

CURSO ANUAL DE AUDITORIA MEDICA DEL HOSPITAL ALEMAN

# IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS PREVENTIVOS



Romero Alicia G.  
Zárate Silvia Y.  
Zorzer Stella M.

AÑO 2009

## **INDICE**

**1 - PROLOGO - Pág. 3**

**2 – INTRODUCCION - Pág. 5**

**3 – PROGRAMAS PREVENTIVOS - Pág. 8**

**4 – IMPLEMENTACION EN ARGENTINA - Pág. 10**

**5 – EFICACIA EN PROPORCION AL COSTO - Pág. 21**

**6 – CONCLUSION - Pág. 24**

**7 – BIBLIOGRAFIA - Pág. 26**

## PROLOGO

La historia en el cuidado de la salud se inicia desde el momento en que los beneficios comunitarios sobrepasaron los intereses personales.

Las primeras prácticas del cuidado surgieron por instinto y observación de la naturaleza, al aprender de los animales e identificar las circunstancias más evidentes que producían enfermedad.

En la historia de la medicina se pueden señalar varias etapas. La primera fue paliativa, la segunda higiénico sanitaria, la tercera curativa, todas exitosas en lograr sus fines.

La prestación de los servicios de salud cambió hasta finales de siglo XVII, cuando los dirigentes empezaron a darse cuenta que una población sana beneficiaba los intereses del estado.

En la primera conferencia internacional de promoción de salud, realizada en Ottawa en 1986 con el patrocinio de la OMS, se señaló la necesidad de facilitar el proceso para que la gente aumente su control sobre la salud y mejorarla, alcanzando un estado adecuado de bienestar físico, mental y social.

Para lograr verdaderamente esto es imprescindible comprender que los sistemas de salud no se pueden abocar únicamente a la lucha contra la enfermedad y a las prácticas clínicas tradicionales, sino que deben desarrollar políticas de prevención.

La prevención en el campo de la salud implica una concepción científica de trabajo, no es solo un modo de hacer, es un modo de pensar, de organizar y de actuar.

Un objetivo básico de la asistencia sanitaria es evitar las enfermedades o detectarlas con la oportunidad suficiente para que las intervenciones sean más eficaces.

Ya en 1922, la Asociación Médica Americana proponía el Examen Físico Anual para personas sanas. Esta acción preventiva continúa en la actualidad como uno de los pilares básicos en todos los sistemas de salud.

En esta monografía desarrollaremos conceptos teóricos de Prevención en Salud y los Programas actuales que se llevan a cabo en los diferentes subsistemas de salud en Argentina, como apoyo para la implementación de tareas preventivas desde el área de Auditoría Médica.



## INTRODUCCION

*"No es la cima de la destreza lograr cien victorias en cien batallas.  
La cima de la destreza consiste en someter al enemigo sin combatir"*

**Sun-Tzu - " El Arte de la Guerra"**

**Siglo V a.C.**

Un objetivo básico de la asistencia sanitaria es evitar las enfermedades o detectarlas con la oportunidad suficiente para que las intervenciones sean más eficaces.

La constitución de la OMS de 1948 define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

La salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

Es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

La **Promoción de la Salud** no solo incluye acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Es el proceso que permite a

las personas incrementar el control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia, mejorarla.

La **Atención Primaria** de la Salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables.

La declaración de Alma Ata (OMS, Ginebra, 1978) subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. El enfoque de la atención primaria abarca los componentes siguientes: equidad, implicación/participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costos permisibles.

La **Prevención** de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Siguiendo un modelo clínico podemos clasificar la prevención en:

**Prevención Primaria:** esta orientada a las personas sanas, se ocupa de evitar que se produzca la enfermedad. Sus objetivos particulares son la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

\*Prevención universal: dirigida a toda la población sin distinción ni identificación aquellos que están en riesgo, beneficiando a toda la comunidad con mensajes y programas.

\*Prevención específica: son acciones tendientes a evitar una enfermedad determinada. La medida más conocida es la aplicación de vacunas. También podemos mencionar:

- Administración de vitamina D para prevención de raquitismo.
- Adición de iodo a la sal para prevención del bocio.
- Consumo adecuado de calcio para prevención de osteoporosis.

**Prevención Secundaria:** tiene como objetivo evitar que las enfermedades progresen y evitar el daño o complicación. Estos objetivos se logran mediante la detención precoz y el tratamiento adecuado.

