,58%	781	25,91%	3014	1,23%		
C.Madre	75	0,14%	1514	2,77%	52739	96,37%	399	0,73%	54727	22,35%		
C.Niño	29875	55,58%	23874	44,42%	0	0,00%	0	0,00%	53749	21,95%		
Ansiedad	11	0,21%	347	6,70%	3469	66,96%	1354	26,13%	5181	2,12%		
Depresión	4	0,10%	249	5,99%	2486	59,85%	1415	34,06%	4154	1,70%		
Obesidad	222	2,33%	2022	21,27%	3962	41,67%	3302	34,73%	9508	3,88%		
Inmuniz.	27	2,29%	123	10,41%	1006	85,18%	25	2,12%	1181	0,48%		
IRAB	964	10,28%	3419	36,45%	3288	35,06%	1708	18,21%	9379	3,83%		
									244911			

Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por el Sistema de Ordenes Médicas (SOM) e Índice Prestacional Mensual (IPM) de Construir Salud.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Figura 11: Cantidad de Bonos de Consultas para los diferentes Ejes Temáticos SANUS relacionados con el rango etario entre 2004 y 2008



Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por el Sistema de Ordenes Médicas (SOM) e Índice Prestacional Mensual (IPM) de Construir Salud.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

A partir de esta información observamos que:

- Para la cantidad total de bonos de consulta para ejes SANUS en el primer nivel de atención en el periodo 2004-2008:

- Dos grandes grupos se repartieron la gran mayoría de las consultas: por un lado el 44,3% de las mismas fue para los ejes SANUS cuidados de la madre y del niño (22,35% y 21,95% respectivamente); y por el otro, el 41,51% de las consultas fue para las tres enfermedades crónicas de no transmisibles -HTA, DBT y DLP- (25,05%, 10,4%, y 6,06% respectivamente) asociadas al desarrollo de riesgo cardiovascular. Es decir que cinco de los ejes SANUS (sobre un total de los trece considerados en este punto) fueron responsables del 85,81% de todas las consultas generadas por SANUS en el periodo estudiado.
- Dos de los ejes SANUS que podríamos considerar como de mayor complejidad social y de mayor dificultad para su diagnóstico y abordaje, como lo son el alcoholismo y la violencia familiar, fueron de los que menos consultas generaron (0,23% y 1,23% respectivamente).
- El eje SANUS inmunizaciones fue el que aparentemente menos consultas codificadas presentó, pero se debería considerar que la mayoría de las consultas generadas por el eje cuidados del niño incluyen actividades de inmunización (de acuerdo a las GPC correspondientes) no registradas adecuadamente. Este sería un ejemplo de lo mencionado previamente respecto al sesgo de información por subregistro de ciertas actividades preventivas (en este caso por estar éstas incluidas en otro eje SANUS).
- El eje SANUS tabaquismo aparentemente presenta un muy bajo registro de consultas (0,73%), pero también debería considerarse en este caso particular su frecuente asociación a las ECNT asociadas al desarrollo de riesgo cardiovascular (según GPC), por lo que existiría un subregistro del problema atribuido a la falta de codificación de consultas con más de 1 código CIAP.

- Para la cantidad de bonos de consulta para ejes SANUS según el tipo de población consultante:

- Los afiliados obligatorios de Construir Salud representan el grupo que generó la mayor cantidad de las consultas (alrededor del 50%) para la mayoría de los ejes temáticos SANUS.
- Esta tendencia se acrecienta a un promedio del 80% para los ejes SANUS Cuidados de la madre y del niño, y se invierte, llegando solo al 30%, para el eje DLP.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

- Para la cantidad de bonos de consulta para ejes SANUS según el rango etario, se respetaron las estadísticas esperables considerando patrones epidemiológicos clásicos, es decir:

- El grupo comprendido por los mayores de 50 años de edad representó a los afiliados con mayor codificación de ejes SANUS asociados al desarrollo de riesgo cardiovascular (HTA, DBT, y DLP).
- El eje SANUS cuidados del niño, tuvo mayor cantidad de consultas en el grupo de menores de 1 año (55,58%), seguido por el grupo de entre 1 y 16 años (44,42%)
- El eje SANUS cuidados de la madre tuvo mayor cantidad de consultas en el grupo de entre 17 y 49 años (96,37%).

De la información expresada en las diferentes Tablas y Figuras recientemente citadas surge el hecho de encontrarnos con información que debería interpretarse como "errores de codificación". Nos referimos, por ejemplo, al registro en el grupo de menores de un año, de códigos correspondientes a los ejes SANUS tabaquismo, alcoholismo, ansiedad, depresión, etc.

6.3 Prácticas PyP más y menos utilizadas en el programa.

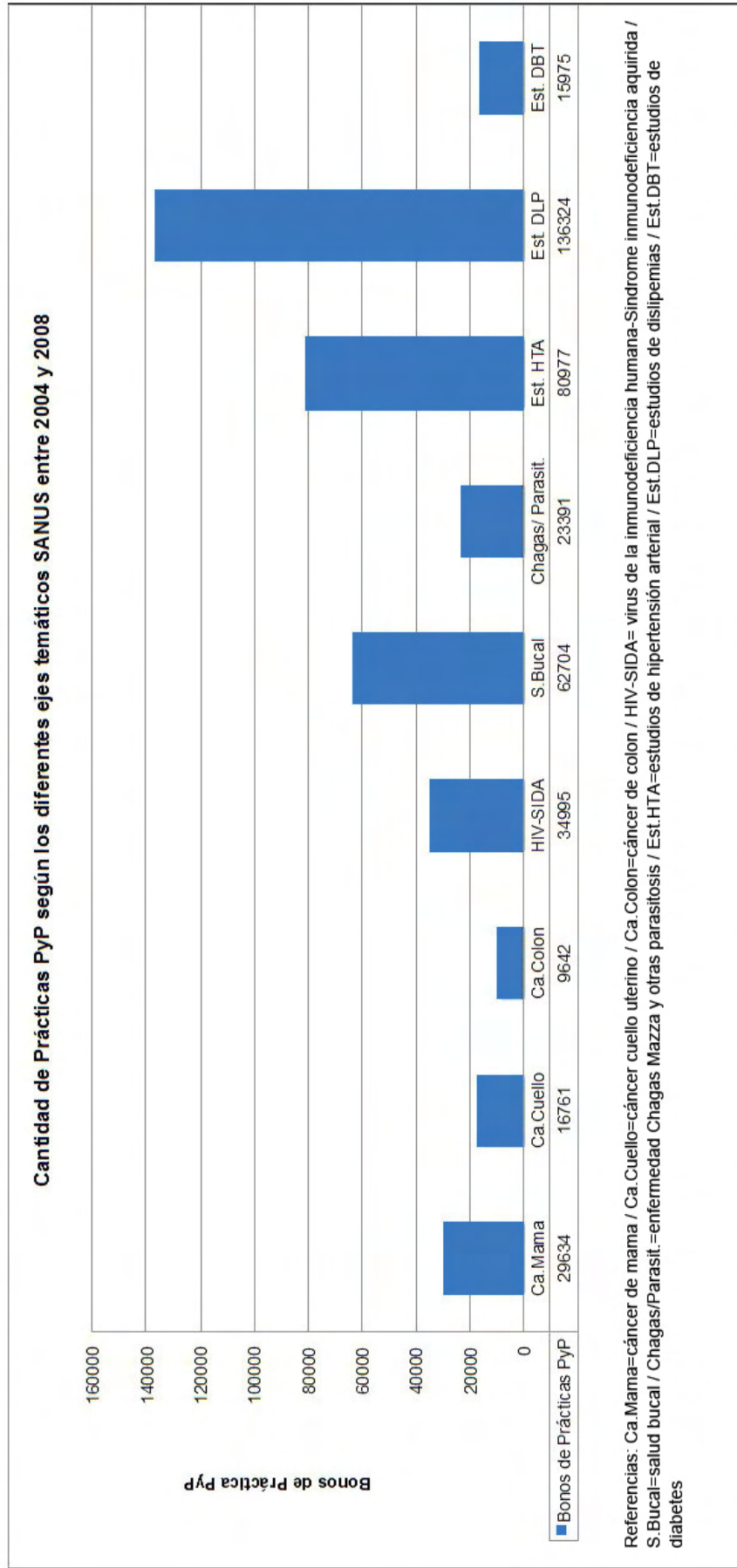
Se procedió a cuantificar las prácticas PyP realizadas y registradas en el periodo en estudio. Recordamos que su registro surge de la codificación de las mismas por código CIAP o por número de nomenclador de la práctica de laboratorio (ver Apéndices B y C).

Para profundizar el análisis de este punto, se procedió a cuantificar también las prácticas PyP realizadas y registradas en el periodo en estudio, destacando su relación con el tipo de afiliación (Tabla 06 y Figura 13) y rango etario de la población consultante (Tabla 07 y Figura 14).

Al igual que en el punto anterior, consideramos oportuno aclarar que los siguientes Ejes SANUS no poseían una práctica preventiva con código de nomenclador asociada directamente a su implementación: ansiedad y depresión, tabaquismo y alcoholismo, obesidad, violencia familiar, inmunizaciones, y cuidados de la madre y el niño. Debido a esto la información se analizó considerando aquellos ejes que efectivamente sí poseían prácticas preventivas codificadas según nomenclador.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Figura 12: Cantidad de Prácticas de Promoción y Prevención realizadas para los diferentes ejes temáticos SANUS entre 2004 y 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por el Sistema de Ordenes Médicas (SOM) e Índice Prestacional Mensual (IPM) de Construir Salud.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Tabla 06: Cantidad de Prácticas de Promoción y Prevención realizadas para los diferentes ejes temáticos SANUS, relacionados con el tipo de población consultante entre 2004 y 2008

Eje	Tipo Afiliación											
	OSP	%	DOM	%	MON	%	ADH	%	OTR	%	TOTAL	
Ca.Mama	12387	41,80%	6969	23,52%	9102	30,71%	1145	3,86%	31	0,10%	29634	7,22%
Ca.Cuello	8706	51,94%	2914	17,39%	4667	27,84%	463	2,76%	11	0,07%	16761	4,08%
Ca.Colon	4061	42,12%	1301	13,49%	3810	39,51%	451	4,68%	19	0,20%	9642	2,35%
HIV-SIDA	26987	77,12%	2745	7,84%	4900	14,00%	308	0,88%	55	0,16%	34995	8,53%
S.Bucal	52567	83,83%	7373	11,76%	2563	4,09%	84	0,13%	117	0,19%	62704	15,28%
Chagas	8862	78,47%	1311	11,61%	1064	9,42%	37	0,33%	19	0,17%	11293	2,75%
Parasit.	10798	89,25%	396	3,27%	833	6,89%	51	0,42%	20	0,17%	12098	2,95%
Est. HTA	53479	66,04%	7309	9,03%	18038	22,28%	2016	2,49%	135	0,17%	80977	19,73%
Est. DLP	81366	59,69%	15052	11,04%	35898	26,33%	3758	2,76%	250	0,18%	136324	33,22%
Est. DBT	9906	62,01%	786	4,92%	4701	29,43%	525	3,29%	57	0,36%	15975	3,89%
												410403

Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por el Sistema de Ordenes Médicas (SOM) e Índice Prestacional Mensual (IPM) de Construir Salud.

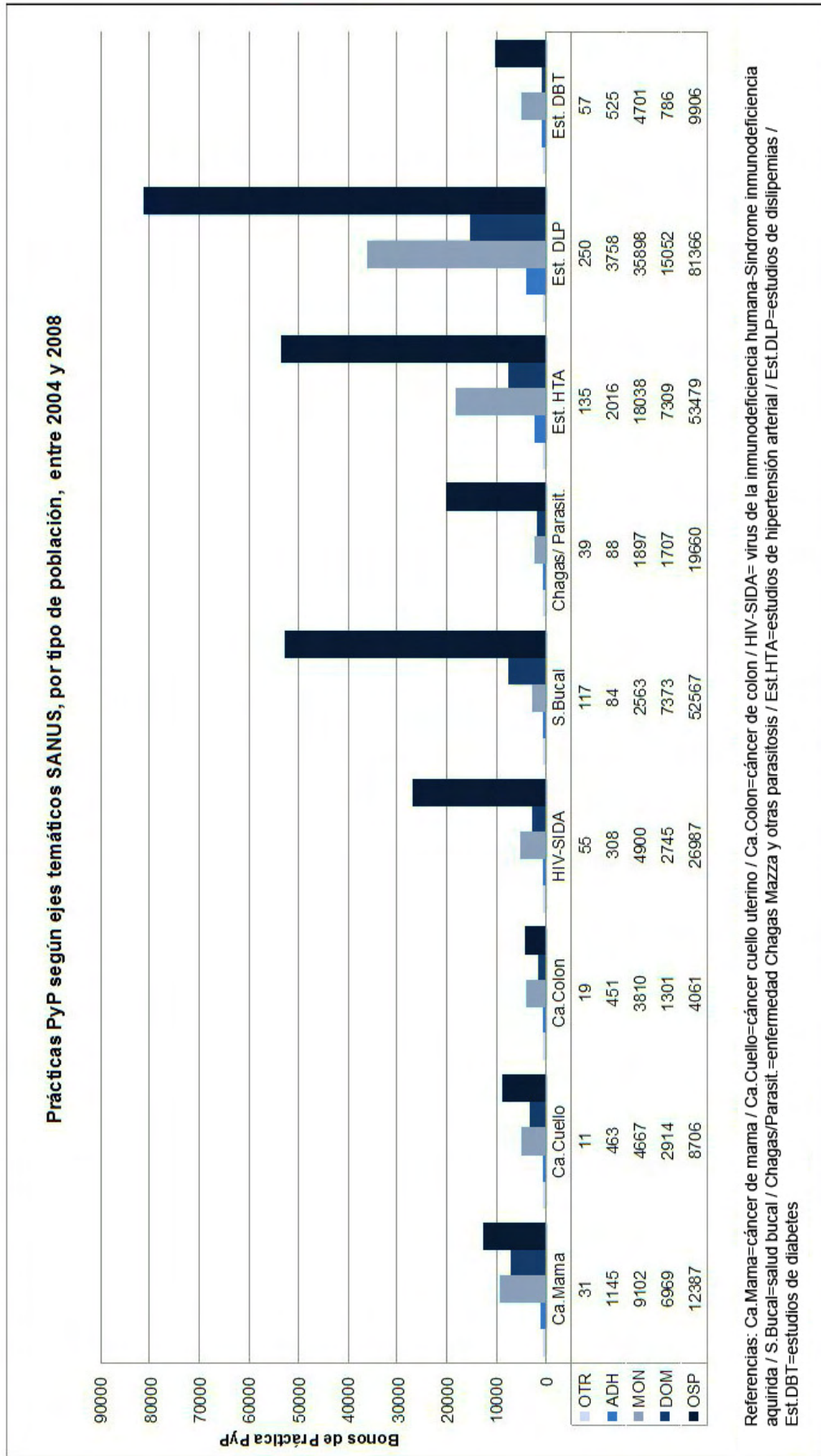
Tabla 07: Cantidad de Prácticas de Promoción y Prevención realizadas para los diferentes ejes temáticos SANUS, relacionados con el rango etario, entre 2004 y 2008.

