

PROESA

PROGRAMAS DE ESTUDIOS EN SALUD

¿QUÉ PIENSAN LOS ARGENTINOS SOBRE LA SALUD?

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Prosanity Consulting

- Dr. Ernesto van der Kooy
- Dr. Adolfo Carril
- Dr. Hector Pezzella
- Lic. Alejandro Baldassarre

Poliarquía Consultores

- Lic. Eduardo Fidanza
- Dr. Daniel Lew



¿Qué piensan los argentinos sobre la salud? / Ernesto

van der Kooy ... [Et al.]. - 1a ed. - Ciudad

Autónoma de buenos aires : grupo uno, 2019.

142 P. ; 22 X 15 cm.

Isbn 978-987-3775-06-2

1. Medicina. 2. Salud pública. 3. Salud. I. Kooy, ernesto van der
Cdd 613

Prosanity Consulting

Directores, Dr. Adolfo Carril, Dr. Héctor Pezzella, Dr. Ernesto van der Kooy.



Poliarquía Consultores



Edición, diseño y producción: www.grupouno.com.ar

Queda hecho el depósito que dispone la ley 11.723

Todos los derechos reservados

Impreso en la Argentina, 2018

Este libro o cualquiera de sus partes no podrán ser reproducidos ni archivados en sistemas recuperables, ni transmitidos en ninguna forma o por ningún medio, ya sean mecánicos o electrónicos, fotocopiadoras, grabaciones o cualquier otro, sin el permiso previo de los editores.

**¿Qué piensan
los argentinos
sobre la Salud?**

CONTENIDO

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO	7
EQUIPO DE INVESTIGACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	13
ENCUESTAS REALIZADAS	19
ÍNDICE MENSUAL DE ESTRÉS Y HÁBITOS DE SUEÑO	21
CONOCIMIENTO E IMPORTANCIA ATRIBUIDA POR LOS ARGENTINOS A LA ALIMENTACIÓN	27
LUCES Y SOMBRAS DE LAS VACACIONES DE LOS ARGENTINOS	35
ANALISTA INVITADO DR. GUILLERMO CAPUYA	40
EL CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE LOS ARGENTINOS	49
TABAQUISMO EN LA ARGENTINA	59
ANALISTA INVITADO DR. ROBERTO CANAY	68
FACTORES DE ESTRÉS EN LA POBLACIÓN ARGENTINA	77
ANALISTA INVITADO DR. HUGO BARRIONUEVO	83
LA SALUD BUCAL DE LOS ARGENTINOS	91
ANALISTA INVITADO DR. CARLOS NAPOLI	99
CONOCIMIENTO E IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS VACUNAS POR LA POBLACION ARGENTINA	105
ANALISTA INVITADO DRA. CARLA VIZZOTTI	115
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA POBLACIÓN ARGENTINA	127
ACCESO DE LOS ARGENTINOS A LA ATENCIÓN SANITARIA	138
ANALISTA INVITADO DR. RUBÉN TORRES	145

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

En el año 2016, Prosanity Consulting y Poliarquía Consultores, establecieron un convenio de colaboración institucional (PROESA-Programa de Estudios en Salud) que se tradujo en investigaciones a nivel nacional sobre temas de salud, con el propósito de tomar conciencia sobre la percepción que tienen las personas, entre otros temas, sobre la accesibilidad y calidad de los servicios de salud públicos, privados y de la seguridad social.

En principio, el objetivo de este esfuerzo, era ayudar a la construcción de políticas de salud con información suministrada por el usuario final de los servicios. No obstante, se sumaron nuevas problemáticas y desafíos para la gestión de enfermedades, pero enfocados en su dimensión social.

Los mismos han tenido amplia repercusión, no solo en el sector de la Salud sino en la mayoría de los públicos interesados y vinculados por las distintas temáticas. Los resultados fueron reflejados en distintas notas realizadas por el periodismo gráfico, radial y televisivo (La Nación, Clarín, Radio Mitre, TN, Infobae, etc.).

La Universidad ISALUD entregó su Premio 2018 en la categoría Comunicación Institucional a este trabajo conjunto. Este reconocimiento de una Entidad de tanta importancia se plasmó con motivo de la XVII entrega de sus premios anuales a distintos referentes del ámbito de la Salud y el Desarrollo Social.

Listamos a continuación las investigaciones incluidas en esta publicación (correspondientes al período diciembre 2016 – julio 2018), que motivan la elaboración de este libro.

Las mismas han sido agrupadas por afinidad temática y en cada grupo un experto seleccionado realiza comentarios sobre cada uno de los temas tratados.

- Índice mensual de estrés y hábitos de sueño.
- Conocimiento e importancia atribuida por los argentinos a la alimentación.
- Luces y sombras de las vacaciones de los argentinos.
- Consumo de alcohol entre los argentinos.
- Tabaquismo en la argentina.
- Factores de estrés en la población argentina.

- La salud bucal de los argentinos.
- Conocimiento e importancia atribuida a las vacunas por la población argentina.
- Acceso a la atención médica en la población argentina.
- Acceso de los argentinos a la atención sanitaria.

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN



DR. ERNESTO VAN DER KOOIJ

Médico.

Especialista en administración de Establecimientos de Salud.

Master en Dirección de Empresas. Universidad del Salvador – Universidad de Deusto (España).

Presidente de Prosanity S.A. Consultora de Salud.

Profesor Titular de la Cátedra de Estudios de los Sistemas y Organizaciones Sanitarias – USAL – marzo 2013 a la fecha.

Trabajo como:

Profesor titular de la Cátedra Extracurricular de

Economía de la Salud de la Universidad del Salvador.

Presidente de Bristol Park.

Director del Hospital Municipal del Pilar.

Asesor del INSSJP.

Secretario de Salud y Acción Social. – Municipalidad del Pilar –

Interventor Nacional del PROFE.

Consultor del Banco Mundial. Pressal.

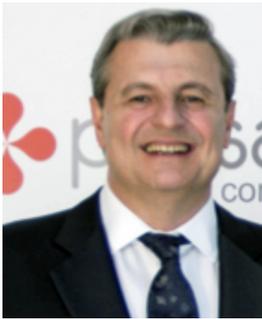


LIC. EDUARDO FIDANZA

Licenciado en Sociología en la Universidad de Buenos Aires. Se ha especializado en consultoría política y análisis social y de opinión pública. Realizó estudios de posgrado en España.

Actualmente es Director y socio de Poliarquía Consultores. Es columnista semanal del diario La Nación. Es miembro de número de la Academia Nacional de Periodismo y socio fundador de SAIMO (Sociedad Argentina de Investigación de Mercado y Opinión Pública) y de la sede Buenos Aires de WAPOR (Asociación Mundial para la

Investigación de Opinión Pública). Es consultor de algunos de los principales líderes políticos y dirigentes empresarios argentinos. Fue asesor del Gobierno nacional y del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires y profesor titular en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, donde creó una cátedra sobre el pensamiento sociológico de Max Weber, que impartió durante más de dos décadas. Ha publicado trabajos y artículos en revistas nacionales y extranjeras y participado en libros colectivos sobre temas de su especialidad.



DR. ADOLFO CARRIL

Médico.

Especialista en Medicina de trabajo. Universidad de Buenos Aires.

Vicepresidente de Prosanity Consulting S.A. Consultora de Salud.

Breve reseña de su actuación profesional en el campo de la Salud Pública en la Organización, Planeamiento, Conducción, Gestión de Entidades del Sector y en la Investigación aplicada:

Consultor de CONTECSA, Consultores Técnicos en Salud.

Director del Departamento de Medicina Laboral

y Seguridad Industrial de NEROLI SA.

Director de prestaciones Médicas de la Obra Social del Personal de Dirección de la Industria Metalúrgica.

Jefe Distrital del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

Director General de Clínica Independencia S.A.

Director General de AMID- SOS, empresa de atención médica domiciliaria y emergencias médicas.

Director Coordinador General de la Dirección de Ayuda Social del Congreso de la Nación.

Director General de la Obra Social del Personal de las Industrias Químicas y Petroquímicas.

Dirección General del Proyecto Sanatorio Güemes. Ciudad de Buenos Aires.

Director de Medicina Prepaga Hominis S.A.

Director de Duo Emergencias S.A.



DR. HÉCTOR PEZZELLA

Médico Cirujano Especialista (MAAC).

Especialista en Medicina del Trabajo.

Especialista en Salud Pública y Administración Hospitalaria.

Director Prosanity S.A. Consultora de Salud.

Profesor de la Cátedra de Estudios de los Sistemas y Organizaciones Sanitarias – USAL – marzo 2013 a la fecha

Trabajó como:

Profesor Titular de la Cátedra Extracurricular de Economía de la Salud. Universidad del Salvador.

Director del Sanatorio Güemes (CABA).

Director Médico de ADOS-Salto (BA).

Gerente de Prestaciones Médicas del I.N.S.S.J.P.

Jefe de Departamento de Programación del I.N.S.S.J.P.

Gerente Médico de la Clínica La Sagrada Familia (C.A.B.A.)

Director Médico-Administrativo del Instituto Dupuytren (C.A.B.A.)

Gerente de Prestaciones Médicas de M.I.M. (Medicina Integral Metropolitana).



LIC. ALEJANDRO BALDASSARRE

Lic. en Relaciones Públicas.

Magister en Administración de Servicios de Salud y Actual Doctorando en Psicología Social.

Es Responsable del Área de Desarrollo Organizacional y Educación de Prosanity Consulting y Presidente de MHM Sociedad Anónima.

Es Docente de Comunicación Institucional y Coordinador Académico del Programa de Posgrado en Gestión y Financiamiento de Sistemas y Servicios de Salud de la Facultad de

Medicina de la Universidad del Salvador (USAL).

Es Docente Titular de la materia Comunicación Organizacional de la Universidad ISALUD.

Ex Secretario y Coordinador del Consejo Académico de la Fundación para el Estudio de la Salud y la Seguridad Social (FESS).

Integrante de los equipos que recibieron el premio ISALUD en la categoría

Comunicación Institucional: la primera integrando el Consejo Editorial de la revista RSALUD en 2013, la segunda en 2017, por el PROESA (Programa de Estudios en Salud) realizado en forma conjunta por Prosanity Consulting y Poliarquía Consultores.

Es Co-Fundador de la SAPEM (Sociedad Argentina de Periodismo Médico-Asociación Médica Argentina) y Miembro Ilustre de la misma.



DR. DANIEL LEW

Médico.

Especialista en Medicina Familiar.

Especialista en Medicina Interna.

Médico del Staff del CEMIC.

Director de la Especialización en Medicina Familiar del Hospital Universitario Austral.

Post-grado de Negocios de Universidad Di Tella.

Post-grado "Building Shared Value in Healthcare" de la London School of Economics and Political Science.

INTRODUCCIÓN

Las Encuestas de Salud o estudios de prevalencia de problemas socio-sanitarios, son herramientas esenciales para la Planificación Sanitaria (sea a nivel Nacional, Regional, Municipal etc., tanto del sector público como de la Seguridad Social y el Sector Privado). La información que surge de ellas permite planear, tomar decisiones y también evaluar las políticas de salud que se aplican en los diferentes ámbitos. Conocer lo que las personas auto-perciben en relación a su estado de salud, a la calidad de los servicios sanitarios, sus hábitos de vida, creencias, conductas, opiniones, entre otros, permite a quien planifica, a partir de ese conocimiento, orientar en forma adecuada los programas y las acciones en función de la información recibida.

También los estudios de opinión pública permiten monitorear los programas de salud definidos desde la Autoridad Sanitaria o desde quienes, en la actividad privada o de la seguridad social, desean acreditar los desenlaces clínicos de los diversos procedimientos terapéuticos, preventivos o promocionales de las intervenciones ejecutadas.

Habitualmente y desde los diferentes Subsistemas del Sector de la Salud, se accede a múltiples informaciones sobre morbilidad, mortalidad, patologías prevalentes, tasas de uso de las diferentes prestaciones, etc., pero es escasa y muchas veces nula, la información que tenemos de la opinión sobre la salud, la enfermedad, el proceso asistencial, las creencias y la actitud, proveniente de los ciudadanos.

Solo preguntando a la población, quienes son los actores centrales de los esfuerzos sanitarios, sobre determinadas cuestiones, llegaremos a percibir e informarnos cuales son los ámbitos de actuación a seleccionar para mejorar la calidad de la Atención y actuar sobre la Promoción y Prevención de la salud así como sobre la Atención Sanitaria, identificando grupos de riesgo, anomalías de equidad, de accesibilidad, estilos de vida, factores predisponentes clínicos y sobre los determinantes sociales de la salud.

La realización en algún tema en particular de estas Encuestas en forma seriada, sirve además para analizar la evolución de determinadas variables en la población, como hacemos periódicamente con el índice de Stress (IME) y/o monitorear los resultados frente a determinadas acciones puestas en marcha.

García Ferrando define a una Encuesta como “una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación, mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características”.

Para Sierra Bravo, la observación por encuesta, consiste igualmente en la obtención de datos de interés sociológico mediante la interrogación a los miembros de la sociedad, “es el procedimiento sociológico de investigación más importante y el más empleado”, teniendo entre sus características, que la información se obtiene mediante una observación indirecta de los hechos, a través de las manifestaciones realizadas por los encuestados, que permite aplicaciones masivas que, mediante técnicas de muestreo adecuadas, pueden hacer extensivos los resultados a comunidades enteras, permitiendo la obtención de datos sobre una gran variedad de temas, y que la información se recoge de modo estandarizado mediante un cuestionario (instrucciones iguales para todos los sujetos, idéntica formulación de las preguntas, etc.), lo que permite realizar comparaciones intra-grupales.

La técnica de encuesta es ampliamente utilizada como procedimiento de investigación, ya que permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz. En el ámbito sanitario son de mucho interés las investigaciones realizadas utilizando esta técnica, sean encuestas de salud general, sobre temas específicos de salud, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, consumo de fármacos, hábitos higiénicos, hábitos alimentarios, actitudes frente a la vacunación y satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios, entre tantas otras de similar importancia.

También esta metodología permite determinar las prevalencias de condiciones clínicas que dependen de un “constructo social del discurso médico”, como la depresión, los trastornos por ansiedad, trastornos del sueño, migraña, fibromialgia, colon irritable, entre tantas otras. Cada una de ellas posee una forma estandarizada y validada para definir la existencia de la condición, por lo que estas herramientas se transforman en vitales a fin de conocer la carga de enfermedad a nivel social y los subgrupos más afectados.

Diversos Institutos a nivel internacional como el HINTS (Health Information National Trends Survey), monitorea los cambios que se producen en el escenario tan acelerado de las formas de comunicación en salud. Los datos de encuestas se utilizan para comprender cómo los

adultos usan los canales de comunicación para acceder a información documentada y creíble para sí mismos o para aquellos que tienen a su cuidado; esta información vital puede a su vez facilitar el trabajo de médicos y educadores para crear estrategias de comunicación en salud más efectivas.

También el Canadian Community Health Survey es un gigantesco emprendimiento que provee de estudios de corte seccional con estimaciones de factores relacionados al estatus de salud, utilización de servicios sanitarios y determinantes sociales de toda la población canadiense.

Uno de los componentes centrales de esta iniciativa, es el Canadian Health Measures Survey que recolecta información sobre la salud de los habitantes de todo Canadá. A través de entrevistas personales y la recolección de medidas físicas, se proveen de datos basales sobre indicadores de exposición ambiental, enfermedades crónicas, enfermedades infecciosas, entrenamiento y prácticas deportivas, estatus nutricional, así como de factores de riesgo y características de protección en todas estas áreas. Dentro de las medidas físicas incluyen a la altura, peso, presión sanguínea, medidas de función pulmonar, frecuencia de entrenamiento entre muchas otras.

El European Health Survey, es también un emprendimiento dividido en cuatro módulos que intenta describir el estatus de salud de la población, el uso de los servicios de salud, los determinantes sociales de la salud y las variables socio-económicas que sostienen a estos datos. Estos cuatro módulos cubren los siguientes tópicos:

- Variables demográficas, estatus socio-económico como sexo, edad, educación, estatus laboral.
- Estatus de salud como salud auto-percibida, morbilidad específica por condición clínica, limitaciones funcionales físicas y sensoriales.
- Uso de servicios de salud como hospitalizaciones, consultas, necesidades no cubiertas (unmet needs), uso de medicamentos y acciones preventivas.
- Determinantes de la salud como altura, peso, consumo de frutas y vegetales, consumo de tabaco, alcohol, etc.

Circunscribiéndonos al trabajo que realizamos desde hace más de un año entre ambas Empresas, se han realizado encuestas de frecuencia

mensual sobre las 40 principales ciudades del país. Hemos abordado una agenda de temas Sanitarios prioritarios, de amplio impacto e interés de la población, donde se pone de manifiesto que han versado sobre determinantes de salud, como factores de riesgo y estilos de vida, opiniones y creencias sobre situaciones relacionadas con la salud, uso de los servicios sanitarios, etc.

Desde la perspectiva del mundo académico, cabe destacarse la enorme presencia de producción científica sobre estos temas que son abordados por publicaciones médicas clásicas como el JAMA, The Lancet, BMJ y de revistas especializadas como el Journal of Health and Social Behavior, el American Journal of Health Promotion, American Journal of Lifestyle, American Journal of Medical Quality, entre tantos otros.

Esta producción académica tiene la potencia transformadora a partir de las preguntas que se realizan los investigadores y que intentan responder construyendo una base de conocimientos que luego tienen el potencial de transformar políticas de salud o cosmovisiones paradigmáticas sobre las que opera el sistema de salud como un todo.

Son aspectos bastante descuidados y poco estudiados en nuestro medio, el de la sociología y la antropología médica. En el primer caso, es el análisis de las organizaciones e instituciones médicas, las acciones e interacciones de los profesionales de la salud y los efectos sociales y culturales de las prácticas médicas. Este es un campo que interacciona comúnmente con la sociología del conocimiento y los estudios de la tecnología sanitaria y la epistemología social. Investigadores como Vilfredo Pareto, Talcott Parsons, Eduardo Menéndez, Bryan Turner han puesto interés sobre las experiencias cuanti-cualitativas de los pacientes entre los límites imprecisos de la salud pública, el trabajo social, la demografía y la teoría sociológica.

En el segundo caso, el de la antropología médica, que se encarga de la salud humana, los sistemas de atención y la adaptación biocultural, permite ingresar al universo de las prácticas populares y creencias que practican las poblaciones más allá del sistema médico hegemónico, así como a las investigación de los problemas creados por aquel en los últimos 40 años y que recientemente ha tomado dimensión como la problemática del sobrediagnóstico y sobretatamiento en la producción de nueva patología o en la generación de patología biológica existente, pero que no tendrá manifestación clínica a lo largo de una vida o de la vida de las poblaciones.

En este año y medio de trabajo, hemos realizado encuestas o trabajo

de corte seccional de tipo telefónico de manera que el ciudadano solo debe contestar a preguntas estandarizadas leídas por el encuestador. Sus ventajas son el ser más económicas, acortar el tiempo de realización del trabajo de campo, permitir acceder a zonas muy dispersas, llegar a grupos menos accesibles, etc.

Hemos trabajado siempre sobre la base de una identificación clara y precisa del objeto de interés a investigar, definiendo los objetivos generales perseguidos, y revisándose las diversas aportaciones teóricas que ya existen sobre el tema en nuestro país y en el extranjero.

Los cuestionarios, base de este tipo de investigación, se han hecho en base a preguntas cerradas de respuesta bi-opcional o con varias opciones de respuesta en las que se incluyen las distintas alternativas consideradas relevantes, iguales para todos los encuestados.

Se realizan preguntas de identificación anónimas (sexo, edad, nivel de estudios, cobertura de salud, e indagando sobre los determinantes sociales) colocadas al comienzo del cuestionario. Las preguntas del cuestionario pueden versar sobre cuestiones concretas o hechos objetivos, sobre intenciones, opiniones, nivel de información, actividades, aspiraciones, motivos y razones que han sido agrupados en unidades temáticas. El número de preguntas que soporta el formato de investigación telefónica oscila entre la cantidad de 10 a 20, dependiendo de la profundidad y extensión de las mismas.

Son encuestas realizadas a población mayor a 18 años, de tipo telefónica (IVR), con las características de ser estratificadas, polietápicas y aleatorias. También por cuotas de edad y por sexo para la selección del entrevistado.

Los tamaños de las muestras han oscilado entre 1226 y 2260 casos.

Los errores estadísticos entre 2,64 y 2,78% para un nivel de confianza del 95%.

Esta precisión de los métodos estadísticos para las ciencias sociales nos brinda la seguridad y robustez que requieren la metodología contemporánea. En el mundo actual la necesidad de uso y comprensión de estadísticas es esencial en múltiples profesiones y especialmente en el sector salud.

