

Experiencias con el primer nivel de atención según cobertura de salud en la ciudad de Córdoba, Argentina.

Experiences with the first level of care according to health coverage in Córdoba, Argentina

Silvina BERRA^{a,b}, Carolina RIVERA^a, Valeria NICORA^c, M. Isabel PASARÍN^{d,e,f}.

^a Centro de Investigaciones y Estudios en Cultura y Sociedad (CIECS), Consejo de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

^b Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

^c Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

^d Agència de Salut Pública de Barcelona, España.

^e CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España.

^f Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau), Barcelona, España.

Autora de correspondencia:
Silvina Berra. Dirección postal: Enrique Barros esq. Enfermera Gordillo Gómez. Ciudad Universitaria; CP: 5000; Córdoba, Argentina. e-mail: sberra@fcm.unc.edu.ar

Fecha recibido: 05/01/2018
Fecha aceptado: 15/12/2018

Conflictos de interés:
Sin conflictos de interés.

RESUMEN

Este trabajo reúne dos estudios realizados con el objetivo de analizar la experiencia con el primer nivel de atención según cobertura sanitaria, en la ciudad de Córdoba, Argentina. La investigación se realizó en dos muestras de personas adultas usuarias de centros de salud públicos municipales (n=153) y afiliadas de una obra social, mayoritariamente atendidas a través de proveedores privados de servicios de salud (n=278). Se evaluó las funciones de acceso al primer contacto, longitudinalidad del cuidado, coordinación, integralidad, enfoque familiar y orientación comunitaria con el cuestionario *Primary Care Assessment Tools* dirigido a usuarios (PCAT-AE) y se analizaron mediante puntajes promedio y modelos de regresión logística multivariada por cobertura sanitaria, ajustados por edad, sexo, nivel de escolaridad y salud percibida. El acceso, la integralidad de los servicios recibidos y la orientación comunitaria mostraron niveles bajos de cumplimiento (media <6,6 puntos, en escala de 0 a 10) en ambas muestras. Los usuarios de servicios públicos puntuaron mejor que los afiliados de la obra social la mayoría de las funciones, excepto el acceso en el primer contacto. En conclusión, se corroboraron desigualdades en las experiencias en el primer nivel de atención, sugiriendo mejor desempeño del sistema público en varias funciones de la AP.

PALABRAS CLAVE: Calidad, Atención Primaria, Usuarios, Cobertura de los Servicios de Salud.

ABSTRACT

This work brings together two studies carried out with the aim of analyzing the experience with the first level of care according to health coverage, in the city of Córdoba, Argentina. The research was carried out in two samples of adult users of municipal public health centers (n=153) and affiliates of a social security, mostly attended by private health service providers (n=278). The functions of access to first contact, longitudinality of care, coordination, integrity, family focus and community orientation were assessed with the Primary Care Assessment Tools questionnaire adult consumer edition (PCAT-AE), and analyzed by mean scores and multivariate logistic regression models by health coverage, adjusted for age, sex, level of education and perceived health. Access, comprehensiveness of the received services and community orientation showed low levels (mean <6.6 points, 0-10 points-scale) in both samples. The users of public services scored better most of the functions, except access in the first contact. In conclusion, inequalities in experiences at the first level of care were corroborated, suggesting better performance of the public system in several PA functions.

KEYWORDS: Quality, Primary care, Users, Healthcare Coverage

INTRODUCCIÓN

Históricamente, en el sistema de salud de Argentina se fueron conformando tres subsectores: el estatal, el privado y el de obras sociales; que a su vez, se corresponden con tres tipos básicos de aseguramiento; el acceso universal público sostenido por las rentas generales del estado, el privado o de mercado y los seguros obligatorios por ley. Los estudios que analizan la conformación de este sistema coinciden en señalar como características principales por un lado la fragmentación, entendida como la existencia de muchas entidades y/o agentes no integrados, al interior del sistema o en los subsistemas, que operan sin sinergia alguna y, a menudo, compitiendo entre sí y por otro, la segmentación, es decir, la coexistencia de diversos subsistemas de salud con diferentes arreglos de financiamiento, afiliación y provisión "especializados" en segmentos de población determinados según el nivel de ingresos y la posición social, expresión de la estratificación social (1-3).

En las sucesivas reformas de las últimas décadas se fue configurando un mosaico territorial en donde las diferentes provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tienen competencias delegadas desde el nivel federal para la atención a la salud. Cada jurisdicción provincial, contiene en su territorio la red de servicios, gestionando hospitales provinciales que deberían encontrarse coordinados con los niveles municipales y el primer nivel de atención. En la mayoría de las provincias los centros de salud del primer nivel están dentro de su jurisdicción, excepto provincias como Buenos Aires y Córdoba que descentralizaron también la atención al nivel municipal (4). Como describe Ase (5), la descentralización de servicios sociales, y en particular los de salud, fue parte explícita de la agenda de modernización del estado provincial de Córdoba a partir del año 1987 y se concretó efectivamente a finales de 1995, en el marco de una crisis económica y medidas de ajuste fiscal extremo con el objetivo de mejorar el estado de las cuentas públicas provinciales a muy corto plazo.

En este sentido, la Argentina es un país Federal con autonomía de los sistemas de salud provinciales, donde los gobiernos locales son los responsables de la formulación e implementación de la Política de Atención Primaria de la Salud (APS) de su población, brindando servicios directos de asistencia. En el plexo normativo a nivel federal y provincial se expresa la visión o los conceptos centrales en torno a la APS.