Las estrategias para detención sistemáticas (llamadas también Cribado o Tamizaje) y prevención de enfermedades, se fundamentan en la demostración de que las pruebas y las intervenciones, son prácticas y eficaces. Casi todos los

métodos de cribado se basan en procedimientos de fácil realización y bajo precio, de tipo bioquímico (como la medición del colesterol), fisiológico (como la tensión arterial), radiológico (mamografía) o de muestreo de tejido (como el frotis del Papanicolaou).

**Prevención Terciaria:** se ocupa de tratar la enfermedad en sí, procurando lograr la curación o que esta no progrese evitando las secuelas. Corresponde a la rehabilitación, tanto física como mental y social.

La Atención Primaria debe ser programada y evaluable, actuación basada en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos.

Es particularmente importante que la atención primaria evolucione de conformidad con la orientación y el contenido de las nuevas políticas, estrategias y planes de acción de los distintos subsistemas de salud en los que se lleva a cabo (Sector Público, Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga).

## Programas preventivos

Un programa de prevención es un conjunto coherente de acciones encadenadas y construidas a partir de una evaluación de necesidades, buscando la creación o adaptación de actividades dirigidas al cumplimiento de los objetivos realistas trazados como metas del programa a implementar. Se desarrollan en áreas o dominios donde se trabajan los factores de riesgo y de protección. En ellos encontramos el dominio individual, el de los grupos de pares, el familiar, el escolar y laboral, el comunitario y el socioambiental.

Ocasionalmente se confunde prevención con programa preventivo. Mientras que la prevención es un concepto genérico y amplio, un programa preventivo es mucho más efectivo y sistemático.

Los programas de prevención buscan introducir acciones para la detección temprana de un factor de riesgo o un trastorno en una etapa en que pueda ser corregido o curado.

Para que estas acciones de prevención sean consideradas efectivas deben tener en cuenta algunas pautas relacionadas al problema al que nos enfrentamos:

- \* Debe ser un problema de salud importante tanto en su prevalencia como incidencia sobre la calidad y cantidad de vida.

- \* Deberá tener una respuesta efectiva para los casos identificados.

- \* Deberán existir recursos diagnósticos y de tratamiento disponibles y accesibles.

- \* El problema deberá tener un período latente reconocible que permita actuar y reducir la morbimortalidad.

- \* Deberá tener una historia natural conocida.

- \* El rastreo o los métodos de detección precoz deberán ser eficaces en proporción a su costo y a su riesgo.

Para implementar estas tareas es necesario tener conocimientos clínicos, epidemiológicos y de morbimortalidad de la población blanco.

Se pueden plantear dos modalidades estratégicas de intervención: la **poblacional**, que pretende disminuir los valores medios de los factores de riesgo en el conjunto de la población y la **individual** o de alto riesgo, que trata de identificar a



los sujetos que, por poseer uno o varios de estos factores, presentan un mayor riesgo de padecer la enfermedad.

La primera estrategia se lleva a cabo por medio de medidas político- legales (institucionales) y de educación para la salud (consejos o campañas dirigidas a la población), sin que sea necesario conocer las características de cada individuo.

La segunda se ejecuta preferentemente en el nivel de la atención primaria, por medio de la detección oportuna de los sujetos en alto riesgo y posterior intervención y seguimiento de los mismos.

Las estrategias poblacional e individual complementadas parecer rendir una relación costo-beneficio mayor que si se consideran en forma aislada.

Estas estrategias pueden centrarse en un factor de riesgo (prevención de cáncer colorrectal) o de varios (prevención de enfermedades cardiovasculares).

## **Implementación en Argentina: Un poco de historia....**

La ley 23.661 promulgada en enero de 1989, crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud y coloca como principales agentes prestadores del servicio a las Obras Sociales, las cuales debían operar dentro de un marco regulatorio supervisado por la Administradora Nacional de Servicios de Salud.

Corriendo el año 1995, el Decreto Nacional, N° 492, proveniente del Poder Ejecutivo Nacional, estableció en su artículo 1° que los beneficiarios de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1 de la Ley N° 23.660, tendrían derecho a recibir las prestaciones médico asistenciales que se establecerían en un programa médico asistencial que sería aprobado por el Ministerio de Salud y Acción Social.