Eje	Rangos etarios								
	Menores de 1 año	%	Entre 1 y 16 años	%	Entre 17 y 49 años	%	50 y más años	%	TOTAL
Ca.Mama	9	0,03%	33	0,11%	14350	48,42%	15242	51,43%	29634
Ca.Cuello	8	0,05%	142	0,85%	11823	70,54%	4788	28,57%	16761
Ca.Colon	50	0,52%	222	2,30%	1693	17,56%	7677	79,62%	9642
HIV-SIDA	296	0,85%	1257	3,59%	31649	90,44%	1793	5,12%	34995
S.Bucal	68	0,11%	20233	32,27%	36554	58,30%	5849	9,33%	62704
Chagas	53	0,47%	444	3,93%	9696	85,86%	1100	9,74%	11293
Parasit.	883	7,30%	9495	78,48%	1380	11,41%	340	2,81%	12098
Est. HTA	1368	1,69%	11659	14,40%	35701	44,09%	32249	39,82%	80977
Est. DLP	98	0,07%	5509	4,04%	72447	53,14%	58270	42,74%	136324
Est. DBT	17	0,11%	540	3,38%	7063	44,21%	8355	52,30%	15975
									410403

Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por el Sistema de Ordenes Médicas (SOM) e Índice Prestacional Mensual (IPM) de Construir Salud.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

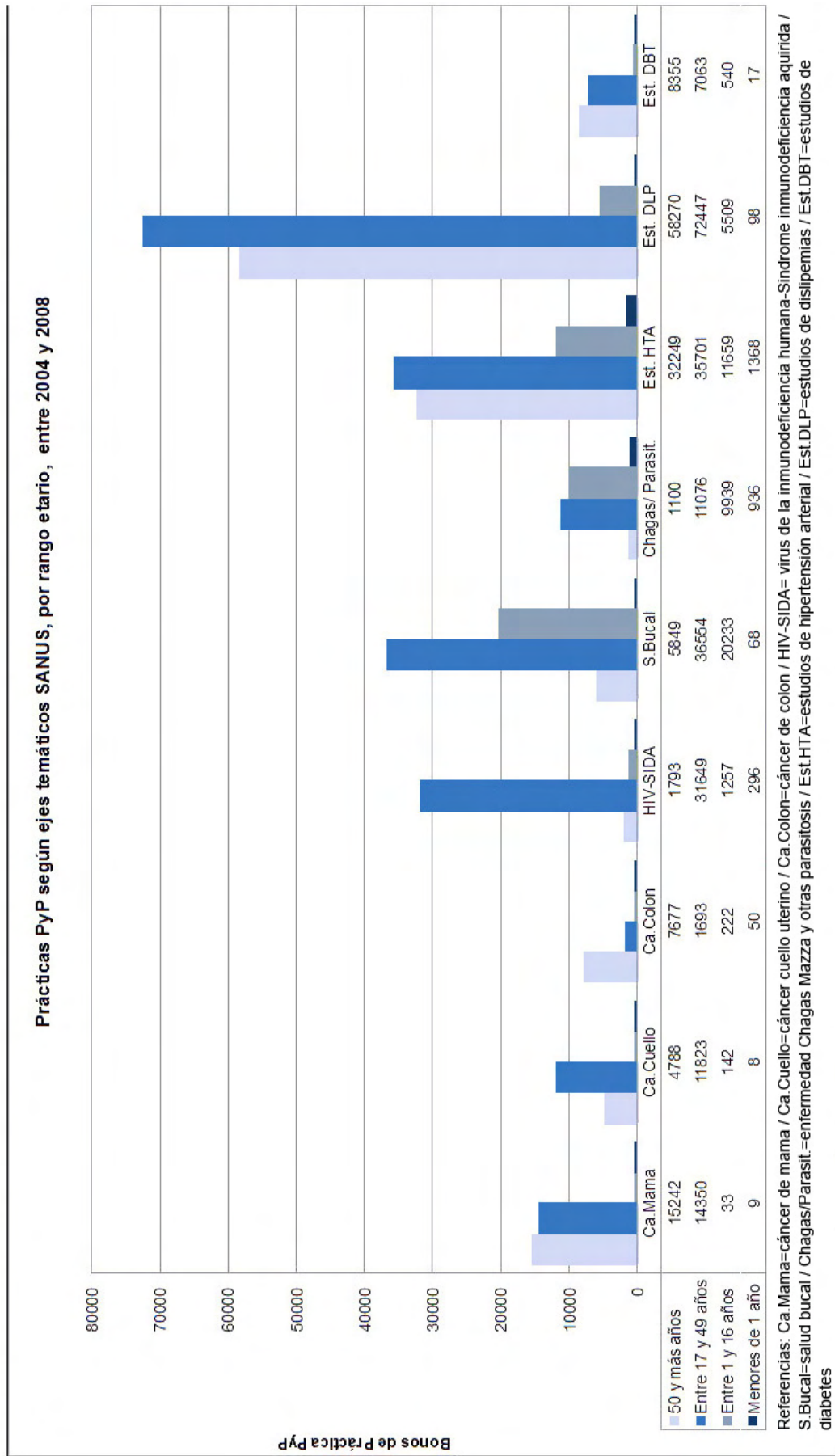
Figura 13: Cantidad de Prácticas de Promoción y Prevención realizadas para los diferentes ejes temáticos SANUS, relacionados con el tipo de población consultante entre 2004 y 2008



Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por el Sistema de Ordenes Médicas (SOM) e Índice Prestacional Mensual (IPM) de Construir Salud.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Figura 14: Cantidad de Prácticas de Promoción y Prevención realizadas para los diferentes ejes temáticos SANUS, relacionados con el rango etario, entre 2004 y 2008.



Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

A partir de esta información observamos que:

- Para la cantidad total de prácticas PyP realizadas para los diferentes ejes SANUS en el período 2004-2008:

- El eje SANUS DLP fue el que generó la mayor cantidad de prácticas PyP (33,22%). Conviene aclarar que el valor de las prácticas de laboratorio (lipidogramas) consideradas para el análisis de esta patología puede estar sobredimensionado en su relación directa con el diagnóstico de DLP, dado que el código de nomenclador utilizado no permite diferenciar si el MC del pedido se corresponde a un paciente dislipémico en tratamiento, o a un rastreo de la enfermedad dentro del control periódico de salud (CPS) en el adulto, por ejemplo. Es decir, los métodos de registro y de análisis de la información utilizados no permitieron establecer esa diferencia.
- Siguiendo a DLP en mayor cantidad de prácticas PyP realizadas, encontramos a los ejes SANUS HTA (19, 73%), salud bucal (15,28%), y ETS-HIV-SIDA (8,53%).
- Encontramos una considerable menor magnitud en la cantidad de prácticas PyP de las que se esperarían encontrar codificadas para aquellos ejes SANUS que tuvieron mayor cantidad de consultas asociadas, riguroso desarrollo clínico (GPC), vigencia permanente, y gran representatividad en el global de los ejes SANUS que se abordaron en el período en estudio, como lo son: cáncer de mama (7,22%), DBT (3,89%), cáncer de cuello uterino (4,08%), y cáncer de colon (2,35%).

- Para la cantidad total de prácticas PyP realizadas para los diferentes ejes SANUS según el tipo de población consultante:

- De forma coincidente (y consecuente) a las proporciones de los diferentes subgrupos poblacionales en el padrón de beneficiarios de la obra social (explicadas anteriormente), se observó que las cantidades totales de prácticas PyP atribuidas a cada grupo también coincidía con una progresión decreciente que va de obligatorios, a MNT, empleadas domésticas, adherentes y otros.

- Para la cantidad total de prácticas PyP realizadas para los diferentes ejes SANUS según el rango etario:

- El grupo de beneficiarios de entre 17 y 49 años, resultó ser el que mayor cantidad de prácticas PyP realizó para la mayoría de los ejes SANUS incluidos en este punto.
- Solamente los ejes SANUS cáncer de mama y DBT fueron superados por escaso margen en la utilización de prácticas PyP por el grupo que representa a los mayores de 50 años de edad.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

- Dicho grupo constituye además el de mayor utilización global de prácticas PyP asociadas a los ejes SANUS DBT, HTA, y DLP, relacionados con el desarrollo de enfermedad cardiovascular.

Surge también en este análisis de la información expresada en las diferentes Tablas y Figuras recientemente citadas, el hecho de encontrarnos con información que debería interpretarse como "errores de codificación". Nos referimos, por ejemplo, al registro en el grupo de menores de un año, de códigos correspondientes a los ejes SANUS cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, y cáncer de colon.

6.4 Tasas de uso de Consultas y Prácticas PyP para el periodo 2004-2008.

En base a la información de las Tablas 01, 04 y 06 podemos relacionar, para el periodo en estudio y por subgrupos poblacionales del tipo de afiliación, las cantidades de beneficiarios consultantes, las consultas de ejes SANUS realizadas, y las prácticas PyP generadas. Si bien siendo rigurosos metodológicamente, deberíamos trabajar con tasas anuales, el detalle de la información disponible no nos permite acceder a las mismas, pero sí podemos elaborar y trabajar con una tasa que aporte información del periodo global en el que se implementó SANUS, entre los años 2004 y 2008.

Se procedió a calcular las tasas de uso mediante los siguientes cocientes:

Tasa de uso de
consultas SANUS =
$$\frac{\text{Cantidad total consultas ejes SANUS entre 2004 y 2008}}{\text{Cantidad total de beneficiarios consultantes para ejes SANUS entre 2004 y 2008}}$$

Tasa de uso de
prácticas SANUS =
$$\frac{\text{Cantidad total de prácticas PyP entre 2004 y 2008}}{\text{Cantidad total de beneficiarios consultantes para ejes SANUS entre 2004 y 2008}}$$

Vemos en la Tabla 08 la información utilizada para los cálculos, así como las tasas de uso resultantes:

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Tabla 08: Tasas de Uso de Consultas para Ejes Temáticos SANUS, y de Prácticas de Promoción y Prevención, según los diferentes subgrupos poblacionales de beneficiarios consultantes de Construir Salud entre 2004-2008.

Tipo afiliación	Beneficiarios Consultantes 2004-2008	Consultas Ejes PyP 2004-2008	Cantidad de Prácticas PyP 2004-2008	Consultas / Beneficiarios 2004-2008	Prácticas / Beneficiarios 2004-2008
OSPeCon	318318	163306	269119	0,51	0,85
MNT	61439	53705	85576	0,87	1,39
DOM	22405	20115	46156	0,90	2,06
ADH	4804	7402	8838	1,54	1,84
Otros	381	383	714	1,01	1,87
Total	407347	244911	410403	0,60	1,01

Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por Sistema de Ordenes Médicas (SOM) e Índice Prestacional Mensual (IPM) de Construir Salud

Respecto de las tasas de uso de las consultas para ejes SANUS según los subgrupos poblacionales de los tipo de afiliados de Construir Salud, para el periodo 2004-2008, podemos decir que:

- Los subgrupos poblacionales adherentes, otros, empleadas domésticas y MNT realizaron todos una mayor cantidad de consultas por beneficiario respecto de los obligatorios. El subgrupo de adherentes llegó a triplicar la tasa de uso respecto de los obligatorios (1,54 contra 0,51 respectivamente), mientras que los subgrupos empleadas domésticas, MNT, y otros casi la duplican.
- El subgrupo obligatorios pareciera haberse comportado como una población con baja utilización de consultas médicas para los ejes SANUS estudiados. Esto sucede a pesar de constituirse como el subgrupo con mayor cantidad de población aportante al sistema; del aumento en la accesibilidad geográfica en el ámbito de la APS que hubo en el periodo, a partir de la apertura de nuevos CeMAPs; y de representar al subgrupo con mayor cantidad total de consultas por ejes SANUS y prácticas PyP realizadas.

Respecto de las tasas de uso de las prácticas SANUS podemos decir que:

- Del mismo modo que para las tasas de uso de consultas para ejes SANUS, son las empleadas domésticas, adherentes, MNT y otros los que manifestaron mayores tasas de uso de prácticas PyP en el periodo en estudio.
- Encontramos la particularidad que dentro de estos subgrupos con mayores tasa de uso de prácticas PyP, el subgrupo de empleadas domésticas se destaca por sobre el resto, con una marcada mayor utilización de prácticas PyP seguida –en forma decreciente- por los subgrupos de otros, adherentes, y MNT.
- El subgrupo de obligatorios se comporta como la población con menor tasa de uso de prácticas PyP, respecto de los otros subgrupos de la población de beneficiarios.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

6.5 Respuestas de los CeMAPs a los Ejes temáticos SANUS, en lo referente a procesos de gestión, según información de los reportes locales, y de las evaluaciones del nivel central.