Desde corrientes sanitaristas, autores como Mario Testa alertaron tempranamente sobre el hecho de que en América Latina, en un contexto de ajuste y ante las dificultades políticas y económicas para instrumentar la estrategia de APS según los iniciales planteos en términos teóricos, ésta corría el riesgo de convertirse en una política estatal diferenciada, dirigida a los más pobres y cuyo único objetivo es reducir el gasto en salud. De esta manera, la APS se fue configurando como atención primaria selectiva, focalizándose en

programas absolutamente aislados del resto del sistema de salud, sin conexión alguna con la red sanitaria pública, convirtiendo a la estrategia de APS en una atención médica devaluada. La atención primaria así significada, deviene en "atención primitiva de la salud".⁶ En nombre de la eficiencia y la obtención de rápidos resultados sanitarios, se renuncia al principio de integralidad. El enfoque multicausal y de largo plazo en salud es reemplazado por un enfoque de problemas (patologías) concretado en una yuxtaposición de programas restringidos y de corto plazo.

En relación al subsector de las obras sociales, la historiadora Susana Belmartino (3) señala que éstas, con el correr de los años se constituyeron en el núcleo dinámico del sistema, imprimiéndole algunas marcas que todavía se reconocen: fragmentación –múltiples instituciones, tanto en la financiación como en la provisión de servicios, sin vínculos que las interrelacionen ni formas de coordinación que faciliten una distribución adecuada de los diferentes niveles de atención, evitando la superposición en algunas áreas y la no disponibilidad en otras–; heterogeneidad –existencia de formas de su utilización y los derechos reconocidos a la población a cargo–; ineficacia –predominio de una orientación curativa, centrada en las instalaciones de mayor complejidad en detrimento de las prácticas preventivas y la expansión de la atención primaria–; ineficiencia –dispersión de recursos en múltiples organizaciones, incremento del gasto administrativo, discrecionalidad en la gestión, etc. Hay casi treinta Obras Sociales Universitarias localizadas en todo el territorio nacional, que dan cobertura a decenas de miles de afiliados. Se ha señalado que aún cuando pueden ser consideradas cuantitativamente marginales al sistema de salud nacional, han sido y son significativamente importantes para sus beneficiarios y como modelo de gestión exitoso.⁷

Aunque existe un alto consenso sobre la importancia de la Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia política de los sistemas de salud desde hace décadas (8-10), su desarrollo en el mundo ha sido disímil y su evaluación limitada, enfocada a programas específicos, mediante indicadores acotados, sin considerar atributos esenciales y genéricos de la estrategia (11). Starfield propuso conceptos claros e instrumentos para evaluar atributos esperables del desarrollo de la estrategia de APS en el primer nivel de atención, definiendo que el primer nivel debería proveer un primer contacto efectivo, una atención centrada en la persona y continuada en el tiempo que satisfaga las necesidades relacionadas con la salud de las personas, que derive solo aquello demasiado infrecuente como para mantener la competencia, y coordine la atención cuando la persona recibe servicios en otros niveles del sistema (9). De estos conceptos derivan las funciones de acceso y utilización del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud; longitudinalidad en la relación personal a largo plazo entre el usuario y el profesional o centro de salud; coordinación, ejercida por el equipo del primer nivel como enlace entre los servicios sani-

tarios o de atención; integralidad al ofrecer un catálogo extenso, que incluya servicios capaces de responder a los problemas de salud más frecuentes en la población; enfoque familiar, orientación comunitaria e idoneidad cultural en las acciones del equipo de salud, para reconocer el contexto social de las personas y la comunidad. Sobre la base de ese modelo teórico se desarrolló la familia de instrumentos PCAT (*Primary Care Assessment Tools*) en los Estados Unidos de América (12), posteriormente adaptado y aplicado en diversas regiones del mundo, como Canadá (13), Brasil (14-15), España (16-17), Tailandia (18), Hong Kong (19) o China (20).

El objetivo de este trabajo fue analizar la experiencia con el primer nivel de atención en dos poblaciones usuarios de servicios públicos y de la seguridad social de la ciudad de Córdoba. Dado que en Argentina las encuestas de salud no incorporan módulos de valoración de los servicios de salud en muestras representativas de habitantes que permitan analizar en qué medida éstos cumplen sus funciones, este trabajo pretende aportar información sobre la calidad de los servicios de atención de la salud en el primer nivel, estableciendo comparaciones por grupos que se atienden principalmente en el sector público uno, y desde la seguridad social, el otro.

MÉTODOS

DISEÑO, ÁMBITO, POBLACIÓN Y MUESTRA

Este trabajo incluye datos de dos estudios de diseño transversal y correlacional. Se realizaron en la ciudad de Córdoba, Argentina, capital de la provincia homónima, que concentraba un total de 1.330.023 habitantes según los datos censales del 2010 (INDEC). Las poblaciones de estudio fueron, una, adultos afiliados a una obra social mayoritariamente usuarios de servicios privados; y otra, usuarios de centros públicos de salud.