El programa se denominaría “**Programa Médico Obligatorio**” (PMO) y resultaba de imperativa aplicación a todos los agentes comprendidos en aquel artículo de la ley. En el decreto mencionado, también se contemplaba la creación de la “Comisión Técnica del PMO” con participación de la Administración Nacional del Seguro de Salud, la que resultaría encargada de formular el programa y de dictar las normas reglamentarias para su ejecución. Dicha reglamentación contendría las prestaciones contenidas en el PMO.

Como forzosa consecuencia de la tarea desarrollada por la Comisión, el 29 de mayo de 1996 se publica en el Boletín Oficial, la Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social N° 247/96 por la que se aprueba el “Programa Médico Obligatorio” para los agentes de salud comprendidos en el Art.1° de la ley 23.660, el cual describe las prestaciones mínimas y obligatorias para los Agentes del Seguro de Salud, que entrarían en vigencia a los 180 días de su publicación.

Esta resolución que aprueba dicho Programa, se erige en el contenido mínimo de prestaciones médico asistenciales que los agentes del seguro de salud deben prestar a sus beneficiarios, ya sea mediante sus propios servicios o a través de efectores contratados, y que se refieren a prestaciones de **prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico.**

Finalmente la ley 24.754, del 2 de enero de 1997, hace extensiva la obligación a las Empresas de Medicina Prepaga de cubrir las mismas prestaciones obligatorias que cumplen las Obras Sociales.

Antes de la entrada en vigencia del PMO, tanto las Empresas de Medicina Prepaga como las Obras Sociales autodefinían el contenido prestacional de su contrato de salud, pero luego de ello, deben asegurar un piso mínimo prestacional que nunca y en ningún caso debe ser menor al PMO.

El PMO establece las prácticas médicas que se han considerado de indispensable cumplimiento a los beneficiarios, y abarcan tanto **actividades de prevención** como de efectivo tratamiento y restablecimiento del estado de salud en diferentes áreas médicas.

En los considerandos de la Resolución 939/2000 se expresa que si bien el PMO aprobado por Resolución 247/96 MSyAS estableció el conjunto de prestaciones a que tiene derecho todo beneficiario de la Seguridad Social, uniformando el criterio prestacional, la experiencia recogida desde el inicio permitió advertir la necesidad de realizar correcciones y ajustar su contenido señalando prioridades claras de prevención y uso racional de los recursos, por lo que resultó necesario redefinir el modelo asistencial, detallar las acciones de prevención, precisar el menú de las prestaciones incluidas y reformular el régimen de coseguros.

Y dado que las dificultades financieras son un dilema mundial, la solución podría plantearse en los términos de la prevención, del rigor científico sustentable de las prácticas a financiar y el Modelo de Atención.

Al implementar este Modelo se busca desarrollar una tarea asistencial eficiente uniendo a la clásica actitud médico-asistencial, un accionar preventivo y lograr un mejor aprovechamiento del recurso disponible.

Este cambio gradual de Modelo requiere por ejemplo, la incorporación a este Programa de “Las Guías de Orientación para el Diagnóstico y Tratamiento de los motivos de Consulta prevalentes en la Atención Primaria” de la salud como forma de Orientación para la asistencia.

Se incluyen los Programas de Prevención para el Cáncer de Mama y de Cuello de Utero, el Plan Materno Infantil y el Examen de la Persona Sana por Sexo y Década de vida.

Esta reforma del PMO ha sido encarada de un modo participativo guiada por una línea política definida:

- .privilegiar la prevención
- .generalizar la estrategia de Atención Primaria
- .profundizar el criterio de equidad

El Plan Federal de Salud 2004-2007 establece una reforma del Modelo de Atención a través de la jerarquización y la acreditación de las acciones de promoción y prevención. Allí se determina la necesidad de elaborar un estudio para superar “la ausencia de información para establecer líneas de bases en algunos de los principales problemas de salud y factores de riesgo en la Argentina”.

En el año 2006 se publicó el resultado de la primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, que estableció un perfil de la situación de los principales determinantes del riesgo de enfermedades no transmisibles, incluyendo las lesiones intencionales y no intencionales. Su realización constituyó un importante desafío, permitiendo diseñar y evaluar con mayor precisión políticas a nivel nacional y provincial.

Los resultados más importantes incluyen:

#### Salud General

- ▀ El 80.1% de la población evaluó su salud como excelente, muy buena o buena.

#### Actividad Física

- ▀ El 46.2% de la población realiza un nivel bajo de actividad física. Peso corporal
- ▀ El 49.1% de la población presentó exceso de peso (34.5% sobrepeso y 14.6% obesidad).