Se procedió al análisis documental de los reportes locales y las evaluaciones del nivel central realizadas para cada eje temático SANUS y para cada CeMAP involucrado, de acuerdo a lo descripto anteriormente. La siguiente tabla (Tabla 09) expresa la información recolectada a partir de: seis CeMAPs involucrados, dos informes por cada módulo PyP (reporte local y evaluación del nivel central) y por cada CeMAP, y cada uno de ellos evaluando cinco variables con tres posibles valores de respuesta.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

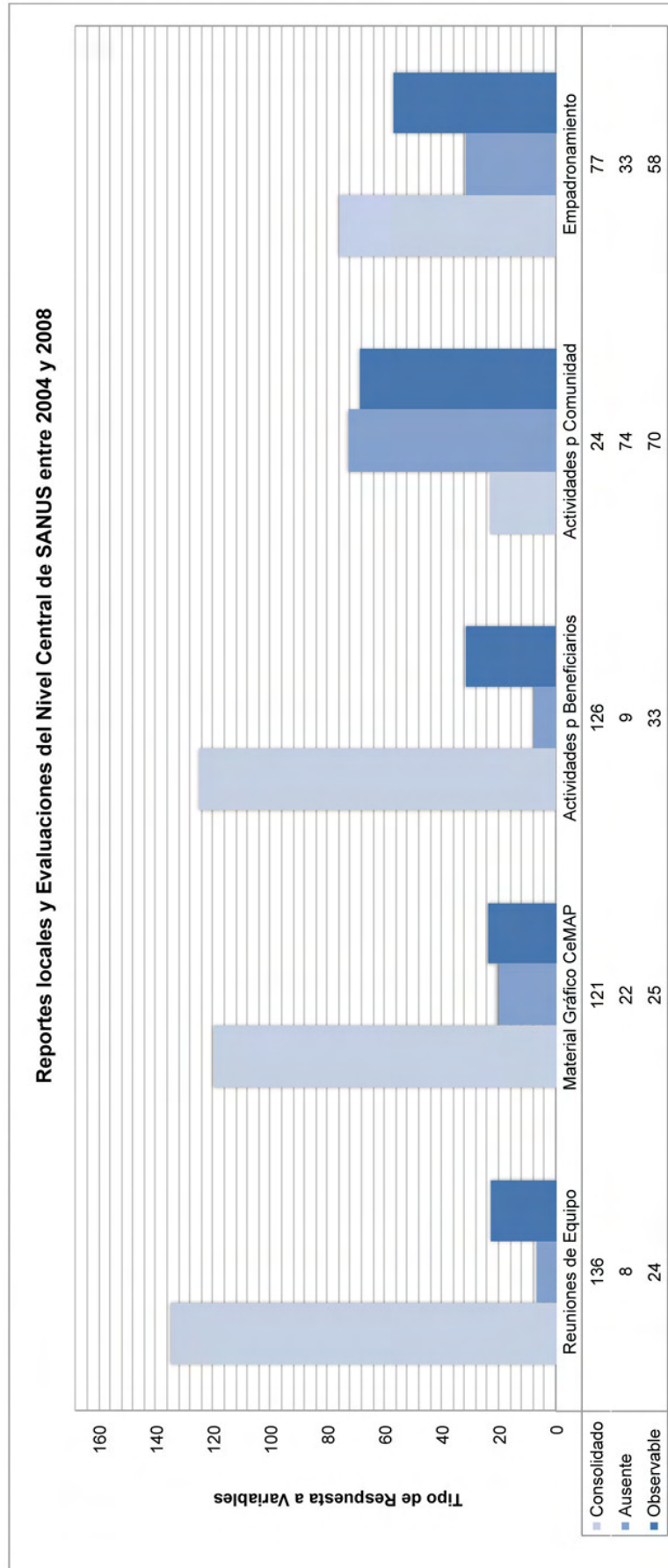
Tabla 09: Respuestas de los CeMAPs a los Ejes Temáticos SANUS, en lo referente a procesos de gestión.

Ejes	Reuniones de Equipo			Material Gráfico CeMAP			Actividades p Beneficiarios			Actividades p Comunidad			Empadronamiento		
	Consolidado	Ausente	Observable	Consolidado	Ausente	Observable	Consolidado	Ausente	Observable	Consolidado	Ausente	Observable	Consolidado	Ausente	Observable
HTA	10	2	2	7	3	2	7	2	3	1	6	5	10		2
	83,33%	16,67%	16,67%	58,33%	25,00%	16,67%	58,33%	16,67%	25,00%	8,33%	50,00%	41,67%	83,33%		16,67%
DBT	11	1	2	8	2	2	7	1	4	1	7	4	11		1
	91,67%	8,33%	16,67%	66,67%	16,67%	16,67%	58,33%	8,33%	33,33%	8,33%	58,33%	33,33%	91,67%		8,33%
DLP	10	2	3	6	3	4	6	2	4		6	6	11		1
	83,33%	16,67%	25,00%	50,00%	25,00%	33,33%	50,00%	16,67%	33,33%		50,00%	50,00%	91,67%		8,33%
Tab./Alc.	9	1	1	11		2	10	2	2	2	8	2		7	5
	75,00%	8,33%	8,33%	91,67%		16,67%	83,33%	16,67%	16,67%	16,67%	66,67%	16,67%		58,33%	41,67%
V.Fam.	9	1	2	10		2	10		2	1	9	2	2		10
	75,00%	16,67%	16,67%	83,33%		16,67%	83,33%		16,67%	8,33%	75,00%	16,67%	16,67%		83,33%
C.Madre	10	2	12	12			12			2	6	4	8	2	2
	83,33%	16,67%	100,00%	100,00%			100,00%			16,67%	50,00%	33,33%	66,67%	16,67%	16,67%
C.Niño	11	1	12	12			12			3	5	4	9		3
	91,67%	8,33%	100,00%	100,00%			100,00%			25,00%	41,67%	33,33%	75,00%		25,00%
Ca.Mama	11	1	12	12			10		2	4	1	7	7	1	4
	91,67%	8,33%	100,00%	100,00%			83,33%		16,67%	33,33%	8,33%	58,33%	58,33%	8,33%	33,33%
Ca.¿Quejlo	11	1	12	12			10		2	4	1	7	7	1	4
	91,67%	8,33%	100,00%	100,00%			83,33%		16,67%	33,33%	8,33%	58,33%	58,33%	8,33%	33,33%
Ca.¿Colon	9	2	10	8	2	2	8	2	2	4	2	10	2	4	6
	75,00%	16,67%	83,33%	66,67%	16,67%	16,67%	66,67%	16,67%	16,67%	16,67%	16,67%	83,33%	16,67%	33,33%	50,00%
HIV/SIDA	8	3	10	10		2	8		4		3	9		5	7
	66,67%	25,00%	83,33%	83,33%		16,67%	66,67%		33,33%		25,00%	75,00%		41,67%	58,33%
Ans./Dep.	7	1	4	7	12		7		5		11	1		5	7
	58,33%	8,33%	33,33%	58,33%	100,00%		58,33%		41,67%		91,67%	8,33%		41,67%	58,33%
Obesidad	8	4	3	9		25,00%	66,67%	2	2	2	8	2		8	4
	66,67%	33,33%	25,00%	75,00%		16,67%	66,67%	16,67%	16,67%	16,67%	66,67%	16,67%	16,67%	66,67%	33,33%
Enf.Resp.	12		1	12		1	11		1	4	1	7	10		2
	100,00%		8,33%	100,00%		8,33%	91,67%		8,33%	33,33%	8,33%	58,33%	83,33%		16,67%

Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por los Reportes Locales, y las Evaluaciones del Nivel Central.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Figura 15: Respuestas de los CeMAPs a los Ejes Temáticos SANUS, en lo referente a procesos de gestión.



Fuente: Elaboración propia en base a información aportada por los Reportes Locales, y las Evaluaciones del Nivel Central.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

A partir de esta información observamos que:

- Durante la implementación de SANUS se logró consolidar ampliamente tanto a la realización periódica de las reuniones de equipo, la difusión con material gráfico dentro del CeMAP, y las actividades de difusión para beneficiarios de Construir Salud.
- La consolidación mostró que las fluctuaciones en los valores porcentuales de cada una de estas tres variables analizadas, se daba dentro de los diferentes ejes SANUS.
- La variable estudiada como empadronamiento, si bien presentó mayoría de registros con el valor "consolidado", fue la que se relacionó con mayor cantidad de registros con el valor "observable". Esto expresa de alguna forma las dificultades ya mencionadas, que se encontraron para las tareas de registro, codificación y carga de la información en los sistemas.
- La variable actividades para la comunidad fue la que representó a aquella con mayor registro de valores "ausente", expresando claramente uno de los principales obstáculos que encontró SANUS durante su implementación.

6.6 Percepción de los informantes clave sobre los cambios producidos desde la implementación de SANUS en el modelo asistencial del EBAMP.

De acuerdo a lo expresado en el punto 5.9 las entrevistas semiestructuradas con informantes clave fueron planificadas para realizarse al respectivo coordinador médico y a otro integrante del EBAMP de cada CeMAP involucrado, y a dos integrantes del equipo técnico de la coordinación central. Es decir, que se planificaron catorce entrevistas, pero al momento del trabajo en campo solo se pudieron realizar diez, debido a que cuatro informantes clave ya no trabajaban para Construir Salud y decidieron no colaborar con la investigación.

Se trabajó siguiendo el modelo de análisis de contenido, en su vertiente de análisis temático, mediante una matriz de datos cualitativos construida para tal fin por el investigador

Luego de la lectura fluctuante de los textos obtenidos de las transcripciones de las entrevistas a informantes clave, se constituyó el corpus de análisis atendiendo a los criterios de *exhaustividad*, ya que el material contemplaba la mayoría de los aspectos considerados en la guía de la entrevista conformada por ocho preguntas (Apéndice A), y de *pertinencia* ya que los datos reflejados en las entrevistas dan respuesta al objetivo que busca analizar las

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

percepciones de los informantes clave sobre los cambios producidos desde la implementación de SANUS en el modelo asistencial del EBAMP y la experiencia única de cada uno de los sujetos que participaron del estudio.

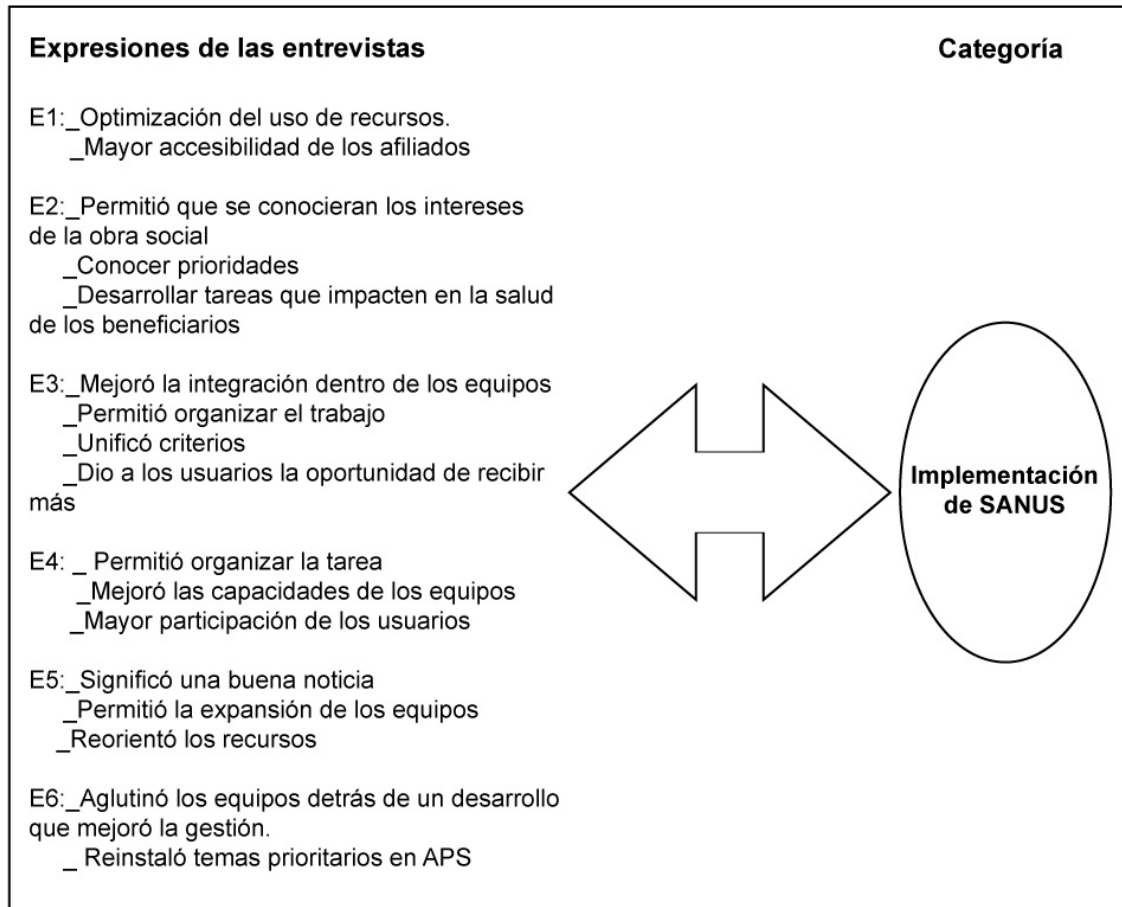
Se llevó a cabo la deconstrucción del corpus obteniéndose las unidades de registro (52,54), y se procedió luego al conteo de dichas unidades de forma manual. Se realizó la codificación (por códigos de mayor frecuencia) y su posterior reagrupación (reconstrucción), obteniéndose las categorías principales que respondían a las preguntas guía. Cabe destacar que algunas de las categorías son enunciadas del mismo modo que las preguntas por considerar que los códigos encontrados en el corpus del discurso se encontraban mejor representadas bajo su denominación.

La relación entre las unidades de registro y las categorías fueron contextualizadas en esta investigación dando lugar a las interpretaciones finales que intentan dar muestra de las percepciones de este grupo particular respecto de los cambios producidos desde la implementación de SANUS, objeto de evaluación del presente estudio.

A continuación se muestran los cuadros que dan cuenta de las seis categorías que finalmente se seleccionaron del análisis precedente, se observan en él algunas unidades de registro a modo de ejemplo. En algunos casos no se incorporan unidades de aquellas entrevistas en las que no se obtuvieran datos pertinentes al objeto de estudio o donde la pregunta no fuera respondida en la entrevista.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Cuadro 05: Análisis de contenido de las entrevistas. Categoría: "Implementación de SANUS".



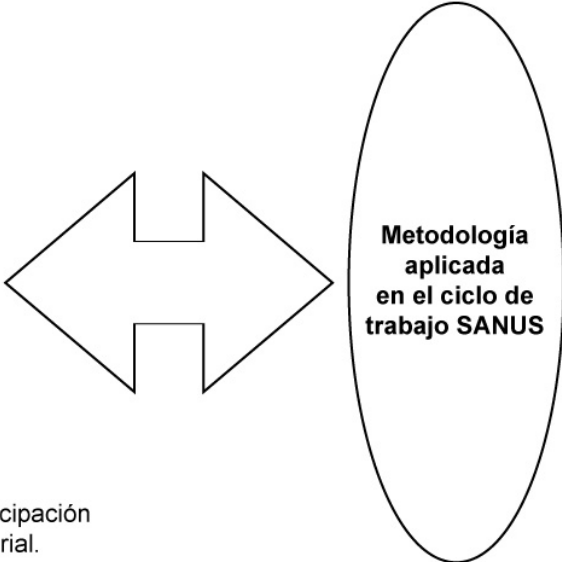
Fuente: Elaboración propia.

E_ = Entrevista.