Los médicos se han acostumbrado al uso de estadísticas a partir del movimiento llamado "Evidence Based Medicine" que podríamos decir que dio inicio en el año 1992 a partir de una editorial del JAMA. Pero en el campo de la investigación social y en salud pública, el uso de las

estadísticas ha predominado desde el comienzo de los tiempos de estas ciencias.

La necesidad de definir con rigurosidad la pregunta central a investigar, el diseño, planificación, la estadística descriptiva y las inferencias que se desprenden de los números, representa todo un campo específico del conocimiento que requiere del expertise y el compromiso de todo un staff al servicio de la obtención de esa valorada y muchas veces, esquivada verdad social.

Los científicos sociales utilizan las estadísticas descriptivas e inferenciales para responder a los fenómenos sociales; por ejemplo: ¿los jóvenes menores de 30 años tienen un consumo de alcohol y tabaco en las que se muestren diferencias en los niveles educativos o regiones geográficas? ¿Cómo acceden a los servicios de salud las mujeres de los conurbanos que utilizan el servicio público? O ¿Qué demoras hay en la actualidad para obtener turnos quirúrgicos entre los múltiples sectores y prestadores del sistema de salud?

A fin de ganar precisión y evitar sesgos de selección, de perfil poblacional o geográficos o de hacer inferencias imprecisas, es necesario la aplicación de los métodos correctos que permitan una confianza sostenida y persistente en el método de investigación.

El uso de la estadística inferencial en la selección de muestras por los distintos estratos, permite determinar con cierta precisión, cómo la pregunta de investigación afecta al conjunto de la población a partir de tamaños muestrales relativamente pequeños; este salvoconducto estadístico es lo que facilita la aproximación a problemas de gran magnitud en las que de otras formas se necesitaría de grandes tamaños muestrales y prolongados períodos de investigación de campo empleando ingentes recursos a fin de poder responder la misma pregunta.

Está en nuestra expectativa, entregar un material novedoso en nuestro medio y que permite abrir y estimular al amplio abanico de preguntas y problemas del campo socio-sanitario argentino y de la región.

ENCUESTAS REALIZADAS

INDICE MENSUAL DE ESTRÉS Y HABITOS DE SUEÑO.

CONOCIMIENTO E IMPORTANCIA ATRIBUIDA POR LOS ARGENTINOS A LA ALIMENTACION.
LUCES Y SOMBRES DE LAS VACACIONES DE LOS ARGENTINOS.

ANALISTA INVITADO:

DR. GUILLERMO CAPUYA.

ÍNDICE MENSUAL DE ESTRÉS Y HÁBITOS DE SUEÑO

I. PRESENTACIÓN

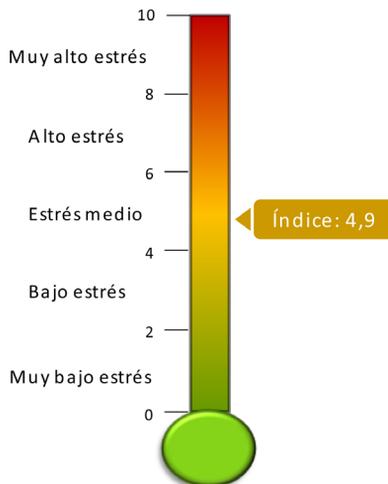
Poliarquía Consultores y Prosanity Consulting se han asociado para desarrollar un Programa de Estudios de Salud (Proesa) centrado en el seguimiento de los factores de estrés y la atención sanitaria. El programa se ejecutará mediante un sondeo de opinión mensual en las 40 principales ciudades del país, a implementarse a partir de enero de 2017. Con los resultados obtenidos se elaborará un Índice mensual de Estrés (IME) para medir la evolución de los principales factores de tensión que afligen a los argentinos. Junto al IME, el estudio sistemático proveerá información mensual sobre calidad de la atención, percepción del estado de salud, hábitos de prevención, accesibilidad y cobertura. El propósito de Poliarquía y Prosanity es elaborar una agenda de temas prioritarios para mejorar los hábitos de vida de la población y el desempeño del sistema sanitario.

II. ÍNDICE MENSUAL DE ESTRÉS (IME)

El IME de Poliarquía y Prosanity arroja un valor mensual en base a cinco indicadores. Tres de ellos se refieren a la capacidad de los individuos para manejar situaciones conflictivas, mientras los dos restantes están vinculados a la calidad del sueño y el nivel de nerviosismo. El IME varía entre 0 y 10, representando el 0 el mínimo nivel de estrés y el 10, el máximo.

La primera medición del IME, correspondiente a marzo, arrojó un valor de 4,9, ubicándose en la mitad de la escala para el total de la población, lo que indica que, en promedio, los argentinos tienen un nivel medio de estrés (Ver Gráfico N°1).

Gráfico N°1
Índice de estrés

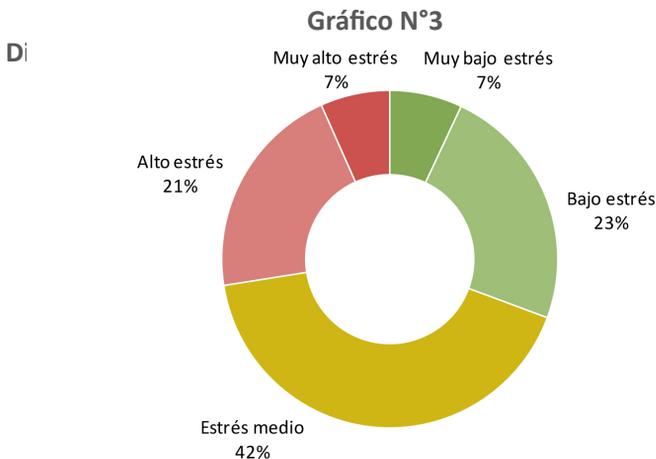


Sin embargo, dentro de esta homogeneidad, la investigación ha permitido detectar cuáles son los argentinos relativamente más estresados, según variables socio demográficas. Así, se registran valores más altos de estrés entre los menores de 30 años y entre la población que tiene estudios primarios. A la inversa, a mayor edad y nivel de estudios se observa una disminución del IME (Ver Gráfico N.º 2).

Gráfico N°2
Índice de estrés según edad y nivel educativo

	Valor IME (en puntos)
18 a 29	5,3
30 a 49	4,9
50 o más	4,7
Primario	5,4
Secundario	4,9
Terciario/Univ.	4,4

Traducido en términos porcentuales, el valor promedio del Índice indica la siguiente distribución del estrés entre los argentinos: el 27% registra un nivel de estrés alto o muy alto, el 42% un nivel medio y el 31% un nivel bajo o muy bajo (Ver Gráfico N° 3).



Como se afirmó, el estrés es mayor entre los jóvenes y la población con menor educación. Así, mientras que un tercio de los mayores de 50 años poseen bajo estrés, entre los menores de 30 ese valor se reduce a una cuarta parte. Estas diferencias se hacen más evidentes al analizar la información según nivel educativo: el 42% de la población con estudios terciarios y universitarios tiene bajo estrés, pero entre los de educación primaria ese valor desciende al 21% (Ver Gráficos Nros. 4 y 5).

Gráfico N°4

Distribución de los niveles de estrés en la población argentina según edad

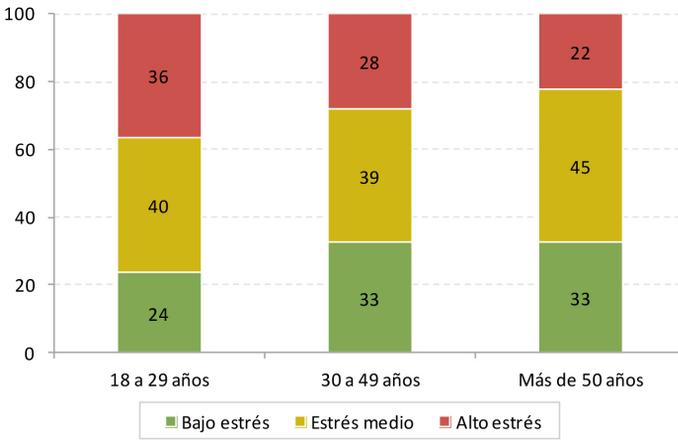
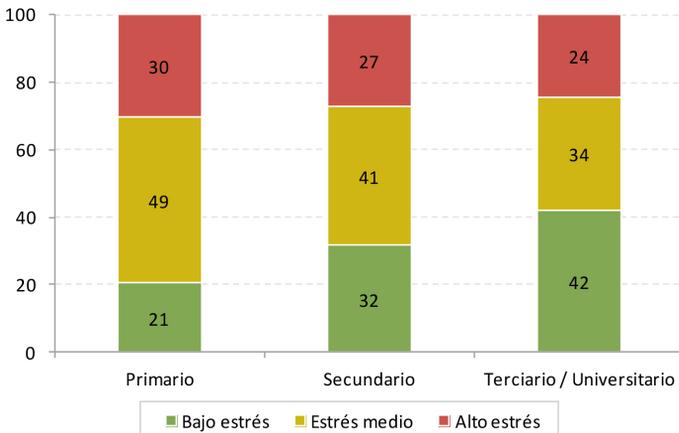


Gráfico N°5

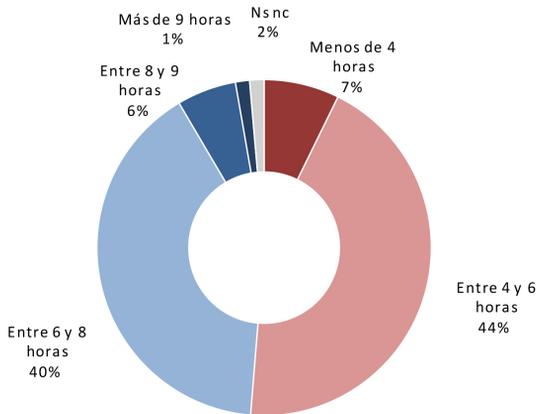
Distribución de los niveles de estrés en la población argentina según nivel educativo



III. HÁBITOS DE SUEÑO

El sondeo de Poliarquía y Prosanity muestra que el 51% de los argentinos duerme 6 horas o menos, valores que están por debajo de los recomendados por los especialistas para alcanzar un descanso reparador. En efecto, de acuerdo a los resultados, el 44% afirma que duerme entre 6 y 4 horas, mientras que el 7% declara que duerme menos de 4 horas. La tendencia a dormir pocas horas se intensifica en la población que tiene niveles altos de estrés. 7 de cada 10 personas que están en esa situación duermen 6 o menos horas. El resto de la población descansa las horas adecuadas o aún más: el 40% declara que duerme entre 6 y 8 horas y el 6% más de 8 horas (Ver Gráfico N.º 6).

Gráfico N°6
Distribución de las horas de sueño de la población argentina
“¿Cuántas horas duermes, por lo general, cada noche?”

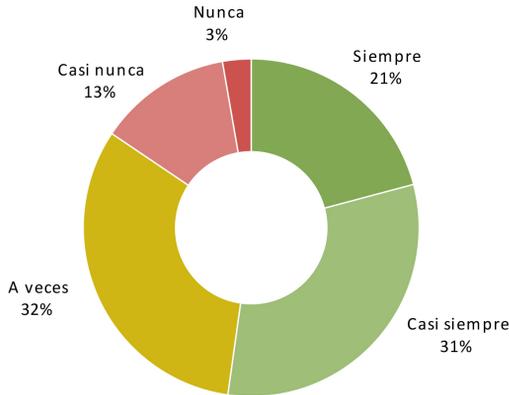


No obstante, el déficit de sueño, el 52% afirma que siempre o casi siempre percibe que las horas que ha dormido le resultan suficientes. Por el contrario, el 48% restante afirma que solo a veces, casi nunca, o nunca, las horas de descanso nocturno les resultan suficientes para recuperar las energías (Ver Gráfico N.º 7).

Gráfico N°7

Percepción acerca de si las horas de descanso son suficientes

“¿Con que frecuencia siente que la cantidad de horas dormidas por las noches son suficientes para el descanso que necesita?”

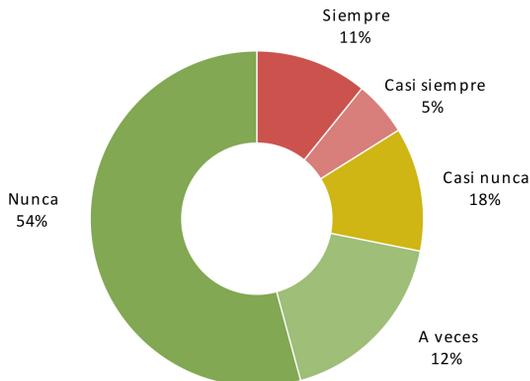


La investigación sobre hábitos de sueño indagó también acerca del consumo de medicación para inducir el sueño, recetada o de venta libre. Los resultados indican que el 46% de los argentinos recurre, con distinta frecuencia, a este tipo de prescripción para alcanzar o mantener el descanso nocturno. De este grupo, el 16% lo hace siempre o casi siempre, el 12% a veces y el 18% casi nunca. El recurso a la medicación para dormir varía significativamente según el nivel de estrés. Entre la población con bajo nivel de estrés menos del 10% toma medicación para dormir, en cambio, casi el 60% de los que poseen alto estrés utilizan este recurso (Ver Gráfico N.º 8).

Gráfico N°8

Frecuencia de ingesta de medicación para inducir el sueño

“¿En el último año, con qué frecuencia tuvo que tomar pastillas para dormir o relajantes, incluyendo a las de venta libre?”



FICHA TÉCNICA:

Universo: Población, mayor de 18 años.

Tipo de encuesta: Telefónica (IVR).

Características de la muestra: Estratificada, polietápica y aleatoria. Por cuotas de edad

y sexo para la selección del entrevistado.

Tamaño de la muestra: 1428 casos nacionales.

Error estadístico: +/- 2,65 % para un nivel de confianza del 95%.

Fecha del trabajo de campo: 10 y 11 de marzo de 2017.

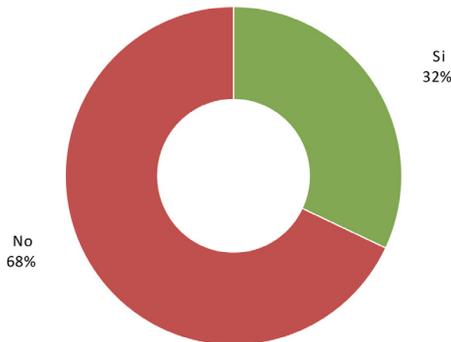
Empresa ejecutora: Poliarquía Consultores
en asociación con Prosanity Consulting.

CONOCIMIENTO E IMPORTANCIA ATRIBUIDA POR LOS ARGENTINOS A LA ALIMENTACIÓN

Continuando con el programa de estudios sobre salud (Proesa), las consultoras Poliarquía y Prosanity realizaron una investigación acerca del conocimiento y la importancia atribuida por la población a la ingesta de alimentos. El estudio se realizó a través de un sondeo de 1300 casos a nivel nacional a fines de julio de este año.

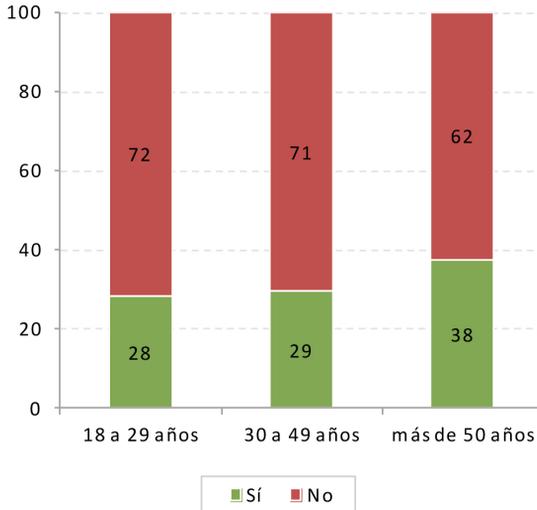
En primer lugar, se indagó sobre el conocimiento acerca de las Guías Alimentarias, elaboradas por el Ministerio de Salud de la Nación y dadas a conocer el año pasado. El resultado obtenido indica que sólo un tercio de los argentinos tiene noticia de la existencia de este material (Ver Gráfico N°1).

Gráfico N°1
Conocimiento de las guías alimentarias
“¿Escuchó hablar alguna vez sobre las guías alimentarias?”



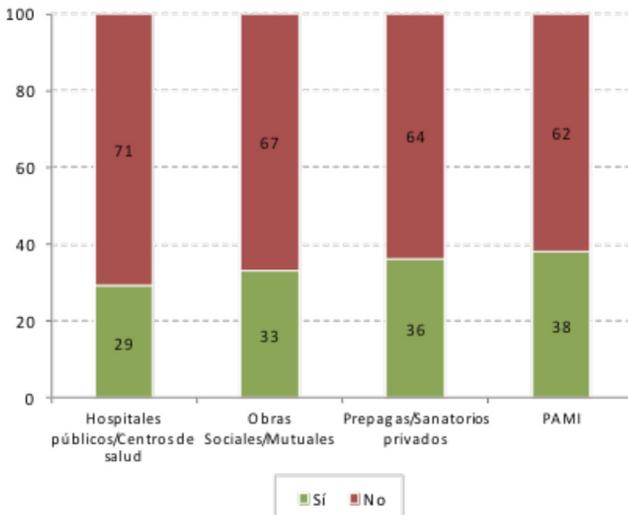
El conocimiento sobre las guías alimentarias no registra diferencias significativas por sexo, incrementándose levemente a medida que aumenta la edad de la población (Ver Gráfico N°2).

Gráfico N°2
Conocimiento de las guías alimentarias según edad
“¿Escuchó hablar alguna vez sobre las guías alimentarias?”



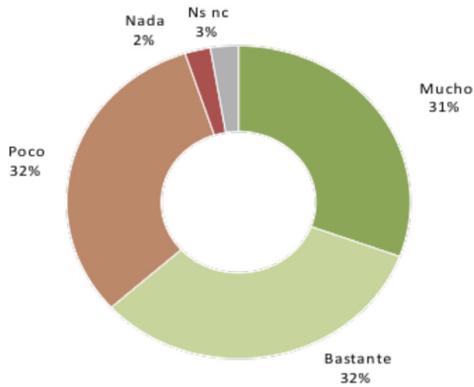
Si se considera la cobertura de salud, se observa un poco más de conocimiento entre la población que se atiende en prepagas y en PAMI, en comparación con quienes lo hacen en Obras Sociales y hospitales públicos (Ver Gráfico N° 3).

Gráfico N°3
Conocimiento de las guías alimentarias según cobertura de salud
“¿Escuchó hablar alguna vez sobre las guías alimentarias?”



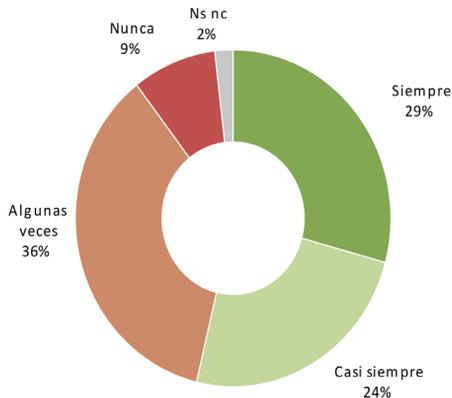
De los datos obtenidos se deduce que solo el 10% de los argentinos posee un conocimiento pormenorizado de las Guías Alimentarias. Esta conclusión surge del siguiente cálculo: tiene noticia sobre este material algo menos de un tercio de la población y de éste apenas un tercio declara conocer “mucho” las Guías (Ver Gráfico N° 4).

Gráfico N°4
Nivel de conocimiento de las guías alimentarias
“¿Usted diría que conoce mucho, bastante, poco o nada de las guías alimentarias?”



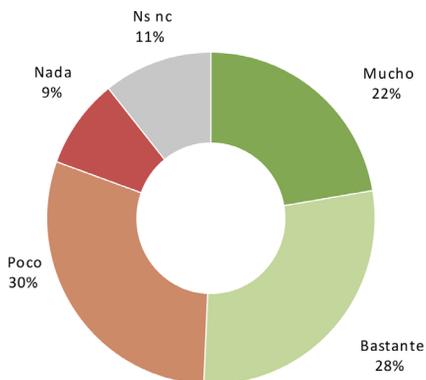
A la hora de comprar y consumir alimentos el 29% de los que conocen las Guías dice orientarse por ellas “siempre” y el 24% “casi siempre” (Ver Gráfico N°5).