#### Alimentación

- ▀ El 45.2% de la población agrega sal a las comidas. El 64.7% consume frutas y verduras al menos 5 días en la semana.

#### Presión arterial

- ▀ El 78.7% de la población se controló la presión arterial en los últimos dos años.

De estos, el 34.7% presentó presión arterial elevada en al menos una consulta.

## Colesterol

▀ El 56.8% de la población mayor de 20 años refirió haberse medido alguna vez el colesterol. El 27.9% de la población manifestó tener colesterol elevado.

## Diabetes

▀ El 69.3% de la población se controló la glucemia. La prevalencia de diabetes fue de 11.9%.

## Alcohol

▀ El consumo regular de riesgo fue de 9.6%. El consumo episódico excesivo (de fin de semana) fue de 10.1%, y fue más elevado en hombres jóvenes.

## Tabaco

▀ La prevalencia de tabaquismo es de 33.4% (18 a 64 años).

▀ El 56.4% de la población está expuesta en forma habitual al humo ambiental de tabaco.

▀ El 7.2% de los fumadores está dispuesto a dejar de fumar antes de un mes.

## Prevención de cáncer en la mujer

▀ El 42.7% de las mujeres (>40 años) se realizó mamografía y el 51.6% (>18 años) se realizó PAP en últimos dos años.

## Lesiones

▀ El 48% manifestó usar siempre el cinturón de seguridad, y el 8.7% el casco.

▀ El 9.8% tiene armas en su entorno. El 5.6% fue víctima y 9% testigo de robo a mano armada, y el 3.5% fue golpeado/a.

En el año 2007 a través de la resolución 806 se aprueban los planes de prevención que se aplicarán a los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, estableciéndose que la Superintendencia de Servicios de Salud debe intensificar las acciones dentro de su ámbito, ante la necesidad de fortalecer la prevención, la detección temprana, la terapéutica oportuna y la rehabilitación adecuada, implementando al efecto programas de prevención.

También considera: “Que la inversión en prevención, cuidado de la salud y promoción de hábitos saludables de vida es muy baja, si se la compara con el dinero que gastan los países en vías de desarrollo en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud; a pesar de lo cual, el gasto crece anualmente por encima

del crecimiento del PBI, sin que esto se vea acompañado por resultados alentadores.

Que los trabajos en la detección temprana de los factores de riesgo de enfermedades prevalentes no transmisibles y oncológicas ha fracasado, en general, por la baja adherencia de la población a este tipo de programas que producen resultados a largo plazo.

Que para el éxito de estos programas es necesario dar incentivos a todos los protagonistas para obtener resultados a la inversión, la que debe sostenerse en el tiempo, midiéndose los resultados que se van generando en períodos diferentes de acuerdo las características de cada uno de los programas.

Que cada uno de los programas que se enuncian tiene tiempos de cumplimiento diferentes, de acuerdo a la accesibilidad del programa por parte de la población objeto de estudio, debiendo respetarse las diferencias socioculturales para asegurar los resultados, así como consensuar que las mediciones siempre sean efectuadas tomando como base poblaciones testigos similares.

Que la implementación de los programas se debe efectuar por etapas, y en esta primera etapa se trata de involucrar poblaciones de Agentes del Seguro de Salud de diferentes características, con el objeto de promover la implementación de este modelo en Obras Sociales de más de un millón de beneficiarios, como en otras de menor envergadura poblacional pero con distribución territorial importante.

Que esa población beneficiaria, en esta primera etapa, representa un CINCUENTA Y OCHO POR CIENTO (58%) del total de los beneficiarios protegidos por el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Que la elección de los planes ha tenido sustento en la previa información de las gerencias técnicas del Organismo en cuanto a las patologías prevalentes y su incidencia en los costos y gastos en salud.”

A través del Art. 7° se autoriza a liquidar la suma de \$ 47.744.950 a cincuenta Obras Sociales de más de un millón de beneficiarios, como en otras de menor envergadura poblacional pero con distribución territorial importante, obligándolas a cumplimentar los mecanismos de información y transmisión de datos hacia la SSSalud, bajo apercibimiento de la revocación de los auxilios financieros otorgados, así como otras sanciones.