Interpretación: La implementación de SANUS (categoría expresada como dominio) tuvo múltiples efectos sobre el EBAMP de los que se destacan tres: 1) SANUS fue una señal de recuperación luego del período restrictivo que representó la crisis 2001-2003; 2) representó un ordenamiento de las actividades del EBAMP a partir de una agenda pautada con antelación y una planificación explícita; y 3) fue un proceso de capacitación, actualización y discusión para los diferentes ejes SANUS.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Cuadro 06: Análisis de contenido de las entrevistas. Categoría: "Metodología aplicada en el Ciclo de Trabajo SANUS".

Expresiones de las entrevistas	Categoría
E1: _Ordena el abordaje de los problemas.	 <p data-bbox="1189 846 1374 965">Metodología aplicada en el ciclo de trabajo SANUS</p>
E2: _Metodología basada en APOC (atención primaria orientada a la comunidad fue la correcta	
E3: _Adecuada para el primer nivel de atención	
E4: _ Herramienta eficaz y sistemática para la intervención	
E5: _Demostró ser una metodología muy útil para la planificación/ejecución/evaluación de las intervenciones comunitarias.	
E6: _Ha sido un facilitador tanto para la planificación con el equipo de salud como para la ejecución de las intervenciones. _ Permitió innovar en la tecnología blanda al incorporar la planilla SANUS en la HCFlir.	
E7: _Incorpora conceptos específicos como participación comunitaria, trabajo interdisciplinario e intersectorial.	
E8: _Ordena lógicamente los procesos de gestión siguiendo una secuencia que facilita el trabajo.	
E9: _Es un proceso cuya principal virtud es que se retroalimenta a sí mismo, apuntando a una mejora continua de los resultados planteados	

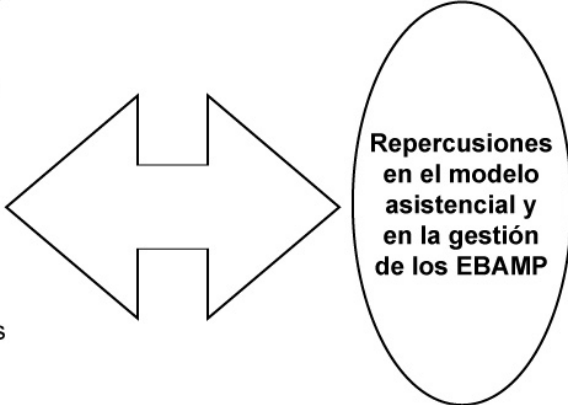
Fuente: Elaboración propia.

E_ = Entrevista.

Interpretación: Si bien seis de los informantes clave habían participado activamente de la experiencia previa de Construir Salud en un proyecto centrado en APOC (quiénes inmediatamente asociaron dicho figura con el Esquema de Abramson – Figura 05), las opiniones en general le atribuían al Ciclo un valor como marco ordenador de la forma de trabajo que se buscaba instalar en los equipos, y una clara referencia para mostrar la idea de ciclos de trabajo retroalimentables, en evolución y modificación permanente.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Cuadro 07: Análisis de contenido de las entrevistas. Categoría: "Repercusiones en el modelo asistencial y en la gestión de los EBAMP".

Expresiones de las entrevistas	Categoría
E1: _Repercusión favorable. _El resultado fue un empoderamiento del equipo.	 <p data-bbox="1209 801 1396 952">Repercusiones en el modelo asistencial y en la gestión de los EBAMP</p>
E2: _La mejor excusa para empezar a trabajar involucrando a los equipos. _Generó un lenguaje común entre los equipos y las autoridades.	
E3: _Mejó la discusión y aplicación de Guías de práctica Clínica.	
E4: _ Permitió la apropiación de la estrategia APOC _generó la sistematización de las acciones	
E5: _Algunos equipos incorporaron intervenciones colectivas y multidisciplinarias bien planificadas aunque casi nunca evaluadas.	
E7: _Facilitó un patrón de trabajo para orientar la búsqueda de la mejor solución posible ante un problema de salud.	
E9: _Incorporó la evaluación como un paso indispensable.	
E10: _Incorporó el razonamiento de la intervención eficaz. _Incorporó el uso sistemático de guías clínicas.	

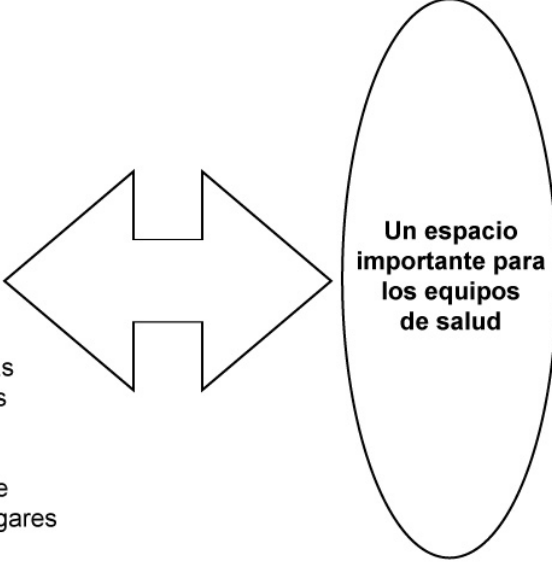
Fuente: Elaboración propia.

E_ = Entrevista.

Interpretación: la percepción de los informantes fue que se optimizaron, tanto los procesos de gestión como los asistenciales con la metodología SANUS. Esto se vio reflejado en la parte clínica (utilización de criterios según las Guías de Práctica Clínica, mayor accesibilidad a medicamentos y prácticas preventivas para los diferentes ejes, etc.) como en la administrativa (empadronamiento, programación de la consulta, etc.). También se desprende de las entrevistas que esa optimización de procesos fue alternante durante los casi cinco años de duración, quizás asociado al alto y recurrente recambio de personal administrativo y de los integrantes del EBAMP que sufrían los diferentes CeMAPs.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Cuadro 08: Análisis de contenido de las entrevistas. Categoría: "Un espacio importante para los equipos de salud".

Expresiones de las entrevistas	Categoría
<p>E1: _Generó mucha expectativa en los integrantes del equipo. _Cierta resistencia en algún momento.</p>	 <p data-bbox="1187 927 1378 1043">Un espacio importante para los equipos de salud</p>
<p>E2: _Las reuniones fueron una herramienta que aprovechamos en el equipo. _La convocatoria a las reuniones no siempre era fácil.</p>	
<p>E4: _Se notaba mucha motivación e interés en la incorporación de nuevos programas. _ Cada nuevo programa implicaba nuevos desafíos.</p>	
<p>E6: _ Generó involucramiento, colaboración y participación activa, tanto en la aplicación de Guías Clínicas como en consejería, monitoreo de programas y actividades comunitarias.</p>	
<p>E7: _La diversidad de las problemáticas abordadas en los encuentros permitió satisfacer los intereses de la mayoría de los integrantes del equipo.</p>	
<p>E8: _Se compartían ideas y generaba inquietud de trabajar activamente con los delegados en sus lugares de trabajo haciendo talleres.</p>	
<p>E9: _Las experiencias transmitidas por algunos equipos generaban inquietud en otros.</p>	
<p>E10: _Si bien hubieron equipos más motivados y entusiastas que otros, quizás esa fue la mayor virtud de SANUS, lograr la identificación de los equipos y su compromiso con la tarea.</p>	

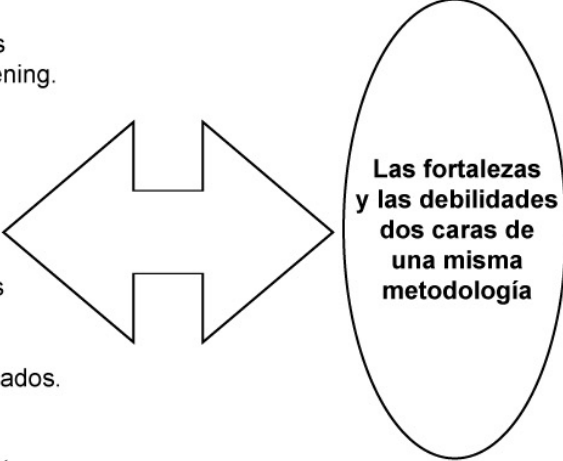
Fuente: Elaboración propia.

E_ = Entrevista.

Interpretación: los espacios de trabajo fueron enriquecedores para desempeño de los equipos dentro de los CeMAPs, independientemente que se trataran temas referentes o no a los problemas relacionados a SANUS. Los encuentros fueron útiles para que los diferentes integrantes del EBAMP y del CeMAP se conocieran entre sí, para que participaran personas del entorno del CeMAP (administrativos, delegados gremiales, personal de maestranza, etc.), para expresar dificultades operativas del trabajo cotidiano e ideas no vinculadas a los ejes SANUS (exceso de sobretornos, reclamos salariales, necesidad de reducir el tiempo de demora en las interconsultas con el segundo nivel, etc.).

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Cuadro 09: Análisis de contenido de las entrevistas. Categoría: "Las fortalezas y las debilidades dos caras de una misma metodología".

Expresiones de las entrevistas	Categoría
<p>E1: _Lo mejor fue el aporte metodológico. _Haber abordado problemas prevalentes como las enfermedades crónicas de modo programático fue muy bueno. _Fue tan hegemónica su implementación que se descuidaron otros ejes de trabajo. Se privilegiaron los registros de SANUS sobre los otros.</p>	 <p>Las fortalezas y las debilidades dos caras de una misma metodología</p>
<p>E2: _Fue bueno instalar que las intervenciones individuales deben acompañarse de acciones comunitarias. _Otra fortaleza fue haber impuesto un nombre, una modalidad de abordaje, un estímulo a trabajar todos juntos. _Una debilidad fue la falta de monitoreo en algunos de estos programas y la necesidad de recibir más herramientas de abordaje en algunos casos.</p>	
<p>E3: _Aumento en la accesibilidad a medicamentos para enfermedades crónicas, a métodos de screening. _Poco involucramiento de las áreas gremiales en algunos casos.</p>	
<p>E6: _Facilitó el desarrollo del programa para pacientes con sobrepeso y obesidad. _Impactó la gestión de medicamentos para el botiquín con 100% de cobertura para pacientes con HTA y DBT. _Discontinuidad de medicamentos _Falta de cobertura para la totalidad de los afiliados.</p>	
<p>E7: _Logró incorporar una metodología de trabajo donde es indispensable tener en cuenta el contexto, los recursos y las intervenciones. _Materializó el concepto de promoción, prevención y autocuidado de la salud. _Fue una debilidad decir que finalizó en 2008 porque si bien es cierto respecto del presupuesto, no lo es al momento de valorar la verdadera transferencia de conocimientos que generó a los equipos.</p>	
<p>E8: _Reafirmación del uso sistemático de guías de práctica clínica. _Falta de rigurosidad en la aplicación del ciclo APOC (evaluaciones)</p>	
<p>E9: _Fue un fabuloso éxito de marketing sanitario. _Una debilidad es que los equipos no han escrito y documentado lo suficiente esta riquísima experiencia.</p>	

Fuente: Elaboración propia.

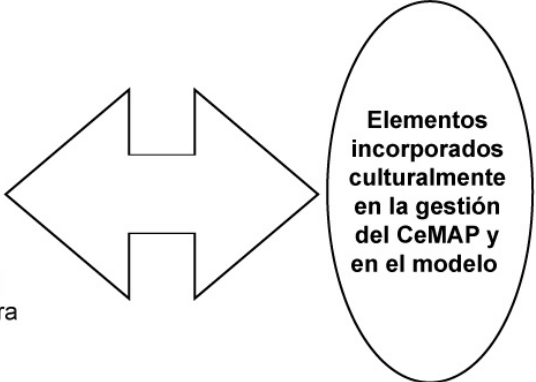
E_= Entrevista.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Interpretación: como fortalezas de la experiencia SANUS surgió claramente la incorporación de una forma de trabajo sistemática que incluía planificación, normas para la ejecución, espacios para discusión e intercambio y la evaluación cíclica; es de destacar también lo oportuno de su aparición en un momento de necesidad de cambio así como la importancia de su instalación como referencia para el abordaje de diferentes tipos de problemas que afrontaba el EBAMP. Entre sus debilidades se hace referencia a la complejidad para la sustentabilidad y monitoreo de los ejes SANUS más antiguos ante la incorporación de ejes nuevos; la clara dificultad para incorporar a la comunidad en sus actividades (más que nada asociada a la limitación para garantizar acceso a prácticas preventivas y tratamiento a los no beneficiarios de Construir Salud); la heterogénea difusión y/o devolución hacia los EBAMP locales tras los encuentros regionales y/o nacionales; la heterogénea asimilación por parte de los diferentes CeMAPs del cambio en la cultura de trabajo (más aun luego del final formal de los programas) y la falta de publicación y/o difusión de los resultados obtenidos con la implementación de SANUS.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Cuadro 10: Análisis de contenido de las entrevistas. Categoría: "Elementos incorporados culturalmente en la gestión del CeMAP y en el modelo".

Expresiones de las entrevistas	Categoría
E1: _La auditoría. _Normatizar el abordaje y el seguimiento de las patologías crónicas, disminuyendo la variabilidad clínica.	
E2: _Los programas aún son identificados como SANUS. _Evaluación de las intervenciones y motivación permanente a los equipos.	
E3: _Generó conciencia acerca de la evaluación. _Aplicación de GPC.	
E4: _ Sistemática incorporada de planificación y evaluación. _Trabajo interdisciplinario.	 <p data-bbox="1145 882 1310 1048">Elementos incorporados culturalmente en la gestión del CeMAP y en el modelo</p>
E5: _Instancias de planificación y ejecución.	
E6: _Incorporación de: uso de planilla de registro; codificación CIAP; botiquín de medicamentos para los obreros de la construcción.	
E7: _Trabajo en equipo, diagnóstico apropiado, planificación, evaluación y aprovechamiento de los recursos comunitarios.	
E8: _Trabajo con redes comunitarias.	
E9: _Instalación de actividades de promoción y prevención como parte de la tarea habitual de los equipos.	

Fuente: Elaboración propia.

E_= Entrevista.