La primera muestra se conformó por afiliados de la obra social de la Universidad Nacional de Córdoba (en adelante OSU), cuyo colectivo de afiliados se compone de dos grandes grupos: quienes participan desde los seguros sociales obligatorios por ser trabajadores universitarios y familiares directos; y los "adherentes", que la eligen como seguros privados voluntarios (prepagas) y tienen o han tenido algún vínculo con la universidad (estudiantes, graduados, etc.). La OSU contaba en julio de 2010 con 56.068 afiliados. Se seleccionaron 1000 personas adultas por muestreo aleatorio simple de la base de datos de afiliaciones en julio 2010, mediante software estadístico. Un equipo de encuestadoras intentaron localizar a estas personas por teléfono, proporcionarle información sobre el estudio e invitarlas a participar. Las personas que aceptaron, pudieron elegir la modalidad que estimaron más conveniente para responder la encuesta, bien la autoadministración en línea, la autoadministración en papel o una entrevista telefónica o personal. El 58% de las personas seleccionadas fue localizada a través de

los contactos telefónicos, mientras que 416 personas no pudieron ser encontradas porque sus datos no estaban actualizados o porque no se encontraron en sus domicilios en los horarios en que se realizaron los contactos telefónicos, incluso después de tres intentos en diferentes momentos del día y la semana. El 81% (n=472) de las personas localizadas aceptaron participar y 278 finalmente lo hicieron, alcanzando una tasa de respuesta del 48% de las personas localizadas (21).

La segunda muestra se obtuvo en centros de salud de primer nivel de atención, dependientes de la Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS) de la Municipalidad de Córdoba. La población de estudio fueron usuarios de todas las edades de los 95 centros del primer nivel de atención, estimada en 500.000 personas. Se realizó una selección aleatoria mediante software estadístico de 37 centros de salud que fueron visitados durante un día en los meses de julio y agosto de 2013. Al no contar con listados de beneficiarios o usuarios que se pudiera usar como marco muestral, se invitó a participar a las personas que estaban en la sala de espera. Encuestadores entrenados leyeron el consentimiento informado y realizaron las entrevistas. Participaron 198 personas adultas o adolescentes desde los 15 años que asistían solos a buscar atención médica.

El tamaño muestral necesario se estimó en al menos 97 sujetos en cada grupo para calcular las medias y para detectar diferencias entre grupos igual o superiores a 1 punto en la valoración de la AP con un riesgo alfa de 0,95, una precisión de +/- 0,3 unidades y una desviación estándar estimada de 1,8. Entonces, la comparación de promedios de puntajes entre tres grupos por ejemplo, tres categorías de cobertura sanitaria), el tamaño mínimo de toda la muestra sería de 291 sujetos.

VARIABLES E INSTRUMENTO

Las funciones de los servicios sanitarios en el primer nivel de atención se estudiaron siguiendo el modelo de Starfield, mediante indicadores de acceso en el primer contacto, longitudinalidad, coordinación, integralidad, enfoque familiar de la atención y orientación comunitaria, medidos con las versiones del PCAT para usuarios adultos (PCAT-AE) adaptadas para población argentina (22-23). Los conceptos y el contenido de cada indicador se describen en la tabla 1. Las preguntas sobre afiliación al centro se ubican primero en el cuestionario y permiten que las personas identifiquen "su médico o centro de atención", así como la fuerza de su relación con éste. A partir de esas preguntas, las personas podían identificar cualquier tipo de centro como su prestador de servicios en el primer nivel. En el estudio de afiliados de la obra social, las personas continuaban respondiendo el resto de preguntas del PCAT con referencia al centro que se había identificado como el referente de primer nivel de atención en las preguntas sobre afiliación, fuera éste de provisión pública, privada o de obra

social. En el estudio en centros municipales, las personas continuaban respondiendo solo cuando su prestador era el centro en el que se les realizaba la encuesta. Las preguntas del cuestionario tienen cuatro opciones de respuesta que se codifican con puntajes de 1 a 4: 1) "no, en absoluto"; 2) "probablemente no"; 3) "probablemente sí"; 4) "sí, sin duda"; y 2,5) "no sé". Para obtener los puntajes por indicador de cada función de AP se calcularon promedios de las respuestas, que luego se transformaron en escalas de 0 a 10, donde un valor de 6,6 corresponde con la respuesta "probablemente sí" y se interpreta en otras publicaciones como un valor aceptable de desarrollo de las funciones de AP (13,15). Luego se realizaron categorías de puntuación alta y baja en cada función utilizando como punto de corte la mediana de puntuación de cada función para el conjunto de las muestras.

La cobertura sanitaria se obtuvo por declaración de las personas a partir de opciones que incluían ejemplos diversos. Las personas podían declarar más de un tipo de cobertura, que luego se agruparon en solo pública, una privada o de obra social y dos o más coberturas privadas o de obra social.

Otras variables independientes estudiadas fueron edad, sexo y nivel de escolaridad de la persona; nivel de salud percibida, para lo cual se utilizó la pregunta de salud general: "¿Cómo diría usted que es su salud?" agrupando las respuestas en "excelente o muy buena", "buena" y "regular o mala"; y el número de visitas a profesionales a la salud en los 12 meses

previos a la entrevista.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis descriptivo se realizó manteniendo por separado las muestras de cada subpoblación. Se calcularon porcentajes para describir las características sociodemográficas, usando test de chi cuadrado para comparar las distribuciones de frecuencias entre grupos. Se calcularon puntuaciones promedio, desviación estándar (DE) y mediana de todos los indicadores de las experiencias de las personas con los servicios sanitarios y se comparó entre muestras mediante test de ANOVA y pruebas post-hoc de Fisher.