Gráfico N°5
Nivel de uso de las guías alimentarias
“A la hora de comprar y consumir alimentos, ¿usted con qué frecuencia utiliza la información y los consejos de las guías alimentarias?”



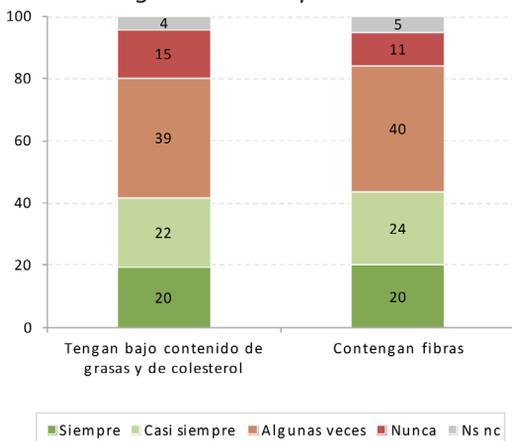
En este contexto de relativo desconocimiento de las orientaciones básicas de la alimentación saludable, no sorprende que 4 de cada 10 argentinos declare no tomar en cuenta su peso corporal a la hora de elegir alimentos, y 1 de cada 10 no se pronuncie sobre la cuestión (Ver Gráfico N°6).

Gráfico N°6
Influencia del peso en la elección de alimentos
“¿Cuánto diría que influye su peso actual a la hora de elegir los alimentos que va a consumir?”



La impresión de que entre los argentinos no está difundida la cultura de la alimentación saludable, se refuerza al constatar que más del 50% de la población declara que sólo “algunas veces” o “nunca” se preocupa por el nivel de colesterol y grasas cuando elige un alimento. Lo mismo sucede con los contenidos saludables: la mayoría no toma en cuenta la presencia de fibras en los alimentos que consume (Ver Gráfico N°7).

Gráfico N°7
Tipo de alimentos que intenta consumir
“A la hora de elegir los alimentos que va a consumir, ¿con qué frecuencia elige alimentos que...?”

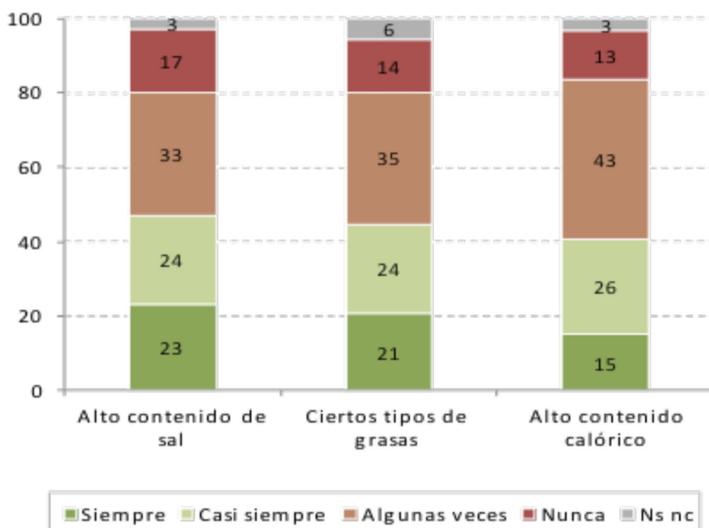


Cuando se indaga si determinados componentes perjudiciales para la salud contenidos en los alimentos llevan a evitar su consumo, se comprueba la alta proporción de población que permanece indiferente a los estragos de la mala alimentación. En efecto, el 50% no evita consumir por los altos contenidos de sal, el 49% por la presencia de ciertos tipos de grasas, y el 56% debido al alto contenido calórico (Ver Gráfico N°8).

Gráfico N°8

Tipo de alimentos que evita consumir

“A la hora de elegir los alimentos que va a consumir, ¿con que frecuencia evita consumir alimentos que tengan...?”



En contraposición a los hábitos de alimentación poco cuidadosos que practican, los argentinos son ampliamente conscientes de los serios perjuicios que tiene para la salud la mala alimentación. Eso induce la siguiente hipótesis: en Argentina se trasgreden las reglas de la alimentación por indolencia, antes que por desconocimiento de las consecuencias.

Así, el 61% afirma que los alimentos y bebidas muy azucarados influyen en el sobrepeso y la obesidad; el 64% dice que el exceso de kilos favorece la diabetes. Asimismo, el 78% está de acuerdo con que el consumo de tabaco potencia las enfermedades pulmonares y el 72% que atenta contra la salud cardiovascular futura. Por último, la población también establece una correlación negativa entre consumo de tabaco y cáncer:

el 71% sostiene que fumar influye mucho o bastante en el desarrollo de tumores malignos (Ver Gráficos Nros. 9, 10 y 11).

Gráfico N°9
Influencia de alimentos en el sobrepeso

“¿Usted cree que el consumo de bebidas azucaradas y productos ricos en azúcar influye mucho, bastante, poco o nada en el sobrepeso y obesidad?”

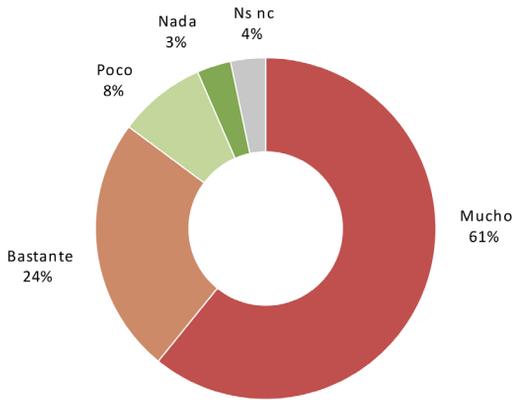


Gráfico N°10

Influencia del sobrepeso en el desarrollo de diabetes j

“¿Usted cree que el sobrepeso y la obesidad influye mucho, bastante, poco o nada en desarrollar diabetes en la vida adulta?”

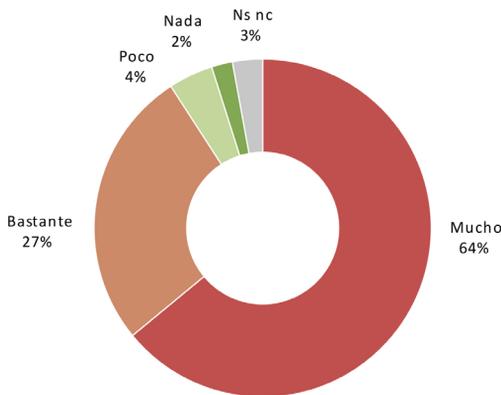
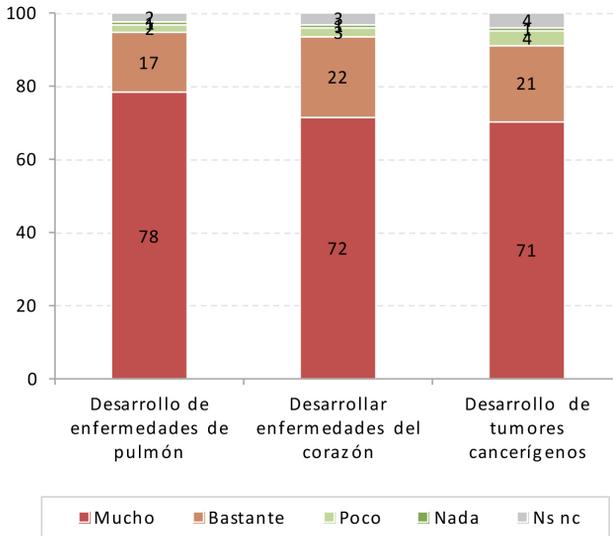


Gráfico N°11

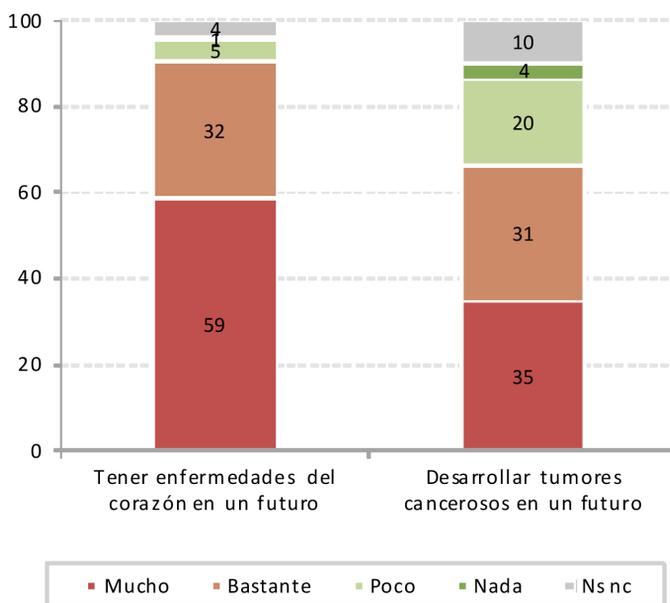
Influencia del consumo de cigarrillos en diferentes enfermedades
“¿Usted cree que el consumo de cigarrillos influye mucho, bastante, poco o nada en...?”



También es importante señalar que la correlación entre la mala alimentación y la aparición de enfermedades cardiovasculares y tumorales es claramente inferior a la que establece el público en comparación al consumo de tabaco. Las respuestas han sido un 59% de personas que respondieron que el tipo de alimentación influye mucho en la aparición de enfermedades del corazón, mientras que para el consumo de tabaco las respuestas asociativas fueron del 72%. También hay un registro significativamente inferior entre la asociación de enfermedades tumorales y el consumo de alimentos en términos comparados al consumo de tabaco; en el primer caso es del 35%, y en el segundo caso es del 71%. (Ver Gráfico Nro. 12).

Gráfico N°12

Influencia del consumo de cigarrillos en diferentes enfermedades
“¿Usted cree que el tipo de alimentación influye mucho, bastante, poco o nada en...?”



FICHA TÉCNICA:

Universo: Población, mayor de 18 años.

Tipo de encuesta: Telefónica (IVR).

Características de la muestra: Estratificada, polietápica y aleatoria. Por cuotas de edad y sexo para la selección del entrevistado.

Tamaño de la muestra: 1308 casos nacionales.

Error estadístico: +/- 2,75 % para un nivel de confianza del 95%.

Fecha del trabajo de campo: Del 28 de julio al 1º de agosto de 2017.

Empresa ejecutora: Poliarquía Consultores en asociación con Prosanity Consulting.

LUCES Y SOMBRAS DE LAS VACACIONES DE LOS ARGENTINOS

La imagen idealizada de las vacaciones, con su promesa de descanso y recuperación de fuerzas, no se plasma plenamente en los hechos a la luz de los resultados de una encuesta nacional realizada durante los primeros días de enero por las empresas Poliarquia y Prosanity.

El primer dato interesante que revela el estudio es que las vacaciones no son tan masivas como aparentan. Los centros turísticos del país y el exterior lucen colmados, pero los que lo llenan representan solo a la mitad de la población. En efecto, el 44% de los argentinos responde que no se toma vacaciones habitualmente, contra 45% que sí lo hace. En relación con el verano actual, el 46% afirmó a principio de año que pensaba tomarse vacaciones en algún momento entre enero y marzo, mientras que el 38% declaró que se quedará en su casa.

La estabilidad laboral resulta un factor clave a la hora de decidir el periodo de descanso. Del total de población que declara trabajar en relación de dependencia, el 75% se toma vacaciones, pero el 20% no lo hace. La falta de vacaciones se acentúa notablemente entre los que tienen empleos precarios o poco estables: en ese segmento ocupacional el 55% de los entrevistados afirma que no se toma vacaciones.

Si se considera la condición de ocupación, se observan también significativas diferencias a la hora de vacacionar. Según la encuesta de Poliarquia y Prosanity, el único sector ocupacional que se toma vacaciones masivamente son los empleados en relación de dependencia: el 65% declara que lo hace anualmente. Ese valor contrasta con los trabajadores autónomos, cuyas vacaciones alcanzan solo al 45%. Con menor periodo de descanso aún se ubican los estudiantes (41%), los jubilados (40%) y las amas de casa (28%). Los desocupados son, por último, el sector que menos descansa, a pesar de poseer de mayor tiempo disponible: casi 7 de cada 10 argentinos sin trabajo renuncia a las vacaciones.

Tomarse o no tomarse vacaciones está condicionado por el nivel socioeconómico de la población. Mientras que en los estratos más altos de ingresos y educación el descanso es un hecho normal y masivo, entre los menos pudientes resulta relativamente minoritario. Así, casi el 60% de los argentinos acomodados se toman vacaciones, mientras que solo lo hacen menos del 40% en los hogares en situación económica desventajosa.

El deseo de tomar vacaciones no equivale la concreción de las vacaciones. Los argentinos despliegan más expectativas de las

que realizan a la hora de pensar en el descanso. Este es el caso, particularmente, de los trabajadores autónomos, los estudiantes y las amas de casa, sectores cuya carga laboral es difícil de administrar. Ellos sueñan con tener más vacaciones de las que tienen.

Así como las vacaciones distan de ser masivas, tampoco existe unanimidad a la hora de valorar sus beneficios. De acuerdo al sondeo de Poliarquia y Prosanity, las vacaciones son buenas, pero con matices. Lo que más se reconoce de ellas es que provocan una desconexión con la cotidianeidad: el 34% afirma que esa desconexión es absoluta y otro 34% que es relativa. Pero un 27% de los argentinos no pueden desconectarse durante el periodo de descanso, se llevan los problemas a la playa o a la sierra sin lograr desentenderse de ellos.

Por último, se ha indagado acerca de si las vacaciones producen estrés en los individuos y en las familias. La respuesta mayoritaria es que no y la sostienen el 53% de los entrevistados. Del otro lado, sin embargo, el 37% asocia descanso anual con estrés, lo que confirma que una considerable masa de argentinos no suscribe la imagen edulcorada de las vacaciones.

Los argentinos que en mayor proporción se estresan con las vacaciones son los que tienen más de 50 y aquellos que poseen nivel educativo bajo. Sentirse desconectados y sin estrés durante el receso, el anhelo mayoritario, es en realidad un privilegio claramente segmentado que pueden darse, ante todo, los jóvenes que gozan de una posición socioeconómica desahogada.

Resumen de indicadores sobre las vacaciones

	 Si	 No
Tiene vacaciones reconocidas y pagas en el trabajo*	75%	20%
Habitualmente se toma vacaciones	45%	44%
Piensa tomarse vacaciones en el verano	46%	38%
Las vacaciones producen desconexión	68%	27%
Las vacaciones producen estrés	37%	53%

* Responden quienes trabajan en relación de dependencia, sea el empleo formal o informal. El resto responden todos los encuestados.

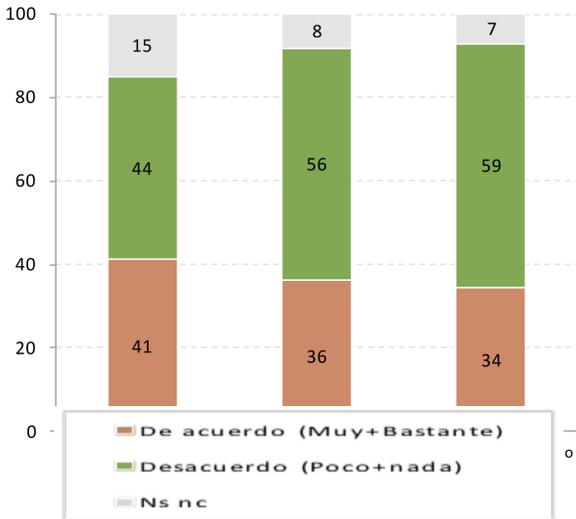
Los porcentajes no suman 100% porque no se cita el ns nc.

En síntesis, las vacaciones de los argentinos están surcadas por luces y sombras. Son las que pueden ser, en un país desigual y volátil. No una panacea, pero sí una oportunidad para alejarse de los problemas y recuperarse del cansancio, siempre y cuando la condición laboral y el bolsillo lo permitan.

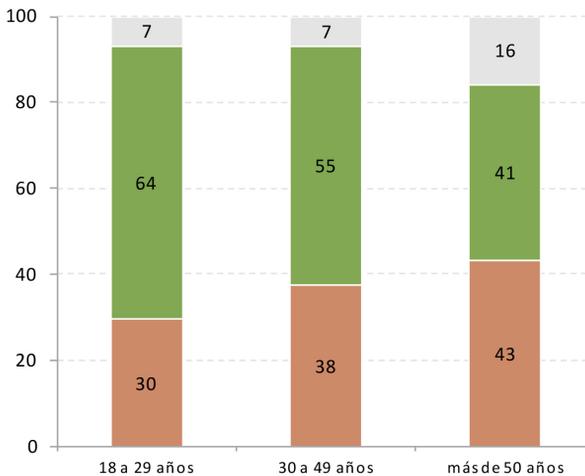
Percepción de las vacaciones entorno al estrés

“¿Usted está muy, bastante, poco o nada de acuerdo con la siguiente frase: ¿La organización de las vacaciones es un momento de estrés personal y familiar?”

Según nivel educativo



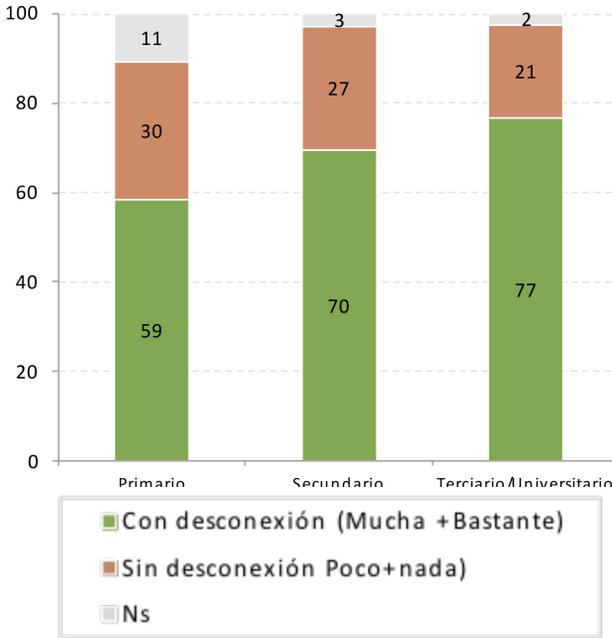
Según Edad



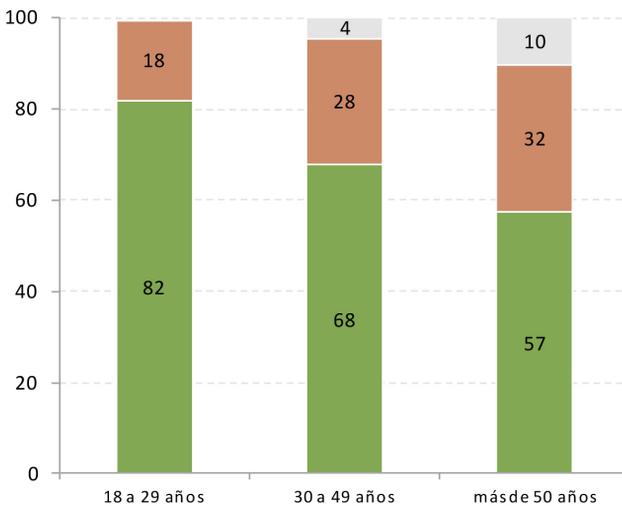
Percepción de desconexión en vacaciones

“¿Usted diría que las vacaciones le producen mucha, bastante, poca o ningún tipo de desconexión?”

Según nivel educativo



Según Edad



FICHA TÉCNICA:

Universo: Población, mayor de 18 años.

Tipo de encuesta: Telefónica (IVR).

Características de la muestra: Estratificada, polietápica y aleatoria. Por cuotas de edad y sexo para la selección del entrevistado.

Tamaño de la muestra: 1407 casos nacionales.

Error estadístico: +/- 2,66 % para un nivel de confianza del 95%.

Fecha del trabajo de campo: del 15 al 18 de diciembre de 2017.

Empresa ejecutora: Poliarquia Consultores en asociación con Prosanity Consulting.



ANALISTA INVITADO

Dr. Guillermo Capuya

*Médico egresado de Universidad de Buenos Aires UBA.
Especialista en Urología.*

Becado por concurso por la Sociedad Argentina de Urología al Detroit Medical Center en Michigan (USA) en 2002.

Miembro Honorario de la Sociedad Argentina de Urología y de la Confederación Americana de Urología.

Posgrados en:

Marketing Estratégico (Uces).

Comunicación Científica, Médica y Medio Ambiental (Universidad Pompeu Fabra de Barcelona).

Coordinador Académico del Posgrado "Comunicación Médica Centrada en el Paciente" de la Univ. Católica (UCA) y la Univ. Pompeu Fabra de Barcelona.

