

Propuesta de evaluación de estrategias de Atención Primaria en Salud

Una aplicación al caso de la Ciudad de Buenos Aires

Daniel Maceira¹

Introducción

El acceso oportuno a los bienes y servicios necesarios para el cuidado de la salud constituye una asignatura pendiente y un desafío de política pública, no sólo en la Argentina, sino en gran parte del mundo en desarrollo. La equidad en el acceso implica que individuos con idénticas necesidades de salud puedan recibir cuidados equivalentes, independientemente de sus características particulares. Sin embargo en la práctica ello no ocurre, dado que existen límites para que ciertos grupos de la población accedan al cuidado de su salud, es decir, existen límites tanto económicos o geográficos, como culturales o de género, para que ciertos grupos de la población accedan a tratamiento. En países donde el sistema de salud es segmentado o fragmentado en subsistemas, se iden-

1. El autor agradece a Mariana Rodríguez y Fernanda Villalba por su colaboración en la elaboración de este artículo. Asimismo, expresa su especial reconocimiento a la Dirección General Adjunta de Atención Primaria del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (DGAAPS-GCBA), en particular a Daniela Daverio, Isabel Duré, Débora Sabbag, Yamila Comes y Alejandro Puchet, por la información suministrada, sus comentarios y experiencias. El autor asume la entera responsabilidad por las opiniones vertidas, que no son necesariamente las de la DGAAPS-GCBA).

tifican además barreras institucionales, que potencian la brecha de equidad en el acceso.

En tales escenarios, el diseño de una estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) desempeña un papel particularmente importante, pues constituye una herramienta costo-efectiva para lograr la meta de cobertura general de la población. De ese modo, resulta un instrumento indispensable para un progreso equitativo en el campo de la salud. A pesar de ello, es limitada la literatura que da cuenta de esquemas sistemáticos de evaluación y seguimiento de acciones de la APS, y no existe consenso sobre la metodología de análisis a ser utilizada, como tampoco sobre los indicadores apropiados para llevarla a cabo.

Frecuentemente, un equipo de salud dentro del ámbito público se enfrenta al desafío de comprender su entorno, elaborar estrategias e intervenir sobre las reales necesidades de salud de la comunidad afectada por una creciente vulnerabilidad individual y colectiva. Por ello, es esencial la promoción de canales de participación que faciliten la formulación de diagnósticos precisos tendientes a actualizar el modelo de atención y gestión vigentes. Asimismo, una estrategia de APS requiere mecanismos de medición de impacto, que sean instrumentos eficaces para analizar el éxito de un plan de acción mediante indicadores unívocos, factibles y consistentes en el tiempo y entre unidades de atención.

Para ello, el modo de evaluación debe considerar tanto las características de los recursos del sistema –disponibilidad de personal e insumos, diversidad de programas, mecanismos de gestión y utilización de los mismos, etc.– como las necesidades de la población –niveles de ingreso y educación, acceso a servicios de saneamiento y agua potable, mecanismos de interacción comunitaria, etc.–, de manera de identificar el impacto y brindar la necesaria retroalimentación en la gestión.

El objetivo principal del presente capítulo consiste en establecer un marco teórico-metodológico que permita identificar en un determinado contexto la efectividad de una estrategia de APS, evaluando el desempeño relativo de los factores

participantes desde la perspectiva de la oferta institucional, así como la importancia de los requerimientos de la población en el tipo de servicios finalmente prestados.

A tal fin, el siguiente apartado brinda una revisión de la literatura sobre este tema, seguida por una breve mirada de la estrategia de política pública desarrollada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), y plasmada en las acciones y programas desplegados por la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud (DGAAPS). Posteriormente, el cuarto apartado presenta la propuesta metodológica a aplicar al caso porteño.

La unidad de estudio son los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) que se encuentran distribuidos en los dieciséis Centros de Gestión y Participación (CGP) de la Ciudad de Buenos Aires.² El estudio realiza un análisis de la información brindada por la DGAAPS-GCBA en términos de número y tipo de consultas realizadas y características de la población concurrente en el período comprendido entre enero de 2004 y diciembre 2005.

Así, el quinto apartado muestra algunos resultados identificados a partir de la estrategia de evaluación utilizada. Éstos reflejan hallazgos preliminares de una investigación más amplia en la cual se propone el estudio de las 16 divisiones administrativas de la Ciudad de Buenos Aires. Estas páginas reflejan el producto del trabajo en cuatro de estas jurisdicciones: CGP 3 (Constitución-San Telmo-La Boca), CGP 9 (Mataderos-Liniers-Villa Luro), CGP 11 (Caballito-Villa Crespo) y CGP 14 oeste (Palermo).

2. Paralelamente al modelo de Atención Primaria utilizado en los CESAC, la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud desarrolla el Programa Médicos de Cabecera (PMC), orientado a la población que recibe cobertura pública. Éste se encuentra fuera del análisis de este capítulo.

Mecanismos de evaluación de APS

Usualmente, el objetivo de un plan de evaluación de servicios públicos es identificar las buenas prácticas y diferenciar aquellas acciones que, sobre la base de algún criterio consensuado, llevan a una gestión eficiente de sus recursos.

El enfoque económico propone una medida de eficiencia que relaciona los recursos consumidos con la prestación de servicios, y plantea que existe una suerte de función de producción de tales servicios que surge de la combinación de recursos humanos, insumos, infraestructura, etc., dentro de un centro o institución de salud. Claramente, la combinación de esos elementos –gestión de recursos– no es aleatoria, sino que responde a la naturaleza de la prestación, y contribuye a definir la calidad y efectividad del servicio prestado. Asimismo, la unidad de análisis (un centro de salud, por ejemplo) se encuentra acondicionada para brindar un menú de servicios, por lo cual la “frontera” de posibilidades de producción del centro (asociado con un nivel de calidad de servicio y de empleo) plantea una decisión sobre el peso de cada uno de los servicios prestados en la “producción” del centro, en un momento en el tiempo. Ello, idealmente, debe estar determinado por las características de la población objetivo: dadas diferentes características poblacionales, el menú “ideal” varía, y por tanto la definición del modo más eficaz de combinar recursos para la provisión de ese menú se debe adaptar a las necesidades de la población.

Tanto los Centros de Atención Primaria (CESAC), como también los hospitales, pueden considerarse organizaciones multiproducto o multiservicio, cuya finalidad no es la maximización de beneficios, sino la eficiencia social (el logro del máximo nivel de resultados dados los recursos disponibles). De este modo, y como fue planteado en otros trabajos (Maceira, 2005), eficiencia y equidad en acceso son complementarias en los sistemas de salud. Ello es así en la medida en que una mejor gestión de los recursos permite aumentar la eficiencia asignativa, lo que lleva a ampliar la capacidad de co-

bertura del sistema. Ello entonces permite reducir la brecha que impide alcanzar la meta de igualdad de prestaciones ante igualdad de necesidades.

Dada esta característica, la medición de la eficiencia de los servicios de salud resulta de la incorporación de variables tanto cuantitativas (como cantidad de prestaciones, recursos físicos y humanos) como cualitativas (asociadas con calidad de vida de la población, calidad de los servicios de salud, incentivos no monetarios a los trabajadores de la salud, beneficios asociados con el trabajo en equipo o en red, etc.). Claramente, estas últimas generan algunos desafíos a la hora de identificar un mecanismo idóneo de evaluación, ya que requieren incluir, en los métodos convencionales, indicadores cuantitativos que puedan ser utilizados como variables que aproximen a las nociones cualitativas señaladas.

De este modo, lo “producido” por un CESAC es la resultante de una decisión estratégica de la autoridad sanitaria, que gestiona del modo más idóneo los recursos disponibles para brindar un menú de servicios de salud (consultas preventivas, curativas por especialidad, de promoción e información, grupales o individuales; talleres; prácticas domiciliarias; inmunizaciones, etc.) asociado idealmente a las necesidades de la población, de modo tal de llevar el CESAC a la frontera de sus posibilidades. Esta población tampoco es ajena a la producción de servicios del centro, pues cuenta con dos instancias de decisión: (i) concurrir o no al centro de salud ante un evento de enfermedad o para una práctica preventiva (lo que habla de la disponibilidad de información, tiempo y recursos para trasladarse al centro), y (ii) crear o participar en la creación de un espacio participativo que retroalimente el proceso de toma de decisiones de la autoridad sanitaria, ampliando las posibilidades de cobertura del centro y llevando el concepto de APS a su definición más completa.