La asociación entre la experiencia con los servicios en el primer nivel según cobertura sanitaria se analizó reuniendo ambas muestras y conformando grupos por cobertura sanitaria. Se hicieron modelos de regresión logística bivariada y multivariada, ajustados por edad, sexo, salud percibida y nivel de escolaridad. Se estimaron *odds ratios* (OR) y sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%) de puntuaciones por encima de la mediana de cada indicador.

Los protocolos de los dos subestudios fueron aprobados por los siguientes Comités Institucionales de Ética de la Investigación en Salud Humana (CIEIS): CIEIS en Salud Mental de Córdoba, septiembre de 2010 (estudio en afiliados adultos a la obra social de la UNC) y CIEIS del Hospital Infantil Municipal, octubre de 2012 (estudio en usuarios de centros municipales de salud).

Tabla 1. Definiciones de las funciones de los servicios en el primer nivel de atención y contenido cuestionario PCAT utilizado.

CONCEPTO	Núm. de ítems	CONTENIDO
Afiliación con el centro: Grado en que los usuarios identifican un centro concreto como su fuente habitual de atención.	3	Identificación de un médico o lugar al que la persona vaya habitualmente cuando se enferma (A1). Identificación de un médico o lugar donde lo conozcan mejor como persona (A2). Identificación médico o lugar que tenga mayor responsabilidad por la atención de su salud (A3).
Acceso en el primer contacto: Experiencia de la persona respecto de características estructurales de la oferta de servicio de AP que definen su accesibilidad.	12	El centro abre los sábados o domingos (C1) y está abierto algunas tardes durante la semana (C2). Cuando la persona se enferma, la atienden ese mismo día (C3). La persona puede recibir indicaciones médicas por teléfono de manera rápida cuando el centro está abierto (C4) y cuando está cerrado (C5). Si la persona se enferma puede recibir atención médica aunque el centro esté cerrado durante los sábados y domingos (C6) o durante la noche (C7). Es fácil conseguir un turno en el centro para control médico (C8) y no tiene que esperar más de 30 minutos para que lo atiendan cuando tiene turno (C9). Tiene que esperar mucho tiempo o hablar con muchas personas para sacar un turno en su CAPS (C10). Resulta difícil ser atendido en el centro cuando lo necesita (C11). La persona tiene que faltar o pedir permiso en su trabajo o escuela cuando tiene que ir a su CAPS (C12).

<p>Utilización en el primer contacto: El centro es el lugar habitualmente utilizado como primer contacto ante un problema o evento nuevo.</p>	3	<p>Cuando la persona necesita hacerse un control de salud de rutina va a su CAPS antes de asistir a otro lado (B1). Ante un nuevo problema de salud la persona concurre a su CAPS (B2). Necesidad de derivación o autorización para concurrir a un especialista (B3).</p>
<p>Longitudinalidad: Continuidad interpersonal. Experiencias que hacen a la atención longitudinal y focalizada en la persona, basada en una relación de confianza con el equipo de salud y en el conocimiento que el profesional tiene de la de la persona.</p>	13	<p>La persona es atendida siempre por el mismo profesional de salud (D1). El profesional comprende lo que dice la persona (D2), responde a las preguntas de manera que la persona entiende (D3) y le dan suficiente tiempo para hablar sobre sus preocupaciones o problemas (D5). Si la persona tiene una pregunta, puede llamar y hablar con el médico/a o enfermero/a que lo/la conoce más (D4). La persona se siente cómodo/a hablando de sus preocupaciones o problemas (D6). Los profesionales conocen al usuario como persona, además de como alguien que posee un problema médico (D7), saben con quién vive la persona (D8), conocen cuáles son los problemas más importantes para la persona y su familia (D9), conocen la historia clínica completa (D10) conocen sus ocupaciones (D11), sabrían si tiene problemas para conseguir o pagar los medicamentos que necesita (D12) y conocen los medicamentos que la persona está tomando (D13).</p>
<p>Coordinación, integración de la información: Mecanismos de transferencia de la información y de recepción de otras fuentes que pueden estar involucradas en la atención de las personas.</p>	4	<p>Se brinda información acerca de los diferentes lugares donde la persona podría ir para que lo ayuden con su problema (E8), alguien del CAPS ayuda a conseguir el turno para esa consulta (E9), se entrega información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista (E10). Luego de la consulta con el especialista o servicio de especialidad médica, se habla acerca de lo que sucedió durante esa consulta (E12).</p>
<p>Integralidad, servicios recibidos: Servicios recibidos de una oferta que debe atender a la mayoría de necesidades de la población.</p>	10	<p>Cuestionario adultos: Hábitos saludables (H1), seguridad del hogar (H2), prevención de accidentes de tránsito (H3), manejo de conflictos con otras personas (H4), ejercicio físico apropiado (H5), control de niveles de colesterol (H6), control y asesoramiento sobre medicamentos (H7), prevención de exposición a sustancias tóxicas (H8), prevención de quemaduras (H10), prevención de caídas (H11).</p>
<p>Enfoque familiar: Atención de la persona teniendo en cuenta su contexto familiar.</p>	3	<p>El médico/a o profesionales del CAPS preguntan a las personas sobre sus opiniones e intenciones para planificar la atención y tratamiento (I1), conocen las enfermedades o problemas que pueden existir en la familia (I2), se reunirían con alguien de la familia para ayudar al tratamiento (I3).</p>