Los programas incluidos son:

- Programa de Prevención de Dislipemias
- Programa de Prevención y Detección precoz de la Diabetes
- Programa de Prevención de la Obesidad
- Programa de Prevención para la Hipertensión Arterial
- Programa de Prevención y Tratamiento Antitabaco
- Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino-  
Infección por HPV
- Programa de Prevención de Cáncer de Mama
- Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal

**Las metas generales de los programas preventivos son:**

1. Identificar necesidades y expectativas de la población beneficiaria.
2. Aumentar la accesibilidad a través de la disponibilidad de turnos para la Consulta Programada para brindar prestaciones preventivas.
3. Organizar y ofrecer la implementación de Programas para brindar la prestación de Servicios Preventivos de salud en base a las necesidades y expectativas de los beneficiarios.
4. Elaborar normativas a partir de los programas.
5. Efectuar la auditoría de la actividad prestacional, a través del monitoreo y seguimiento de las acciones efectuadas por cada uno de los Agentes del Seguro de Salud en cada uno de los Programas y Planes, utilizando como herramientas epidemiológicas los indicadores de proceso y resultado especificados en la Resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud.
6. Evaluar la satisfacción de los usuarios con la atención recibida.
7. Difundir a los beneficiarios y a la comunidad los alcances y contenidos de los programas a través de carteleras, puestos de información y página Web.

8. Realizar actividades de Educación para la Salud para los beneficiarios a través de folletos informativos, talleres, páginas Web, etc.

9. Evaluar el impacto de las intervenciones en los resultados sanitarios (indicadores epidemiológicos de base poblacional), de acuerdo a las especificaciones que la Superintendencia de Servicios de Salud imponga a los Agentes del Seguro de Salud para la recolección de la información, tanto de los programas en general como los referidos a cada uno de ellos en particular.

10. Los resultados obtenidos a través de los indicadores de desempeño tendrán como objetivo mejorar la calidad de atención de la salud, monitorear el cometido de los financiadores, identificar inadecuados desempeños para la protección de la salud de la población beneficiaria y para la correcta distribución de los recursos solidarios.

11. Los resultados obtenidos a través de los indicadores de resultado revelarán la calidad asistencial y prestacional, y su impacto sobre la detección y seguimiento de patologías.

La medición se realiza permanentemente y se monitorea auditando a cada prestador y financiador según tabla de eficiencia y eficacia.

Los Agentes del Seguro de Salud no tendrán obligación de dar cobertura de prácticas y tratamientos que no hayan demostrado efectividad clínica, ni que tampoco estén incluidos en el PMO.

Los profesionales y efectores que brinden estas prestaciones deberán estar debidamente acreditados ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

Los Agentes del Seguro de Salud que estén a cargo de la cobertura de los programas deberán llevar un registro de la población que se encuentre bajo los diferentes programas, y elevarán en forma trimestral, un informe sobre la evolución de los mismos a la Superintendencia de Servicios de Salud, quien además implementará los mecanismos de contralor necesarios.



En la actualidad y con la desafectación del Sr. Héctor Capaccioli al frente de la SSS, los mecanismos de control no se están llevando a cabo y la transmisión de datos de los distintos programas preventivos no se está exigiendo, por lo tanto no se está cumplimentando.

En el año 2009 se reglamenta por decreto 149 la Ley Nacional de Lucha Contra el Alcoholismo N° 24.788 promulgada 12 años antes, en marzo de 1997, creándose el Programa Nacional de Prevención y Lucha Contra el Consumo Excesivo de Alcohol. Se propone el dictado de las normas técnicas orientadas a las acciones asistenciales de atención primaria, y de rehabilitación referidas en la Ley N° 24.788 y las necesarias para el tratamiento del enfermo alcohólico de manera que las mismas formen parte del Plan Médico Obligatorio.

Además durante este año, por resolución 742 de la Ley de Obesidad N° 26.396, se incorpora al PMO la cobertura del tratamiento integral de los trastornos alimentarios, incluyendo tratamientos médicos, nutricionales, psicológicos, quirúrgicos y farmacológicos, declarándose de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios.