De este modo, dos centros de salud con igual dotación de recursos que brindan combinaciones idénticas de servicios en calidad, cantidad y especialidad, no necesariamente son igualmente eficientes. Ello depende también de que existan

similitudes en la población objetivo de cada institución, en términos de, por ejemplo, educación, pobreza, acceso a agua y saneamiento y niveles de necesidades básicas insatisfechas, porcentaje de cobertura formal, etc., de modo que el “plan de acción” de ambos centros coincida.

No se encuentra ajeno a este fenómeno el hospital de referencia. La capacidad de coordinar acciones entre el hospital y los centros asociados hace más eficiente el uso de recursos públicos y lleva a una mayor cobertura. Por tanto, una evaluación de la APS en el nivel de centros de salud requiere incorporar al hospital, a fin de evitar miradas parciales, desligadas de un plan de acción eficaz.

Una vez resuelto el mecanismo metodológico para instrumentar la combinación de los elementos mencionados y arribar a un modo de evaluación, se hace necesario identificar la variable o grupo de variables que reflejen más acertadamente cuáles son los objetivos de la estrategia de APS, y de cuya lectura sea posible considerar el éxito del plan de intervención escogido.

En general, los resultados de estatus de la salud difícilmente puedan verse asociados inmediatamente con las características de atención en salud, especialmente cuando no se encuentran bases de datos que reflejen períodos de tiempo prolongados, o grupos de control que permitan identificar los cambios de política ante poblaciones de características similares. Ante la falta de indicadores directos que midan dicha mejora, se acude al uso de indicadores de proceso (productos intermedios), como cantidad de consultas realizadas y tiempo dedicado por el personal involucrado, o se aplican criterios arbitrarios de corrección por calidad.

¿Es el número de consultas un indicador de éxito en términos de cobertura? ¿Bajo qué condiciones? Un incremento del porcentaje de consultas preventivas sobre el total de prestaciones refiere a un modelo eficiente, así como también a un incremento del número de consultas de seguimiento. ¿Es ello siempre así, o depende del tipo de diagnóstico o intervención?

En el resto de este apartado se presentará una discusión sobre tipos de mecanismos de medición de impacto en APS, surgidos de la literatura internacional. En el apartado metodológico, se profundizará en la propuesta llevada a cabo, con aplicación al caso porteño.

En la literatura económica, este tipo de estudios se lleva a cabo a través de los llamados análisis de frontera paramétricos o no paramétricos (Puig-Junoy, 2000). La aplicación de estos métodos es necesaria debido a que ni la “función de producción” ni la estructura de costos asociada con tal producción son directamente observables. En el análisis de frontera de producción, dada la falta de un mecanismo de definición de máximo a ser alcanzado, se estima la mejor práctica observada, considerando para ello a las organizaciones/centros incluidos en el estudio (García Latorre *et al.*, 1996). Es decir, estos métodos no arrojan resultados absolutos de eficiencia, sino que permiten conocer aquellas unidades que realizan la mejor asignación de recursos en comparación con el resto de las organizaciones analizadas. Las unidades eficientes se sitúan sobre una frontera factible de producción, que determina la mejor combinación de servicios a ser brindados, para unos niveles existentes de insumos.

Las diferencias entre los métodos paramétricos y no paramétricos de estimación se basan en los supuestos impuestos en los datos, es decir, en la forma funcional de la frontera de mejor práctica, en la dotación de recursos o costos (más altos o bajos) como también en el supuesto asociado con la distribución de probabilidad incorporada en el término aleatorio (Jones, 2000).

No existe consenso en la literatura sobre el método más apropiado para estimar fronteras de eficiencia. Sin embargo, en los estudios llevados a cabo sobre evaluación de Centros de Atención Primaria, los métodos más utilizados fueron el análisis envolvente de datos (Puig-Junoy, 2000) y el enfoque de frontera estocástica. El primero, como toda técnica determinista, adopta como supuesto que todo desvío entre la producción observada y la producción máxima de frontera se de-

be al comportamiento ineficiente de la organización. Las organizaciones no eficientes se situarán fuera de la frontera, pudiendo determinarse el nivel de ineficiencia como la distancia entre su situación real y la frontera de producción correspondiente.

La aplicación del análisis envolvente de datos (AED) a la evaluación de la eficiencia en las organizaciones fue desarrollada por Farrel (1957), quien considera que la eficiencia puede clasificarse en asignativa y técnica. Una organización es eficiente técnicamente si obtiene el máximo nivel de productos con la mínima combinación de insumos. Por otro lado, la eficiencia asignativa se obtiene logrando la eficiencia técnica, pero considerando la mejor combinación de insumos y servicios producidos dado el precio de los mismos. Estas dos medidas se combinan para obtener una medida de eficiencia económica o de costos.

Los autores que utilizan este método señalan algunas ventajas de su aplicación al caso de evaluación del desempeño de Centros de Atención Primaria (Pinillos y Atoñanzas, 2002; García Latorre *et al.*, 1996). Por un lado, no requiere la definición de una forma funcional (es decir, la combinación exacta de cada grupo de insumos para generar una unidad de servicio), lo que permite respetar las particularidades de cada entidad. Dado el carácter multidimensional de la producción de los Centros de Atención Primaria, así como la ausencia de precios fiables y la organización jerárquica de los profesionales que se desempeñan en los centros, es necesaria la incorporación de técnicas flexibles. Por último, una de las ventajas más importantes es la adaptación al caso de aquellas organizaciones cuya conducta no es la maximización de los beneficios, lo que permite la incorporación de variables cualitativas, asociadas con calidad de atención, por ejemplo.

Las críticas que recibió el AED se vinculan con la incapacidad del método para obtener criterios de eficiencia absoluta. Desde el punto de vista de la política pública, la movilidad de recursos entre centros o instituciones de salud –tanto físicos como humanos– es costosa desde varios puntos de vista,

lo que constituye una distancia entre el nivel existente de prestaciones y aquellos que la teoría establece como óptimos.

En el extremo opuesto se encuentra el método de frontera estocástica. Éste propone que los costos o la producción observadas en una organización se pueden desviar de la frontera por fluctuaciones aleatorias o a causa de la ineficiencia.³

A través de una revisión en la literatura sobre los estudios de evaluación de Atención Primaria se observa que en la mayoría de los casos fue utilizado el método de AED para la estimación de la frontera de eficiencia. En cambio, algunos análisis utilizan la frontera estocástica para estimar la frontera de costos. Son muy pocos los casos en los cuales se comparan los resultados obtenidos a través de técnicas paramétricas y no paramétricas. Asimismo, no se logra profundizar en las causas que pueden provocar la ineficiencia. En general, entre las variables que pueden influir sobre los factores explicativos se incluyen la combinación de recursos humanos, el nivel de contratación externa, la edad de los médicos y la es-

3. Nota técnica: la especificación del modelo requiere definir si se incluirán uno o dos términos de error. En el primer caso, los residuos estarán distribuidos simétricamente en torno a la función de costos o producción que se desean estimar, no pudiéndose interpretar el error como una estimación de la frontera. Este caso fue aplicado en la estimación de funciones de costos, utilizando los modelos de frontera determinista. Sin embargo, se incorporó un supuesto (el término error es positivo para cada observación) que permitió que cada error se ubicara por encima de la frontera óptima de costos a través de una estimación de mínimos cuadrados ordinarios corregidos. Los problemas que plantea este método es que asocia el error íntegramente con ineficiencia, sin considerar los casos en los cuales pueden existir errores en las mediciones de las variables o heterogeneidad en productos o insumos. Este método tampoco está exento de críticas. Una de ellas está asociada con el riesgo que implica considerar el sesgo en los residuos como ineficiencia. Éste puede deberse a otras causas, entre ellas, la omisión de variables relevantes. En ese caso, se aconseja utilizar datos de panel y estimar a través de efectos fijos o efectos variables. Sin embargo, en el primer caso se presenta el problema de diferenciar la ineficiencia de los efectos de los estimadores fijos. Por otro lado, en la estimación por efectos variables la ineficiencia puede estar relacionada con las variables regresoras.

estructura de mercados, entre otras (Puig-Junoy, 2000; Jones, 2000).

Por otra parte, la mayoría de los trabajos utilizan medidas de actividad (cantidad de consultas) como variable asociada con el producto final. Como fuera mencionado, esto se encuentra asociado con la necesidad de identificar alguna medida de mejora en el bienestar de la población, que es verdaderamente el resultado deseable de la prestación de los servicios. Las medidas de actividad no tienen en cuenta las diferencias en la calidad de las prestaciones, lo que conduce a indicadores sesgados de los niveles de eficiencia.