Conductor-columnista programas de TV y radio de temas médicos (C5N, Metro, Magazine, CN23, América, Radios: 10, Mitre y La Red).

Premio Héctor Bergier en Radio (2009) y en Televisión (2010). SAPEM y la Asociación Médica Argentina.

Premio a la Trayectoria. Otorgado por SAPEM y la Asociación Médica Argentina AMA .2011.

Premio Raíces a la Ciencia 2012.

Premio Raíces a la Trayectoria 2014.

Miembro Ilustre de la Soc. de Periodismo Médico de la Asociación Médica Argentina (AMA).

Diploma de Honor Valores Éticos.

Premio Trayectoria. Soc. Argentina de Urología.

Ganador de 5 premios MARTIN FIERRO (4 TV por Cable en Temas Médicos y mejor columnista médico en Radio).

COMENTARIOS:

HÁBITOS DE SUEÑO Y CONOCIMIENTO DE INGESTA DE ALIMENTOS.

Poliarquía Consultores y Prosanity Consulting se han asociado para desarrollar un Programa de Estudios de Salud (PROESA) centrado en el seguimiento de los factores de estrés y la atención sanitaria. También realizaron una Investigación acerca del conocimiento y la importancia atribuida por la población a la ingesta de alimentos.

El propósito es elaborar una agenda de temas prioritarios para mejorar los hábitos de vida de la población y el desempeño del sistema sanitario.

El IME (Índice Mensual de Estrés) arroja un valor mensual en base a cinco (5) indicadores. Tres de ellos se refieren a la capacidad de los individuos para manejar situaciones conflictivas, y los otros dos, vinculados a la calidad del sueño y el nivel de nerviosismo.

En la primera medición (en marzo de 2017) se indicó que los argentinos tienen un Nivel Medio de estrés (4,9).

Dentro de las personas más estresadas, se encuentran:

- ☑ Los menores de 30 años.
- ☑ Las personas con nivel de estudios primarios.

Es decir, que el IME disminuye a mayor edad y a mayor nivel de estudios de las personas.

En conclusión, en términos porcentuales, el 27 % registra un nivel de estrés alto o muy alto, el 42% un nivel medio y el 31% un nivel bajo o muy bajo.

En cuanto a los hábitos de sueño, el sondeo de Poliarquía y Prosanity muestra que el 51% de los argentinos duerme 6 horas o menos, valores que están por debajo de los recomendados por los especialistas para alcanzar un descanso reparador.

La tendencia a dormir pocas horas se intensifica en la población que tiene altos niveles de estrés.

El 40% de la población declara que duerme entre 6 y 8 horas y solo el 6% más de 8 horas.

El 46% de los argentinos recurre, con cierta frecuencia, a medicación

para inducir el sueño. Se relaciona con las personas que sufren altos niveles de estrés.

Según el Dr. Daniel Cardinali, médico, Investigador Superior del CONICET, Profesor Emérito de la Universidad de Buenos Aires, Director del Departamento de Docencia e Investigación, de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica Argentina, “El insomnio es el mal de este siglo. Se estima que antes del invento de la lámpara eléctrica por Edison el hombre dormía unas 3 horas más que en las condiciones actuales. Y a veces inadvertidamente el progreso de la tecnología nos aleja más y más de un sueño reparador.

Hemos reducido unas dos horas nuestro tiempo diario de sueño en los últimos 50 años, y son muchas las razones para la falta de sueño en nuestra sociedad de funcionamiento continuo. Entre ellas pueden citarse los tempranos horarios de la escuela o el trabajo, las programaciones de TV que desplazan más y más el “prime time” a horas avanzadas de la noche y el desproporcionado estrés cotidiano. Pero el principal factor precipitante ha sido el avance tecnológico a partir del desarrollo de la iluminación artificial de nuestra noche.

La tecnología nos ha desvinculado del día natural de 24 horas en la que nuestra especie evolucionó. Cuanto más iluminamos nuestras vidas, menos dormimos. El último Premio Nobel de Física se otorgó al desarrollo del LED azul, indispensable para obtener iluminación con muy bajo costo energético y económico. No existe hoy dispositivo electrónico (notebooks, smartphones, tablets) que no utilice esta luz, rica en la porción del espectro lumínico que más inhibe la secreción de melatonina, la señal que cada día “abre las puertas de nuestro sueño”.

Siempre existen opciones naturales que ayudan a conciliar el sueño. Una de las más recomendadas es la melatonina.

El triptófano es el aminoácido esencial precursor de la melatonina, que es justamente la hormona que segrega el cuerpo cuando ha llegado la hora de dormir. Para asegurarnos esta cobertura nutricional podemos cenar alimentos ricos en este aminoácido, como garbanzos, la fruta mango, avena y otros cereales integrales como el arroz. Y en lugar de sazonar con quesos rayados se puede espolvorear con semillas crudas o tostadas partidas como almendras, nueces, girasol o semillas de zapallo que además cumplen la doble función estratégica de ser naturalmente desparasitantes.

Si llevamos una alimentación lo más fresca y natural posible ayudaremos al intestino a recobrar rápidamente y mantener el equilibrio de su flora intestinal y eso fortalecerá inmediatamente todo el sistema inmunológico.

Los suplementos como la levadura de cerveza, el germen de trigo o los cereales integrales tienen gran cantidad de vitaminas del complejo B. Esto favorece enormemente al sistema nervioso y ayuda a equilibrar las funciones del sueño y la tranquilidad natural reemplaza al estado de ansiedad.

También la melatonina se puede conseguir en suplementos que no tienen efectos secundarios.

Los especialistas recomiendan apagar todas las luces al momento de irse a dormir, incluidos los aparatos de televisión, los teléfonos celulares y cualquier pantalla o fuente lumínica que pudiera impedir el buen descanso.

En cuanto a la investigación realizada por Poliarquía y Prosanity acerca del conocimiento y la importancia que le atribuye la población a la ingesta de alimentos, se supo que 4 de cada 10 argentinos no toman en cuenta su peso corporal a la hora de elegir qué comer y 1 de cada 10 no se pronuncia sobre este tema.

Solo un tercio de la población reveló estar al tanto sobre las Guías Alimentarias elaboradas por el Ministerio de Salud de la Nación.

Los mayores de 50 años declaran haber escuchado hablar de estas recomendaciones (62%), mientras que los más jóvenes, entre 18 y 29 años, son los que más las desconocen (72%).

En este estudio no hay diferencia de conocimiento por sexos.

Si se considera la cobertura de salud, hay un poco más de conocimiento entre la población que se atiende en Prepagas y PAMI, en comparación con quienes lo hacen en Obras Sociales y Hospitales Públicos.

En conclusión, solo un 10 por ciento de los argentinos posee un conocimiento pormenorizado de las Guías Alimentarias.

A la hora de comprar alimentos, el 29% de los que conocen las Guías se orientan con ellas.

La impresión de que entre los argentinos no está difundida la cultura de la alimentación saludable, se refuerza al constatar que más del 50% de la población declara que solo “algunas veces” o “nunca” se preocupa por el nivel de colesterol y grasas cuando elige un alimento. Igual ocurre con la presencia de fibras y también con la sal, cierto tipo de grasas y alto contenido calórico.

A pesar de los malos hábitos que practican, los argentinos son conscientes de los serios perjuicios que tiene la mala alimentación para

la salud. El 64% de la población reconoce que el exceso de kilos favorece la diabetes. El 78% dice conocer que el consumo de tabaco potencia las enfermedades pulmonares y el 72% revela que atenta contra la salud cardiovascular futura.

También establecen una correlación entre el consumo de tabaco y el cáncer: El 71% sostiene que fumar mucho o bastante influye en el desarrollo de tumores malignos.

Los argentinos creen que fumar puede producir enfermedades tumorales mucho más de lo que la mala alimentación puede provocar enfermedades cardiovasculares.

Los buenos hábitos a la hora de alimentarse son fundamentales para prevenir afecciones y vivir más y mejor.

Según las Guías alimentarias elaboradas por el Ministerio de Salud de la Nación, se recomienda:

1-

a. Incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos 30 minutos de actividad física.

b. Realizar 4 comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda y cena) incluir verduras, frutas, legumbres, cereales, leche, yogur o queso, huevos, carnes y aceites.

c. Realizar actividad física moderada continua o fraccionada todos los días para mantener una vida activa.

d. Comer tranquilo, en lo posible acompañado y moderar el tamaño de las porciones.

e. Elegir alimentos preparados en casa en lugar de procesados.

f. Mantener una vida activa, un peso adecuado y una alimentación saludable previene enfermedades.

2-

a. Tomar a diario 8 vasos de agua segura.

b. A lo largo del día beber al menos 2 litros de líquidos, sin azúcar, preferentemente agua.

c. No esperar a tener sed para hidratarse.

d. Para lavar los alimentos y cocinar, el agua debe ser segura.

3-

a. Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores. -Consumir al menos medio plato de verduras en el almuerzo, medio plato en la cena y 2 o 3 frutas por día.

b. Lavar las frutas y verduras con agua segura.

Las frutas y verduras de estación son más accesibles y de mejor calidad.

c. El consumo de frutas y verduras diario disminuye el riesgo de padecer obesidad, diabetes, cáncer de colon y enfermedades cardiovasculares.

4-

a. Reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.

b. Cocinar sin sal, limitar el agregado en las comidas y evitar el salero en la mesa.

c. Para reemplazar la sal utilizar condimentos de todo tipo (pimienta, perejil, ají, pimentón, orégano, etc.).

d. Los fiambres, embutidos y otros alimentos procesados (como caldos, sopas y conservas) contienen elevada cantidad de sodio, al elegirlos en la compra leer las etiquetas.

e. Disminuir el consumo de sal previene la hipertensión, enfermedades vasculares y renales, entre otras.

5-

a. Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal.

b. Limitar el consumo de golosinas, amasados de pastelería y productos de copetín (como palitos salados, papas fritas de paquete, etc.).

c. Limitar el consumo de bebidas azucaradas y la cantidad de azúcar agregada a infusiones.

d. Limitar el consumo de manteca, margarina, grasa animal y crema de leche.

e. Si se consumen, elegir porciones pequeñas y/o individuales. El consumo en exceso de estos alimentos predispone a la obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares, entre otras.

6-

a. Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados.

b. Incluir 3 porciones al día de leche, yogur o queso.

c. Al comprar mirar la fecha de vencimiento y elegirlos al final de la compra para mantener la cadena de frío.

d. Elegir quesos blandos antes que duros y aquellos que tengan menor contenido de grasas y sal.

e. Los alimentos de este grupo son fuente de calcio y necesarios en todas las edades.

7-

a. Al consumir carnes quitarle la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo.

b. La porción diaria de carne se representa por el tamaño de la palma de la mano.

c. Incorporar carnes con las siguientes frecuencias: pescado 2 o más veces por semana, otras carnes blancas 2 veces por semana y carnes rojas hasta 3 veces por semana.

d. Incluir hasta un huevo por día especialmente si no se consume la cantidad necesaria de carne.

e. Cocinar las carnes hasta que no queden partes rojas o rosadas en su interior previene las enfermedades transmitidas por alimentos.

8-

a. Consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca. - Combinar legumbres y cereales es una alternativa para reemplazar la carne en algunas comidas.

b. Entre las legumbres puede elegir arvejas, lentejas, soja, porotos y garbanzos y entre los cereales arroz integral, avena, maíz, trigo burgol, cebada y centeno, entre otros.

c. Al consumir papa o batata lavarlas adecuadamente antes de la cocción y cocinarlas con cáscara.

9-

- a. Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas.
- b. Utilizar dos cucharadas soperas al día de aceite crudo.
- c. Optar por otras formas de cocción antes que la fritura.
- d. En lo posible alternar aceites (como girasol, maíz, soja, girasol alto oleico, oliva y canola). - Utilizar al menos una vez por semana un puñado de frutas secas sin salar (maní, nueces, almendras, avellanas, castañas, etc.) o semillas sin salar (chía, girasol, sésamo, lino, etc.).
- e. El aceite crudo, las frutas secas y semillas aportan nutrientes esenciales.

10-

- a. El consumo de bebidas alcohólicas debe ser responsable. Los niños, adolescentes y mujeres embarazadas no deben consumirlas. Evitarlas siempre al conducir.
- b. Un consumo responsable en adultos es como máximo al día, dos medidas en el hombre y una en la mujer.
- c. El consumo no responsable de alcohol genera daños graves y riesgos para la salud.

ENCUESTAS REALIZADAS

EL CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE LOS ARGENTINOS

TABAQUISMO EN LA ARGENTINA

ANALISTA INVITADO:

DR. ROBERTO CANAY

EL CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE LOS ARGENTINOS

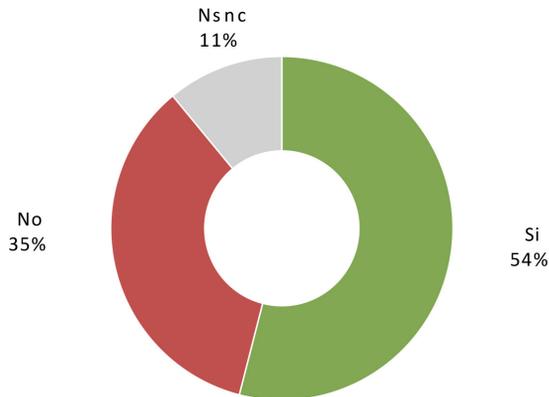
NIVELES DE CONSUMO DE ALCOHOL

De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta nacional sobre consumo de bebidas alcohólicas (BA) llevada a cabo por Poliarquía y Prosanity, el 54% de los argentinos afirma haber consumido bebidas de este tipo, al menos una vez en su vida, mientras que el 35% responde que nunca las ha probado.

Gráfico N°1

Consumo de BA al menos una vez en la vida

“¿Ha tomado usted alguna vez, aunque haya sido solo en una oportunidad, cualquier clase de bebida con alcohol?”



De acuerdo a la información obtenida, el consumo es una actitud arraigada, no esporádica, puesto que casi 9 de cada 10 personas que sostienen haber tomado bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, también lo han hecho durante en el último año, y más de dos tercios ha consumido durante la última semana.

Gráfico N°2
Consumo de BA el último año

“¿Durante los últimos 12 meses, ha Ud. consumido alguna bebida con alcohol ya sea vino, cerveza, licor o cualquier otro tipo de bebida alcohólica?”

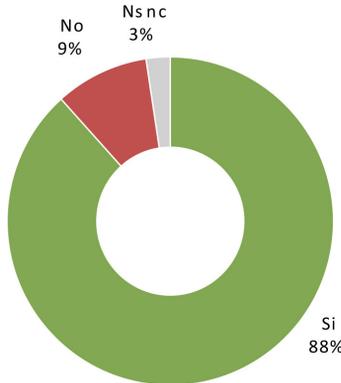
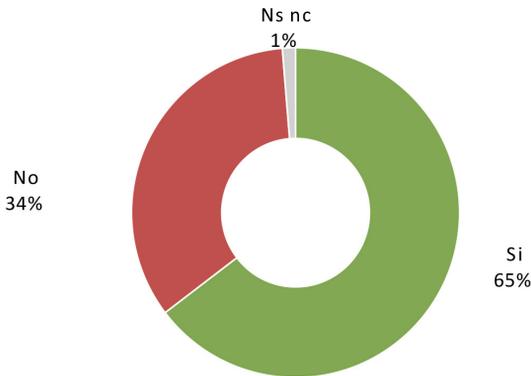


Gráfico N°3
Consumo de BA la última semana

“¿Considerando la última semana, ha Ud. consumido alguna bebida con alcohol como por ejemplo cerveza, vino, licor u otra?”



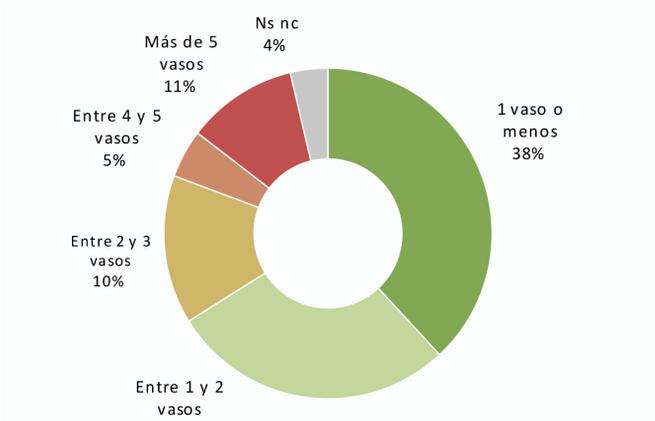
Específicamente, el estudio ha indagado la cantidad de copas o “tragos” de bebida consumidos por la población en los 7 días anteriores al relevamiento de datos. Los resultados indican que dos tercios habían bebido 2 o menos copas. Luego se observa una franja de 15% que consumieron entre 3 y 5, para culminar con un 11% que declara haber

bebido más de cinco tragos en la última semana. Respecto de este último porcentaje, el doctor Daniel Lew, a cargo del área de estudios de Salud de Poliarquía, comenta que “Ese dato es aún más preocupante que el obtenido en 2011 en la Encuesta Nacional de Salud y Uso de Drogas de los EE.UU., según la cual el 6,2% consumió más de 5 tragos la última semana, aproximadamente la mitad de la frecuencia verificada en la Argentina, según los datos de Poliarquía y Prosanity”.

Gráfico N°4

Cantidad de copas de BA consumidos la última semana

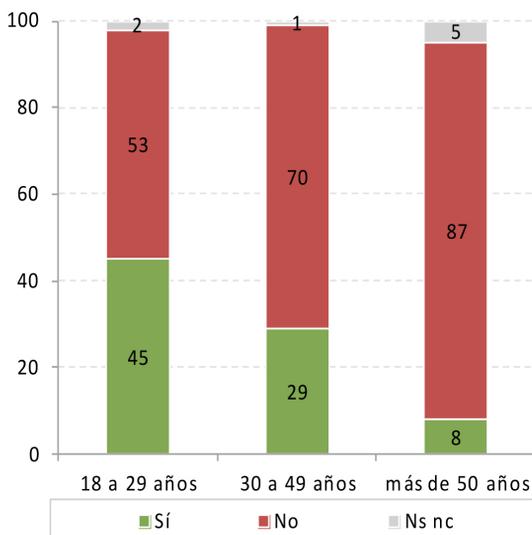
“Considerando los días que consumió alcohol la última semana, ¿Cuántos tragos o vasos de bebidas alcohólicas ha consumido usted en un día promedio?”



Entre las personas que admiten haber bebido alguna vez, el 60% dice que inició esta práctica antes de los 18 años, mientras que el 36% afirma haberlo hecho después de alcanzada la mayoría de edad.

Además del inicio temprano en el consumo de alcohol, la investigación de Poliarquía y Prosanity muestra que entre los jóvenes el consumo es más intenso. En efecto, del total de población que ha consumido el último año, el 28% admite haberlo hecho en exceso, pero esa cifra se eleva al 45% entre los menores de 30 años. Eso significa, de acuerdo al estudio, más de la mitad de los jóvenes argentinos reconoce haber consumido, y probablemente consume de manera habitual, dosis excesivas de bebida.

Gráfico N°5
Consumo excesivo de BA el último año según edad
“En los últimos 12 meses, ¿ha tomado alguna bebida con alcohol en exceso?”



Según los resultados obtenidos en la investigación, los principales motivos para beber son “el gusto o placer” y “el acompañamiento social”, que suman más del 75% de las razones esgrimidas por quienes consumen. La importancia otorgada a estas razones difiere claramente según la edad de los individuos. Entre los más jóvenes, predomina el acompañamiento social como justificación del consumo, mientras que a medida que aumenta la edad de los entrevistados, prevalecen el placer y el gusto. Beber para relajarse, que es la tercera razón más mencionada, aunque lejos de las dos principales, es asimismo un motivo invocado en mayor proporción por los jóvenes que por los adultos.

Por último, la investigación descarta que se beba para estimularse o por emulación o identificación con figuras públicas del espectáculo o la publicidad.

Cuadro N°6
Motivos para consumir BA según edad
“¿Cuál es la principal razón por las cuál usted consume bebidas con alcohol?”

	18 a 29 años	30 a 49 años	Más de 50 años
Por gusto o placer	32	48	49
Por razones de acompañamiento social	41	31	27
Para relajarse	13	6	4
Para estimularse	3	1	1
Por identificarse con personajes de las publicidades o el espectáculo	0	2	1
Otras	10	10	9
Ns nc	1	2	9
Total	100	100	100

IMAGEN SOCIAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL

A la luz de los datos obtenidos por el sondeo de Poliarquía y Prosanity, se concluye que los argentinos son severos para juzgar los efectos de las bebidas alcohólicas sobre la salud, descartándose que su ingesta pueda resultar beneficiosa como pretenden algunas campañas publicitarias.