**Otros Programas emanados del Ministerio de Salud de la Nación son:**

Programa Argentina Saludable

Programa de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera

Programa Materno Infantil

Programa Nacional de Control de Tabaco

Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables

Programa Nacional de Inmunizaciones

Dirección de Sida y ETS

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación

Responsable

Prevención y Control de Trastornos alimentarios (Dentro de la Ley de Obesidad 26396)  
Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus  
Programa Nacional de Dengue  
Programa Nacional de Chagas  
Programa de Salud Escolar

**Programas del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires**

Programa de Prevención y Control del Tabaquismo  
Programa de Salud Integral del Adolescente  
Programa Adultos Mayores  
Programa Mirar y Prevenir  
Programa de Salud Visual

**También los Ministerios de Salud Provinciales desarrollan Programas Preventivos locales:**

**Provincia de Buenos Aires**

Programa Provincial Salud sin Humo  
Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético ( PRODIABA)  
Programa de Prevención de Epilepsia ( PROEPI )  
Programa de Prevención del Asma Infantil ( PROBAS )  
Programa de Prevención de Accidentes y Lesiones (PROPAL)

Programa de Prevención Genito-Mamario (PROGEMA)

Programa Provincial de Salud para la prevención para la violencia familiar y sexual y la asistencia a las víctimas.

Programa de Educación permanente en Salud y Seguridad en el trabajo

### **Provincia de Mendoza**

Programa Provincial de Detección Precoz del Hipotiroidismo y Fenilcetonuria

Programa de Prevención Cardiovascular

### **Provincia de San Luis**

Programa Preventivo Odontológicos

Programa Preventivos Primeros Años

### **Provincia de Córdoba**

Programa de Prevención y Asistencia al Maltrato Infanto- Juvenil

Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mamas por mamógrafos itinerantes

Programa de Prevención de Adicciones

Las **Aseguradoras del Riesgo de Trabajo** también implementan programas Preventivos relacionados con la actividad de las Empresas a las que brindan cobertura.

La mayoría de las **Empresas de Medicina Prepaga** se acoplan a la implementación de los programas preventivos emanados de la Resolución 806/2007, sumando otros programas locales y diversas acciones preventivas a

través de información en páginas web, implementación de campañas, jornadas de detección, información en sala de espera, folletos, etc.. Algunos ejemplos son:

OMINT: Prevención de Accidentes en el Hogar

SMG: Programa Embarazo Saludable

PMHA: Terapias grupales para tratamiento anti tabaco y obesidad / Prevención Odontológica

PLAN DE SALUD HOSPITAL ITALIANO: Actividades al aire libre / caminata

## EFICACIA EN PROPORCIÓN AL COSTO - RENTABILIDAD

Es de sentido común el aceptar que la prevención de las enfermedades ahorra dinero al sistema de salud y sufrimiento a la persona. Pero la satisfacción de abordar tareas de prevención se ve opacada por el dilema que suele plantearse a la hora de financiarlas.

Un reciente estudio de la Preventive Services Task Force de Estados Unidos nos dice que un programa que invierta solo 10 dólares por persona por año en programas comunitarios enfocados en la actividad física, la alimentación saludable y los programas de control del tabaco, le ahorraría al gobierno federal de los EE.UU. nada menos que 16 mil millones de dólares en solo 5 años. Eso representa un retorno de 5 dólares con 60 centavos por cada un dólar gastado. Esos programas preventivos comunitarios, podrían reducir la frecuencia de Diabetes tipo 2 e Hipertensión Arterial en 5% en solo 2 años; la frecuencia de Enfermedades Cardiovasculares y Renales en 5% en 5 años y de algunos tipos de cáncer y artritis en 2.5% en 10 a 20 años.

En Argentina, los diversos componentes del Sistema de Salud han realizado, desde hace varios años, estudios sobre el impacto de los Programas Preventivos y a colocarlos como uno de los ejes de la gestión.

Algunas Obras Sociales han comprometido a las empresas en las tareas de prevención, muchas de ellas analizaron que el exceso de peso, la carencia de actividad física, y el uso del tabaco están afectando la salud de sus empleados y por lo tanto la rentabilidad.

Algunas de estas empresas son:

- Motorola: ahorró \$3,93 por cada \$1 invertido con un Programa de Controles de Salud.
- Caterpillar: lleva a cabo un Programa de Vida Sana proyectando ahorrar \$700.000.000 al 2015.
- Johnson & Johnson: realiza diversas tareas preventivas, como “Días de Prevención” con ahorros anuales de \$224,66 por cada empleado.
- Cigna: refiere que con el Programa de Fomento de la Lactancia Materna ha disminuido el ausentismo y tiene un ahorro de 62% en farmacia.

Las técnicas de detección precoz deben ser eficaces en proporción a lo que cuestan, a fin de poder aplicarse en grandes poblaciones.