En el trabajo presentado por Jaime Puig-Junoy (2000), en el cual realiza una revisión de las metodologías aplicadas en la evaluación de eficiencia en Atención Primaria, se presentan algunas consideraciones a tener en cuenta al interpretar los índices obtenidos. La primera se asocia con la elección de una medida del nivel de actividad, lo que conduce a resultados según los cuales los centros más eficientes son aquellos que mayor cantidad de consultas atienden. Por otro lado, se mencionan algunos factores que pueden influir en la estimación de la frontera de eficiencia. Entre ellos, la posibilidad de heterogeneidad en los recursos y productos de las organizaciones; la exclusión de algún recurso relevante; diferencias en el entorno en el cual operan las organizaciones, entre otros.

En el presente trabajo se intenta contribuir al avance de las metodologías aplicadas en la evaluación de la eficiencia en los Centros de Atención Primaria. Para ello, se presenta un modelo de estimación, que luego será aplicado al Programa de Atención Primaria de la Ciudad de Buenos Aires, considerando como unidad de estudio los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC). En el modelo propuesto se supone que todos los centros se enfrentan al mismo vector de costos (homogeneidad en los precios); por lo tanto, la asignación se realizará de acuerdo con un patrón de necesidad. Es decir, el modelo estimará un indicador de eficiencia técnica sobre la base de un patrón de salud determinado. Este supuesto no es

necesariamente restrictivo, en tanto los insumos adquiridos y el equipamiento incorporado en los CESAC provienen de compras no autónomas, centralizadas en el nivel del ministerio de salud de la ciudad. Asimismo, los recursos humanos cuentan con patrones de contratación y categorización que también exceden la unidad CESAC.

En particular, el documento se propone, a partir de la metodología de evaluación propuesta, analizar algunos aspectos de la estrategia de APS aplicados por la DGAAPS-GCBA. En primer lugar, se identificarán los patrones sociodemográficos de las cuatro áreas de análisis, a fin de confirmar la presencia de autofocalización de servicios. En segundo lugar, se analizará la evolución del total de consultas cada mil habitantes con necesidades básicas insatisfechas para los CGP incorporados al estudio, a fin de identificar tendencias y una convergencia hacia la equidad interjurisdiccional. Posteriormente, se aplicará el modelo elaborado, donde el desempeño relativo por CGP en APS dependerá de factores asociados con las características de los CESAC prestadores de servicios, la población objetivo, el menú de servicios prestado y las diferencias de gestión entre autoridades sanitarias de cada región.

Atención Primaria en la Ciudad de Buenos Aires

Desde una perspectiva de financiamiento, el sistema de salud argentino está compuesto por tres subsectores: el público, el de la seguridad social y el privado. Sin embargo, pese a que la distinción entre ellos parecería clara y bien definida, la amplia heterogeneidad existente dentro de cada uno y la fragmentación de las instituciones que componen cada grupo constituye un complejo entramado de acciones e incentivos que no necesariamente derivan en una estrategia coordinada de salud. Tal falta de coordinación y articulación impide la conformación de un “sistema formal” de salud, lo que atenta contra el uso eficiente de los recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura.

Asimismo, el sistema público de salud es ampliamente descentralizado, por lo cual la capacidad local para hacer frente a las necesidades de la población se convierte en un desafío para la política pública, más aún cuando las restricciones presupuestarias son significativas y con brechas marcadas entre jurisdicciones (Maceira, 2005). De este modo, la gestión local se vuelve una herramienta crucial y la APS se revaloriza como instrumento básico de cualquier estrategia sectorial.

Desde la Ciudad de Buenos Aires este esquema de funcionamiento del sector salud representa un desafío de política pública, debido a la disparidad en ingresos, educación y acceso a servicios de la población residente en cada uno de sus unidades territoriales (Centros de Gestión y Participación-CGP, comunas).⁴ Más aún, el flujo cotidiano de personas entre la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense requiere incorporar a la estrategia sanitaria porteña una corriente significativa de pacientes no residentes en las instalaciones de la ciudad.

Los centros que conforman la red de APS (CESAC) se encuentran insertos en los barrios e implementan programas de atención y prevención con la comunidad. Sus equipos están integrados por médicos generalistas, clínicos, pediatras, tocoginecólogos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y obstetras, incluyendo en ocasiones nutricionistas, sociólogos y odontólogos, entre otros profesionales.

En 1987 fueron creadas las áreas programáticas (recortes territoriales en función del recorrido de las ambulancias y sin

4. De acuerdo con la información contenida en el *Anuario estadístico 2002* publicado por la Dirección General de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (DGEyC-GCBA), el marcador de mortalidad infantil presenta un diferencial de 4 a 1 entre la zona norte y la zona sur de la ciudad. La tasa de mortalidad infantil según residencia habitual de la madre alcanzaba 4,8 en el CGP 2 Norte y 3,4 en el 13; por el contrario los niveles de la zona sur resultan muy superiores, registrándose 16,8 en el CGP 8 y 17,8 en el 5.

seguir necesariamente criterios epidemiológicos) dependientes de los hospitales generales de referencia. Una vez designado el jefe de área programática, se fueron encuadrando las acciones de APS en los CESAC. En los años noventa se crea la Dirección de Salud Comunitaria con rango similar a la Dirección de Hospitales, mientras que en 2001, se crea la DGAAPS, desde la cual se coordinan las acciones de las áreas programáticas de los centros de salud.

La dependencia jerárquica de recursos humanos y la administración de los centros corresponde al hospital de cabecera. La actual administración ha centralizado las tareas de compra y gestión de insumos y las obras de infraestructura. A partir de ello, la dependencia funcional de las líneas de trabajo, desde la DGAAPS hacia los jefes de los CESAC, fue profundizándose. La asignación de recursos humanos e insumos se realiza de acuerdo con el tamaño y el grupo de intervenciones que presta el centro y las estimaciones de población a ser atendida.

Presupuestariamente, los CESAC no son autónomos. La DGAAPS tiene un programa presupuestario propio independiente del nivel hospitalario, a través del cual se adquieren los insumos, especialmente medicamentos. Esta línea presupuestaria contempla todas las necesidades (excepto mantenimiento de los centros), no sólo de los efectores sino de los diferentes programas de APS. El presupuesto obliga a cumplir metas anuales, que surgen del consolidado de los centros de salud. Los CESAC elevan informes de producción mensuales a sus hospitales de referencia correspondientes consolidados en consultas. En base a ello, cada hospital cabecera elabora un informe consolidado, el cual es remitido a la Dirección de Estadísticas.

El presupuesto de la DGAAPS del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) sobre el total ministerial era de aproximadamente un 3% para el año 2001, y 3,8% para 2004. En términos monetarios, ello implica un cambio de 26,3 millones de pesos en 2001 a 60 millones en el segundo período consignado. Los datos correspondientes al año 2001 resultan

del cálculo acumulado de tres programas independientes⁵ de la Secretaría de Salud del GCBA, dado que para tal período la misma no contaba con una línea presupuestaria propia. Si se analiza el destino de las partidas en cada año, se observa que entre 2001 y 2004 los gastos en personal presentaron una variación de casi el 78%, mientras que los bienes de consumo se incrementaron en un 306,7%. Este gran aumento obedece a las variaciones de los precios de insumos, producto mayoritariamente del efecto del tipo de cambio sobre los medicamentos.

La DGAAPS presenta coordinación intersectorial no sólo en el nivel local sino también en el nacional. La Dirección trabaja articuladamente con Coordinación SIDA y Salud Mental del GCBA, mediante la difusión de información y vigilancia epidemiológica. Respecto del orden nacional, la DGAAPS es efectora directa del Programa Remediar, que cumplimenta con la compra propia de medicamentos; el Programa Materno Infantil, el Programa Médicos Comunitarios y el Programa Primeros Años.

La incorporación de personal se encuentra regulada por la Ordenanza 41.455, que aprueba la carrera municipal de profesionales de la salud. Dicha normativa prevé dos sistemas diferentes de ingreso: (i) concurso público y abierto, y (ii) mecanismo de emergencia: selección interina hasta el llamado a concurso (selección interna). Este último se lleva a cabo mediante la convocatoria de profesionales de la salud que prestan servicios en los diferentes hospitales bajo diferentes modalidades de contratación (por ejemplo: residentes, suplentes, concurrentes, etc.). Paralelamente, la selección de personal de escalafón general (enfermería) se realiza en los distintos hospitales del sistema con la intervención de la Dirección General de Enfermería del GCBA para el caso de las enfermeras.