Orientación comunitaria: Conocimiento de los problemas de salud de la comunidad y relación del equipo de salud con las instituciones comunitarias.	9	Los profesionales del CAPS realizan visitas a domicilio (J1), conocen los problemas de salud más importantes del barrio (J2), aceptan opiniones e ideas de personas, que podrían mejorar la atención de salud (J3), realizan reuniones con instituciones como escuelas u organizaciones o referentes comunitarios (asociación vecinal, club, ONG) para tratar los principales problemas de salud del barrio (J4), conocen las personas o instituciones a las que la persona recurre por ayuda cuando tiene un problema (J5), realizan actividades de participación comunitaria, como talleres y jornadas (J6), efectúan encuestas a los pacientes para determinar si los servicios responden a las necesidades de la gente (J7), realizan encuestas a la comunidad para conocer sus problemas de salud (J8). Se invita a alguien del barrio a participar de alguna reunión del Equipo de Salud del CAPS (J9).
---	---	---

RESULTADOS

Las características sociodemográficas fueron diferentes entre las muestras (Tabla 2). La participación de mujeres fue mayor que la de hombres, más aún en la muestra de usuarios de servicios públicos. En la muestra de afiliados a la OSU, los participantes se caracterizaron por tener relativamente una edad mayor y haber alcanzado también niveles mayores de escolaridad. La salud percibida como regular o mala fue mayor en las personas adultas usuarias de los centros de salud (28,2%) que en los afiliados de la obra social (7,8%);

sin embargo, los afiliados de la obra social declararon mayor utilización de servicios, al observar los promedios anuales de visitas a profesionales de la salud (8,6 versus 4,5 visitas anuales, respectivamente).

En la muestra de usuarios de centros de salud municipales, la declaración de cobertura sanitaria exclusivamente pública fue mayoritaria (82,8%), pero un 17,2% manifestó asimismo contar con tener cobertura por una obra social o privada. Entre los afiliados de la obra social, el 16,9% declaró contar adicionalmente con cobertura de otra obra social o privada (tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas y salud percibida de las muestras de cada estudio.

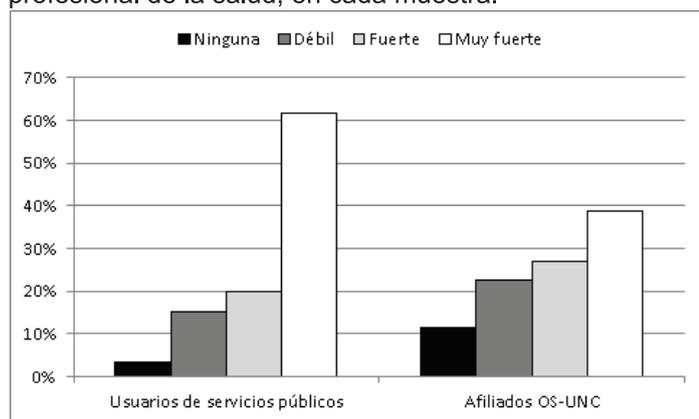
	Usuarios de servicios públicos		Afiliados Obra social		valor p
	N	%	N	%	
Sexo					
Masculino	15	9,9	99	36,9	<0,01
Femenino	136	90,1	169	63,1	
Total	151	100,0	268	100,0	
Edad					
15 a 18 años	10	6,8	0	0,0	<0,01
18 a 34 años	67	45,3	83	31,4	
35 a 59 años	55	37,2	117	44,3	
60 o más años	16	10,8	64	24,2	
Total	148	100,0	264	100,0	
Nivel de escolaridad					
Secundaria incompleta o menor	111	73,5	19	7,5	<0,01
Secundaria completa o mayor	40	26,5	236	92,5	
Total	151	100,0	255	100,0	
Salud general autopercebida					
Excelente o muy buena	43	30,3	158	58,5	<0,01
Buena salud	59	41,5	91	33,7	
Regular o mala	40	28,2	21	7,8	
Total	142	100,0	270	100,0	

	Usuarios de servicios públicos		Afiliados Obra social		valor p
	N	%	N	%	
Cobertura sanitaria					
Solo pública	164	82,8	0	0,0	<0,01
Una privada u obra social	34	17,2	231	83,1	
Dos coberturas o más (privada u obra social)	0	0,0	47	16,9	
Total	198	100,0	278	100,0	

El 46,4% de personas de la muestra de la obra social eran usuarias de centros ambulatorios de la propia obra social, mientras que otro porcentaje similar reconocían como su centro de primer nivel un hospital, sanatorio o clínica privada de la ciudad de Córdoba y un porcentaje muy reducido mencionó el Hospital Nacional de Clínicas, de la UNC, de financiación pública.

La primera dimensión del modelo PCAT es el grado de afiliación de las personas al centro o profesionales de salud que identifican en el primer nivel, en tanto lugar que visitan habitualmente, que les conocen mejor y que del que suponen una mayor responsabilidad por la atención de su salud. La figura 1 muestra que una mayor proporción de los usuarios de servicios públicos tienen una muy fuerte afiliación con el primer nivel.