Los costos incluyen no sólo el gasto que implica la aplicación de la prueba, sino también el tiempo que estaría la persona ausente de su trabajo y las complicaciones posibles. Si la razón riesgo/beneficio es menos favorable, será útil dar información a los pacientes e incluir sus opiniones en el proceso de decisión.

Sin embargo, el consumo de alcohol y tabaco, la alimentación y el ejercicio, constituyen la mayor parte de los factores que influyen en las muertes que podrían evitarse con programas educativos - conductuales de bajo costo y alta eficacia.

En términos generales, los métodos de detección sistemática aplicados en los programas preventivos son más eficaces si se aplican a trastornos relativamente comunes que imponen a los pacientes y a los subsistemas de salud una gran carga patológica.

Uno de los objetivos principales de un Programa Preventivo es la detección temprana de un factor de riesgo o un trastorno en una etapa en que pueda ser corregido o curado. Por ejemplo, el pronóstico de muchos cánceres es mejor cuando se identifican en la fase premaligna o cuando aún son extirpables. Igualmente, la identificación oportuna de la hipertensión arterial y las dislipemias permite emprender intervenciones terapéuticas que aminoran el riesgo de enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares.

Sin embargo, la detección oportuna no influye obligadamente en la supervivencia (cáncer de pulmón y de próstata).

Las enfermedades con un largo período de latencia aumentan las posibles ventajas que ofrece la detección precoz (cáncer de cuello uterino y de colon). Por otra parte, la detección precoz es más difícil en casos de cáncer de mama en premenopáusicas, por el lapso relativamente breve entre la aparición de un cáncer circunscripto y la propagación de metástasis a ganglios regionales (aproximadamente 12 meses).

Los métodos de detección precoz se aplican antes y con mayor frecuencia, si se detecta un antecedente familiar importante.

Tampoco es una medida práctica aplicar todos los métodos posibles de detección poblacional.

Se utilizan diversos criterios de valoración para evaluar las ventajas de los Programas Preventivos:

- 1.- El número de sujetos sometidos a la detección, que altere las consecuencias del trastorno, en una persona.
- 2.-La trascendencia absoluta y relativa del Programa Preventivo en las consecuencias que tenga la enfermedad.
- 3.-El costo por año de vida salvado.
- 4.-Incremento en la esperanza promedio de vida de una población.

**Servicios clínicos preventivos para adultos con riesgo normal, recomendados en Estados Unidos por la U.S. Preventive Services Task Force.**

ESTUDIO /TRASTORNO	POBLACION EN AÑOS	FRECUENCIA
Tensión arterial, talla y peso	>18	Periódicamente
Colesterol	Varones >35 Mujeres >45	Cada 5 años Cada 5 años
Diabetes	>45 o antes, si no hay mas factores de riesgo	Cada 3 años
Frotis de Papanicolau	Antes de 3 años de haber comenzado la actividad sexual o entre los 21 y los 65 años	Cada 1 a 3 años
Detección de Chlamydia	Mujeres de 18 a 25 años	Cada 1 a 2 años
Mamografía	Mujeres mayores de 40 años	Cada 1 a 2 años
Cáncer colorrectal	>50	Cada año Cada 5 años Cada 10 años
Sangre oculta en MF, sigmoidoscopia o colonoscopia o dos de los métodos señalados		
Osteoporosis	Mujeres mayores de 65 años; están en riesgo las que tienen más de 60 años	Periódicamente
Consumo de alcohol	>18	Periódicamente
Visión y audición	>65	Periódicamente
Vacunación de adultos		
Tétanos-Difteria (Td)	>18	Cada 10 años
Varicela	Solo susceptibles >18	Dos dosis
Vacuna sarampión, parotiditis y rubeola	Mujeres en edad de procreación	Una dosis
Neumococos	>65	Una dosis
Gripe (influenza)	>50	Cada año

## CONCLUSION

En el año 2000 los 192 países miembros de las Naciones Unidas fijaron los objetivos del Desarrollo del Milenio. Estos ocho objetivos que se acordaron conseguir para el año 2015, son cuantificables mediante cuarenta y ocho indicadores concretos.