5. Para el año 2001, los montos corresponden a los programas (i) Asistencia a la población sin cobertura de salud, (ii) Prevención de patologías reconocidas como principales causas de muerte y (iii) Atención Primaria de Salud en zonas carenciadas.

Los CESAC insertos en los barrios de la Ciudad de Buenos Aires implementan un abanico de programas de promoción y protección de la salud, entre ellos:

- Programa de Vigilancia Nutricional. Sus principales intervenciones se dirigen a: (i) el control de peso y talla de niños, adolescentes y embarazadas que concurren a los centros de salud, comedores comunitarios, escuelas y colonias de verano; (ii) la atención de la población en riesgo nutricional; (iii) talleres para la promoción de la lactancia materna; y (iv) la articulación con los programas alimentarios dependientes de los ministerios de Derechos Humanos y Sociales y de Educación.
- Programa de Salud Escolar, destinado a alumnos de escuelas públicas de la Ciudad de Buenos Aires. Entre las principales actividades del programa se encuentran: (i) controlar la salud integral en niños de sala de 5 años y 1º, 4º y 7º de nivel primario, y 2º año de nivel medio; y (ii) realizar la vigilancia epidemiológica en las escuelas de la ciudad, entre otras actividades.
- Programa de Salud para Adultos Mayores (PROSAM), dirigido a facilitar la accesibilidad de los adultos mayores a las prestaciones del sistema de salud.
- Programa de Epilepsia, dirigido a lograr el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las personas con epilepsia, asegurar tratamiento farmacológico y efectuar acciones de educación, registro y control epidemiológico de la enfermedad.
- Programa de Salud Sexual y Reproductiva, orientado a facilitar el acceso libre y gratuito de la población a cuidados en este particular y brindar información y asesoramiento profesional para la elección y provisión del método anticonceptivo adecuado.
- Programa de Inmunización, dirigido a organizar y programar la gestión, distribución y provisión de insumos inmunobiológicos y de material descartable.

- Programa de Prevención y Asistencia de la Diabetes.
- Programa de Salud para la Prevención de los Trastornos Severos de la Comunicación (TSC) y del autismo infantil.

Propuesta metodológica

El presente apartado desarrolla una propuesta metodológica para analizar el desempeño de una estrategia de APS, tomando como caso la Ciudad de Buenos Aires. Esta propuesta combina una serie de elementos de estadística descriptiva con la estimación de un modelo que surge de conceptos de microeconomía aplicados a unidades de generación de bienes/servicios sociales. El modelo a ser estimado se basa en la teoría de determinación de fronteras de eficiencia aplicadas a organizaciones que ofrecen un conjunto de servicios, ya discutida en el segundo apartado de este capítulo.

Se presupone que estas unidades de salud apuntan a la maximización de sus prestaciones en un cierto nivel de calidad, a partir de las necesidades de la población objetivo y de los recursos disponibles, de modo de contribuir a salvar la brecha de equidad en el acceso, entendido como igualdad de servicios a igualdad de necesidades.

De este modo, un centro de salud es técnicamente eficiente cuando logra ubicarse en su frontera de capacidades de prestación. En tal situación, sólo es posible obtener un incremento en la cantidad o calidad de uno de los servicios ofrecidos a partir de una reducción en la provisión (o calidad) de otro producto o, alternativamente, incrementando la dotación de algún(os) insumo(s).

Consideremos la siguiente abstracción: un CESAC cuenta con una dotación de recursos humanos, físicos (equipamiento, insumos) y monetarios para desarrollar su tarea, la cual, por simplicidad, se resume en dos tipos de servicios, consultas pediátricas y consultas clínicas de adultos, x_p y x_c , respectivamente. Cada tipo de servicio requiere de una com-

binación específica de recursos. Una utilización eficiente de los recursos totales disponibles llevarán al CESAC a operar sobre algún punto de su “frontera de posibilidades de producción”, graficada como la curva FPP en la figura 1.

Todo punto en esta figura constituye una combinación de generación de servicios x_p y x_c , medidos en los ejes vertical y horizontal, respectivamente. Comparativamente, el punto B refiere a una mayor oferta de servicios pediátricos que clínicos, y el punto A refiere a la situación inversa. Los puntos A y B se encuentran sobre la frontera, aunque cada uno de ellos define una combinación diferente de producción de servicios pediátricos y clínicos de adultos. El punto C se ubica dentro del área de producción pero no sobre tal frontera. Ello implica que un uso más eficiente de los recursos disponibles (siguiendo la dirección de las flechas en la figura) llevará a aumentar el número de prestaciones ofrecidas. En el extremo, el punto “0” muestra la oferta nula de ambos servicios.

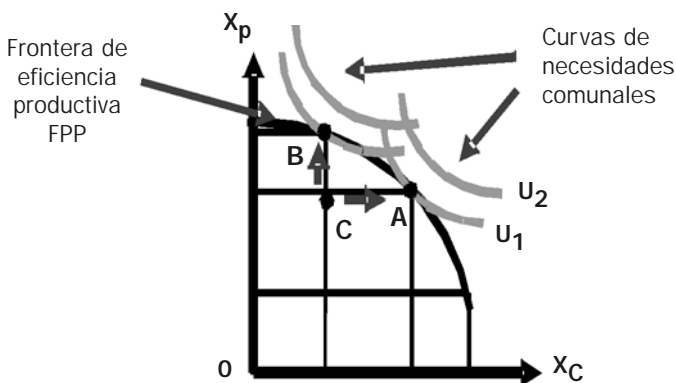


Figura 1: Frontera de posibilidades de producción

¿Cuál de los puntos sobre la frontera debe elegirse, si ambos son técnicamente igual de eficientes? La decisión se asocia con las necesidades de la población del programa. Para cada CESAC existirá un “mapa” de necesidades, cuya repre-

sentación gráfica son las “curvas de necesidades sociales” presentes en nuestra figura. Cada “familia” de curvas refleja un patrón de necesidades, donde la curva más alejada del origen U_2 refiere a mayor satisfacción de necesidades que aquella más cercana al origen U_1 , que recibe menos servicios con una misma calidad.

En la figura, la familia de curvas de necesidades comunales de la izquierda y arriba representa que la población objetivo precisa una combinación similar a B (relativamente más demandante de servicios pediátricos), y la prefiere a la combinación A (necesitada de servicios de clínica de adultos), a pesar de que técnicamente son igualmente eficientes. Un movimiento hacia la eficiencia desde C requiere entonces identificar las necesidades de la población a su cargo, de modo de establecer la dirección hacia la cual dirigirse: A, B, o cualquier otro punto sobre la frontera. ¿Cuál es el mayor nivel posible de satisfacción de las necesidades de la población?: es aquel que surge de la tangencia de una de las curvas de la población objetivo con la FPP. Una curva superior no es factible. Una curva inferior no es técnicamente eficiente.

El análisis no se altera si el tipo de consultas seleccionadas es distinto del par elegido para el ejemplo, como tampoco si se considera el caso real, donde los tipos de servicios a ser ofrecidos son más que los dos enunciados (en el apartado anterior se presentó, por ejemplo, la amplia variedad de programas y servicios provistos por cada CESAC de la Ciudad de Buenos Aires –salud escolar, adultos mayores, epilepsia, inmunizaciones, etc.–).

De lo anterior se desprende que un CESAC puede ser técnicamente eficiente, aunque no logre eficacia en satisfacer las necesidades de su población objetivo. Asimismo, un CESAC puede ser eficaz en identificar las necesidades de su población, pero fallar en utilizar eficientemente sus recursos disponibles.

Necesidades de la población y homogeneidad de fronteras entre CESAC

Un aspecto adicional para el debate metodológico se presenta al momento de diseñar una estrategia de evaluación de APS. El mismo cuestiona si existe homogeneidad en las demandas de atención entre CESAC más allá de una cuestión de escala de población a cargo, y cómo ello repercute en la definición de una frontera eficiente.

En la medida en que cada centro de atención puede ser visto como un instrumento de generación de una variada serie de servicios, si las demandas de las poblaciones objetivo de cada uno de ellos difieren, los patrones de producción de tales servicios deberían ser diferentes a fin de lograr eficacia social. Si ello fuera así, las comparaciones entre CESAC no sólo no serían posibles, sino tampoco recomendables.