Interpretación: se escucharon en este dominio reiteraciones de dominios anteriores, con diferentes situaciones en los diferentes CeMAPs. Atentaron contra esa incorporación cultural, entre otros factores, la alta y recurrente rotación y renovación de las personas involucradas en los diferentes procesos (administrativos y EBAMP), y el cese del financiamiento con presupuestos preasignados que generó, por ejemplo, discontinuidad en las actividades de difusión con material gráfico dentro de los CeMAPs. Sin embargo, aunque con diferentes características locales, se reconoce la instalación de las reuniones de equipo como espacios colectivos del CeMAP para discutir diferentes cuestiones, la utilización de las GPC para el manejo de ciertas patologías, la instalación de la necesidad de evaluar las actividades que el EBAMP realiza como factor desencadenante de procesos de mejora, y el trabajo interdisciplinario.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

7) DISCUSIÓN:

7.1 Acerca de la Gestión en APS

Desde Alma Ata (20) en adelante fueron varios los documentos elaborados por la OMS y la OPS (23,24) en los que se planteaba a la estrategia de APS como instrumento para reformular las prácticas y políticas sanitarias. Considerando los aspectos señalados para la problematización de SANUS, en cuanto a las descripciones realizadas de los antecedentes del Programa Nacional de APS de Construir Salud y del contexto que atravesaba el país; y a partir de los aportes teóricos desarrollados y referidos al movimiento de la medicina preventiva, a la estrategia de APS como marco para las acciones PyP, y al rol de la MFG como primer contacto del paciente con el sistema de salud, podemos entender que la implementación de SANUS fue -en cierta medida- facilitada y factible de aplicar, y de mantener vigente entre los años 2004 y 2008, gracias a las características propias desarrolladas por el primer nivel de atención de Construir Salud.

Repasando la lógica de programación de SANUS (Cuadro 01), a partir de los problemas planteados, los objetivos propuestos y las intervenciones aplicadas, surge la necesidad de gestionar adecuadamente las estrategias seleccionadas para intentar alcanzar los resultados esperados. La metodología utilizada en los Ciclos de Trabajo SANUS (Figura 03) representó una experiencia innovadora como instrumento de gestión integral, porque permitió desarrollar procesos cíclicos, flexibles y adaptables a las diferentes realidades locales, involucrando a los diferentes actores dentro de los CeMAPs para que sean partícipes. Los ciclos además representaron un marco de referencia y ordenador de la forma de trabajo a nivel institucional en Construir Salud y sus CeMAPs (Cuadros 05-07). Las propuestas metodológicas Método PAIDEIA (34-36) y APOC (37) replantean los modelos clásicos de gestión (tecnocráticos, verticales, y rígidos), ejemplificando la existencia de alternativas que poseen una concepción más amplia del abordaje de los procesos de gestión y del PSEA, con una visión más integral y longitudinal, y con la premisa de la necesidad de articular los problemas y/o necesidades en salud de la comunidad con los recursos institucionales disponibles.

Dichos ciclos tienen clara relación con el Esquema de Abramson (12) (Figura 05), en lo que implicaba el diseño e implementación de los programas, y su dinámica hizo que con el transcurrir del tiempo, la definición de la temática y viabilidad técnica de los Módulos PyP próximos a implementarse fuera discutida no solo por el equipo técnico del nivel central, sino que se incorporara a representantes de los diferentes CeMAPs (Figura 04), quienes aportaron también opinión fundamentada sobre las necesidades en salud de la población de

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

afiliados que accedían a los servicios de salud en sus respectivos CeMAPs; y sobre las posibilidades de intervención desde la institución.

Las reuniones de equipo local se comportaron como las "ruedas" descritas en el Método PAIDEIA (34-36), amoldándose a otra escala y contexto. Se instalaron como espacios colectivos que propiciaron la interacción entre los integrantes del EBAMP, otros trabajadores de la salud que eran parte de los equipos de salud de cada CeMAP (médicos cardiólogos, oftalmólogos, traumatólogos, otorrinolaringólogos, nutricionistas, psicólogos, y odontólogos), y muchas veces también con la participación de otros actores de gran influencia y participación dentro del CeMAP, como los empleados administrativos, y los delegados gremiales de la seccional UOCRA local (Tabla 08, Figura 15). Estas ruedas facilitaron la discusión de los Módulos PyP SANUS -permitiendo su revisión, evaluación y redefinición según los acuerdos logrados-, la generación de vínculos, y la aparición y definición de otros temas diferentes a los ejes SANUS, por lo que progresivamente fueron incorporándose a la rutina de trabajo, respondiendo a las diferentes necesidades y contextos locales, para que a partir de allí surgieran intervenciones viables (Cuadros 08,10).

Si bien fue evidente la falta de participación de la comunidad y de los propios beneficiarios en estos espacios, merece destacarse que dentro del propio CeMAP se haya convocado, y hayan participado, los diferentes actores que representan a los sectores involucrados en el trabajo cotidiano. Esto se transformó progresivamente en un medio de intervención importante para afrontar diversas situaciones, y permitió la co-gestión de proyectos entre todos los integrantes de un CeMAP.

La experiencia referida a APOC desarrollada los años previos con una institución universitaria canadiense (10-11) generó una impronta en varios de los actores involucrados, y en la propia institución (Cuadro 06), y puede considerarse como otro elemento facilitador de la implementación y asimilación de los procesos de gestión de SANUS. Teniendo en cuenta las variaciones en este punto entre los diferentes CeMAPs, a partir de la asignación del valor "ausente" u "observable" en algunas de las variables consideradas (Cuadro 03), puede generarse una nueva línea de investigación que indague si esto se corresponde en parte a la constante fluctuación y recambio de los integrantes de los CeMAPs involucrados en los procesos (EBAMP, administrativos, coordinador médico) (Cuadros 07, 10).

Las actividades de evaluación y monitoreo fueron importantes y diferenciadoras para lo que fue SANUS y su contexto de inserción (un agente de la seguridad social, un proyecto desarrollado íntegramente en el ámbito de la APS) y de ejecución (centros médicos de atención primaria, equipos interdisciplinarios de salud). Esta apreciación positiva de ambas actividades, nos hace plantear dos aspectos negativos que aparentemente no fueron

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

contemplados en la gesta de SANUS, y que hubieran enriquecido mucho más la experiencia: 1) los logros parciales, así como los globales, no se tradujeron en actividades de investigación y publicación científica; y 2) se sobrecargó a los equipos de actividades y ejes SANUS, dada la continuidad de los mismos durante el período global de implementación, a la vez que se incorporaban otros nuevos (recordemos que en total fueron dieciseis módulos PyP) (Cuadro 09).

En cuanto al involucramiento de la comunidad (factor mencionado en ambas propuestas teóricas, tanto en el MP como en la APOC, consideradas en el presente trabajo como ejemplo de tecnologías innovadoras en gestión del PSEA), los resultados también muestran su escasa incorporación a las actividades vinculadas a SANUS de los CeMAPs (Tabla 08, Figura 15). Las barreras para ello fueron aparentemente diversas, pero debemos considerar en primer lugar el cuestionamiento que parecía darse desde los propios ámbitos técnicos y asistenciales sobre la ambigüedad que surgía de ofrecer el diagnóstico de determinadas patologías abordadas en los ejes SANUS (fundamentado desde la importancia de las actividades preventivas), sin tener certeza sobre la oportunidad de intervenir en los procesos terapéuticos y de seguimiento que deberían encausarse y coordinarse -ante un eventual resultado patológico- con los efectores del sistema público.

En cambio, el trabajo y la interacción con los propios beneficiarios sí fue de gran magnitud, ya sea desde las actividades de difusión adoptadas (Tabla 08, Figura 15), como desde la accesibilidad que tuvieron a las consultas y a las diferentes prácticas preventivas vinculadas a los módulos PyP.

Respecto de la definición y caracterización de la comunidad en los Ciclos de Trabajo SANUS (Figura 03), y conociendo la importancia que se le atribuye en variadas propuestas de gestión y evaluación de servicios de salud (38,40,51), hubiera sido interesante ampliar el análisis del perfil sociodemográfico de los usuarios de SANUS con algún grado más de información que enriqueciera su caracterización. Considerando la apertura de nuevas líneas de investigación y/o la posibilidad de replicar esta experiencia en otros ámbitos, la propuesta sería: incluir datos sobre las barreras de accesibilidad de los usuarios a los CeMAPs, y sobre la discontinuidad en la atención médica (sea por la existencia de superposición de cuidados desde efectores públicos y/o privados/seguridad social, o por la pérdida de cobertura asistencial en relación a los aportes del trabajador al sistema). Esto debería acompañarse simultáneamente con la adecuación y optimización de los sistemas informáticos que permitan un correcto registro y procesamiento de la información, y con la responsabilidad de los sectores médico administrativos de verificar su adecuada codificación y registro en el sistema.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Las Tasas de Uso calculadas en el punto 6.5 nos ofrecen una información diferente a la que se obtendría de la sola lectura lineal de la información recolectada por el SOM y el IPM reflejada en las diferentes Figuras y Tablas. Son indicadores valiosos para evaluar y comparar procesos de gestión (a partir de informes de la SSS), pero en SANUS se encontraron ciertos obstáculos en su elaboración que dificultan su comparación con indicadores similares de otras instituciones o ámbitos. Se debería considerar como principal inconveniente a los sesgos de información originados en los desvíos de los procesos de codificación, registro, y carga (ya mencionados como errores de codificación, y en el subregistro de consultas y prácticas detectado), que en su conjunto pueden alterar la interpretación de valores encontrados.

7.2 Acerca del Modelo Asistencial

Hemos observado y señalado a lo largo de la investigación las diferentes técnicas y tecnologías (materiales y no materiales) combinadas que SANUS utilizó para intervenir y atender las necesidades de salud que de sus beneficiarios. Esto implicó la organización y planificación de diferentes medios de trabajo (entendidos como saberes e instrumentos), los cuales fueron utilizados para el abordaje de los diferentes módulos PyP.

Las variables analizadas en el punto 6.5 dentro de los reportes locales y las evaluaciones del nivel central, junto con algunas de las percepciones de los informantes clave del punto 6.6, nos muestran características propias del modelo asistencial que se terminó aplicando en el abordaje del PSEA y en los procesos de gestión en SANUS.

Entendido esto, en base a la definición de modelo asistencial citada en el punto 3.2.2, y tomando las consideraciones realizadas en el mismo punto respecto de la importancia de la estrategia de la APS y el rol del MFG en las actividades preventivas, puede considerarse indagar la posibilidad que SANUS se hubiera podido desarrollar en un escenario con características basales diferentes, o más aun, si sería factible replicarlo en otro ámbito.

Otro punto que sería interesante considerar en lo referido al modelo asistencial es la forma de trabajo que se implementó, expresada tanto en el Ciclo de Trabajo SANUS (Figura 03) como en el Ciclo de Trabajo con los equipos de salud (Figura 04). Ambos ciclos representan parte de las tecnologías cognitivas (o no materiales) desarrolladas, y que combinan ciertos aportes teóricos existentes en el MP (34-36) y en APOC (37): los espacios colectivos de trabajo que propicien la interacción de los diferentes actores involucrados; promoviendo la construcción de vínculos y contratos de trabajo; consensuado y definiendo temas, planificando intervenciones y evaluaciones, y monitoreando la ejecución; intentando involucrar a todo el EBAMP y a la comunidad.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

7.3 Acerca de las Prácticas PyP

Las prácticas PyP mencionadas en el Apéndice C (prácticas diagnósticas instrumentales o de laboratorio) que fueron analizadas en la investigación respondían a lineamientos de rigurosidad científica con la que se pretendía elaborar las GPC utilizadas para cada Eje SANUS. El abordaje preventivo adoptado por SANUS, considerando tales prácticas, fácilmente cuantificables mediante su código de nomenclador, responde a las mayoría de las características planteadas por Juan Gervas y Barbara Starfield para la renovación del concepto de prevención mencionado oportunamente (28), es decir que: estaban orientados hacia su comunidad, trabajaban sobre el riesgo poblacional, no se centraban únicamente en la enfermedad, y buscaban mejorar la salud globalmente.

En base a ello, y de acuerdo a lo planteado por Paulo Marchiori Buss (9,46), el modelo asistencial y las prácticas PyP implementadas por SANUS, se acercaron más a la estrategia preventiva (distanciándose de la enfermedad pero manteniéndola como núcleo) sobre los beneficiarios de Construir Salud, y no implementaron una adecuada estrategia de promoción (más difíciles de materializar y cuantificar, que deberían tener como protagonistas a actores no técnicos, movimientos sociales, y las acciones combinadas con las políticas públicas).

Al margen de los sesgos de información oportunamente mencionados, merece destacarse la importancia y la utilidad de la información recolectada, ya sea para el nivel institucional (a los fines de planificar futuras acciones sanitarias), como a nivel científico (por los aportes dados a partir del perfil de la población, por los problemas de salud abordados, por el segmento poblacional representado en este agente de la seguridad social de nuestro país, y por el ámbito de la APS desde el que se realiza la investigación).

Sin focalizarse en particular sobre alguna de las prácticas PyP implementadas, como así tampoco en ningún Eje SANUS determinado, conviene aclarar algunos aspectos que puedan ayudar a interpretar y contextualizar ciertos valores encontrados:

- Recordemos que tal como se expresara en el punto 5.7, puede existir un sesgo en la selección de la muestra de la población consultante de beneficiarios de Construir Salud debido a las permanentes fluctuaciones del padrón de beneficiarios en base a la condición laboral del afiliado, y a la frecuente utilización por parte de los mismos de la "doble cobertura en salud" dada por la posibilidad de acceder a los servicios de salud tanto por el sistema público como por el de la seguridad social. Ambas situaciones generan una discontinuidad en la atención longitudinal de estos pacientes, y un subregistro de la verdadera utilización de SANUS.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

- Ciertos módulos PyP abordados (alcoholismo, violencia familiar, HiV-ETS) demandaban de parte del EBAMP, y muchas veces del personal administrativo del CeMAP, cierta confidencialidad de los registros y/o hasta el subregistro de los verdaderos motivos de consulta por pudor, vergüenza, o temor a ser identificados bajo problemas socialmente complejos.
- Se expresó ya la detección de la falta de codificación adecuada de las consultas por parte del EBAMP y/o su adecuada carga de datos por el personal administrativo (recordemos que menos del 12% de las consultas tenían más de un código CIAP cargado, a pesar que los sistemas de registro electrónico utilizados permitían incluir hasta cinco códigos CIAP por consulta). Por lo tanto, es un tema complejo y que requiere un monitoreo permanente, dado que es una actividad con cierta resistencia para que el hábito se incorpore. Todo ello implica que en ciertos ejes PyP en los que se presenta comorbilidad con otros (ejemplo: obesidad, DLP, DBT, HTA, y tabaquismo) sería frecuente encontrar este subregistro de codificación, y hasta su alternancia aleatoria (ejemplo: una consulta codificada como DBT, la siguiente como HTA, y así sucesivamente).
- Los sistemas SOM e IPM dependen de la carga de datos manualmente por parte de personas, y muchas veces suelen ocurrir errores humanos en este proceso que lleva a generar información equivocada, a veces fácilmente detectable (ejemplo el registro de tabaquismo y/o depresión en consultas de menores de un año) y otras veces no, pero que en definitiva alteran y/o desvían los resultados.
- Se debería considerar que ante la eventual "doble cobertura" que pueden presentar algunos beneficiarios de Construir Salud (al coexistir la atención sanitaria entre la obra social y el sistema público), se pueden estar considerando Prácticas PyP no solicitadas por el EBAMP de la institución para diferentes ejes SANUS, o al revés, diferentes prácticas PyP pueden haber sido solicitadas por en un CeMAP pero se realizaron por fuera de la institución, sin tener real dimensión en magnitud y frecuencia de este problema.
- Situación similar se da con los beneficiarios que tenían una entrada y salida reiterada como beneficiarios de la obra social, en relación a la suspensión y/o retraso en los pagos que habilitaban su acceso a la atención médica.
- Respecto de las tasas de uso expuestas en el punto 6.4 conviene destacar que, dada la imposibilidad de obtener la información utilizada para su cálculo con el correspondiente desglose anual entre 2004 y 2008, se optó por calcularlas con la información global del periodo mencionado, de forma tal que se pueda tener una aproximación a la cantidad

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

de consultas realizadas para ejes SANUS y a la utilización de prácticas PyP, en relación a los diferentes subgrupos poblacionales.