Figura 2. Grado de afiliación de las personas al centro o profesional de la salud, en cada muestra.



La experiencia de las personas encuestadas mostró que el acceso en el primer contacto, la integralidad de servicios recibidos y la orientación comunitaria son funciones con valoraciones promedio muy por debajo de los valores deseables (puntuajes menores a 6,6 puntos) en ambas muestras (Tabla 3). Las diferencias entre muestras son el acceso al primer contacto más deficiente para los usuarios de servicios públicos, pero la utilización en el primer contacto, el grado de afiliación con el centro son altas, en comparación con las personas afiliadas a la obra social (Tabla 3).

Tabla 3. Puntuaciones de las funciones de atención primaria en cada muestra.

	Usuarios DAPS ^a adultos		Afiliados OS-UNC ^b	
	Mediana	Media (DE ^c)	Mediana	Media (DE ^c)
Acceso en el primer contacto	3,9	3,8 ^d (1,6)	6,8	6,5 ^d (1,5)
Utilización en el primer contacto	10,0	8,8 ^d (2,2)	7,0	6,9 ^d (1,8)
Longitudinalidad	8,6	8,0 ^d (1,8)	7,2	7,1 ^d (1,9)
Coordinación	7,4	6,4 (2,8)	7,0	6,4 (2,2)
Integralidad en los servicios recibidos	5,0	5,5 (2,6)	5,5	5,4 (2,1)
Enfoque familiar	7,8	6,9 ^d (3,2)	6,0	5,8 ^d (2,7)
Orientación comunitaria	4,4	4,8 ^d (2,3)	4,1	4,1 ^d (2,0)

^aDAPS: Dirección de Atención Primaria de la Salud, Municipalidad de Córdoba; ^bOS-UNC: Obra Social de la Universidad Nacional de Córdoba; ^cDE: Desvío estándar; ^dp<0,05 en prueba t de diferencias de medias entre ambas muestras.

En el último análisis se reunieron las dos muestras y se reagruparon las personas participantes según cobertura, para así obtener sus valoraciones acerca de las funciones estudiadas (tabla 4). El porcentaje de valoraciones del acceso en el primer contacto por encima de la mediana es más alto en las personas con cobertura privada o de obra social (82,7%) que entre las personas con cobertura solo pública (53,3%). En el resto de funciones, la valoración de los servicios en el primer nivel bajo el modelo de funciones es mejor

entre quienes tienen solo pública. Cuando se obtienen odds ratios ajustadas por edad, sexo, salud percibida y nivel de escolaridad, se observa que se mantiene la tendencia a que el cumplimiento de casi todas las funciones es peor según las personas que declaran tener una o más coberturas de obra social o privada, excepto el acceso al primer contacto y la orientación comunitaria, dado que en estas dos últimas el resultado no alcanza significación estadística (Tabla 4).

Tabla 4. Valoración alta de las funciones de la APS en el primer nivel de atención, según cobertura sanitaria declarada por las personas encuestadas.

Funciones de la atención primaria	% valoración alta de la APS		OR (IC 95 %) ^b
	Solo pública	Obra social o privada	
Acceso en el primer contacto ^a	53,3	82,7	1,57 (0,79-3,09)
Utilización en el primer contacto ^a	77,9	21,0	0,10 (0,05-0,20)
Afiliación con el centro ^a	67,2	41,5	0,25 (0,13-0,49)
Longitudinalidad ^a	61,5	45,2	0,37 (0,19-0,74)
Coordinación	45,9	38,2	0,52 (0,28-1,00)
Integralidad en los servicios recibidos ^a	36,9	21,0	0,25 (0,12-0,53)
Enfoque familiar ^a	72,5	54,0	0,40 (0,21-0,78)
Orientación comunitaria	59,0	50,4	0,66 (0,35-1,23)

^a $p < 0,05$ en prueba de χ^2 según cobertura en las muestras de adultos usuarios y afiliados de la obra social; ^bOR e intervalo de confianza (IC) del 95% de puntuaciones altas en cada función de AP según cobertura de salud (categoría de referencia: solo cobertura pública). Modelo de regresión logística multivariada ajustado por edad, sexo, salud percibida y nivel de escolaridad.

DISCUSIÓN

Este estudio presenta información sobre el grado de desarrollo de las funciones esperadas en el primer nivel de atención en un contexto de gran fragmentación y heterogeneidad de los servicios de salud como es el sistema de salud argentino. La posibilidad de obtener esta información desde la perspectiva de la población mediante uno de los instrumentos considerados más completos a nivel internacional, supera a muchos indicadores de satisfacción o calidad de los servicios en cuanto a la integralidad y especificidad de la información que ofrece, y permite hacer comparaciones entre subsistemas, como así también tener como referencia información similar de otros países (24).

Los resultados revelan que el primer nivel de atención no cumple adecuadamente las funciones de ser la puerta de entrada al sistema, de integrar la información en sistemas de referencia y contrarreferencia cuando las personas transitan por otros niveles y de reconocer los problemas de salud en el contexto de la comunidad a la cual deben cuidar. Estas carencias se han manifestado en todas las muestras estudiadas. Valoraciones bajas en la función de primer contacto se han encontrado también en otros lugares del mundo con diferencias estructurales entre los sistemas públicos y privados como Brasil (15) o Hong Kong (19). Por

el contrario, en España (16-17) o Canadá (13), el primer nivel se muestra más accesible, con menos rasgos de desigualdad, posiblemente por la existencia de sistemas nacionales de salud con mayor desarrollo de la AP.