En efecto, el 51% de los consultados considera que el alcohol no reporta ningún beneficio para la salud, mientras que el 40% afirma que genera “muchos problemas” y el 30% “bastantes problemas” en este campo. Esta opinión es homogénea entre los distintos estratos de la población, no registrando diferencias significativas según la edad, el sexo y el lugar de residencia de la población.

Gráfico N°7
Nivel de beneficio para la salud atribuido al consumo de BA
“¿Y usted considera que consumir bebidas alcohólicas puede generar mucho, bastante, poco o ningún beneficio a la salud?”

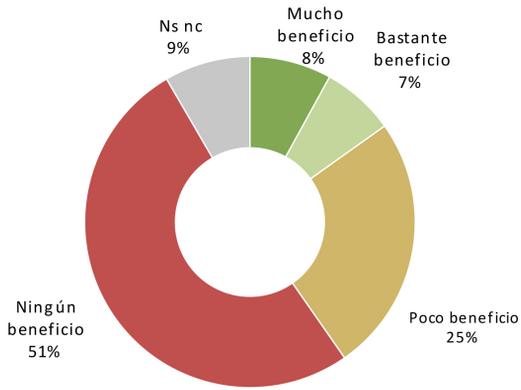
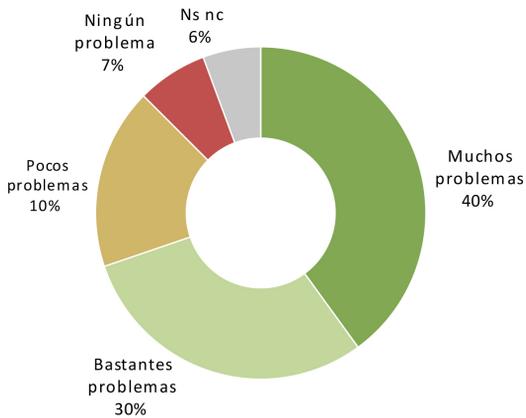


Gráfico N°8
Nivel de problemas para la salud atribuido al consumo de BA
“¿Usted considera que consumir bebidas alcohólicas puede generar muchos, bastantes, pocos o ningún problema a la salud?”



Si se comparan los efectos nocivos del cigarrillo con los del alcohol, las bebidas no salen bien paradas de acuerdo a la opinión pública. Los resultados obtenidos resultan contundentes en este punto: para el 10% la bebida tiene consecuencias peores que fumar, mientras que para el 45% fumar y beber son igualmente negativos. Solo el 10% de los entrevistados ha respondido que fumar tiene efectos más nocivos que tomar alcohol.

Por último, la investigación de Poliarquía y Prosanity ha permitido constatar que la mayoría de los argentinos considera que las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas no es un problema personal, sino que repercute en el conjunto de la sociedad. En efecto, más de dos de cada tres entrevistados opinaron que los estragos del alcohol exceden el límite de la vida personal para proyectar sus efectos nocivos al conjunto de la comunidad.

MEDIDAS EN RELACIÓN AL CONSUMO DE ALCOHOL

Consecuente con la importancia social asignada a la ingesta de bebidas alcohólicas, la amplia mayoría de la población está de acuerdo en impulsar medidas para mitigar sus efectos nocivos. El 75% se muestra muy o bastante de acuerdo con que se implementen restricciones o políticas especiales para limitar o desalentar el consumo. En el marco de este amplio consenso, se observa mayor deseo de control a medida que aumenta la edad de los entrevistados.

Indagados acerca de qué tipo de políticas deberían implementarse, dos cuartas partes de la población se inclinó en proporciones similares por dos medidas, una de carácter punitivo y la otra económica: aumentar las sanciones para los que se exceden en el consumo e incrementar los impuestos a las bebidas alcohólicas. El resto de las medidas sugeridas fueron: colocar advertencias sobre efectos nocivos, restringir la venta, e incrementar las restricciones a la publicidad.

Cuadro N°9
Medida considerada más eficaz para reducir del consumo de BA
“¿Cuál de las siguientes medidas cree que es la mejor para reducir el consumo de alcohol en la sociedad?”

	%
Aumentar las sanciones para aquellos que consumen de más	25
Aumentar los impuestos a las bebidas con alcohol	25
Colocar advertencias sobre los riesgos del consumo excesivo de alcohol	19
Aumentar las restricciones de venta	15
Aumentar las restricciones a la publicidad	9
Ns nc	7
Total	100

FICHA TÉCNICA:

Universo: Población, mayor de 18 años.

Tipo de encuesta: Telefónica (IVR).

Características de la muestra: Estratificada, polietápica y aleatoria. Por cuotas de edad y sexo para la selección del entrevistado.

Tamaño de la muestra: 1427 casos nacionales.

Error estadístico: +/- 2,64 % para un nivel de confianza del 95%.

Fecha del trabajo de campo: Del 2 al 4 de febrero de 2018.

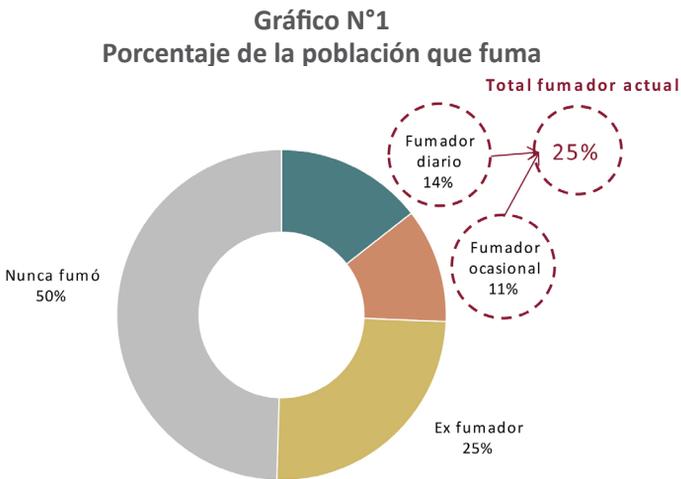
Empresa ejecutora: Poliarquía Consultores en asociación con Prosanity Consulting.

TABAQUISMO EN LA ARGENTINA

EL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN GENERAL

Poliarquía Consultores y Prosanity Consulting se han asociado para desarrollar un Programa de Estudios de Salud (PROESA) centrado en el seguimiento de los factores de estrés y la atención sanitaria. El programa se ejecuta mediante un sondeo de opinión mensual en las 40 principales ciudades del país, implementándose desde enero de 2017.

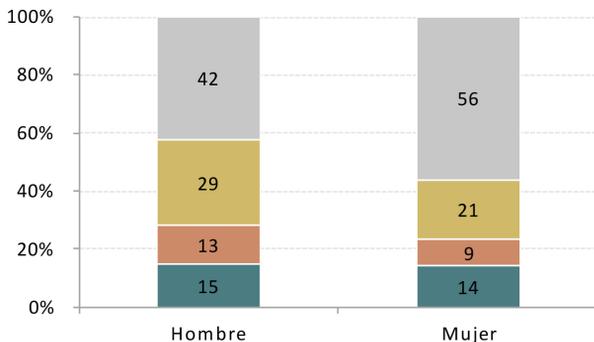
De acuerdo a la encuesta nacional de Poliarquía y Prosanity efectuada a fines de abril de 2018, uno de cada cuatro argentinos –mayores de 18 años- fuma en la actualidad. Conforman este grupo un 14%, que son fumadores diarios, y otro 11% que se declara fumador ocasional. Mientras tanto, la mitad de la población responde que nunca ha fumado.



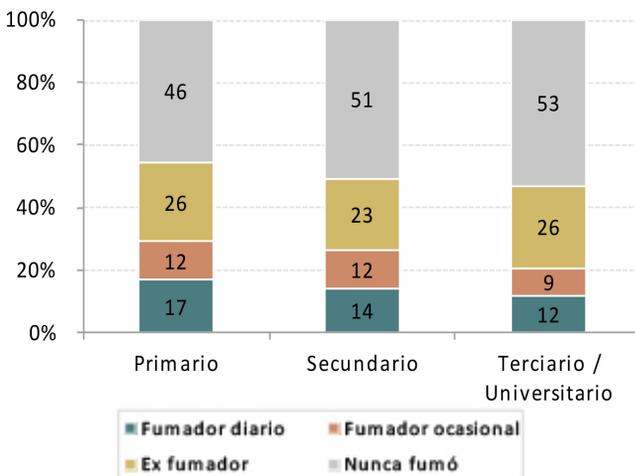
En términos generales se observa que, entre las mujeres y la población con mayor educación formal, el tabaquismo está menos extendido. En efecto, mientras que el 42% de los varones responde que nunca fumó, entre las mujeres ese valor asciende al 56%. Por su parte, el 53% de los que poseen estudios terciarios o universitarios declara no haber fumado nunca, contra el 42% de aquellos de condición educativa baja.

Gráfico N°2
Porcentaje de la población que fuma
Según segmentos sociodemográficos

Sexo

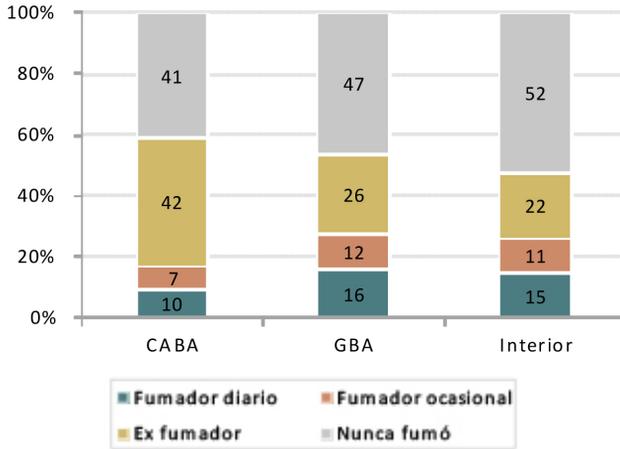


Educación



El lugar de residencia también resulta determinante del hábito de fumar. La investigación muestra que a medida que desciende el nivel de urbanización también decae la cantidad de fumadores. Así, declaran no haber fumado nunca el 52% de los habitantes del interior del país y el 47% en el GBA, mientras que ese valor desciende a 42% entre quienes se domicilian en la ciudad de Buenos Aires. En la capital se registra además la más alta proporción de ex fumadores.

Gráfico N°3
Porcentaje de la población que fuma
Según zona



Otro interesante hallazgo de la investigación de Poliarquía y Prosanity es que el hábito de fumar se inicia en edades muy tempranas. Los datos resultan contundentes: dos tercios de los fumadores actuales y el 55% de los ex fumadores, adquirieron esta conducta cuando tenían menos de 18 años.

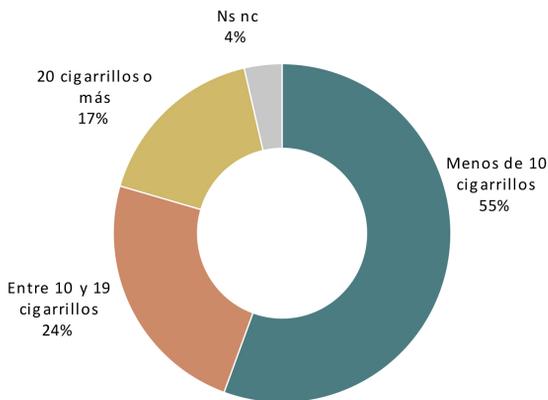
Tabla N°4
Edad en la que comenzó a fumar
“¿A qué edad comenzó a fumar cigarrillos?”

	Fumador	Ex fumador
Menos de 15 años	29	18
Entre 15 y 17 años	37	37
Entre 18 y 29 años	25	38
Entre 30 y 49 años	6	4
50 años o más	2	1
Ns nc	1	2
Total	100	100

CARACTERIZACIÓN DEL CONSUMO ENTRE FUMADORES

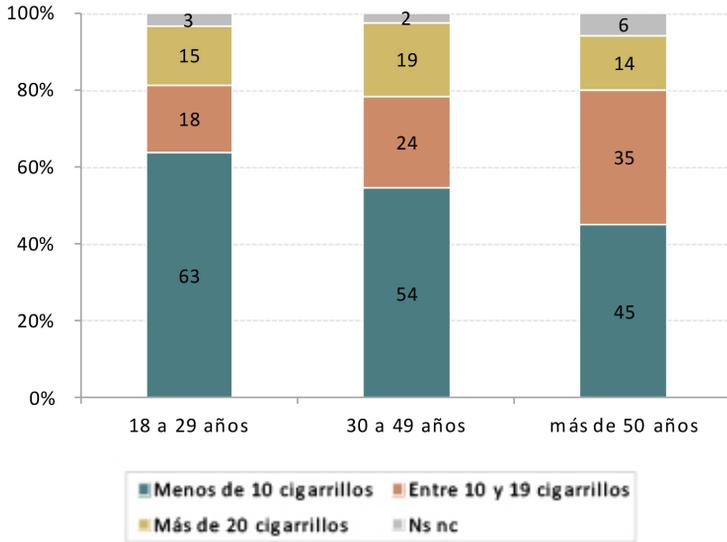
Considerando la población que posee el hábito de consumir tabaco, el estudio muestra que el 55% fuma menos de 10 cigarrillos por día, mientras que casi una cuarta parte de la población consume entre uno y dos atados por día. Más de 20 cigarrillos es la cuota diaria del 17% de los argentinos.

Gráfico N°5
Cantidad de cigarrillos diarios
“¿Cuántos cigarrillos diarios fuma Ud. en la actualidad?”



La cantidad de cigarrillos consumidos varía según sexo y edad. Las mujeres tienden a fumar menos cantidad que los varones, aunque la diferencia no es significativa. En cambio, la edad de la población determina una tendencia marcada: se fuma mayor cantidad a medida que se envejece. En efecto, mientras que el 63% de los menores de 30 años declara fumar menos de 10 cigarrillos, entre los mayores de 50 ese valor se reduce al 45%. En este grupo etario el 35% fuma entre 10 y 20 cigarrillos diarios, en tanto que ese consumo lo realiza menos del 20% entre los jóvenes.

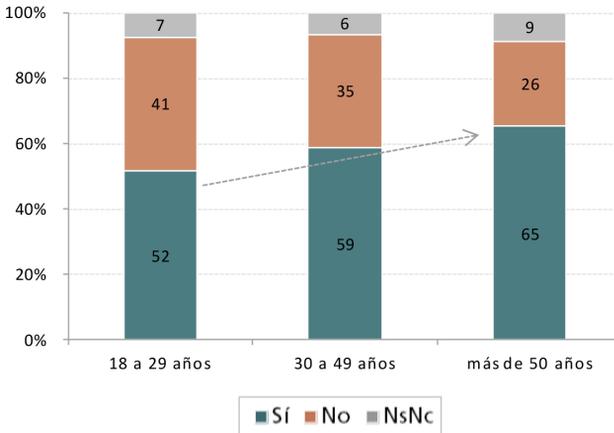
Gráfico N°6
Cantidad de cigarrillos diarios
Según edad



¿QUÉ HACEN LOS ARGENTINOS PARA DEJAR DE FUMAR?

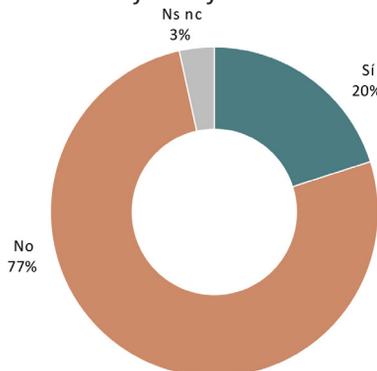
La investigación de Poliarquía y Prosanity revela asimismo que el 58% de los fumadores ha intentado abandonar alguna vez el hábito, contra el 35% que nunca se lo propuso. Es interesante observar que los mayores de 50 años, quienes fuman más cantidad, parecen tener noción del perjuicio del hábito para la salud, por cuanto se han empeñado en abandonarlo en una proporción mayor que los más jóvenes –aunque esto podría responder a un efecto del paso del tiempo. En efecto, más de dos tercios de los mayores confiesan haber intentado dejar, mientras que esa voluntad desciende a la mitad entre los menores de 30 años.

Gráfico N°7
Intención de dejar de fumar
“¿Alguna vez intentó dejar de fumar?”
Según edad



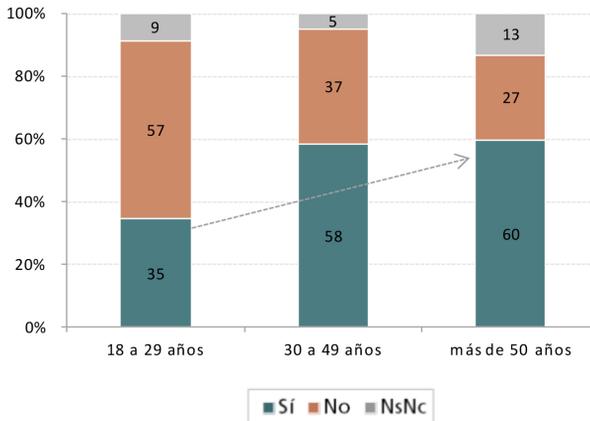
Tal vez uno de los principales hallazgos de esta investigación es que el intento de dejar de fumar se desarrolla por afuera del sistema de atención de la salud, basándose en el esfuerzo personal del fumador, que se desarrolla, en la mayoría de los casos, aparte del diagnóstico y el consejo médico. Esta conclusión se obtiene al constatar que casi el 80% de los fumadores que se propusieron abandonar el hábito no acudieron al consejo y supervisión de un médico o del sistema sanitario para afrontar ese difícil proceso. Esta conducta no registra, además, diferencias significativas según el tipo de cobertura sanitaria de la población, mostrando que responde a un perfil conductual del fumador en nuestra cultura.

Gráfico N°8
Solicitud de ayuda a un profesional para dejar de fumar
“¿Ha pedido ayuda a un profesional de la salud, es decir, un médico para dejar de fumar?”



Que los argentinos decidan dejar de fumar sin recurrir a profesionales, no significa que estos no les hayan dado el consejo de hacerlo. Según los datos recogidos, la mitad de los que emprendieron este camino recibieron la sugerencia de abandonar el tabaco. Esta indicación crece claramente de acuerdo a la edad de la población. Casi dos tercios de los mayores de 50 años han sido inducidos por médicos a dejar el cigarrillo, mientras que algo más de un tercio de los menores de 30 años recibieron esa recomendación –esto podría responder también a efecto del paso del tiempo o la minimización de los riesgos del hábito tabáquico en los jóvenes-.

Gráfico N°9
Recomendación médica para dejar de fumar
“¿Alguna vez un médico le ha aconsejado dejar de fumar cigarrillos?”
Según edad

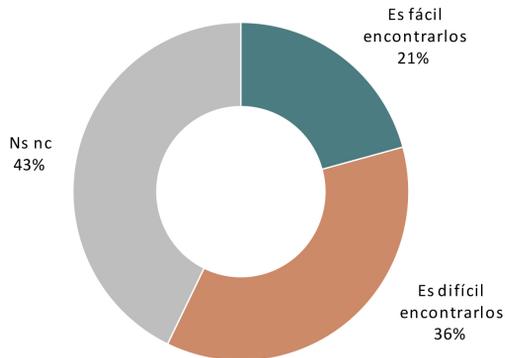


Acaso una explicación de la baja utilización de servicios médicos para abandonar el consumo de tabaco se explique por la dificultad para encontrarlos, tal como los fumadores manifiestan y que se observa en el siguiente gráfico.

Gráfico N°10

Facilidad para encontrar servicios médicos

“Algunas personas dicen que es fácil encontrar servicios médicos que orienten a quienes quieren dejar de fumar y otros creen que es difícil encontrar esos servicios médicos. ¿Usted qué cree?”



Base: Fumadores

La no concurrencia a los profesionales para dejar de fumar explica, asimismo, la bajísima utilización de recursos medicinales para este fin: apenas el 3% de los fumadores afirma haber utilizado medicaciones y el 6%, parches o chicles de nicotina. La conclusión, ya adelantada, es que los argentinos dejan de fumar sostenidos en su propio esfuerzo y convencimiento, pasando de etapas contemplativas a la acción de dejar el hábito tabáquico bajo el esfuerzo personal que sucede independientemente del sistema sanitario. Lo confirma una cifra contundente: 9 de cada 10 argentinos que lograron el objetivo no recurrieron a la medicina, ni a las ayudas farmacológicas que morigeran el síndrome de abstinencia que se produce al momento del abandono del consumo de tabaco.