- Si bien no sería lo más adecuado, si se compararan dichas tasas contra otras anuales (que es la forma en la que se las suelen expresar en los escasos documentos que publican algo de información del subsector de la seguridad social), debería considerarse que las mismas muestran valores que nos hacen presuponer ideas respecto de los grupos poblacionales que más demandan y utilizan servicios, sin ser precisamente los que más aportan al sistema previsional.

Observamos entonces, que tal como se planteó el presente trabajo en un principio, a partir de la información recolectada, los resultados expuestos, y algunas de la consideraciones mencionadas, SANUS puede disparar numerosas y diferentes vertientes de investigación a futuro, para encarar con mayor profundidad, y delimitando objetos de estudio más concretos y acotados.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

8) CONCLUSIONES

La estrategia de APS se mostró como un recurso adecuado y facilitador (aunque no el único) para implementar acciones de PyP, más aún cuando en su ejecución se involucró a actores capacitados explícitamente para ello (MFG con formación de posgrado y habituados al trabajo en el primer nivel de atención y a los aspectos de la medicina preventiva); y cuando se tenía como plataforma asistencial una red de CeMAPs que facilitaban la accesibilidad a SANUS.

El MP y la APOC desde sus propuestas teóricas hacen, cada uno desde su corriente de origen, aportes parciales pero muy significativos como tecnologías de gestión del PSEA, estimulando la construcción de procesos de gestión y ciclos de trabajo, redefiniendo el modelo asistencial implementado por los EBAMP, e incorporando aspectos sociales, culturales y relacionales de los diferentes actores involucrados. SANUS se desarrolló como una tecnología de gestión flexible y adaptable a las diferentes realidades y contextos, logrando instalar un modelo asistencial definido y planificado, que pudo replicarse en los diferentes ejes SANUS abordados, con variantes esperables entre los diferentes CeMAPs de acuerdo al perfil y permanencia de los actores involucrados.

Las reuniones de equipo local y las actividades de difusión para con los beneficiarios se consolidaron significativamente durante el desarrollo y vigencia SANUS, pero no se pudieron incorporar exitosamente las actividades de difusión hacia la comunidad. Se plantea reconsiderar esto en las instancias de planificación previa, agotando los mecanismos disponibles para generar canales de intercambio de información, de cooperación recíproca, y de articulación de servicios con el ámbito asistencial público.

Considerando el tipo de experiencia, el ámbito y los lugares de trabajo implicados, y los procesos de monitoreo y evaluación cíclica que se iban a implementar, debería haberse propuesto en las instancias de planificación y de ejecución de SANUS la publicación científica de la experiencia con los logros parciales que se obtenían, de forma de darle un valor agregado y cierta jerarquía a la praxis cotidiana de los EBAMP.

Respecto de los subgrupos poblacionales de los beneficiarios de Construir Salud, se evidenció gran heterogeneidad entre los mismos en su relación con la utilización de consultas para los diferentes ejes SANUS, y con las prácticas PyP utilizadas. Se abren aquí interrogantes vinculados a la accesibilidad y a las tasas de uso, que necesitarían de nuevas propuestas de investigación para estudiarlas más profundamente.

Se ha reiterado en varias oportunidades el sesgo de la información sobre la cual se ha trabajado, asumiendo que puede haber cierto margen de error y/o subregistro de algunos puntos, ya sea en la codificación, registro, y/o carga de la información. Se sugiere trabajar y

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

remarcar constantemente la importancia de la codificación adecuada de las acciones que se realizan, así como la definición y selección adecuada de las prácticas que formarán parte de nuevos trabajos de investigación.

Podemos decir entonces que SANUS logró adquirir en el transcurso de su implementación un carácter diferencial, que le permitió desarrollar técnicas y métodos innovadores en el ámbito sanitario, para acompañar la gestión sin dejar de lado sus metas. Implementó procesos flexibles y adaptables a las variantes que escapaban de la clásica capacidad de control y de predicción del gestor, que eran confiables, y que le daban viabilidad y sustentabilidad a la política sanitaria elegida. Las tareas de monitoreo permanente y evaluación cíclica le dieron continuidad a cada eje sanitario abordado, y longitudinalidad al conjunto de programas en sí, y evitaron hacer adaptaciones parciales en la gestión para solucionar problemas complejos, dándole un enfoque integral a la fluctuante realidad, y pensando en el después con fundamento estratégico.

La evaluación de SANUS aporta información valiosa y original para subsidiar la toma de decisiones en el futuro, no solo porque la experiencia tiene como protagonista un agente de la seguridad social de nuestro país, sino porque además representa la factibilidad y la importancia de la investigación en el ámbito de la atención primaria de la salud.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ceitlin J, Gómez Gascón T. Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: Smithkline Beecham; 1997.
2. Decreto Nacional 492/95. Programa Médico Obligatorio (PMO). Poder Ejecutivo Nacional de la República Argentina. Resolución 247/96 del Ministerio de Salud, Boletín Oficial 29 de Mayo de 1996.
3. Siede J. Hipertensión Arterial: Evaluación de una intervención, en una Obra Social, desde la perspectiva de la gestión de servicios preventivos [tesis de maestría]. Buenos Aires: Universidad ISALUD; 2009.
4. Gonzalez García G, Tobar F. Salud para los argentinos. Buenos Aires: Editorial Isalud; 2004.
5. Decreto Nacional 486/02. Emergencia Sanitaria Nacional. Poder Ejecutivo Nacional de la República Argentina. Resolución 201/02 del Ministerio de Salud, Boletín Oficial 19 de Abril de 2002.
6. Rosser W. Do we really need family Medicine Research? [Editorial]. Canadian Family Physician. 2004;50(9):1189-1191.
7. Cacace P, Copolillo F. La Investigación en Medicina Familiar. [Artículo de Reflexión]. Archivos de Medicina Familiar y General. 2006;3(2):32-34.
8. Villagra R, Siede J, Tula G, Colombo J. SANUS: Programas de Promoción y Prevención [Documentos de Uso Interno de OSPeCon]. Buenos Aires; 2004.
9. Czeresnia D, Machado de Freitas C. Promoción de la Salud: Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
10. Haiek L, Cote B. L'organisation des soins primaires orientés vers la communauté: le projet de collaboration McGill-OSPecon. 6e édition des Journées annuelles de santé publique (JASP); 2001 Noviembre 18-21; Québec, Canada.
11. Steinert Y, Nasmith L, Haiek L, Ceitlin J, Siede J. COPC in Action: a Collaborative Project Between Canada and Argentina. Project Description; Assessing the Needs of the Community; Implementing Interventions to Promote Change; Evaluating Outcomes; Lessons Learned. Abstracts Book of the 17th World Conference of Family Doctors (Wonca); 2004 Octubre 13-17; Orlando, Florida, EEUU. P.228-231.
12. Zurro MA, Cano Pérez JF. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. 5a ed. Madrid: Elsevier; 2003.
13. Branda LA. El Aprendizaje Basado en Problemas en la Formación en Ciencias de la Salud. Madrid: Agencia Laín Entralgo; 2004.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

14. Cacace P, Aymat A. SANUS "Programas de Promoción y Prevención". [Relato de Experiencia]. Archivos de Medicina Familiar y General. 2012; 9(1):51-56.
15. Ley 23.660. Ley de Obras Sociales. Poder Legislativo Nacional de la República Argentina. Reglamentado por Decreto Nacional 576/93, Boletín Oficial 20 de enero de 1989.
16. Ley 23.661. Sistema Nacional del Seguro de Salud. Poder Legislativo Nacional de la República Argentina. Reglamentada por Decreto Nacional 576/93, Boletín Oficial 07 de Abril de 1993.
17. Bourdieu P, Chamboredon JC, Passeron JC. El Oficio del Sociólogo. Presupuestos Epistemológicos. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores Argentinos; 2002.
18. Arouca S. El Dilema Preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la Medicina Preventiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
19. Organización Panamericana de la Salud. Health Canada International Affairs Directorate. Salud de la Población: Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. "La perspectiva canadiense". Washington DC: OPS; 2000.
20. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de la Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre APS de Alma-Ata. Geneva: WHO; 1978.
21. Organización Mundial de la Salud. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Geneva: WHO; 1986.
22. Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: Declaración de Santa Fe de Bogotá. Washington DC: OPS; 1992.
23. Organización Panamericana de la Salud. APS en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington DC: OPS; 2003.
24. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la APS en las Américas: orientación estratégica y programática para la OPS. Washington DC: OPS; 2005.
25. McWhinney IR. Medicina de Familia. Buenos Aires: Oxford University Press; 1997.
26. Gervas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de la necesidad de prevención cuaternaria en España. Gaceta Sanitaria. 2006;20 (supl.1):27-34.
27. Gervas J, Perez Fernandez M. Los límites de la prevención clínica. Actualización en Medicina de Familia 2007;3(6):352-360.
28. Starfield B, Hyde J, Gervás J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? Journal of Epidemiology and Community Health. 2008;62:580-583.
29. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introducción a la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

30. Biblioteca Virtual en Salud. Fuentes de Información: Búsqueda Bibliográfica. [Internet]. São Pablo: BVS [citado 18 dic 2012]. Disponible en:
<http://regional.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=107>.
31. Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Barcelona: Doyma; 1991.
32. Pita Fernández S. Investigación en atención primaria. Atención Primaria. 2005;12:41-44.
33. Silverman P. Evaluación del trabajo del equipo en la práctica de la salud familiar [tesis de maestría]. La Plata: Universidad de La Plata; 2009.
34. Campos GWS, Massuda A. El método de soporte Paideia en el hospital: la experiencia del Hospital de Clínicas de la Universidade Estadual de Campinas. Salud Colectiva. 2010;6(2):163-180.
35. Campos GWS. Paideia y Gestión: Un Ensayo sobre el soporte Paideia en el Trabajo Salud. Salud Colectiva. 2005;1(1):59-68.
36. Campos GWS. Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2010.
37. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Revista Panamericana Salud Pública. 2007;21(2-3):177-185.
38. Campos GW. Gestión en Salud: en defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.
39. Spinelli H, compilador. Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
40. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.
41. Starfield B. Is strong primary care good for health outcomes? The Future of Primary Care. London: Office of Health Economics; 1996.
42. Gérvas J, Pérez Fernández M. Atención primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. Revista Brasileira de Epidemiología. 2006;9(3):384-400.
43. Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994; 344(8930):1129-1133.
44. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca. Geneva: WHO; 2008.
45. Stachtechenko S, Jenicek M. Conceptual Differences between Prevention and Health Promotion: Research Implications for Community Health Programs. Canadian Journal of Public Health. 1990;81:53-59.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

46. Buss PM. Promocao da Saúde e qualidade de vida. *Ciencia e Saude Colectiva*. 2000;5(1):163-177.
47. Magalhães Bosi ML, Mercado FJ. Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
48. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. [Internet]. Río de Janeiro: Editora Fiocruz;1997 [citado 27 Agosto 2013]. Disponible en Scielo Books: <http://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>
49. Araújo Hartz Z, Vieira Da Silva L. Evaluación en Salud: de los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
50. Patton M. How to use Qualitative Methods in Evaluation. California-Gonches-Nueva Dheli: SAGE Publications; 1987.
51. Patton M. Evaluation, Knowledge Management, Best Practices and High Quality Lessons Learned. *American Journal of Evaluation*. 2001;22(3):329-336.
52. Souza Minayo MC. La Artesanía de la Investigación Cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
53. Pineault R, Daveluy C. La Planificación Sanitaria. Conceptos, Métodos y Estrategias. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1994.
54. Souza Minayo MC. El Desafío de Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
55. Souza Minayo MC, organizadora. Investigación Social: teoría, método, y creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

APENDICES

APENDICE A - Cuestionario ordenador utilizado para las entrevista semiestructuradas con informantes clave.....	102
APENDICE B - Motivos de Consulta (MC SANUS) según codificación CIAP, registrados en los IPM de cada CeMAP.....	103
APENDICE C - Códigos de Nomenclador asignados en el SOM de OSPeCon y vinculados a los diferentes ejes temáticos o módulos PyP implementados.....	104
APENDICE D - Autorización de Construir Salud a la utilización de información para la elaboración del presente trabajo.....	105
APENDICE E - Autorización de la Fundación AEQUUS a la utilización de información y de la marca SANUS para la elaboración del presente trabajo.....	106

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

APENDICE A - Cuestionario ordenador utilizado para las Entrevistas Semiestructuradas con Informantes Clave.

1	En el contexto en que surgió SANUS, ¿qué efectos cree que tuvo su implementación sobre el EBAMP? ¿Y sobre los usuarios?
2	¿Qué opinión le merece la metodología aplicada en el Ciclo de Trabajo SANUS? (gráfico 03)
3	¿Cómo considera que esa metodología repercutió en el modelo asistencial aplicado por los integrantes del EBAMP?
4	¿Cómo recuerda a las reuniones de EBAMP (convocatoria, participación, entusiasmo, etc.) a partir de un eje temático SANUS?
5	¿Cómo considera que esa metodología repercutió en los procesos de gestión implementados en SANUS?
6	¿Qué fortalezas resaltaría de la experiencia SANUS?
7	¿Qué debilidades criticaría de la experiencia SANUS?
8	Desde su finalización en Diciembre de 2008 al día de hoy, ¿qué elementos quedaron incorporados culturalmente en la gestión del CeMAP? ¿Y en el modelo asistencial del EBAMP?