La orientación de los servicios hacia las necesidades de la comunidad es un aspecto deficitario del primer nivel de atención en nuestro contexto, acentuado en la experiencia de las personas con cobertura de obras sociales y privadas. Como se ha descrito, los servicios descentralizados han consolidado modelos de trabajo centrados en la demanda espontánea, con la figura del médico como eje del servicio y escaso trabajo comunitario (5). Este es un atributo que también se ha observado más fuerte en centros de salud comunitaria, por ejemplo, de Brasil (25), Canadá (13), o Estados Unidos de América (26). La implementación del Programa de Salud Familiar en Brasil logró notables mejoras en la orientación comunitaria de la AP (27) con impacto en la salud, como la morbilidad y mortalidad cardiovascular en adultos (28).

Las funciones esenciales de coordinación de la atención e integralidad de los servicios tuvieron también un importante nivel de déficit en las dos poblaciones estudiadas. Esto puede ser resultado de un desarrollo selectivo de la atención en el primer nivel, que ha prio-

rizado prácticas preventivas y control de enfermedades prevalentes que tengan impacto en las principales causas de mortalidad infantil. Recientemente se han impulsado programas de detección y seguimiento de factores de riesgo cardiovascular y cáncer en adultos que deberían ser complementarios a reformas en la AP orientadas a brindar una atención integrada y basada en la comunidad, tal como se ha visto en Brasil. Asimismo, las desigualdades por tipo de cobertura sanitaria pueden interpretarse como resultado del proceso histórico de desarrollo de la AP en Argentina, inicialmente focalizada a poblaciones pobres y vulnerables, más que como una estrategia universal (). En la muestra que contiene la experiencia de los usuarios atendidos principalmente en el sistema público, se manifestaron importantes barreras en el acceso a los servicios, pero se identificaron fuertemente a sus centros como sus fuentes habituales de cuidados y éstos son efectivamente los lugares a los que recurren cuando necesitan atención. En contraposición, los afiliados de la OSU tenían mejores condiciones de acceso pero una relación más débil con sus centros de salud y un menor cumplimiento de casi todas las funciones de la AP. Resultados similares obtuvieron Shi y cols. en Estados Unidos de América (EEUU) al comparar pacientes de Organizaciones de Mantenimiento de la Salud con Centros de Salud Comunitaria (26) o personas con cobertura de *Medicaid* y personas sin cobertura (29).

Un estudio similar realizado en centros de salud municipales la ciudad argentina de Concepción del Uruguay, provincia de Entre Ríos, obtuvo resultados similares. Las funciones primer contacto, integración de la información e integralidad de los servicios, tuvieron un cumplimiento deficiente, mientras que la longitudinalidad del cuidado tuvo un buen desempeño, según la experiencia de los usuarios (30).

Los hallazgos de este estudio deben interpretarse cuidadosamente debido a sus limitaciones. En primer lugar, ante la imposibilidad de realizar un estudio con una muestra representativa de población general, se trabajó con muestras de subpoblaciones, donde no están suficientemente representados grupos con alta proporción de cobertura privada. En segundo lugar, una de las muestras fue seleccionada en situación de atención y en el lugar que ellos refieren como su centro de atención del primer nivel, lo cual puede sobreestimar el grado de afiliación declarado en comparación con la otra muestra, así como el acceso y la utilización en el primer contacto. Tercero, aunque la comparación entre las muestras se ha realizado teniendo en cuenta indicadores de salud y socioculturales, pueden existir otras diferencias que no se han podido analizar. Las limitaciones de este trabajo deben superarse con estudios en muestras representativas de la población general como las encuestas poblacionales de salud y servicios sanitarios. A pesar de las debilidades de este trabajo, los resultados muestran la existencia de problemas que pueden considerarse en el diseño y evaluación de las políticas de salud en nuestro país. En síntesis, se ha observado un desarrollo débil de los

principios postulados como esperables en el primer nivel de atención de la salud y desigualdades en las experiencias de las personas según su cobertura, con notables barreras de acceso para la población usuaria de servicios públicos pero una mejor experiencia la función de puerta de entrada, en la longitudinalidad del cuidado, en el enfoque familiar y la orientación comunitaria. Estos resultados subrayan la necesidad de mejorar la atención de la salud en el primer nivel en nuestro contexto y pueden ser útiles tanto para gestores de políticas de salud como para los equipos de salud en el primer nivel de atención.

FINANCIAMIENTO

El trabajo fue evaluado y financiado por el Consejo de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Res D719/2011, PIP 2011-2013 N°114-201001-00279; y la Secretaría de Ciencia y Tecnología (SECYT), UNC. Resol. 214/2010.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA:

Las cuatro autoras contribuyeron en el diseño y ejecución del plan de análisis de los datos para este manuscrito, la interpretación de los resultados, la discusión y en sucesivas revisiones hasta aprobar la versión definitiva. La primera autora diseñó y dirigió los estudios que componen este trabajo y escribió el borrador inicial del manuscrito. La autora para la correspondencia en nombre del resto de las personas firmantes garantiza la precisión, transparencia y honestidad de los datos y la información contenida en el estudio; que ninguna información relevante ha sido omitida; y que todas las discrepancias entre autoras han sido adecuadamente resueltas y descritas.