En el caso específico de los Centros de Atención Primaria que operan bajo la órbita pública existe un criterio que permite salvar el inconveniente y facilita la comparación propuesta. En tanto los sistemas de salud argentino y porteño son segmentados, la población que concurre a los centros públicos de salud es aquella que no cuenta con cobertura formal y cuyos ingresos familiares se encuentran por debajo del promedio jurisdiccional. De este modo, si bien los servicios públicos son de acceso igualitario entre grupos de individuos, la población tradicionalmente demandante se “autofocaliza”, debido a barreras económicas y sanitarias.

De ser cierto este argumento (el cual será analizado en la próxima sección), los CESAC se encontrarían ante perfiles similares de pacientes, independientemente del nivel socioeconómico del área de influencia de cada uno. De este modo, existiría una frontera deseable similar, a ser corregida por la escala de la población objetivo, asociada con un menú de intervenciones relativamente homogéneas entre centros.

Este aspecto es especialmente importante debido a un factor metodológico asociado a la naturaleza de los datos surgidos de los centros de salud, no sólo de los CESAC en la Ciu-

dad de Buenos Aires, sino de cualquier relación entre ofertas y demandas de servicios de salud. Por definición, el número de consultas que se registra en bases administrativas de prestadores resulta el punto de contacto entre la oferta de servicios y la necesidad de atención que se canalizó en una consulta. Este indicador es el reflejo de las necesidades de la población que efectivamente concurrió a los centros de atención, pero no incorpora las necesidades totales de cuidado de la salud y que no se resolvieron en el sistema formal. Así, problemas de percepción de enfermedad y limitantes de acceso geográfico o económico, entre otros motivos, generan una brecha en la cobertura, y por tanto en la identificación de las necesidades reales de la población objetivo. En otras palabras: la información existente muestra la capacidad de resolución de las necesidades dada la estructura de la oferta.

Sin embargo, puede ocurrir que en cualquier nivel de consultas reportadas exista: (i) demanda insatisfecha debido a que la oferta no pudo cubrir todas las necesidades o (ii) capacidad ociosa (servicios brindados que la demanda no requiere). La capacidad de capturar la necesidad no traducida en demanda de servicios puede ser resuelta de varios modos: (i) mediante la realización de campañas de comunicación; (ii) vía estrategias de visitas extramuros; y (iii) otorgándole a la demanda ciertos bienes y servicios adicionales que generen incentivos para que concurra a los centros de atención. Dentro de estos últimos se pueden señalar el financiamiento de medicinas, sistemas de diagnósticos secundarios, entrega de leche para bebés y niños y seminarios o charlas sobre promoción y cuidado de la salud.

Así, el desafío de una estrategia de APS basada en un sistema de financiamiento originado en la oferta requiere no solamente de la capacidad de prestar servicios de salud oportunos y efectivos, sino también de identificar estructuras de comunicación que atraigan a la población objetivo.

Cantidad de consultas como indicador de desempeño

Como fue mencionado, las dificultades para identificar indicadores de resultados idóneos en servicios de salud llevan a la utilización de variables asociadas con producción de servicios. Sin embargo, no existe consenso sobre la definición de “cantidad de prestaciones” como una medida de desempeño satisfactorio.

Los cuestionamientos surgen, con razón, del hecho de que un mayor número de consultas no necesariamente refiere a un mejor cuidado de la salud (argumento de calidad) y/o de que el médico bajo ciertas condiciones podría incentivar el sobreconsumo, a fin de aumentar su remuneración (argumento de inducción de demanda). Asimismo, la disponibilidad gratuita de servicios podría provocar un efecto similar (argumento de riesgo moral).

De todos modos, para el caso bajo análisis –servicios públicos de salud en Centros de Atención Primaria– la probabilidad de ver sesgada la evaluación a partir de tales argumentos es reducida. En primer lugar, el modo de remuneración de los profesionales de la salud en el sector público es mayoritariamente a través de salarios fijos, provenientes de presupuestos históricos, sin peso significativo de elementos asociados con premio por desempeño. De tal modo, y especialmente bajo regímenes de remuneraciones bajas, el incentivo monetario de tales profesionales es a la subprestación, sólo contenida por su compromiso con sus tareas. De este modo, un aumento en el número de consultas no puede verse asociada con la búsqueda de mayor ingreso.

En segundo lugar, tanto el argumento de calidad como el de sobreconsumo se minimizan al considerar la naturaleza de la demanda de los servicios de salud en centros públicos: población con bajos ingresos, información limitada y altos costos (en tiempo, transporte, días solicitados en el empleo, etc.) asociados con la búsqueda de atención. En ambos casos un aumento en el número de consultas se asocia con mayor acceso, lo que debe, de todos modos, ser controlado por facto-

res estacionales. A pesar de ello, en el próximo apartado, y como parte del modelo de estimación propuesto, se consideran indicadores complementarios al número de consultas, tales como “consultas preventivas sobre el total”, y el peso de variables como “consultas de seguimiento en relación con consultas iniciales” para diferentes tipos de diagnósticos.

El modelo de evaluación

El esquema de evaluación planteado propone, en primer lugar, responder a la hipótesis sobre homogeneidad entre poblaciones objetivo de diferentes CESAC y su correlato con las características de la población efectivamente usuaria. Ello permitirá establecer comparaciones entre centros. A partir de entonces, se presenta la evolución trimestral de servicios totales y cada 1000 habitantes con necesidades básicas insatisfechas y su convergencia en el tiempo, así como también la evolución de consultas preventivas sobre el total.

En la medida en que la hipótesis asociada a la relativa homogeneidad de la demanda se confirme, se encontraría sustento para el argumento de que las unidades sanitarias presentan fronteras de producción similares, con mapas de utilidad social semejantes. En tal caso, se requiere cotejar la producción de cada unidad sanitaria con una frontera de eficiencia, donde se presentan dos posibilidades:

- Elección de una pauta externa que defina la frontera a ser alcanzada, consistente en la adopción de metas exógenas que sirvan de parámetros de referencia. El análisis, en este caso, se centraría en la determinación de las brechas de producción de cada uno de los centros de salud respecto de estos umbrales máximos establecidos. En la Argentina no se cuenta con tales pautas, con excepción de compromisos de desempeño específicos no necesariamente establecidos a partir de las capacidades del sistema (por ejemplo, Objetivos del Milenio).

- Llevar a cabo un estudio en donde las pautas de producción sean endógenas, es decir, que se definan a partir de las características de los CESAC considerados. En este caso, utilizando como fuente de información el panel de datos por CESAC durante el período enero 2004 - diciembre 2005, se determina, mediante un análisis de regresión multivariado, la influencia de diversos factores en la producción de cada uno de los centros de salud. Dentro de este modelo será posible identificar las diferencias de gestión relativa entre ellos.

Formalmente, el modelo puede expresarse de la siguiente manera:

$$Y = F (X_1; X_2; X_3; X_4)$$

donde:

Y es el número de consultas semanales, y se encuentra explicado por cuatro vectores de variables:

X_1 : vector de variables asociado a características propias de cada centro de salud (metros cuadrados cubiertos, recursos humanos, medicamentos entregados, consultas en los hospitales de referencia, etc.).

X_2 : vector de variables asociado a características socioeconómicas de cada una de las zonas geográficas dentro de las cuales se encuentran insertos los centros de salud (necesidades básicas insatisfechas, tasa de escolaridad, desempleo, ingreso per capita familiar, categoría ocupacional, etc.).

X_3 : vector de variables dicotómicas por centro de salud. Las mismas tienen como objeto identificar aquellos factores no capturados por las otras variables, y que representan variaciones entre CESAC identificados con diferencias de gestión.

X_4 : vector de variables dicotómicas temporales (variables asociadas con tendencia de consultas, estacionalidad de las mismas).

La estimación precedente permitirá determinar una serie de hipótesis de comportamiento, tanto de los servicios de salud, como de la población objetivo.

Los coeficientes y niveles de significancia estadística de las variables del primer vector (características de los recursos disponibles en los centros de salud) permitirían identificar los “insumos” críticos y establecer si existen diferencias en la producción entre las diversas unidades sanitarias. Por el contrario, si ello no es así, se evidencia la homogeneidad de la oferta y la existencia de una “tecnología” uniforme.

En la medida en que las variables del segundo vector, asociadas con características poblacionales, resultan no significativas, se apoyaría la hipótesis de homogeneidad de demandas y la presencia de autofocalización de los grupos poblacionales concurrentes.

Los resultados arrojados por el modelo estimado muestran el nivel de generación de servicios que es posible conseguir dados los insumos existentes. Si las variables dicotómicas asociadas a cada una de las unidades de salud resultan significativas (positivas o negativas), se determinará la dirección e intensidad en la que cada CESAC se aleja de esa estimación media. De tal modo es posible elaborar una grilla de Centros de Atención Primaria en función de su eficiencia y eficacia.