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

APENDICE B - Se detallan los Motivos de Consulta (MC SANUS) según codificación CIAP, registrados en los IPM de cada CeMAP (No se encontró código CIAP ni código nomenclador para el Eje Temático SANUS "Prevención de Accidentes en la infancia").

Eje Temático SANUS	Codificación CIAP
Hipertensión	K86, K87
Diabetes Mellitus	T90, T89
Dislipemia	T93
Tabaquismo	P17
Alcoholismo	P16, P15
Violencia Familiar	Z12, Z16, Z25
Cuidados de la Madre	W78, W84
Cuidados del Niño	A83 ó A98 hasta 5 años
Ansiedad	P01
Depresión	P03
Prevención de Cáncer de cuello de útero	X37
Obesidad	T18
Inmunizaciones	A44
Enfermedades Respiratorias Agudas Bajas	R70, R81, R03

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

APENDICE C - Se detallan los códigos de nomenclador asignados en el SOM de OSPeCon y vinculados a los diferentes ejes temáticos o módulos PyP implementados.

Eje Temático SANUS	Codificación Nomenclador SOM	Descripción de la Práctica PyP
Prevención de Cáncer de mama	340601, 340602	MAMOGRAFIAS FRENTE Y PERFIL
Prevención de Cáncer colorectal	660833	SANGRE OCULTA. MATERIA FECAL.
Prevención Enfermedades de transmisión sexual . HIV- SIDA	660063	ANTICUERPOS ANTI VIH (METODO DE ELISA)
	661085	HEPATITIS B HBSAG ANTIGENO
	660934	VD.R.L. CUANTITATIVA.
	660933	VD.R.L. CUALITATIVA
Salud Bucal	550101	EXAMEN DIAGNOSTICO - FICHADO Y PLAN TTO
Enfermedad de Chagas Mazza	660241	CHAGAS. AGLUTINACION DIRECTA.
	660242	CHAGAS, FIJACION DE COMPLEMENTO.
	660243	CHAGAS, INMUNOFLUORESCENCIA.
	660246	CHAGAS POR ELISA
Parasitosis	660735	PARASITOLOGICO DE MATERIA FECAL, 2 MUESTRAS.
	660736	PARASITOLOGICO DE MATERIA FECAL SERIADO
	660737	PARASITOS HEMATICOS.
	660738	PARASITOS SUPERIORES. MATERIA FECAL
Dislipemia	660174	COLESTEROL TOTAL
	660815	LIPIDOGRAMA ELECTROFORETICO.
	660876	TRIGLICERIDOS.
	661035	COLESTEROL HDL
	661040	COLESTEROL LDL
Hipertensión Arterial	170101	ELEC TROCARDIOGRAMA
	180101	ECCO CARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL
	300119	FONDO DE OJO.
Diabetes	660413	GLUCEMIA
	660415	GLUCEMIA. CURVA DE TOLERANCIA
	661070	HEMOGLOBINA GLICOSIDASA
	661130	MICROALBU MINURIA 24hs
Cáncer Cuello Uterino	150106	CITOLOGIA EXFOLIATIVA

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

APENDICE D - Autorización de Construir Salud a la utilización de información para la elaboración del presente trabajo.



CABA, 18 de Diciembre de 2012

Por la presente se autoriza al Dr. Patricio Jorge Cacace, DNI 24.756.683, a la utilización con fines académicos y científicos de información relativa a los Programas de Promoción y Prevención SANUS, implementados por esta obra social entre los años 2004 a 2008, dentro del marco de su Programa Nacional de Atención Primaria de la Salud.

Para presentar ante quien corresponda, sin más saluda atentamente

Dr. Roberto Villagra
Director del Programa Nacional de APS
OSPeCon – Construir Salud

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

APENDICE E - Autorización de la Fundación AEQUUS para la utilización de información para la elaboración del presente trabajo y de la marca registrada SANUS.



CABA, 18 de Diciembre de 2012

Por la presente se autoriza al Dr. Patricio Jorge Cacace, DNI: 24.756.683, a la utilización con fines académicos y científicos de información relativa a "SANUS, Programas de Promoción y Prevención", y de la marca SANUS registrada a nombre de esta Fundación.

Para presentar ante quien corresponda, sin más saluda atentamente

Dra. Ana Gloria Evangelista

Presidenta Fundación AEQUUS

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

ANEXOS

ANEXO 1 - Listado de los Encuentros Regionales y Nacionales realizados en SANUS....	108
ANEXO 2 - Hoja para Enfermeros de la Guía de Práctica Clínica destinada al EBAMP para el Eje SANUS "Infecciones Respiratorias Agudas Bajas – IRAB" (reimpresión del año 2010).....	109
ANEXO 3 - Ejemplo de material gráfico utilizado para difusión de los Ejes SANUS "Cáncer de Mama y Cancer de Cuello Uterino".....	110
ANEXO 4 - Ejemplo de material gráfico utilizado para difusión del Eje SANUS "Cáncer de Cuello Uterino".....	111
ANEXO 5 - Ejemplo de material gráfico utilizado para difusión del Eje SANUS "Infecciones Respiratorias Agudas Bajas –IRAB".....	112
ANEXO 6 - Ejemplo de publicación en periódicos de diferentes ciudades para la difusión de actividades SANUS abiertas a la comunidad.....	113
ANEXO 7 - Ejemplo de Guía de Práctica Clínica destinada al EBAMP en los diferentes Ejes PyP SANUS. Hoja para Administrativos para triage de pacientes en sala de espera (reimpresión del año 2010).....	114
ANEXO 8 - Ejemplo de Actividades PyP realizadas para la Campaña de Prevención de Cáncer Cuello Uterino.....	115
ANEXO 9 - Listado Actividades de Difusión a la Comunidad para diferentes Ejes SANUS..	116
ANEXO 10 - Ejemplo de Actividades de Difusión a la Comunidad realizadas.....	117
ANEXO 11 - Ejemplo del detalle de planificación, que se realizó y trabajó para el Eje SANUS. Enfermedad de Chagas.....	118
ANEXO 12 - Isologotipo SANUS	119

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

ANEXO 1 – Listado de los Encuentros Regionales y Nacionales realizados en SANUS.



Encuentros Regionales y Nacionales SANUS

Las fechas, sedes de realización y temas tratados en los encuentros fueron:

- ❖ **I Encuentro Regional. Tema Diabetes e Hipertensión Arterial:**
Ciudad de Buenos Aires, Mendoza, Córdoba, Tucumán y Rosario
Mayo de 2004
- ❖ **II Encuentro Regional. Tema: Enfermedades de Transmisión Sexual SIDA VIH**
San Luis, Corrientes, Ciudad de Bs.As., Santa Fe, y Salta.
Agosto de 2004.
- ❖ **VIII Jornadas Nacionales de Atención Primaria de la Salud de Construir Salud, Primer Encuentro Nacional de SANUS.**
Ciudad de Buenos Aires, 5 y 6 de Noviembre de 2004.
- ❖ **III Encuentro Regional. Tema: Gestión de los Programas Preventivos. Accesibilidad, Continuidad y Calidad .**
Villa Mercedes, Santiago del Estero, Posadas, y Ciudad de Buenos Aires
Mayo de 2005.
- ❖ **IV Encuentro Regionales. Tema: Espacios Libres de Humo de Tabaco.**
Mendoza, San Salvador de Jujuy, Resistencia y Ciudad de Buenos Aires
Agosto de 2005.
- ❖ **IX Jornadas Nacionales de Atención Primaria y II Encuentro Nacional SANUS. Tema: La Comunidad, el Equipo de Salud y los Programas de Promoción y Prevención.**
Ciudad de Buenos Aires, 09 de diciembre de 2005
- ❖ **V Encuentros Regionales. Temas: Violencia Familiar, Alcoholismo y Tabaquismo. Contá con Nosotros, Contar el problema es el comienzo de la solución.**
Formosa, Mar del Plata, Catamarca, San Lorenzo.
Abril y Mayo de 2006.
- ❖ **VI Encuentros Regionales. Temas: Previniendo los accidentes de la infancia, y Construyendo la Salud Bucal.**
Corrientes, Concordia , La Rioja, Ciudad de Buenos Aires.
Agosto de 2006.
- ❖ **X Jornadas Nacionales de Atención Primaria de Construir Salud, III Encuentro Nacional de SANUS. Temas: 10 Años De Residencias Médicas. Atención Primaria: Capacitación y Programas Preventivos” .**
Ciudad de Buenos Aires, 07 y 08 de Diciembre de 2006.
- ❖ **VII Encuentro Regional. Tema: Cuidados de la Madre y el Niño, Construir Salud los Cuida.**
Tucumán, Ciudad de Buenos Aires, y La Cumbre.
Abril y Mayo de 2007.
- ❖ **VIII Encuentros Regionales. Tema: La Familia, el Equipo de Salud y la Comunidad unidos, para un mejor abordaje de la Enfermedad de Chagas-Mazza y otras Parasitosis.**
Salta, Bahía Blanca, Santa Fe, y Ciudad de Buenos Aires.
Septiembre de 2007.
- ❖ **XI Jornadas Nacionales de Atención Primaria , IV Encuentro Nacional de los Programas SANUS. Tema: Liderazgo y Comunicación para la Promoción y Prevención en Salud.**
Ciudad de Buenos Aires, 26 y 27 de Noviembre de 2007.
- ❖ **IX Encuentro Regional de los Programas SANUS. Tema: Abordaje de Problemas Psicosociales en Atención Primaria de la Salud.**
General Roca, Ciudad de Buenos Aires, Paraná, y San Luis.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

ANEXO 2 - Hoja para Enfermeros de la Guía de Práctica Clínica destinada al EBAMP para el Eje SANUS "Infecciones Respiratorias Agudas Bajas – IRAB" (reimpresión del año 2010).

<h1>IRAs: Enfermería</h1>		CONSTRUIR Obra Social del Personal de la Construcción Salud
Campaña de Invierno 2010		Abril 2010
<p>SIGNOS DE GRAVEDAD EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disnea o dificultad respiratoria - Hipoxemia - Compromiso del estado de conciencia - Deshidratación - Empeoramiento progresivo de los síntomas - Hipotensión arterial - Frecuencia respiratoria aumentada - Frecuencia cardíaca disminuida - Radiografía de tórax anormal - Crepitantes <p>CONDICIONES DE RIESGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad > 65 años - Enfermedad cardíaca, renal o hepática - Diabetes - Embarazo - Inmunosupresión (HIV) - Asma - EPOC - Obesidad mórbida <p>PAUTAS DE ALARMA DE EMPEORAMIENTO DEL CUADRO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad respiratoria - Fiebre por más de 3 días - Tos persistente - Aumento de la disnea - Trastornos de conciencia - Intolerancia a líquidos - Alteración del esputo - Dolor torácico - Deshidratación 	<p>MANEJO DEL NIÑO CON FIEBRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todo niño menor a 3 meses en el que se registre una temperatura > a 38 debe ser evaluado a la brevedad por un profesional médico, pues seguramente será derivado para internación. La temperatura axilar debe tomarse por lo menos de 4 minutos. • Es fundamental que al niño con fiebre se le haga un completo examen físico luego del descenso de la misma. Para ello usar medidas físicas y los antitérmicos en las dosis indicadas. • Es conveniente informar a los padres que deben consultar con el médico en los siguientes casos: si aparecen manchas en la piel, si el bebé es menor a 3 meses, si el niño menor de 2 años tiene fiebre durante más de 24-48 horas, si el niño mayor de 2 años tiene fiebre durante más de 48-72 horas, si el llanto es intenso y difícil de calmar, si rechaza totalmente los alimentos y líquidos. <p>MANEJO DEL NIÑO CON BRONQUIOLITS:</p> <p>Los primeros síntomas de la bronquiolitis suelen ser iguales a los de un resfrío común como congestión, secreciones en la nariz y tos leve. Estos síntomas, que duran uno o dos días, son seguidos de un agravamiento de la tos y la aparición de un sonido sibilante (silbidos agudos al exhalar).</p> <p>En algunos casos, se desarrollan gradualmente dificultades respiratorias más severas, marcadas por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiración poco profunda, rápida (60 a 80 veces por minuto) • Frecuencia cardíaca acelerada • Hundimiento del cuello y el tórax con cada respiración, conocido como tiraje • Ensanchamiento de las fosas nasales • Irritabilidad, con dificultad para dormir y señales de fatiga <p>La mejor manera de evitar la diseminación de los virus que pueden provocar la bronquiolitis es lavarse las manos con frecuencia.</p> <p>También puede ser útil mantener a los lactantes alejados de aquellos que están resfriados o tienen tos.</p> <p>MATERIALES A CARGO DE ENFERMERIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dúpticos: Cuidemos a los niños de las enfermedades respiratorias • Barbijos • Antitérmicos • Salbutamol por Botiquín • Espaciadores con instrucciones de uso para los padres • Insumos médicos para los consultorios • Planilla de registro de pacientes citados a control • Instructivo de cómo confeccionar espaciadores caseros <p>SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES: Planilla de registro de pacientes citados a control</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es importante registrar el teléfono de todo paciente que haya sido asistido en enfermería, principalmente aquellos que por los síntomas que presentaba recibió un tratamiento intensivo al que respondió y fue enviado por el médico a su domicilio. • Esto le permitirá al médico interviniente tomar contacto con aquellos pacientes que no hayan asistido al control indicado. 	

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

ANEXO 3 - Ejemplo de material gráfico utilizado para difusión de los Ejes SANUS "Cáncer de Mama y Cáncer de Cuello Uterino".



Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

ANEXO 4 - Ejemplo de material gráfico utilizado para difusión del Eje SANUS "Cáncer de Cuello Uterino".

28 DE MAYO
"DIA INTERNACIONAL DE ACCION
POR LA SALUD DE LA MUJER"

Vení a hacerte
un PAP

Construir Salud abre sus puertas a la comunidad convocando a todas las mujeres a hacerse en forma gratuita un examen ginecológico y PAP en todos sus Centros Médicos.

Semana del 29 de Mayo al 2 de Junio
 (actividades gratuitas y con libre ingreso de la comunidad)

Consultá en los Centros Médicos de Construir Salud por los Programas Sanus para el cuidado de la salud.

SANUS Programa de Atención
 más cerca de tu salud

Servicio de Atención Telefónica
0-800-222-0123

CONSTRUIR Salud
 Obra Social del Personal de la Construcción

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

ANEXO 5 - Ejemplo de material gráfico utilizado para difusión del Eje SANUS "Infecciones Respiratorias Agudas Bajas –IRAB".