AGRADECIMIENTOS:

Las autoras quieren agradecer el aval de las instituciones para la realización de los estudios que componen este trabajo: Autoridades de la Obra Social de la Universidad Nacional de Córdoba (DASPU); de la Dirección de Atención Primaria de Salud, Secretaría de Salud, Municipalidad de Córdoba; Subdirección de Nivel Primario, Secretaría de Educación y Cultura, Municipalidad de Córdoba. A quienes destinaron su tiempo para compartir sus experiencias con los servicios de Atención Primaria de la Salud, afiliados de la OSU Daspu y usuarios de los Centros de Salud Municipales. Asimismo, se agradece la colaboración de colegas en la ejecución de los estudios: Verónica Mamondi, Julieta Lavin Fueyo, Yanina Audisio, José Mántaras, Claudia Casadei, Cecilia Berra, Ernesto Gagliano, Alicia Villalba, Constanza Falá-Giroldi, Cristina Somazzi, Magdalena Rondan y Jaqueline Rondan.

REFERENCIAS:

1. Isuani E, Mercer H. La Fragmentación Institucional del Sector salud en Argentina: ¿pluralismo o irracionalidad?. Boletín Techint N°224.
2. Danani C. *Los procesos que esconde la Reforma de la Seguridad Social Argentina: El caso de las Obras Sociales*, Instituto Gino Germanai, 1997.
3. Belmartino S. Una década de Reforma de la Atención Médica en Argentina, *Salud Colectiva* 2005; 1 (2): 155-171.
4. Rios Ferreira, Gilberto. Mapeo y Analisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. Mapeo de la APS en la Argentina. UNASUR. Río de Janeiro. Junio 2014
5. Ace I. La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina): Entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal. *Revista Salud Colectiva*. 2006; 2 (2): 199-218, Mayo-Agosto
6. Testa, Mario "Atención ¿Primaria o primitiva? de salud". Cuadernos Médico Sociales. N° 34, Rosario, Argentina, 1985.
7. Gagliano, Ernesto. Obras Sociales Universitarias. Ponencia presentada el 1 de abril de 2010. Disponible en: http://www.damsusj.com.ar/instit/OSU_Dr_Gagliano.pdf
8. Institute of Medicine. A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study. *IOM Pub*, 1978; 78 (02). Washington, DC: National Academy of Sciences.
9. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001.
10. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP; Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. A framework for evaluating primary health care in Latin America. *Rev Panam Salud Pública*, 2009; 26:377-84.
11. Macinko J, Starfield B, Erinosho T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage*, 2009; 32:150-71.
12. Starfield B, Cassidy C, Nanda J, et al. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract*. 1998; 46:216-26.
13. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med*, 2008; 6:116-23.
14. Macinko J, Almeida C, dos Santos Oliveira E, et al. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage*, 2004; 19: 303-317.
15. Castro RC, Knauth DR, Harzheim E, et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *CadSaude Publica*. 2012 Sep;28:1772-84.
16. Pasarín MI, Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, et al. Un paso más en el estudio de las desigualdades sociales en la provisión de atención primaria desde la perspectiva de la población. *Med Clin (Barc)*, 2011; 137(Supl 2):49-54
17. Berra S, Rodríguez-Sanz M, Rajmil L, et al. Experiences with primary care associated to health, socio-demographics and use of services in children and adolescents. *Cad Saude Publica* 2014;30:2607-2618.
18. Pongpirul K, Starfield B, Srivanichakorn S, et al. Policy characteristics facilitating primary health care in Thailand: A pilot study in transitional country. *Int J Equity Health*, 2009; 8:8.
19. Wong SY, Kung K, Griffiths SM, et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health*. 2010; 10:397.
20. Yang H. The Conceptual Framework of Primary Care Quality Assessment and Quality of Primary Care Perceived by Patients in China. PhD Dissertation. Baltimore, MD: Johns Hopkins School of Public Health, 2010.
21. Villalba A, Falá Giroldi C, Nicora V, et al. Participación en un estudio para valorar la atención primaria de la salud entre afiliados y afiliados de una obra social universitaria argentina. *Revista de Salud Pública* 2014; 18:10-18.
22. Berra S, Audisio Y, Mántaras J, et al. Adaptación del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud (PCAT) al contexto argentino. *Rev Argent Salud Pública* 2011;2:6-14.
23. Berra S, Hauser L, Audisio Y, et al. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para valorar la atención primaria de la salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;33:30-9.
24. Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care*, 2009; 18:44-8.
25. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo Ciênc.Saúde Coletiva. 2006;11: 633-641.
26. Shi L, Starfield B, Xu J, et al. Primary care quality: community health center and health maintenance organization. *South Med J*. 2003;96:787-95.
27. Rasella D, Harhay M O, Pamponet ML, et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data *BMJ* 2014; 349:g4014.
28. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, 2007.
29. Shi L, Lebrun-Harris LA, Parasuraman SR, et al. The quality of primary care experienced by health center patients. *J Am Board Fam Med.* 2013;26:768-77.
 30. Cossani E, Rivera C, Berra S. Calidad del primer nivel según usuarios y prestadores de servicios municipales de Entre Ríos. *Rev. Archivos de Medicina Familiar y General* 2018; 1: 32-42.