Los Centros de Atención Primaria que participan en la producción de servicios de salud y son objeto de estudio en el presente documento se encuentran distribuidos en cuatro CGP de la Ciudad de Buenos Aires. El criterio de selección siguió la clasificación por perfil sanitario, surgido de Análisis de Situación de Salud (ASIS), asociado con perfiles sociosanitarios alto, medio-alto, medio-bajo y bajo.

CGP 3: Incluye los CESAC 9, 10 y 16, localizados en los barrios de Constitución, San Telmo, La Boca y Barracas.

CGP 9: Reúne los barrios de Mataderos, Liniers y Villa Luro, donde se encuentra el CESAC 4.

CGP 11: Contiene a Caballito, Villa Crespo, Chacarita, Villa Ortúzar, Agronomía, Paternal, Villa del Parque, Villa General Mitre y Villa Santa Rita. Aquí se encuentran los CESAC 22 y 34.

CGP 14 oeste: situado en el barrio de Palermo, donde se encuentra el CESAC 33.

Desempeño del programa de APS-GCBA. Aplicaciones

Del análisis de la base de datos proporcionada por la DGAAPS-GCBA, se presentan a continuación algunos resultados de estadística descriptiva para los CESAC pertenecientes a los cuatro CGP seleccionados.

La información tabulada en el cuadro 1 muestra el acumulado de consultas realizadas entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2005, discriminadas por período. En todos los casos, aproximadamente el 70% de las consultas corresponden a mujeres, siendo la edad promedio de los concurrentes 25 años, y no superando en ningún caso los 30 años de edad. A su vez, el porcentaje de personas que asistieron a los centros de atención y contaban con cobertura médica es muy bajo, con un máximo en el CGP 11 (6,15%) y un mínimo en el CGP 3 (1,55%). Estos indicadores no necesariamente coinciden con los valores de las jurisdicciones donde los CESAC se encuentran insertos, por lo que reflejan cierta homogeneidad entre pacientes consultantes de estas unidades de salud.

Cuadro 1
 Perfil social de los concurrentes a CESAC
 Período 2004-2005

CGP	Cesac	Año 2004				Año 2005			
		Consultas totales	% Mujeres	Edad promedio	% Cobertura	Consultas totales	% Mujeres	Edad promedio	% Cobertura
3	9 10 16	77.904	69,40%	23	1,55%	78.512	70,58%	25	1,55%
9	4	36.810	73,84%	25	2,79%	13.686	69,70%	26	2,79%
11	22-34	28.095	69,13%	28	6,15%	39.349	69,68%	25	6,15%
14 oeste	33	32.654	69,99%	28	1,77%	34.019	69,40%	27	1,77%

Fuente: Elaboración propia en base a datos SICESAC, DGAAPS-GCBA

Asimismo, el cuadro 2 muestra en forma resumida los recursos disponibles en cada uno de los CGP analizados, en términos de número de profesionales por tipo, capacidad instalada y equipamiento.

Cuadro 2
 Recursos disponibles en CESAC, por CGP
 Período 2004-2005

CGP		3	9	11	14 oeste
Recursos humanos	Fonoaudiología	5	1	13	2
	Kinesiología	0	1	1	0
	Clínicos	54	11	60	27
	Nutrición	5	1	12	1
	Obstetricia	3	6	2	1
	Odontología	1	2	19	4
	Psicología	22	4	10	5
	Psicopedagogía	11	1	2	1
Capacidad instalada	Enfermería	3	1	2	1
	Consultorios indiferenciados	26	9	13	8
	Consultorios con servicios sanitarios	2	3	1	1
	Sillones odontología	0	1	1	1
	Superficie m ²	1.369	496	462	294
Equipamiento	Colposcopio	3	2	1	0
	Ecógrafo	2	1	2	1
	Electrocardiógrafo	3	1	2	1
	Estufa de esterilización	3	1	1	0

Fuente: Elaboración propia en base a información provista por la DGAAPS

El cuadro 3 presenta, para cada uno de los CGP analizados, el agregado de consultas realizadas en los CESAC, según programa y en el período 2004-2005. De su lectura se deduce, a pesar de los inconvenientes tradicionales asociados con los mecanismos de carga de información, que las consultas generales y la suma de los tres primeros programas (control del niño sano, control de embarazo y salud reproductiva) dan cuenta de más del 80% de los motivos de concurrencia a los CESAC.

Cuadro 3
Consultas por programa (en %)
Período 2004-2005

Programa	Año 2004				Año 2005			
	CGP 3	CGP 9	CGP11	CGP 14 oeste	CGP 3	CGP 9	CGP 11	CGP 14 oeste
Consultas generales	61,22%	53,40%	81,01%	91,94%	62,98%	72,56%	70,30%	90,37%
Control niño sano	15,45%	4,79%	3,61%	1,58%	11,88%	0,76%	5,91%	1,58%
Control del embarazo	4,81%	17,94%	4,24%	1,43%	5,58%	9,58%	5,23%	1,57%
Vigilancia nutricional	1,34%	0,05%	1,64%	0,55%	1,94%	0,77%	3,75%	1,05%
PPR salud reproductiva	7,37%	4,27%	6,00%	4,24%	9,30%	4,22%	7,64%	5,19%
SIDA	0,31%	0,03%	0,00%	0,00%	0,01%	0,02%	0,05%	0,00%
TBC	0,00%	0,00%	0,01%	0,00%	0,04%	0,46%	0,06%	0,00%
Salud escolar	5,41%	5,14%	1,17%	0,00%	3,94%	4,88%	2,68%	0,01%
Adulto mayor	1,77%	7,07%	0,96%	0,02%	1,54%	1,99%	2,46%	0,07%
Diabetes	0,01%	0,58%	0,29%	0,00%	0,25%	0,43%	0,39%	0,03%
Hipertensión	0,01%	1,65%	0,90%	0,07%	0,32%	1,56%	1,11%	0,00%
Discapacidad	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,01%	0,00%
Violencia familiar	0,03%	0,08%	0,08%	0,12%	0,05%	0,15%	0,13%	0,03%
Puerperio y lactancia	0,04%	0,00%	0,00%	0,01%	0,05%	0,04%	0,04%	0,01%
Programa local	2,22%	5,01%	0,08%	0,04%	2,12%	2,57%	0,24%	0,08%
Consultas totales	77.828	36.798	28.069	32.629	78.486	13.681	39.324	34.002

Fuente: Elaboración propia en base a datos SICESAC, DGAAPS-GCBA

El gráfico 1, presentado a continuación, muestra la evolución del total de consultas efectuadas por CGP en base trimestral, normalizadas según el indicador de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). De este modo se procura analizar el desempeño de los CESAC escogidos tamizando el efecto de escala poblacional de su jurisdicción. Dado que los concurrentes a estos centros son principalmente grupos sin cobertura, estimar el indicador de “consultas en

CESAC cada mil habitantes con NBI”, permite establecer un parámetro razonable de comparación entre prestadores públicos.

Desde la perspectiva de un análisis de equidad, el índice seleccionado resulta útil: refleja la presencia (o no) de similitudes en el acceso a estos servicios. Se deduce que cuanto más equitativo es el sistema de CESAC y más efectiva es la estrategia desplegada, existirá una convergencia entre indicadores por CGP, y se procurará que el valor del indicador sea creciente en el tiempo.

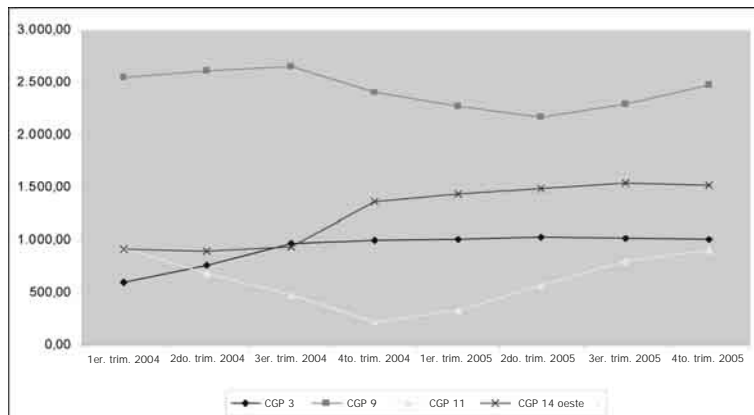
De la lectura del gráfico se observa una marcada diferencia entre las consultas efectuadas en el CGP 9, que con un perfil de ingreso medio-bajo ofrece un promedio de 2.400 consultas por 1.000 habitantes con NBI, y las de las otras tres jurisdicciones. El CGP 14 oeste presenta un número de consultas inferior a 1.000 cada 1.000 habitantes con NBI, previo al tercer trimestre de 2004, cuando inicia un sendero ascendente que se estabiliza a partir del año 2005 en un valor un 50% superior.