CONCLUSIONES

- Las mujeres continúan teniendo menor exposición al consumo de tabaco que los hombres, a pesar del importante crecimiento en su participación en el mercado desde la década de 1960, en la que el consumo de tabaco representó una forma de “autonomía” y “empoderamiento” de las mujeres en Occidente.

- Un cuarto de la población argentina adulta es considerada consumidora activa del tabaco; coincidiendo este guarismo con los datos de la “Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovasculares”, llevada

a cabo, en su última versión, en el año 2013.

- El lugar de residencia y el nivel de urbanización impresionan como determinantes para ser o no fumador. Siendo el interior del país un enclave cultural de menor exposición al riesgo del tabaco.

- El estudio confirma que el hábito tabáquico comienza a edades muy tempranas (menores de 18 años y aún menores de 15 años). Este comienzo precoz también es marcador para poder transformarse en un ex fumador, siendo que aquellos que comenzaron en edades más tardías, tienen mayores probabilidades de abandonar el hábito tabáquico que aquellos que se han iniciado en edades muy tempranas. Este punto impresionante determinante a la hora de la definición de políticas públicas.

- La mayor parte de los fumadores desea quitarse el hábito tabáquico de sus rutinas.

- La población fumadora está desatendida por el sistema sanitario, dado que la mayor parte de los ex fumadores lo ha logrado por sus propios medios, no encontrando canales sanitarios para su atención.

- El tabaquismo activo y pasivo es responsable del 19% de las muertes prevenibles; esto significa que el hábito tabáquico es responsable de casi 1 de cada 5 personas fallecidas en el mundo.

- Enfrentar a este flagelo, requiere de múltiples intervenciones en todos los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria).

FICHA TÉCNICA:

Universo: Población, mayor de 18 años.

Tipo de encuesta: Telefónica (IVR).

Características de la muestra: Estratificada, polietápica y aleatoria. Por cuotas de edad y sexo para la selección del entrevistado.

Tamaño de la muestra: 2270 casos nacionales.

Error estadístico: +/- 2,1 % para un nivel de confianza del 95%.

Fecha del trabajo de campo: Del 20 al 24 de abril de 2018.

Empresa ejecutora: Poliarquía Consultores en asociación con Prosanity Consulting.



ANALISTA INVITADO:

Dr. Roberto Canay

Doctor en Psicología (Graduado Summa Cum Laude). Universidad del Salvador (2015). Especialista en Tratamiento Comunitario de las Adicciones. Universidad de Paraíba. Brasil (2014).

Magister en Salud Mental Comunitaria “Maestría per Salute Mentale di Base” Università’ Degli Studi Di Cagliari - Italia (2010).

Postgrado en Gobernabilidad y Gerencia Política, George Washington University, EEUU. Universidad de San Andrés, Argentina (2010).

Licenciado en Psicología, Universidad del Salvador (1989).

Miembro del Comité Científico de la Revista Científica “Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina”.

Jurado de las becas para investigación “Carrillo Oñativia” del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina) desde el año 2010.

Director del Instituto de Drogodependencias de la Universidad ISALUD “CEDROS”.

Profesor Titular de “Psicología Comunitaria” en la Universidad del Museo Social Argentino UMSA.

Profesor Titular en la Maestría en “Salud Mental y Patologías Prevalentes” de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (IUSAM).

Fue investigador del Programa de Epidemiología Psiquiátrica del CONICET.

Fue director del Observatorio de Adicciones del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2007-2015).

Subsecretario de prevención y tratamiento de SEDRONAR, Gobierno de la Rep. Argentina (2015-2019).

Autor de numerosos libros y artículos científicos sobre Salud Mental y Adicciones.

COMENTARIOS:

EL CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE LOS ARGENTINOS

Son muchos los ejes desde donde se puede abordar el estudio del alcohol y su consumo nocivo. Tanto es así, que actualmente el alcohol es la sustancia que posiblemente aglutine la mayor cantidad de trabajos científicos desde muy diversos ángulos. De todas maneras, esto no implica que socialmente se perciba el uso nocivo de alcohol como uno de los problemas más importantes en materia de sustancias psicoactivas. Es por este motivo, que estudios como los realizados por Poliarquía y Prosanity son de suma importancia tanto para las políticas públicas como para el campo académico.

La sociedad argentina diferencia con dificultad el abuso de alcohol del consumo de bebidas alcohólicas en general. El problema del abuso se desarrolla dentro de un ambiente tolerante siempre y cuando la dependencia no lo haga visible socialmente. Representa un campo de problemas ocultos al no ser generalmente visualizados como tales. Así, mientras el foco de la atención social está puesto en la temática del alcohólico (con sintomatología de adicto y signos de deterioro), el campo del abuso representa un espacio invisible justo en la puerta de entrada del problema de las sustancias psicoactivas. La mirada social se escandaliza frente a las manifestaciones del alcohólico o el adicto, pero es tolerante frente al abuso. Dado que es una droga legal, el nivel de alarma social hacia el consumo del alcohol es bajo, y los adultos generalmente son indiferentes a prácticas de consumo de niños, niñas y adolescentes que los perjudican. En este aspecto el estudio de Poliarquía y Prosanity destaca que un 40% de la población afirma que el consumo de alcohol, conlleva algún tipo de beneficio.

En las últimas décadas, el tradicional modelo de consumo mediterráneo de ingestión cotidiana de vino y vinculado a la alimentación cedió a la generalización de un consumo episódico o intermitente de fin de semana (cerveza, destilados y mezclas), por fuera de marco de la alimentación y de la situación familiar. Las pautas asociadas a las culturas de influencia anglosajona, con una ingestión patológica cercana al bebedor gamma o al alfa (Jellinek, 1960), introdujeron la problemática del alcoholómano que busca modificar vivencias o tensiones emocionales (Alonso, 1981).

Sobre este aspecto el informe arroja información muy valiosa, ya que destaca que el 11% de la población del país tuvo un consumo abusivo (cinco tragos o más) en la semana previa al relevamiento.

Este consumo episódico de fin de semana a partir de la década

del '70 se extendió especialmente entre los adolescentes. Según los estudios del Observatorio Argentino de Drogas, el abuso de alcohol es la problemática sociosanitaria que mayor impacto tiene en la morbimortalidad y su abordaje debe contemplar estrategias de intervención temprana, especialmente desde los centros de atención primaria. Las investigaciones indican que el 28% de los accidentes de tránsito y el 60% de las situaciones de violencia, están asociadas con el consumo de alcohol. A su vez, según los sistemas de vigilancia epidemiológica, es durante los fines de semana y es en la franja etárea de 15 a 24 años donde se encuentra la mayor prevalencia de este tipo de consumo. Sobre este aspecto el estudio indaga sobre la autopercepción del consumo excesivo, registrándose los valores más altos entre los 18 y los 29 años, con una prevalencia del 45%.

Es importante destacar que, respecto de las edades de inicio en el consumo, el último estudio nacional realizado por el Observatorio Argentino de Drogas publicado en el año 2018, destaca que la edad media de inicio son los 15 años.

En el continente americano, el alcohol es una de las sustancias psicoactivas más consumidas. Las tasas de uso varían enormemente entre los países, las poblaciones y los estratos sociodemográficos. Al respecto, datos de la encuesta del Sistema Interamericano de Datos Uniformes (SIDUC) indican que las tasas más altas de consumo de riesgo o nocivo ocurren entre los 16 y los 24 años de edad. Los resultados también muestran que entre el porcentaje de personas que consumen alcohol de forma regular, una gran parte son menores de 18 años que ya cumplen los criterios clínicos para el uso peligroso de alcohol. El consumo excesivo de alcohol y la dependencia también se asocian a una amplia variedad de conductas desadaptativas y de riesgo.

Por otra parte, aunque la mayoría de los adultos que consumen alcohol no sufren consecuencias negativas, la Organización Mundial de la Salud estima que el alcohol causa en todo el mundo el 3,2% de todas las muertes o 1,8 millones de muertes por año y representa el 4% de la carga mundial de muertes. La mayoría de estas muertes se deben a accidentes y lesiones relacionados con el alcohol.

Otro de los aspectos en los que el estudio describe información valiosa es sobre los motivos predominantes en el hecho de consumir alcohol. Si bien actualmente se habla de multicausalidad a la hora de hablar de motivos de consumo, se puede identificar el “gusto” y el “acompañamiento social” como los predominantes en todas las franjas etáreas.

Reducir el uso nocivo del alcohol es un compromiso que asumen fuertemente los Organismos Internacionales especializados, en este sentido existen grandes desafíos que se deben contemplar en los países, algunos de ellos son:

- a) Reforzar la cooperación internacional.
- b) Prestar la atención necesaria, tanto en el desarrollo de programas de prevención como de tratamientos.
- c) Equilibrar los distintos intereses especialmente los económicos, laborales y sociosanitarios.
- d) Centrarse en la equidad, ya que el impacto especialmente del abuso de bebidas alcohólicas a nivel poblacional es mucho mayor en las sociedades más pobres.
- e) Tener en cuenta el «contexto» al recomendar medidas.
- f) Mejorar los sistemas de información.

En el presente estudio se indaga también respecto de las medidas más adecuadas con el objetivo de mitigar o reducir el daño asociado al consumo de bebidas alcohólicas. En este aspecto, la mitad de la población encuestada remarca la necesidad de aumentar impuestos o sanciones, mientras que casi un 25% destaca la necesidad de restringir la publicidad y los puntos de venta. Todas estas opciones también son recomendadas por los Organismos Internacionales especializados.

Los responsables de las políticas públicas cuentan con una importante base de conocimientos científicos sobre la eficacia y la eficiencia de las estrategias y las intervenciones de prevención y reducción de los daños relacionados con el alcohol. Aunque mucha de esta evidencia proviene de países desarrollados, los resultados de metaanálisis y exámenes de los datos disponibles, aportan suficientes conocimientos para fundamentar las recomendaciones y guías de una política. Si la concientización es mayor, también es mayor la respuesta a nivel nacional, regional y mundial. No obstante, esas respuestas de política suelen ser fragmentarias y no siempre se corresponden con la magnitud del impacto en la salud y el desarrollo social.

Fortalecer los sistemas de información epidemiológica en este tema, es una prioridad para robustecer la evidencia que guíe las políticas públicas, punto que actualmente ya no está en discusión en ninguna parte del mundo. Por este motivo es fundamental continuar generando información como la elaborada por Poliarquía y Prosanity en un tema de clara relevancia como este.

EL CONSUMO DE TABACO ENTRE LOS ARGENTINOS

El relevamiento que realiza el estudio de Poliarquia / Prosanity respecto del consumo de tabaco, es fundamental ya que el tabaco es la principal causa previsible de mortalidad prematura en los países desarrollados y subdesarrollados; no sólo actúa de forma individual sobre el fumador, sino que ejerce un efecto global sobre la sociedad en general. El informe de Surgeon General de los Estados Unidos (1964), constituye una instancia a partir de la cual se acepta el indiscutible perjuicio que produce el tabaco sobre la salud, realizándose a partir de entonces multitud de estudios en diversos países que lo avalan (Hammond, 1964; Kalm, 1966; Rogot & Murray, 1980; Cederlof, Doll, Fowler, Friberg, Nelson & Vouk, 1969; Doll, 1976; Doll & Peto, 1981).

El tabaquismo es una problemática de salud muy particular y compleja, ya que los cigarrillos son objeto de demanda por los fumadores, forman parte de los hábitos sociales, constituyen bienes rentables objeto de un gran volumen de comercio y tanto su producción como su consumo forman parte de los recursos sociales y económicos de muchos países.

La morbilidad que produce el tabaquismo se asocia fundamentalmente a la producida por las enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diferentes neoplasias: Se estima que a este hábito le son atribuibles el 21% de todas las muertes por cardiopatía isquémica, el 82% de todas las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el 33% de la mortalidad por cáncer, destacando el de pulmón, atribuible en el 87% al tabaquismo (Zarizde, 1986; Peto, 1994; Surgeon General, 1989). Sin embargo, es necesario considerar que el impacto del tabaco varía de unas poblaciones a otras dependiendo de la prevalencia del hábito y de cada una de las enfermedades derivadas, según la fuerza de asociación con el factor de exposición.

Diversas neoplasias, enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares, así como afecciones respiratorias crónicas son las principales causas de muerte que enfrentan los fumadores. A ello se añaden varias causas perinatales que afectan al hijo de madre fumadora o expuesta al humo de tabaco ambiental (HTA), y las muertes y lesiones causadas por los incendios originados por cigarrillos. Los valores estimados de la mortalidad de adultos atribuible al consumo de tabaco en Argentina superan las 22 mil muertes anuales (MSAL, Argentina), representando en total 11.6% de todas las muertes de mayores de 35 años de edad. A pesar de que la mayoría de los fumadores se inicia antes de los 20 años de edad, la morbilidad, y sobre todo la mortalidad,

asociadas al tabaco son más claramente identificables a partir de los 35 años de edad (Samet, 2002).

En los datos relevados en el estudio nacional de Poliarquía y Prosanity (2018), uno de cada cuatro argentinos mayores de 18 años fuma, al día de realizado el estudio. Entre fumadores diarios y fumadores ocasionales los varones superan en prevalencia a las mujeres, 28% y 23% respectivamente. Siendo otro factor influyente en las prevalencias de consumo la residencia, declarando por ejemplo no haber fumado nunca el 52% de los habitantes del interior del país y 42% los habitantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Existe una tendencia creciente a un cambio en la distribución mundial del consumo de tabaco desde países desarrollados a países en desarrollo. Alrededor del 80% de las personas que fuman viven en países de ingreso medio o bajo (WHO, 1995). De la misma manera, aunque de las muertes atribuibles al tabaco en el año 2000, la mitad se produjo en el mundo en desarrollo, esa fracción pasará a ser del 70% en el 2030 si la tendencia actual se mantiene (Peto & López, 2001). La Argentina no escapa a esta corriente; la prevalencia de tabaquismo en Argentina se encuentra entre las más altas de Latinoamérica, según el estudio realizado por SEDRONAR (2017), la prevalencia de vida (porcentaje de la población que fumó alguna vez en su vida) en nuestro país es de 81% en población general (12 a 65 años).

El hábito suele comenzar en la adolescencia, muchos prueban los cigarrillos y sólo algunos se vuelven fumadores regulares (McAlister, Perry & Maccoby, 1979; Lichtenstein, 1982). De acuerdo a las estimaciones realizadas en Estados Unidos de América por los estudios citados, la mitad de los adolescentes que se convierten hoy en adictos al tabaco fumarán de 16 a 20 años antes de dejarlo (Pierce & Gilpin, 1996), y de los que fuman después de los 35, la mitad morirán de enfermedades relacionadas con el tabaquismo (Doll, Peto, Wheatley, Gray & Sutherland, 1994; Perez-Trullén, Rubio, Clemente & Marrón, 1999).

Desde los primeros momentos en que un joven fuma un cigarrillo, introduce dosis psicoactivas de nicotina, al mismo tiempo que aprende a asociar los beneficios psicológicos que le proporcionan los cigarrillos, y que fuma en un marco social concreto. Estas asociaciones le llevan a consumir tabaco siempre que se encuentre en estas situaciones o quiera alcanzar alguno de los efectos que en un momento obtuvo con el tabaco. Ello provoca un consumo repetido, que en un período más o menos largo, conllevará el desarrollo de tolerancia, así como dependencia física y psicológica (Clemente & Pérez - Trullén, 1997), ya

que, como ha sido descrito por varios autores, el carácter adictivo del tabaco no recae exclusivamente en la nicotina (Fowler, Volkow, Wang, Pappas Logan, McGregor, 1996).

El presente estudio nacional, destaca que dos tercios de los fumadores y el 55% de los exfumadores, adquirieron el hábito antes de los 18 años. Este inicio precoz, es determinante a la hora de conformar una adicción, ya que las personas que comenzaron a fumar a edades más tempranas, tienen menores posibilidades de abandonar el hábito tabáquico. Los datos que aporta la Organización Mundial de la Salud (WHO), confirman que el tabaquismo se inicia en los primeros años de la adolescencia. De los 1100 millones de fumadores que hay en el mundo hoy en día el 90% inició el hábito antes de los 19 años (WHO, 1996).

La exposición al humo ambiental de tabaco (ETS por sus siglas en inglés de Environmental Tobacco Smoke) o humo de segunda mano es un importante factor de riesgo prevenible de morbilidad y mortalidad (Aligne & Stoddard, 1997). Desde que la Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos (US Environmental Protection Agency, 1992) publicará un informe sobre los efectos del tabaco en la salud del fumador pasivo, son muchos los trabajos científicos que han corroborado esta afirmación, demostrando los diferentes efectos nocivos que produce a la exposición al tabaco.

Pero, la exposición al humo ambiental de tabaco también es un factor de riesgo para la iniciación en el consumo. Es decir que, dentro del hogar, el modelo de los padres o adultos de referencia y fuera el de los amigos, resultan ambos, un factor de riesgo considerable para el consumo de tabaco.

El Tabaquismo, ha sido definido como una “Enfermedad” e incluido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Código Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1994). La Asociación de Psiquiatras de Norteamérica, lo ha incluido en su Manual (DSM) en el capítulo de trastornos vinculados al consumo de sustancias psicoactivas. En el año 2000, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU, en su Guía de Práctica Clínica: Treating Tobacco Use and Dependence, ubica a la dependencia al consumo de tabaco como una Enfermedad Crónica:

“La dependencia al consumo de tabaco muestra muchas de las características de una enfermedad crónica. Son muy pocos los consumidores de tabaco que alcanzan una abstinencia permanente luego de un primer intento por dejar, la gran mayoría persiste consumiendo por muchos años y típicamente alternan en forma

cíclica múltiples períodos de remisión-recaída. El error de no apreciar la naturaleza crónica de la dependencia al consumo de tabaco, es una de las razones por las cuales los médicos fallan en el tratamiento de esta afección y pierden motivación para tratarla". (p. 54)

La adicción a la nicotina constituye el principal factor responsable de que las personas sigan fumando (WHO, 1998). Según criterios del DSM IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995). Adicción o dependencia de una sustancia se define como la presencia de tres o más de las siguientes circunstancias durante el mismo año:

- Tolerancia al consumo.
- Abstinencia ante la falta de consumo.
- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- Deseo persistente y tentativas fracasadas de reducir o controlar el uso de una sustancia.
- Gran cantidad de tiempo dedicado a actividades destinadas a obtener una sustancia.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- El uso de una sustancia persiste a pesar de conocerse el problema físico o psicológico continuo o recurrente que esta pueda causar o acentuar.

Finalmente, otro de los puntos que el estudio elaborado por Prosanity y Poliarquía pone de manifiesto, es que la mayor parte de los fumadores, desea dejar de fumar. Y que el sistema de salud, actualmente no encuentra estrategias o canales adecuados para atender a esta población.

Con estos resultados y con la evidencia recogida hasta el momento, es para destacar la necesidad de fortalecer la red sanitaria, seguir avanzando en sistemas regulatorios y fortalecer las estrategias preventivas; para poder seguir avanzando en la búsqueda de una sociedad "libre de humo".

ENCUESTAS REALIZADAS
FACTORES DE ESTRÉS EN LA POBLACIÓN ARGENTINA

ANALISTA INVITADO:

DR. HUGO BARRIONUEVO

FACTORES DE ESTRÉS EN LA POBLACIÓN ARGENTINA

I. CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO

Poliarquía Consultores y Prosanity se han asociado para desarrollar un Programa de Estudios de Salud (PROESA) centrado en el seguimiento de los factores de estrés y la atención sanitaria. El programa se ejecutará mediante un sondeo de opinión mensual en las 40 principales ciudades del país, a implementarse a partir de enero de 2017. Con los resultados obtenidos se elaborará un Índice mensual de Estrés (IME) para medir la evolución de los principales factores de tensión que afligen a los argentinos. Junto al IME, el estudio sistemático proveerá información mensual sobre calidad de la atención, percepción del estado de salud, hábitos de prevención, accesibilidad y cobertura. El propósito de Poliarquía y Prosanity es elaborar una agenda de temas prioritarios para mejorar los hábitos de vida de la población y el desempeño del sistema sanitario.