Los títulos de los ocho objetivos son:

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Lograr la enseñanza primaria universal
- Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
- Reducir la mortalidad infantil
- Mejorar la salud materna
- Combatir VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades
- Garantizar el sustento del medio ambiente
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Avanzar hacia el logro de estos objetivos, especialmente la reducción de mortalidad materna mortalidad infantil y la reducción de la morbilidad y mortalidad causada por las enfermedades transmisibles y no transmisibles debería ser una prioridad en los distintos sistemas de salud.

Las **Obras Sociales** y las **Empresas de Medicina Prepaga**, cubriendo a más del 50% de la población de Argentina, no pueden estar ajenas al esfuerzo que implicar cumplir con estos objetivos, a través de políticas sanitarias, estrategias y programas preventivos.

Desde la Auditoria Médica se pueden desarrollar diversas acciones:

- Establecer indicadores de salud de acuerdo a las características de los beneficiarios, que permitan definir cuáles son los programas preventivos a implementar.
- Conocer los costos directos e indirectos de dichas acciones.
- Asesorar al área financiera sobre la inversión más justificada por los resultados demostrados.
- Formulación y desarrollo de Guías de Práctica Clínica basadas en la Evidencia.



- Establecer los Recursos Humanos y los Recursos Físicos necesarios para la implementación de los programas.
- Promover programas de capacitación y educación médica continua.
- Realizar estudios de costo-efectividad y costo- eficiencia.
- Evaluar el impacto de las intervenciones en la salud de los beneficiarios a través de indicadores epidemiológicos.
- Evaluar la satisfacción de los beneficiarios participantes por la atención recibida.
- Difundir los alcances y contenidos de los programas.
- Realizar actividades de Educación para la Salud a los afiliados.

De los resultados obtenidos a través de los indicadores, se podrá evaluar la calidad de atención, monitorear los costos, identificar inadecuados desempeños en las tareas preventivas para la protección de la salud de la población beneficiaria.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 - Míguez Hugo A.; "Estrategias de Epidemiología Comunitaria - Centros de estudios locales (CEL) y Ventanas Epidemiológicas "  
Programa de Epidemiología - Buenos Aires 2002
- 2 – Harrison Tinsley R.; “Principios de Medicina Interna” – Tomo I / IV  
Mc Graw-Hill - 2007
- 3 – Salleras L.; Medicina Preventiva en la Asistencia Primaria  
Rev. San Hig Pub - 1987
- 4 – Hulley SH et al: Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women  
JAMA - 1998
- 5 – Saturno. J.P.;” Seminario sobre indicadores para el monitoreo de la calidad en el cuadro de mando de organizaciones sanitarias.”  
Universidad Austral - Septiembre 2004
- 6- Indicadores de Salud: “Elementos Básico para el análisis de Situación de Salud”.  
Boletín Epidemiológico OPS N° 4 - Diciembre 2001
- 7 – Lázaro P, De Mercado.; “Evaluación de Tecnología y Medicina Basada en la Evidencia”. Unidad de Investigación de Servicios de Salud. Subdirección General de Epidemiología e Información Sanitaria.  
Instituto Carlos III - 2001
- 8 – Organización Mundial de Salud. Hipertensión Arterial.  
Informe Técnico - OMS - 1978
- 9 – Gray M. Fowler G.; Preventive Medicine in General Practice.  
Oxford University Press - 1983
- 10 – Lemus J. D.; Salud Publica - Marco Conceptual e Instrumentos Operativos  
Editorial Kohan - Buenos Aires - 2001
- 11 – Lemus J.D.; Atención Primaria de la Salud: Nuevas dimensiones  
Prog. Nac. De Reforma de Atención Primaria de Salud en la Argentina  
Ed. ISALUD N° 3 - Buenos Aires - 2001
- 12 – Lemus J.D. Aragües y Oroz V.; Auditoria Medica: Un enfoque Sistemico  
ISBN 87 - 22058 - 0 – 9  
Editorial Kohan - Buenos Aires - 2005

**Sitios Web consultados:**

- [www.aap.org.ar/publicaciones](http://www.aap.org.ar/publicaciones)
- [www.sama.org.ar/publicaciones](http://www.sama.org.ar/publicaciones)
- [www.tercersector.org.ar](http://www.tercersector.org.ar)
- [www.fundaprev.org](http://www.fundaprev.org)
- [www.oms.org](http://www.oms.org)
- [www.ops.org](http://www.ops.org)
- [www.msal.org](http://www.msal.org)
- [www.infoleg.gov.ar](http://www.infoleg.gov.ar)
- [www.puntoprofesional.com](http://www.puntoprofesional.com)