El CGP 3, el de mayor cantidad de población con NBI en términos absolutos, se mantiene en un nivel aproximadamente constante de 1.000 consultas cada 1.000 habitantes, luego de haber partido al inicio de nuestro período con un porcentaje cercano a las quinientas prestaciones ponderadas. El caso del CGP 11, por el contrario, si bien incluye barrios de población de ingresos medio-altos, presenta una trayectoria de consultas dispar, con un tramo descendente hasta el cuarto trimestre de 2004, momento en el cual se recupera hasta alcanzar los valores de inicios de 2004.

En conclusión, y a pesar de contar con una gestión única de diseño, los cuatro CGP seleccionados muestran comportamientos diferenciados, que no guardan necesariamente relación con las características socioeconómicas de la población de su distrito. Ello promueve el desarrollo de una metodología de análisis que permita identificar diferencias de funcionamiento, a fin de corregir los inconvenientes y aprovechar las experiencias exitosas.

Desde la perspectiva de la equidad, se observa cierta convergencia en tres de las cuatro regiones analizadas, pero en niveles marcadamente inferiores a los del CGP más eficaz.

Gráfico 1
Evolución de consultas totales por CGP,
cada 1.000 habitantes con NBI



Fuente: Elaboración propia en base a datos SICESAC, DGAAPS-GCBA

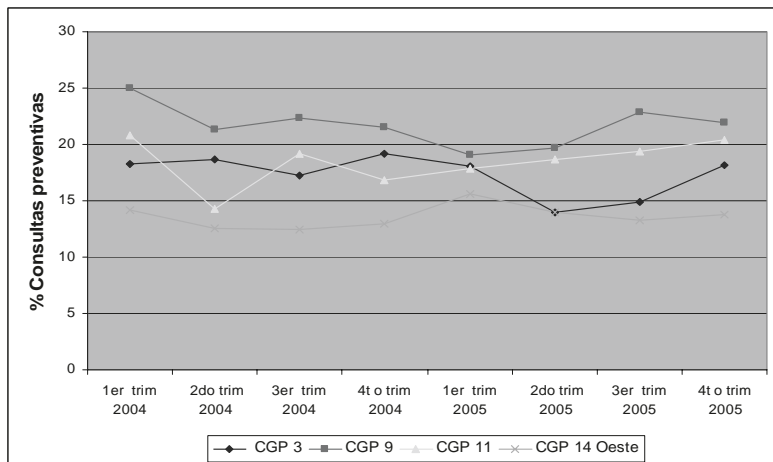
Como fuera discutido anteriormente, el indicador que refleja el número total de consultas, aun expresadas en términos de necesidad (1.000 habitantes con NBI), limita el análisis de desempeño de una estrategia de APS. Por ello se propone, en el siguiente gráfico 2, complementar el análisis, al considerar la razón entre consultas preventivas⁶ sobre el to-

6. Se consideraron consultas preventivas aquellas prácticas listadas en la publicación *Sistema de información de Atención Primaria de la Salud*, capítulo 21, del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y asociadas a un grupo extenso de diagnósticos cuyos tratamientos se relacionan con controles y exámenes.

tal de consultas, e investigar el sesgo de los distintos CGP en términos de promoción de la salud.

Con un mínimo en torno del 13% y un máximo cercano al 25% de las consultas totales, los cuatro CGP considerados tienen conductas variadas. En los barrios del CGP 9 la participación de las consultas preventivas supera en todos los períodos al resto de los centros. Nuevamente, los patrones socioeconómicos del entorno no parecen influir en el tipo de consultas ofrecidas, aunque existen coincidencias entre los dos indicadores escogidos: el CGP 9 cuenta con resultados más satisfactorios y el tercer trimestre de 2004 favorece los indicadores del CGP 11. No se verifica convergencia entre barrios, siendo el CGP con ingresos relativos más altos el que cuenta con la menor tasa de participación preventiva a lo largo del período consignado.

Gráfico 2:
Consultas preventivas/consultas totales por CGP
Análisis trimestral



Fuente: Elaboración propia en base a datos SICESAC, DGAAPS-GCBA

Con el fin de completar el análisis descriptivo previo y utilizando el marco teórico propuesto previamente, se procedió a estimar una serie de regresiones donde las variables a ser explicadas reflejan indicadores asociados con eficacia en la gestión de los centros de salud dependientes de la DGAP-GCBA. El cuadro 4 presenta esquemáticamente los principales resultados.

Los indicadores seleccionados, que no pretenden ser exhaustivos para la evaluación de desempeño, fueron: el número de consultas semanales por CESAC en la tercera columna y el peso relativo de las consultas pediátricas, por control prenatal y por tratamiento por diabetes en las cuarta, quinta y sexta columnas del cuadro, respectivamente.

Para cada caso se especifica una serie de vectores de variables explicativas, que representan los distintos componentes que hacen al desempeño del centro de atención: indicadores que den cuenta de las características de la oferta del CESAC, indicadores que reflejen las características de las necesidades de los usuarios del centro de salud, variables temporales, variables que pretenden capturar las diferencias de gestión entre diferentes CESAC, controlando por los otros vectores intervinientes, y un vector de daciones (prestaciones en especies intervinientes en las consultas).

Dentro del vector de indicadores de oferta se incluyeron algunas de las variables que hacen a un desempeño diferencial de los centros de salud, tales como número de consultorios y número de odontólogos. Versiones preliminares de este análisis incorporaron asimismo otras variables que aproximaban al concepto de eficiencia en la generación de servicios, tales como número de médicos y superficie de los CESAC medida en metros cuadrados. La decisión de excluirlas correspondió a la alta correlación con otras variables incorporadas (en el caso de número de médicos, con la escala de prestaciones de los centros de atención, y en el de superficie de los mismos, con la disponibilidad de consultorios). Los resultados esperados para cada una de estas variables ex-

Cuadro 4: Determinantes de desempeño de CESAC

	Variables	Cantidad de prestaciones semanales	Consulta pediátricas %	Consultas c./diagnóstico Control prenatal %	Consultas c./diagnóstico Diabetes %
OFERTA	Cantidad total de prestaciones	-	positiva**	positiva***	positiva***
	Cantidad de consultorios	positiva***	negativa marginalmente***	ns	positiva***
	Cantidad de odontólogos	positiva**	negativa marginalmente***	-	-
DEMANDA	Mujeres %	positiva***	-	-	positiva***
	Argentinos %	ns	ns	ns	ns
	Educación menor o igual primaria completa %	positiva***	positiva***	positiva***	ns
	NBI	negativa marginalmente***	negativa marginalmente***	ns	ns
ESTACIONALIDAD	Verano	negativa***	ns	ns	ns
	Tendencia	ns	ns	ns	ns
GESTIÓN	Dummy CGP 14 oeste (constante)	ns	positiva***	negativa***	negativa***
	Dummy CGP 3	ns	ns	ns	ns
	Dummy CGP 9	positiva***	negativa***	positiva***	negativa***
	Dummy CGP 11	negativa***	positiva***	positiva***	positiva***
	Preservativos Inyectables	ns	-	-	-
DACIONES	R2 ajustado	positiva***	ns	positiva***	-
	Cantidad de observaciones	0,4805 722	0,6674 722	0,741 722	0,3903 722

*** Significatividad al 1% ** Significatividad al 5% * Significatividad al 10%

plicativas asocian disponibilidad de recursos con mayor cobertura, tanto en términos de consultas totales como específicas (pediátricas, controles prenatales y diabetes).

Dentro del vector que identifica las características y necesidades de la población, se incorporan las variables trazadoras tradicionales de demanda de atención. Ellas son: el porcentaje de mujeres sobre el total de consultantes, la nacionalidad del paciente (medido como porcentaje de consultas de nativos argentinos), el porcentaje de pacientes con educación primaria completa o menos, y el porcentaje de la población con NBI del CGP donde opera el CESAC en el que se ha realizado la consulta. Es habitual que las consultas en los centros públicos de salud se asocien con menor educación y con sexo femenino. Paralelamente, se espera que la variable de NBI, como aproximación a autofocalización, tenga significatividad baja o negativa (a mayor proporción de población con NBI mayor probabilidad de consulta en un CESAC).