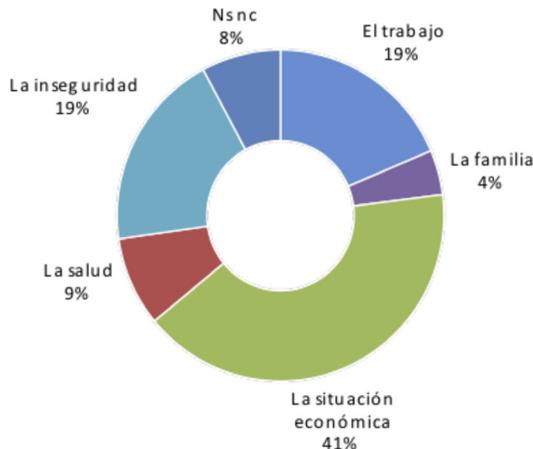
II. FUENTES DE TENSIÓN EN LA VIDA COTIDIANA

El primer sondeo, realizado en los últimos días de 2016, arrojó una interesante radiografía de los factores de estrés que soportan los argentinos. En primer lugar, con el 41% de las menciones, figura “la situación económica”. Este factor supera con holgura a la inseguridad y a la situación laboral, que recogen, cada una, el 19% de las respuestas. Estas tres fuentes de tensión contrastan con la salud y la familia, cuya problemática afecta solo al 10% de la población (Gráfico N.º 1).

Gráfico N.º 1

Fuentes de tensión en la vida cotidiana

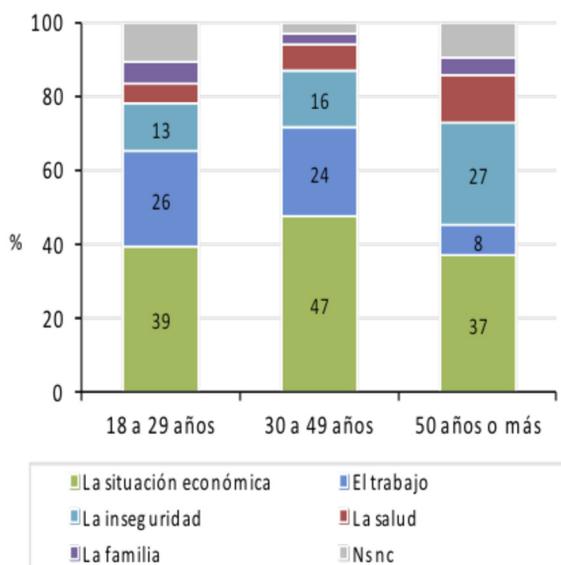
¿Pensando en las tensiones de la vida cotidiana, ¿cuál diría Ud. que es la fuente más importante que contribuye a provocarle estrés?



Si se considera que el ámbito laboral forma parte de la economía de las familias porque de allí se obtienen los ingresos, la conclusión es que las dificultades en este terreno son las responsables del estrés que padece la mayoría de la población. En efecto, si al 41% que menciona la situación económica, se le suma el 19% que está preocupado por el trabajo, se concluye que 6 de cada 10 argentinos se encuentran estresados por problemas propios de la esfera económica al inicio de 2017.

Los factores de estrés registran interesantes variaciones de acuerdo a las características sociales y demográficas de la muestra. En primer lugar, entre los individuos de entre 30 y 50 años, que están en plena edad activa, la preocupación por los ingresos y el trabajo es considerablemente mayor que en el promedio de la población. Más de 7 de cada 10 personas incluidas en ese tramo etario sufren estrés por estas razones. Es significativo señalar, además, que las menciones a las tensiones y preocupaciones estrictamente laborales casi se triplican entre los varones y la población menor de 50 años (Gráfico N.º 2).

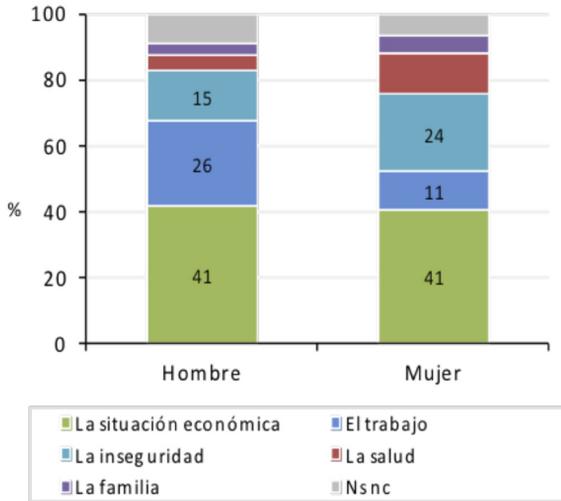
Gráfico N.º 2
Fuentes de tensión en la vida cotidiana
según grupo etario



El estrés por la inseguridad, en cambio, aflige en mayor medida a los mayores de 50 años y a las mujeres. Estos segmentos exhiben también

mayor aflicción relativa por la salud que el promedio de la población (Gráfico N° 3).

Gráfico N°3
Fuentes de tensión en la vida cotidiana según sexo

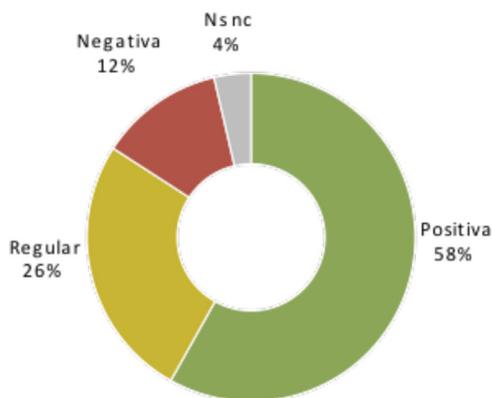


Una interesante conclusión de esta investigación es que para la amplia mayoría de los argentinos la familia no es una fuente de estrés. Este resultado es congruente con conclusiones obtenidas por diversas investigaciones en los últimos años. En la Argentina, un país inestable e imprevisible, la familia sigue siendo una fuente de seguridad y contención.

III. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

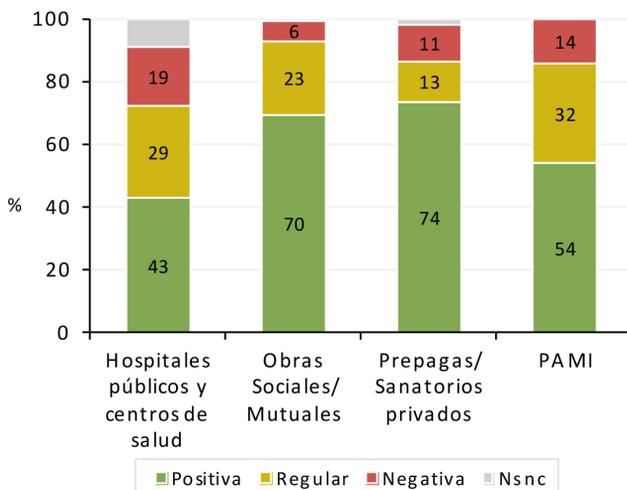
El primer sondeo del PROESA de Poliarquía y Prosanity indagó también el nivel de satisfacción de la población argentina con los servicios médicos. El 73% de los entrevistados afirmó que él o algún miembro de su familia requirieron asistencia médica en los últimos doce meses. En conjunto, la evaluación realizada por esta población es positiva. En efecto, el 58% de los entrevistados evaluó como “buena” o “muy buena” la atención recibida, mientras que el 26% la consideró regular, y solo el 12% la juzgó negativa (Gráfico N°4).

Gráfico N°4
Evaluación de la atención médica
“¿Cómo calificaría la resolución del problema de salud brindada por su cobertura?”



Los porcentajes de satisfacción general registran importantes variaciones según el tipo de cobertura de la población. La mejor evaluación la obtienen las empresas de medicina prepaga, con 74% de aprobación, siguiéndoles las Obras Sociales y las Mutuales, con el 70%. El PAMI registra un aceptable nivel de aprobación: el 54% de los jubilados consideraron “buena” o “muy buena” la atención recibida. Los resultados obtenidos por los hospitales públicos contrastan con las demás coberturas, ya que solo el 43% de los entrevistados se encuentran satisfechos con la atención recibida, mientras el 29% la considera regular y el 19% negativa (Gráfico N.º 5).

Gráfico N°5
Evaluación de la atención médica según cobertura



FICHA TÉCNICA:

Universo: Población, mayor de 18 años.

Tipo de encuesta: Telefónica (IVR).

Características de la muestra: Estratificada, polietápica y aleatoria. Por cuotas de edad

y sexo para la selección del entrevistado.

Tamaño de la muestra: 1226 casos nacionales.

Error estadístico: +/- 2,86 % para un nivel de confianza del 95%.

Fecha del trabajo de campo: 14 y 15 de diciembre de 2016.

Empresa ejecutora: Poliarquía Consultores
en asociación con Prosanity Consulting.



ANALISTA INVITADO:

Dr. Hugo Barrionuevo

Médico Psiquiatra (UBA).

Médico Sanitarista (Academia Nacional de Medicina).

Especialista en Garantía de Calidad de la Atención Médica (Univ. Favaloro).

Especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social (UNLZ).

Magíster en Economía y Gestión de la Salud (Univ. ISALUD).

Candidato al Doctorado en Ciencias Políticas (USAL).

Director de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental (Univ. ISALUD).

FACTORES DE ESTRÉS EN LA POBLACIÓN ARGENTINA

Los problemas de salud mental afectan a una importante porción de la población mundial. Además del sufrimiento propio de la sintomatología que conlleva, incrementan el riesgo de conductas autolesivas, disminuyen la esperanza de vida, son objeto de un estigma que contribuye al aislamiento social y son causa de una importante proporción de la discapacidad en el mundo.

Esta discapacidad no solamente provoca sufrimiento e impide que las personas afectadas puedan gozar de una vida plena, sino que en muchos casos se transforman en una carga para sus familias, reducen la capacidad de participar activa y productivamente en la vida social y requieren de distintas formas de apoyo.

Para ciertos grupos diagnósticos la discapacidad se produce durante el episodio “agudo” del problema, y para otros la discapacidad los

acompañará por el resto de sus vidas, por lo que requerirán una diversidad de formas de apoyo social durante mucho tiempo.

Para dimensionar este aspecto del problema se utilizan distintas unidades de medida que tratan de evaluar el peso de este tipo de discapacidad en el conjunto de los problemas de salud, como por ejemplo los años de vida perdidos por discapacidad (AVD) y los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). A nivel mundial y medida en años de vida perdidos por discapacidad (AVD), los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y suicidios (MNSS) son responsables de un tercio de la discapacidad total producida por todos los problemas de salud.

En síntesis, la importancia para la salud pública de los problemas de salud mental se entiende tanto por la proporción de personas afectadas como por la carga de discapacidad que conllevan.

Hasta aquí hemos identificado de manera conceptual el conjunto de la población que sufre problemas en su salud mental y que (justamente a consecuencia de ello) también sufre dificultades para desarrollar una vida plena en comunidad.

Ahora bien, en muchos casos no se trata de las dificultades que las personas afectadas padecen para integrarse activamente a su ambiente, sino que justamente son algunas características del entorno en que vive, las que producen o favorecen el desarrollo de problemas de salud mental. Estos factores estresantes pueden agravar la situación de las personas ya afectadas, pero también pueden generar nuevas problemáticas en personas previamente “sanas”.

Podemos identificar hasta aquí dos situaciones complejas y complementarias: por un lado, existe una importante porción de la población afectada de trastornos mentales y que por ello tienen dificultades para interactuar con su entorno; y por otro lado, existe otra porción importante de personas que se perciben afectadas como consecuencia de ciertas condiciones del entorno.

LA SITUACIÓN EN ARGENTINA

Para analizar la situación en nuestro país tomaremos los resultados de dos investigaciones que describen justamente los dos aspectos que hemos señalado para dimensionar el problema de la “salud mental”: la prevalencia de los trastornos mentales y los factores estresantes del entorno.

La primera se trata de una investigación nacional sobre prevalencia y accesibilidad a los servicios de atención, el “Estudio epidemiológico de

salud mental en la población general de la República Argentina” (1) y la segunda, el estudio de “Factores de estrés en la población Argentina” (2).

Según la primera fuente citada, el conjunto de los trastornos mentales afecta a prácticamente el 15% de la población argentina de 18 años y más; y el riesgo proyectado de padecer algún trastorno mental hasta los 75 años de edad es de 37,1%.

Ordenados por grandes grupos de diagnósticos podemos observar que los trastornos de ansiedad ocupan el primer lugar con 16,4 % de personas afectadas, los trastornos del estado de ánimo 12,3% y los trastornos por uso de sustancias el 10,4%.

Los resultados de la segunda investigación nos muestran que el 41% de la población percibe como principal fuente de estrés la situación económica y otro 19% ubica en dicho lugar a la situación laboral. Si sumamos ambas situaciones podemos concluir, como propone el estudio, que 6 de cada 10 argentinos perciben como principales fuentes de estrés dos problemas propios de la esfera económica.

Merece destacarse que el porcentaje se incrementa a un 70% en el grupo de 30 a 50 años de edad.

Si tomamos en cuenta la incertidumbre económica y laboral de nuestro país, podemos inferir la gravedad del problema: un alto porcentaje de la población padece de problemas de salud mental y otro porcentaje más alto aún percibe como principal fuente de estrés la situación económica/laboral.

EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Según distintas investigaciones en el mundo sólo un porcentaje menor del total de las personas que sufren problemas en su salud mental reciben algún tipo de tratamiento, fenómeno que se conoce como brecha asistencial en salud mental (mhGAP en inglés).

En nuestro país las personas que sufren de algún trastorno mental y tuvieron acceso a algún tipo de tratamiento oscila entre un 10% y un 27 %, según distintos estudios (1) (4), es decir que entre el 73% y 90% de las personas afectadas no reciben tratamiento.

Entre las causas que pueden explicar este fenómeno podemos destacar el estigma asociado a los problemas de salud mental, la accesibilidad de los servicios de salud mental (disponibilidad geográfica, horaria, económica, cultural) y la falta de adecuación de los servicios a las distintas necesidades de la población (diversidad de los servicios que se ofrecen).

BRECHA ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL	
ESTIGMA	<ul style="list-style-type: none"> • Estigma en los medios de comunicación. • Estigma en los servicios de salud en general. Rol de actores sociales relevantes, personalidades públicas, funcionarios. <ul style="list-style-type: none"> • Etc.
ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Geográfica. • Horaria. • Económica. • Cultural.
ADECUACIÓN (MIX DE SERVICIOS)	<ul style="list-style-type: none"> • Atención ambulatoria. • Atención de la emergencia. • Atención domiciliaria. • Internaciones breves. • Dispositivos comunitarios. • Hospitales de día. • Inclusión social. • Inserción laboral.

Resumiendo hasta aquí: una gran proporción de argentinos con problemas de salud mental, una gran proporción que percibe como factores estresantes la situación económica/laboral y una gran proporción de todos ellos sin acceso a los servicios de salud mental. ¿Podría ser peor?

PLANIFICACIÓN SANITARIA EN SALUD MENTAL

Como puede deducirse de la situación descrita, el diseño de una política en salud mental para nuestro país debería proponer entre sus principales objetivos y de manera urgente, la reducción de esta brecha asistencial.

Cuando se analizan datos epidemiológicos suelen utilizarse tasas, las cuales se expresan muchas veces en forma de porcentaje, como lo presentamos en los párrafos anteriores. Esta forma de presentación de la información es especialmente útil para realizar comparaciones, por ejemplo, entre países o entre poblaciones determinadas, pero al

expresarse como una proporción puede perder visibilidad la verdadera dimensión del problema: el número de personas afectadas.

Para comprender la verdadera magnitud del problema necesitamos entonces determinar el número de personas afectadas. Para ello es preciso aplicar estos indicadores a la población objetivo y obtener así el valor absoluto de las personas afectadas. De esta manera y tomando como referencia la tasa de prevalencia obtenida en la investigación citada podemos afirmar que alrededor de 4,6 millones de argentinos adultos padecen o padecieron algún trastorno mental en el último año.

Ahora sí, cuando disponemos de la información expresada en valores absolutos podemos determinar la dimensión del problema, establecer prioridades en las políticas de salud y finalmente hacer planificación y gestión sanitaria.

PRINCIPALES EJES PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA EN SALUD MENTAL EN ARGENTINA.

Los principales ejes sobre los que podría construirse una política de salud mental efectiva y sustentable para nuestro país podrían organizarse alrededor de los siguientes componentes/momentos del sistema de atención:

1. Sistema de atención ambulatoria

La distribución territorial de los centros de atención ambulatoria no responde a las necesidades de la población, por lo que nos encontramos con zonas de alta concentración de servicios y otras con poca o nula oferta asistencial.

La disponibilidad horaria de muchos de estos dispositivos no siempre responde a las posibilidades de la población que asisten.

Con frecuencia la misión y los objetivos de los dispositivos de atención ambulatoria no se encuentran alineados con los objetivos del sistema de atención.

2. Atención de la emergencia y atención domiciliaria

La atención de la emergencia en salud mental tiene un desarrollo aún incipiente en nuestro país. La consecuencia de ello es que muchas veces los episodios de descompensación se agravan como consecuencia de una respuesta lenta del sistema.

Otro de los dispositivos que no ha tenido aún un desarrollo suficiente es la atención domiciliaria, especialmente para los casos de personas con dificultades en la adherencia a los tratamientos.

3. Internaciones breves

Los servicios de internación deben estar disponibles cerca del lugar de residencia de las personas y estar preparados para que las internaciones sean seguras y lo más breve posibles.

4. Dispositivos alternativos a la internación

Nuestro país cuenta con experiencias realmente exitosas de alojamientos con distintos niveles de apoyo para personas que han estado internadas en forma “crónica”, pero estas experiencias han sido en muchos casos iniciativas locales y no se han generalizado, al menos aún, como producto de una política pública.

5. Dispositivos de base comunitaria

Además de la atención ambulatoria, el desarrollo de un modelo de salud comunitaria debería incluir: formación social y cultural de los usuarios; psicoeducación, autoayuda, grupos multifamiliares; redes de apoyo para la prevención del suicidio; incentivar la pertenencia a diferentes asociaciones; promoción de actividades cooperativas sociales; promoción de actividades creativas / lúdicas / deportivas / de ocio con otras áreas del estado; promoción de grupos de autoayuda, programas y clubes; relaciones con las instancias culturales de la ciudad, como por ejemplo el teatro, la universidad y los centros culturales.

EL FUTURO

Las necesidades de atención en materia de Salud Mental se encuentran en constante transformación, razón por la cual, la planificación y gestión de sus servicios requiere de un ritmo innovativo capaz de responder a los cambios en la demanda y a las nuevas formas de comprender la diversidad y complejidad de los problemas agrupados bajo el campo de la salud mental.

En nuestro país, la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657, intenta promover un cambio de paradigma en el modelo de atención, exigiendo la adecuación del sistema de atención, las instituciones, la cultura asistencial y la formación del recurso humano.

La promulgación de esta ley ha puesto en evidencia algo que, de una forma u otra, todos los actores del sector ya sabían: la ausencia de Políticas Públicas orientadas a mejorar la atención de la salud mental de nuestra población.

Los ejes que debería contemplar una política de salud mental para la Argentina son:

1. Desarrollo y fortalecimiento del sistema de atención ambulatoria.
2. Fortalecimiento de la atención domiciliaria y de emergencia.
3. Internaciones breves, seguras y de mejor calidad.
4. Desarrollo de dispositivos de alojamiento alternativos a la internación.
5. Fortalecimiento de los dispositivos de salud y salud mental comunitarias.

Algunos aspectos que merecen especial atención para la mejora global del sistema de atención en salud mental son:

- La capacitación del recurso humano en dos niveles:
 - Los equipos asistenciales.
 - Los equipos de conducción.
- Un marco normativo que realmente estimule la creación de nuevos dispositivos, adecuados a las nuevas necesidades de la población.
- Ese marco regulatorio debe contemplar estándares de calidad adaptados a las distintas realidades locales de nuestro extenso territorio.
- La previsión de financiamiento para permitir el desarrollo y asegurar la sustentabilidad del sistema.

Los países que pudieron reformar el sistema de atención en salud mental necesitaron décadas para implementarlo y mejorarlo. Es mucho tiempo. En algún momento hay que comenzar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stagnaro J.C. y otros. “Estudio epidemiológico de salud mental en la población general de la República Argentina”. Vertex Rev. Arg. de Psiquiat. 2018, Vol. XXIX, 275-299. Buenos Aires.
2. Poliarquía Consultores – Prosanity Consulting. Programa de Estudios en Salud. “Factores de estrés en la población Argentina”. Informe de prensa. Buenos Aires. Enero 2017.
3. Barrionuevo, Hugo. “Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental”. Ediciones ISALUD. Buenos Aires. 2004.
4. Barrionuevo, Hugo. “Las políticas de salud mental, una cosa de locos”. Revista ISALUD. 2015, Vol. 10, Nro. 49, pág. 46-48. Buenos Aires.