EN INVIERNO ES POSIBLE QUE LOS CHICOS SE RESFRÍEN, TENGAN MOCO, TOS Y FIEBRE. Los podemos ayudar:

- Bajando la fiebre
- Ofreciendo líquidos en pequeñas cantidades
- Sacando los mocos
- **NO SUSPENDIENDO LA LACTANCIA**

¿ANTES Y DESPUÉS DEL EPISODIO DE BRONQUITIS OBSTRUCTIVA CÓMO PODEMOS AYUDAR A LOS CHICOS?

» Seguimos las indicaciones del equipo de salud, para el tratamiento en nuestra casa.

» Cuidamos el aire que se respira en casa:

- » Del humo:
 - No fumamos
- » Del monóxido de carbono:
 - Retiramos las estufas sin tiro balanceado mientras dormimos.
 - Manteneremos ventiladas las habitaciones donde hay fuego.
- » Nos Cuidamos del uso de Insecticidas en aerosol, en las habitaciones o lugares donde están los chicos.
- » No usamos recipientes con agua sobre las estufas, desarrollan microbios, que aumentan las enfermedades respiratorias.

PERO SI ALGUNO DE NUESTROS CHICOS PRESENTA

- TOS PERSISTENTE
- AGITACIÓN O RUIDO AL RESPIRAR
- DECAIMIENTO
- FIEBRE ALTA Y QUE NO CEDE
- RECHAZO DE LA ALIMENTACIÓN

Posiblemente tenga, una enfermedad respiratoria aguda **QUE NECESITE LA CONSULTA CON EL MÉDICO.**

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

ANEXO 6 - Ejemplo de publicación en periódicos de diferentes ciudades para la difusión de actividades SANUS abiertas a la comunidad.

9 al 13 de Abril

**"SEMANA DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES
TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO"**

Un desafío para la salud

CONSTRUIR SALUD abre sus puertas a la comunidad
convocándola durante la SEMANA DEL 9 AL 13 DE ABRIL,
a las siguientes actividades:

- >> Lograr Ambientes Libres de Humo
- >> Cesar el consumo de cigarrillo
- >> Disminuir el consumo de Alcohol

Actividades gratuitas con libre ingreso de la comunidad
en nuestros Centros Médicos

Servicio de Atención Telefónica
0-800-222-0123



más cerca de tu salud

CONSTRUIR 
Obra Social del Personal
de la Construcción **Salud**

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

ANEXO 7 - Ejemplo de Guía de Práctica Clínica destinada al EBAMP en los diferentes Ejes PyP SANUS. Hoja para Administrativos para triage de pacientes en sala de espera (reimpresión del año 2010).

Información para los Administrativos

CONSTRUIR 
Obra Social del Personal
de la Construcción **Salud**

Campaña de Invierno 2010

Abril 2010

Información que los administrativos deben conocer para la atención de los pacientes:

- Las enfermedades respiratorias son la causa de consulta más frecuentes en nuestro país por lo que debemos organizarnos para prestar la atención necesaria en esta época del año.
- La mayoría de estos cuadros no tienen complicaciones pero pueden agravarse si no se les da un tratamiento oportuno en el momento indicado.
- Por eso es necesario preguntar el motivo por el cual el paciente necesita ver al médico.
- Deberán ser atendidos en el día toda persona que consulte por tos, fiebre y dificultad respiratoria, principalmente los niños menores de 5 años y las embarazadas.
- Es importante mantener una amplia disponibilidad de turnos por eso es necesario informarle a los pacientes sanos y a las mamás de bebés sanos que posterguen los controles para los meses ulteriores .
- La manera más eficaz para evitar el contagio de las enfermedades respiratorias es el lavado de las manos con agua y jabón.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

ANEXO 8 – Ejemplo de Actividades PyP realizadas para la Campaña de Prevención de Cáncer Cuello Uterino.



PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO DE UTERO

Inicio: AGOSTO DEL 2004

En el marco de SANUS se inició en Agosto del 2004 el programa "**Prevención del cáncer de cuello uterino y de mama**", tema que estuvo siempre en la agenda médica para la prevención de problemas prevalentes de las afiliadas de **Construir SALUD**.

El cáncer de cuello uterino constituye el segundo cáncer más frecuente en la población mundial, detectándose el 80% en países no desarrollados. En nuestro medio constituye el 11% del total de cáncer femenino y el 55% al 65% de las neoplasias del aparato reproductor.

La mortalidad por cáncer cervical es de 2,5% por 100.000 mujeres (1.6 de las muertes por tumores malignos y 0,3% de todas las muertes en mujeres)

Para ello se ha demostrado como efectiva para rastreo en masa, la citología exfoliativa de cuello uterino o PAPANICOLAU (PAP).

En el año 2006 continuando con las mismas políticas de prevención siempre en el marco de **SANUS** y en relación al **28 de Mayo " Día Internacional de las Acciones por la Salud de la Mujer"**, se efectuó la campaña "**Vení a Hacerte un PAP**"

Dicha campaña se extendió a personas no afiliadas a Construir Salud, dentro del marco de "Campañas Abiertas a la Comunidad", **invitándose a todas la mujeres de la comunidad a concurrir a los CeMAP de Construir Salud, a efectuarse el estudio de Papanicolau (PAP) sin ningún costo.**

Durante la semana del 29 de Mayo al 03 Junio de 2006 se efectuaron en los 43 CeMAP del País:

**PAP realizados: 2.699
Afiliados: 929
No Afiliados: 1.770**

Los resultados patológicos de los estudios (3%) fueron derivados al Ginecólogo del CeMAP, mientras que los de las no beneficiarias de la obra Social, fueron derivadas al Servicio de Ginecología de la Hospital Público más cercano al CeMAP.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

ANEXO 9 – Listado Actividades de Difusión a la Comunidad para diferentes Ejes SANUS



Algunos Ejemplos de las Campañas de Difusión y Prevención SANUS Abiertas a la Comunidad:

- **Diabetes:** marzo 2006
- **Dengue:** Marzo 2007
- **Alcoholismo- Tabaquismo:** Abril de 2007
- **Cáncer Ginecológico:** Junio de 2006
- **Salud Bucodental:** Octubre de 2006.
- **Campaña de Invierno:** Mayo, Junio, Julio, y Agosto de 2007.
- **Diabetes e Hipertensión Arterial:** Agosto de 2008
- **Violencia Familiar:** Noviembre de 2008.
- **Fiebre amarilla y Dengue:** Octubre de 2008.

Estas campañas se daban a conocer a la comunidad por medio de avisos en publicitarios en periódicos y radios locales, y por distribución de material gráfico en las obras de construcción y diferentes barrios de cada ciudad.

Los Equipos de Salud de cada CeMAP organizaban para cada una de ellas diferentes actividades, que podían incluir: prácticas preventivas, talleres, charlas informativas, distribución de material gráfico, etc.

Talleres de Capacitación:

Al margen de las actividades de Capacitación para los integrantes de los Equipos de Salud de cada CeMAP, centrada en los ejes clínicos de cada Módulo PyP SANUS, se buscó también la capacitación de otros integrantes de los CeMAPs en diferentes cuestiones que optimizaran las actividades preventivas que se desarrollaban. Así, varios de los integrantes del plantel administrativo de diferentes CeMAPs participaron de:

- **Curso de Promotores en Salud SANUS – Jornadas de capacitación** – (Articulado con el Ministerio de Trabajo) – Posadas (Misiones), 06 de Junio al 04 de julio 2008.
- **Taller de Sistema Informático Perinatal** – coordinado con la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación 13 y 14 de Junio de 2007 – Sede de Centro de Formación Profesional N° 3, Buenos Aires. Participantes: Córdoba, Mendoza, Rosario, Santiago del Estero y Buenos Aires.
- **Segundo Taller de Sistema Informático Perinatal** – coordinado con la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación – 28 de Septiembre de 2007 – Sede de UOCRA Acassuso. Participantes: Bahía Blanca, Corrientes, Formosa, Posadas, Resistencia, Salta, San Lorenzo, Tucumán, Santa Fe.
- **Tercer Taller de Sistema Informático Perinatal** – coordinado con la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación – 11 de diciembre de 2007 – Sede de UOCRA Acassuso. Participantes: San Nicolás, Paraná, Mar del Plata, Concordia, San Miguel, San Justo, Pilar, Lomas de zamora, Pacheco, Florencio Varela, Campana, Avellaneda.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

ANEXO 10 – Ejemplo de Actividades de Difusión a la Comunidad realizadas.



CeMAP Móvil: SANUS - "Plan Litoral NEA "

Se desarrolló entre Octubre y Noviembre del año 2006, en diversas localidades de las provincias de: **Entre Ríos, Corrientes, Misiones, Chaco, Formosa, Santa Fe.**

En ese tiempo se recorrieron más de **3.000 Km** , visitando **18 Localidades** del Litoral y NEA (**Gualeguaychú, Concepción del Uruguay, Concordia , Mercedes, Curuzú Cuatiá, Paso de los Libres, Santo Tomé, Apóstoles, Posadas, Ituzaingó, Corrientes, Formosa, Resistencia, Reconquista, Santa Fe, Paraná, Victoria, y Rosario**).

El CeMAP Móvil de Construir Salud contaba con un Equipo de Salud integrado por 3 Médicos de Familia, 1 Enfermero, 1 Higienista Dental, 1 Coordinador Médico.

Las acciones preventivas que se llevaron a cabo estuvieron orientadas a la **promoción de la salud y la prevención de enfermedades prevalentes**. A continuación se enumeran las principales actividades que se desarrollaron en cada localidad visitada:

- a. **Charlas abiertas a la Comunidad y en Obras:** Hipertensión Arterial, Diabetes, Enfermedades de Transmisión Sexual, HIV Sida, Tabaquismo, Alcoholismo., y prevención de las parasitosis. **Se tomó contacto con unas 12.000 personas.**
- b. **Detección de DBT e HTA** a través de la realización de pruebas de glucemia (750 *determinaciones*) y toma de tensión arterial. También se respondió a consultas médicas a demanda de la población del lugar donde estuvo localizado el Cemap Móvil. **En total se realizaron unas 5000 consultas médicas y de enfermería.**
- c. **Vacunación antitetánica.: Se aplicaron 1200 dosis**
- d. **Actividades de promoción y prevención en salud bucal:** talleres para enseñanza del cepillado dental con entrega de cepillos. También se efectuó detección de placa bacteriana y topicaciones con flúor. **Se ejecutaron 48 talleres y se entregaron 5000 cepillos de dientes .**
- e. Realización de Papanicolau, destinado a la detección precoz del cáncer de cuello uterino. **Se realizaron 554 Pap**
- f. **Distribución de insumos ligados a la difusión de actividades preventivas:** folletos, afiches , preservativos, pastilleros, pulseras, camisetas, gorros, biromes.
- g. **Entrega a Hospitales de folletería orientada a la prevención y elementos prácticos para el control del embarazo(cintas para medición de altura uterina y gestogramas).** **Se distribuyeron 24.000 folletos y 300 afiches.**
- h. **Donación de Botiquines de Primeros Auxilios a Juntas Vecinales, ONG, parroquias y Salas de Primeros Auxilios. Se donaron 26 botiquines.**

Ha sido esta una oportunidad que le permitió a Construir Salud mostrar y difundir a la comunidad del Litoral y NEA argentino su Red Prestacional, sus objetivos sanitarios y su espíritu solidario, muy valorado por los que menos tienen.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

ANEXO 11- Ejemplo del detalle de planificación, que se realizó y trabajó para el Eje SANUS Enfermedad de Chagas.



**PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS MAZZA
Y OTRAS PARASITOSIS**

Nombre: *"La Familia, el equipo de SALUD y la comunidad unidos, para un mejor abordaje de la enfermedad de Chagas - Mazza y otras Parasitosis"*

Inicio: AGOSTO DEL 2007

Sabemos que esta enfermedad no sólo involucra los conocidos trastornos biológicos sino que está íntimamente relacionada con las condiciones de pobreza y subdesarrollo de muchas regiones de Argentina.

"Se estima la existencia de 2,5 millones de personas infectadas en el país. De entre ellas 600.000 se encuentran con manifestaciones clínicas de la enfermedad de Chagas", agregando: "el número de niños chagásicos menores de 15 años en todo el país se estima en 306.000, lo que representa el 3,4% del total de los niños de esa edad del país" (Sociedad Argentina de Cardiología, 2003).

En Construir Salud, durante 12 meses entre Julio del 2006 y Junio del 2007 consultaron 432.722 afiliados, de ellos 119.607 fueron menores de 15 años.

Si tomamos como referencia el dato de la cita (año 2003), el 3.4% de ellos estarían infectados y deberían recibir tto. Siendo aproximadamente 4.066 de ellos los que tendrían la posibilidad de recibirlo.

Es por ello que además de los puntos biomédicos de la enfermedad de Chagas, abordaremos pautas de educación, y propuestas de prevención como herramientas para todos los equipos de salud de la Obra Social.

Alineados con el Programa Nacional en vigencia, los objetivos de la obra social para el control de la enfermedad de Chagas son:

1. Continuar las acciones en relación a la promoción de la salud y prevención del Chagas para todos los beneficiarios de Obra Social.
2. Facilitar la accesibilidad para el abordaje de la enfermedad de Chagas.
3. Alcanzar un conocimiento acabado de la situación epidemiológica actual de la masa beneficiaria respecto a la enfermedad, así como de su evolución posterior propiciando vigilancia epidemiológica activa.
4. Integrar las actividades y los recursos del primer nivel de atención de los beneficiarios con Chagas para su mejor control evolutivo y evitar la progresión de la enfermedad.

Las actividades planificadas para cumplir con los objetivos son:

1. Instalar, promover, promocionar e implementar las acciones que establece el programa utilizando todos los medios adecuados en cada caso.
2. Identificar a los grupos vulnerables y que sean vehículos de transmisión de la enfermedad y realizar el rastreo de la enfermedad y su eventual seguimiento. Ellos son:
 - ✓ Niños y niñas menores de 15 años
 - ✓ Madre con enfermedad de Chagas y sus hijos hasta el año de edad.
 - ✓ Niños nacidos de madres que procedan o hayan estado en contacto con áreas endémicas de Chagas.
3. Estudiar con serología de ratificación a la población beneficiaria seropositiva.
4. Realizar el seguimiento longitudinal de los pacientes bajo programa.

Cacace PJ. "Evaluación de la implementación del programa SANUS por la Obra Social del Personal de la Construcción de la República Argentina (OSPeCon - Construir Salud), en el período 2004-2008". [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

ANEXO 12 - Isologotipo SANUS.



más cerca de tu salud