Las variables temporales incorporadas corresponden a: (i) la tendencia durante el período bajo estudio; y (ii) una variable dicotómica asociada con los meses de verano. En el primer caso se busca identificar si existió un incremento significativo en el número de consultas a través del tiempo. En el segundo caso, se espera capturar el efecto de crecimiento o disminución de consultas específicas que no se encuentran relacionadas directamente con la calidad del servicio, sino con ciclos de enfermedades.

Se incorporan asimismo un grupo de variables cualitativas que proponen capturar diferencias de gestión entre CESAC, y que no hayan sido asociadas con los otros indicadores mencionados. La intuición que lleva a la inclusión de estas variables refiere a que, independientemente de la existencia de dotaciones de recursos humanos, físicos y financieros disponibles para cada centro o CGP, las autoridades sanitarias radicadas en cada institución presentan diferencias en capacidad de gestión. Esta capacidad se traduce no sólo en aprovechar los recursos existentes, sino también en identificar las necesidades de la población y dirigir las acciones del

centro al punto adecuado sobre la frontera de posibilidades de producción mencionada en el marco teórico. De este modo, y para cada tipo de prestación para la cual se estimó desempeño, los coeficientes asociados con cada CESAC mostrarán las diferencias relativas relacionadas con capacidades idiosincrásicas.

Finalmente, se incorporan como variables explicativas adicionales al porcentaje de consultas que requirieron de distribución de preservativos o medicamentos inyectables, suponiendo que tales daciones permiten “capturar” la necesidad de atención, acercando al paciente a una demanda efectiva de cuidados de salud.

Con el objeto de simplificar la lectura del cuadro, se optó por no especificar los valores de cada coeficiente de regresión. Alternativamente, se consigna para cada ejercicio y para cada variable si la misma es significativa o no para explicar los cambios en la variable escogida como resultado del modelo de APS. En el caso de que no lo sea, se lo asienta como “ns” (no significativa). En el caso de que lo sea, se establece su dirección (positiva o negativa), su intensidad (marginal o no marginal) y su significancia estadística (1%, 5% o 10%).

Los resultados de aplicar la metodología propuesta sugieren que los indicadores tradicionales de oferta operan positiva y significativamente en el desempeño de los CESAC. De tal modo, mayor escala de consultorios y profesionales permite mayor número de prestaciones. Asimismo, y desde los determinantes de la población, la educación de los pacientes opera en igual dirección, de modo tal que menor educación limita el acceso a los servicios existentes. En términos de homogeneidad de demandas entre diferentes CESAC, el ejercicio de regresión confirma la hipótesis planteada páginas atrás y apoyada por la estadística descriptiva: el impacto es marginal, en tanto no existen grandes diferencias de NBI entre los usuarios de los centros.

Estos resultados se replican con diferencias mínimas en el arco de regresiones practicadas –consultas pediátricas, de control prenatal y diabetes–: el número de consultorios no

afecta la cantidad de controles prenatales practicados, aunque favorece las consultas para tratamiento de diabetes, facilitando las consultas frecuentes. Ello, sin embargo, no se verifica para las consultas pediátricas.

La variable de tendencia resulta no significativa para explicar las variaciones en el número de consultas y el peso relativo de las tres especialidades seleccionadas. Sin embargo, existe un factor estacional que reduce las consultas generales en verano, así como las de controles y diabetes, a la vez que incrementa positiva y significativamente aquellas asociadas con pediatría.

La disponibilidad de preservativos en las consultas a los CESAC no parece haber encontrado mayor incidencia en el aumento de las prestaciones. Por el contrario, la inclusión de inyectables, asociada con tareas de enfermería, aumenta positiva y significativamente la probabilidad de recibir mayor número de consultas.

Finalmente, a través del análisis de variables específicas por CESAC se observa que la metodología propuesta sugiere la presencia de diferencias significativas de gestión entre los CESAC 14 oeste y los pertenecientes a los CGP 9 y 11. Si bien el estudio identifica diferenciales de gestión, los resultados hallados no dan indicios de que existan unidades más eficaces que otras en términos absolutos, sino que la eficacia depende de los indicadores de desempeño analizados. A modo de ejemplo, el CGP 9 cuenta con ventajas relativas en controles prenatales por sobre el CGP 14 oeste, una vez aislados los efectos de demanda y escala de la oferta. Paralelamente, las estimaciones realizadas sugieren que los centros correspondientes al CGP 11 tienen una producción relativamente menor a su par de Palermo, aunque las diferencias en control de diabetes, pediatría y consultas prenatales lo ubican en un nivel de eficacia mayor.

Conclusiones

El presente trabajo propone, a la luz de la literatura existente, un mecanismo de evaluación de desempeño de CAPS que incorpore no sólo una mirada de eficiencia técnica, sino también de eficacia en el alineamiento de la estrategia sanitaria del sistema de salud con las necesidades de la población.

A partir de la selección de un grupo de variables trazadoras de desempeño, y mediante una combinación de estadísticas descriptivas y análisis de regresiones multivariadas, el estudio muestra que es posible identificar no sólo la eficacia de un sistema de Atención Primaria, sino también las diferencias en desempeño entre instituciones integrantes del mismo programa.

La aplicación de esta aproximación metodológica a la estrategia de la APS de la Ciudad de Buenos Aires permite exponer algunas de las ventajas del enfoque escogido. Asimismo, la disponibilidad de información complementaria posibilita avanzar en temáticas de eficacia de red, incorporando al análisis la relación hospital de referencia-CESAC. En todo caso, el presente trabajo aspira a contribuir a un debate más amplio acerca de la necesidad de incluir herramientas de monitoreo y seguimiento de programas y reformas de salud en el diseño institucional del sector.

Referencias bibliográficas

- Charnes, A.; Cooper, W. W. y Rhodes, E. (1982): "Evaluating Program and Managerial Efficiency: an Application of Data Envelopment Analysis Program Follow Through", *Management Sci*, n° 27, vol. 6: 668-697.
- Dirección General de Estadística y Censos de Gobierno de Ciudad de Buenos Aires (2004): *Encuesta anual de hogares*, Buenos Aires.
- Dirección General de Estadística y Censos de Gobierno de Ciudad de Buenos Aires (2005): *Encuesta anual de hogares*, Buenos Aires.
- Farrel, M. J. (1957): "The measurement of productive efficiency", *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (General)*, vol. 120: n° 3, 253-290.

- García Latorre, J. F.; Marcuello Servos, C.; Serrano Peris, G. y Pérez, O. (1996): "Evaluación de la eficiencia en Centros de Atención Primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos", *Revista de salud pública*, n^o 70: 211-220.
- Jones, A. (2000): "Health Econometrics", en Culyer, A. J. y Newhouse, J. P. (eds.), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, Elsevier.
- Maceira, D. (2005): "Descentralización y equidad en el sistema de salud argentino", en Flood, C.: *La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina*, Buenos Aires, Editorial La Colmena.
- Ministerio de Salud Gobierno de Ciudad de Buenos Aires (2004): *Atención Primaria de la Salud. Anuario 2004*, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud Gobierno de Ciudad de Buenos Aires (2005): *Atención Primaria de la Salud. Anuario 2005*, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud Gobierno de Ciudad de Buenos Aires: *Sistema de información de Atención Primaria de la Salud. Subsistema CESAC (SICESAC). Instructivos y definiciones. Versión 4*, Dirección de estadísticas para la salud, Departamento de análisis estadístico.
- Pina, V. y Torres, L. (1992): "Evaluating the Efficiency of Nonprofit Organizations: an Application of Data Envelopment Analysis to the Public Health Service", *Financial Accountability and Management*, n^o 8, vol. 3: 213-224.
- Pinillos, M. y Antoñanzas, F. (2001): "La Atención Primaria de Salud: descentralización y eficiencia", *Gaceta sanitaria*, n^o 16, vol. 5: 401-407.
- Puig-Junoy, J. (2000): "Eficiencia en la Atención Primaria de Salud: una revisión crítica de las medidas de frontera", *Revista de salud pública*, n^o 74: 483-495.
- Secretaría de Salud Gobierno de Ciudad de Buenos Aires (2004): *Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la población de la ciudad de Buenos Aires. Año 2003*, Departamento de epidemiología, Dirección General Adjunta de APS.
- Villalba, J. R., Pasarin, M., Montaner, I., Cabezas, C. y Starfield, B. (2003): "Evaluación de la Atención Primaria de Salud", *Atención Primaria*, n^o 31: 382-385.