**ENCUESTA REALIZADA
LA SALUD BUCAL DE LOS ARGENTINOS**

**ANALISTA INVITADO:
DR. CARLOS NAPOLI**

LA SALUD BUCAL DE LOS ARGENTINOS

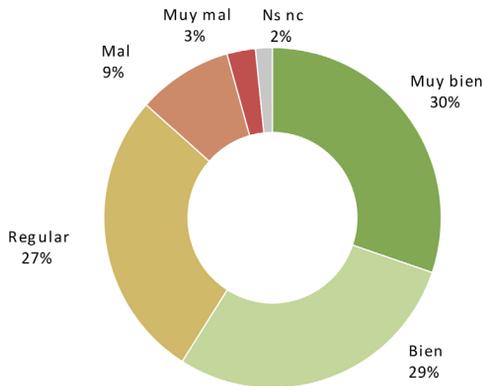
EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD BUCAL

De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta nacional sobre salud bucal llevada a cabo por Poliarquia y Prosanity, 59% de los argentinos evalúa positivamente el estado de salud de su boca. Uno de cada tres, considera que su salud bucal es regular y sólo el 12% de la población admite que su estado es malo o muy malo.

Gráfico N°1

Evaluación del estado de salud de la boca

“¿En términos generales cómo evalúa Ud. el estado de salud de su boca, incluyendo dientes, lengua, encías, labios y articulaciones de la mandíbula?”



En términos generales se observa que entre quienes fuman regularmente esta valoración es menor que entre aquellos que no lo hacen. En efecto, la mitad de los fumadores dice que gozaba de buena salud bucal, mientras que entre los individuos que no fuman el porcentaje asciende al 61%. Las diferencias se acrecientan aún más de acuerdo a si la persona posee o no cobertura odontológica. Así, el 67% de los argentinos que cuentan con cobertura tiene una opinión positiva sobre la salud de su boca, contra el 46% de los que no son beneficiarios de dicha prestación.

De acuerdo a la información obtenida, el 19% de los argentinos declara sufrir frecuentemente dolor o malestar en su boca, mientras que el 79% dice no haber sentido molestias en los últimos 12 meses.

La investigación muestra que en el último mes el 21% de los entrevistados expresa haber experimentado sangrados espontáneos

en sus encías con frecuencia al momento de cepillarse los dientes o al usar hilo dental. Por otra parte, dos de cada diez personas señalan haber sentir la boca seca en forma persistente. Asimismo, un 23% de la población admite haber padecido mal aliento frecuentemente en los últimos 30 días.

Tabla N°2
Problemas asociados a la salud bucal

	Frecuencia
	Muy y bastante frecuentemente
Dolor persistente /malestar	19
Sangrados en las encías	21
Boca seca	20
Mal aliento	23

El estudio también ha indagado acerca de la cantidad de veces que los argentinos cepillan sus dientes. Los resultados indican que el 22% afirma lavarse los dientes una sola vez por día, menos de lo recomendable, que es hacerlo por lo menos dos veces al día. En este sentido, 74% de la población cumple con esa premisa: 38% se cepilla dos veces por día, 26% tres veces y un 10% lo hace en más de tres ocasiones.

Respecto al uso de hilo dental, los especialistas sugieren utilizarlo todos los días, al menos por la noche. No obstante, la investigación muestra que un mayoritario 55% no respeta esa regla, al no usar nunca hilo dental. En paralelo, 41% de los encuestados asegura utilizarlo una, dos o más veces por día.

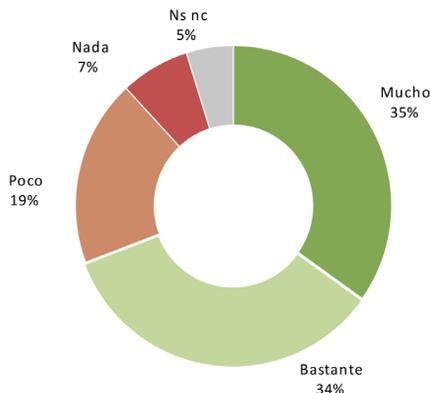
Tabla N°3
Cepillado de dientes y uso de hilo dental
“¿Con qué frecuencia se cepilla Ud. los dientes?” / “¿Con qué frecuencia utiliza Ud. hilo dental?”

	Cepillado	Hilo dental
Una vez al día	22	24
Dos veces por día	38	10
Tres veces por día	26	4
Más de tres veces por día	10	3
Nunca	3	55
Ns nc	1	3
Total	100	100

SALUD BUCAL Y ALIMENTACIÓN

La investigación de Poliarquia y Prosanity revela asimismo que para los argentinos su salud bucal juega un papel muy importante en el estado general de su salud. En efecto, siete de cada diez personas dicen que la salud de su boca, dentadura y dientes influyen mucho o bastante en su salud general. Mientras tanto, un cuarto de la población cree que la incidencia es pequeña.

Gráfico N°4
Influencia de la salud bucal sobre la salud en general
“¿Ud. Cree que la salud de su boca, dentadura y dientes influye mucho, bastante, poco o nada en el estado de salud general?”

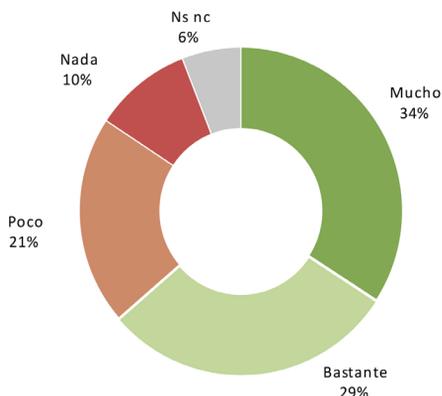


Para la mayoría de los argentinos la alimentación también repercute en su salud oral. De esta manera, 63% sostiene que el tipo de alimento que consume contribuye mucho o bastante en el bienestar de sus dientes y boca. En tanto, el 31% de los entrevistados opina lo contrario.

Gráfico N°5

Influencia de los alimentos sobre la salud bucal

“¿Ud. Cree que el tipo de alimento que se consume influye mucho, bastante, poco o nada en la salud de los dientes y de la boca?”



Es interesante observar que, a pesar de la relevancia e impacto otorgado a la alimentación, sólo dos de cada diez personas afirman haber dejado de consumir algunos alimentos a causa de padecer problemas relacionados con su boca.

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

A la luz del estudio realizado por Poliarquia y Prosanity, se advierte que la mayoría de los argentinos consulta a un dentista u odontólogo al menos una vez al año, tal como recomiendan los expertos. En este sentido, 34% dice asistir al dentista una vez por año, 18% dos veces y 15% menciona hacerlo en más de dos oportunidades. Sin embargo, un destacable porcentaje de personas -27% - sólo acude a los especialistas en caso de emergencia.

Gráfico N°6
Cantidad de consultas al odontólogo
“¿Con qué frecuencia consulta Ud. a un dentista u odontólogo para realizarse controles?”

	%
Una vez al año	34
Dos veces al año	18
Más de dos veces al año	15
Solo cuando tengo una emergencia	27
Nunca	6
Ns nc	1
Total	100

Que el 67% de los argentinos diga que acude al odontólogo al menos una vez al año, no significa que efectivamente lo haga. Los resultados indican que el 57% realizó su última visita al dentista hace menos de un año. En paralelo, 21% expresó haber concurrido al odontólogo hace uno o dos años. Otro tanto, lo hizo hace más de tres años.

Tal vez uno de los principales hallazgos de esta investigación es que el 46% de la población afirma haber evitado concurrir a un odontólogo a causa de problemas de dinero o por el costo de los tratamientos. El tipo de cobertura de salud resulta determinante a la hora de explicar cómo las cuestiones de dinero inciden en la decisión de no consultar a un profesional.

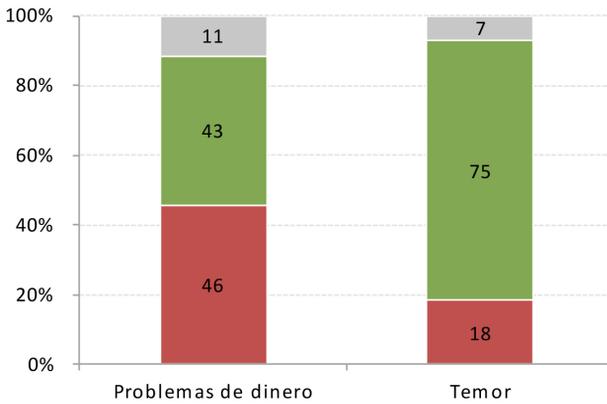
Así, el 60% de los entrevistados que acuden a hospitales o centros públicos de salud justificó no acudir al odontólogo por razones económicas. Para el 43% de los afiliados al PAMI los problemas de dinero son el motivo para evitar las visitas odontológicas. Ese porcentaje desciende al 37% entre aquellos que poseen una obra social, y al 30% entre quienes tienen acceso a una prepaga.

El reconocido miedo de ir al dentista sólo impide al 18% consultar a un odontólogo. En tanto, para tres cuartas partes de la población este temor no obstaculiza sus visitas al especialista.

Gráfico N°7

Razones para no visitar al odontólogo

“¿En los últimos 12 meses ha evitado concurrir a un odontólogo por problemas de dinero o por el costo de los tratamientos?”/ “¿Y en los últimos 12 meses ha evitado concurrir a un odontólogo por miedo o temor?”



Por último, la investigación de Poliarquia y Prosanity ha permitido constatar que un mayoritario 66% de los argentinos posee cobertura odontológica en su obra social, prepaga u hospital. Sin embargo, aún un 26% de la población carece de la protección necesaria para cuidar la salud de su boca.

FICHA TÉCNICA:

Universo: Población, mayor de 18 años.

Tipo de encuesta: Telefónica (IVR).

Características de la muestra: Estratificada, polietápica y aleatoria. Por cuotas de edad y sexo para la selección del entrevistado.

Tamaño de la muestra: 1428 casos nacionales.

Error estadístico: +/- 2,65 % para un nivel de confianza del 95%.

Fecha del trabajo de campo: Del 6 al 9 de julio de 2018.

Empresa ejecutora: Poliarquia Consultores en asociación con Prosanity Consulting.



ANALISTA INVITADO:

Dr. Carlos Napoli

Presidente de CAESO (*Cámara Argentina de Empresas de Servicios Odontológicos*).

Presidente de *Odontología Personalizada S.A. (OPSA)*.

Secretario *Fundación FESS*.

Odontólogo, *UBA*.

Master en *Administración de Servicios de Salud, UCES*.

Managing Manager Care, Understanding Health Reform, Trends in Health Care. Management Workshop, Health in de 21st Century, Campus Adviser del Seminario, Harvard Institute for International Development & Harvard School of Public Health.

Diplomado en Auditoría y Evaluación de la calidad en la atención odontológica, Escuela Superior de Educación Odontológica del Colegio de Odontólogos de la Pcia. de Bs. As.

Docente, Dictante de Cursos y Conferencias en Diversas Instituciones.

LA SALUD BUCAL DE LOS ARGENTINOS.

Estamos ante un análisis de la percepción del Estado de su Salud, por parte de los individuos. Por otra parte, está la visión, supuestamente objetiva, de los estudios empíricos de ese estado de Salud.

En principio tenemos, por lo menos, dos puntos de vista diferentes y correspondería, entre otras cosas, analizar la asimetría entre estas dos observaciones.

Solo mencionaremos, porqué lo consideramos relevante, la cuestión filosófica acerca de la verdad. ¿Cuál es en realidad? ¿La percepción del paciente o el resultado de las mediciones?

¿Está enfermo el que se siente enfermo o el que, sintiéndose sano, tiene datos diferentes al de la mayoría? No va, este trabajo, por la complicada determinación de la Verdad, como concepción filosófica (ya tiene bastante la historia de la humanidad con ello), sino que intentaremos utilizar el resultado de una encuesta como punto de partida para buscar conclusiones útiles.

Hemos escuchado, y tomamos como relativamente cierto, que los recursos volcados al sistema sanitario son suficientes para brindar un servicio adecuado de cuidado de la salud, pero al momento de analizar cómo llega ese servicio a la población, la primera observación muestra una muy irregular distribución de la calidad y de los resultados. Y, sobre todo, una distorsionada percepción por parte del objeto final de nuestro trabajo: el paciente.

Por lo tanto, un primer y gran objetivo para cualquier plan de mejora, debería estar enfocado a una más equitativa distribución de la oferta sanitaria, que haga que los beneficiarios periféricos obtengan y perciban servicios cada vez más homogéneos, comparándolos con los habitantes de los centros urbanos y la Capital. Tarea no muy sencilla, cuando sabemos que no es un problema exclusivo de nuestro País. Pero también, mediante una comunicación veraz y una educación sólida, transmitir la realidad de la situación y la capacidad real de solución.

Con respecto a la percepción que los individuos tienen sobre su salud bucal, que solo el 30% indique MUY BUENA nos da la pauta que el sistema proveedor de servicios no está funcionando adecuadamente o por lo menos que la población no lo ve así.

Lo mismo sucede con respecto a los que tienen cobertura odontológica vs los que no la poseen.

El 67% tiene una opinión positiva cuando cuentan con cobertura, número que debería ser mayor dada la extensión del PMO que cubre casi todas las prestaciones para garantizar una buena salud bucal.

En aquellos que no poseen cobertura el porcentaje se encuentran por debajo del 50% y aquí juegan otros factores como la accesibilidad, los gastos de bolsillo y las prestaciones a las que puedan acceder, entre otras situaciones que también pueden aparecer en aquellos que poseen cobertura cuando su proveedor de servicio no cuenta con una red de prestadores suficiente que facilite la accesibilidad y los costos de aquellas prestaciones no incluidas en el PMO.

Cuando se analizan los síntomas, dolor, sangrado de encías, boca seca, mal aliento, con porcentajes bastante significativo también nos alerta sobre el sistema de atención y sobre el grado de educación para la salud y la falta de programas de prevención en salud bucal. Lo mismo ocurre con el uso adecuado del cepillo, hilo dental, alimentación.

Por otra parte, siete de cada diez dicen que la salud de su boca, influye mucho o bastante en su salud general, se infiere que si le dan tanta importancia deberían acudir con cierta prioridad al odontólogo, así surge en la respuesta a cantidad de consultas, 67% dice concurrir por lo menos una vez al año al odontólogo. Pero a pesar de ello solo el 30% de la población encuestada evalúa como MUY BUENA su salud bucal. Algo no está funcionando bien.

Tal vez la contradicción surja como una confirmación de lo que decíamos al comienzo de este análisis: una cosa es lo que percibe el paciente y otra cosa es el estado “real” de su salud. Por otra parte, los profesionales asistenciales saben que no es lo mismo lo que dice el paciente, de lo que hace el paciente. Lo veremos más adelante.

En las conclusiones se indica como principal hallazgo que el 46% de la población afirma haber evitado concurrir a un odontólogo a causa de problemas de dinero o por el costo de los tratamientos. Según tipo de cobertura esta cifra aumenta el 60% en los que solo cuentan con el sector público y el 43% aquellos que tienen cobertura por el PAMI, 37% los que tienen obra social y 30% prepaga.

De los que dicen haber evitado concurrir a un odontólogo a causa de problemas de dinero o por el costo del tratamiento, el 60% de los que acuden al sector público, el 43% de los que van al PAMI, el 37% a su obra social y el 30% a su prepaga, dan tela para cortar. Estos porcentajes pueden indicar muchas cosas: pero la primera observación que permiten, es que cuanto más costosa es la cobertura, menos se percibe la traba económica para el acceso.

En la Argentina, los que utilizan el sector Público de la Salud, el PAMI, la Seguridad Social y la medicina prepaga, tiene aseguradas las prestaciones del PMO, las que garantizarían los tratamientos básicos preventivos, la odontología primaria y la atención odontopediátrica. Si lo que ocurre no es la información inadecuada o la falta de accesibilidad a la atención, sólo nos queda suponer que la percepción dista de la realidad por incumplimiento de los programas, de los contratos o de los servicios.

También consideramos que es muy importante para la evaluación de la encuesta, tener en cuenta que los contactos se hicieron por vía telefónica, lo que determina, desde ya, un segmento determinado de la

población. Presumimos que gran parte de la población que no cuenta con servicio telefónico, no accede a la atención odontológica mínima tampoco.

Siguiendo el hilo, para complementar el análisis del resultado de esta encuesta, consultamos a los odontólogos asistenciales de nuestros centros odontológicos. (Dejamos en claro que nunca osaríamos comparar resultados, ni hacer una encuesta paralela). El objeto de la consulta fue conocer la percepción de los profesionales, para confrontarlo con la percepción de la población encuestada. No con los datos.

Con respecto al primer gráfico y sus fundamentos, los odontólogos entienden que a su criterio el 40% de la población tendría un estado REGULAR de su boca, con números similares (30 y 30) para el segmento malo y muy malo o bueno y muy bueno. En la encuesta, casi el 60% dice tener la boca BIEN o MUY BIEN. Primera llamada de atención.

Una coincidencia en lo que la gente dice que hace y los resultados evidentes, se observa al analizar la frecuencia de cepillado y las consecuencias. Los odontólogos ven en las bocas y en lo que refieren sus pacientes, una frecuencia de cepillado similar a la manifestada. Es acá donde presumimos que el segmento de pacientes de la Ciudad de Buenos Aires al que tenemos acceso, es similar al de la encuesta cuando se parte de un relevo telefónico. Si vemos el estado bucal de los pacientes del sector público, tal vez los resultados sean diferentes. Será otro estudio.

Cuando preguntamos las causas de atención a los profesionales, basados en la encuesta, hemos observado varias particularidades a considerar: Sólo el 27% de la población encuestada refiere que concurre al odontólogo nada más que cuando tiene una emergencia. Si así fuera, los odontólogos dicen que el 68% lo hace por dolor y un 20%, aproximadamente, por causas “estéticas”. Quedaría por evaluar, entonces, las causas del otro 67%, que concurriría regularmente uno o dos veces al año. El 6% que dice que nunca va al odontólogo, nos parece escaso, pudiendo deberse al sesgo del segmento encuestado.

Finalmente, si nos preguntan a los odontólogos las causas que impiden a los pacientes acceder a la consulta, consideramos que la razón fundamental es el temor. Será importante tener en cuenta que muchos pacientes, cuando se les pregunta por la razón de su inasistencia, dicen que la causa es el dinero. Es cierto que la odontología ha sido siempre un servicio visualizado como caro. Pero en ese sentido, lo caro es la restauración y la rehabilitación, nunca la prevención. Para eso es

necesario, como dijimos más arriba, políticas públicas orientadas a la educación para la salud y la accesibilidad homogénea a los servicios básicos.

Fundamentados en un concepto muy caro a los principios médicos, será imprescindible comenzar con un diagnóstico correcto, para poder luego optar por el mejor plan de tratamiento, adecuándolo a un presupuesto ya establecido. Para lo primero, esta encuesta contribuye. La planificación y el presupuesto tienen sus responsables. Para ellos este aporte.

ENCUESTA REALIZADA
CONOCIMIENTO E IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS VACUNAS
POR LA POBLACION ARGENTINA

ANALISTA INVITADA:
DRA. CARLA VIZZOTTI

CONOCIMIENTO E IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS VACUNAS POR LA POBLACION ARGENTINA.

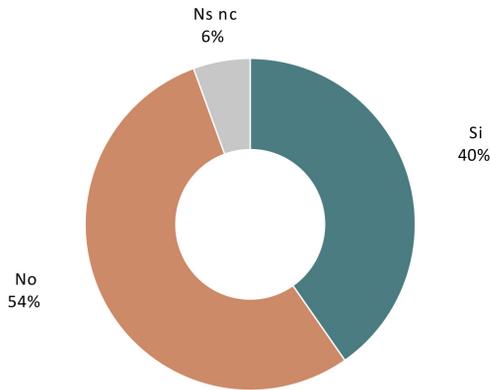
I. Prescripción y aplicación de vacunas

La mayoría de los argentinos no ha recibido indicación médica para aplicarse vacunas en los últimos 5 años. El 54% se encuentra en esta situación, mientras el 40% afirma haber tenido la indicación profesional para vacunarse (Ver Gráfico N°1).

Gráfico N°1

Indicación médica para aplicarse vacunas

“¿Usted ha recibido indicación médica para aplicarse alguna vacuna en los últimos 5 años?”



De acuerdo a la información recogida, la posesión de un médico de cabecera parece determinante para recetar vacunas. Así, entre los que acceden a un profesional el 51% recibió la indicación de vacunarse, mientras que entre los que no lo poseen ese valor se reduce al 28% (Ver Gráfico N°2). Cabe consignar que la posesión de médico de cabecera es más frecuente entre las mujeres y las personas mayores de 50 años (Ver Gráficos Nros. 3 y 4).

Gráfico N° 2
Indicación médica para aplicarse vacunas según posesión de médico de cabecera.

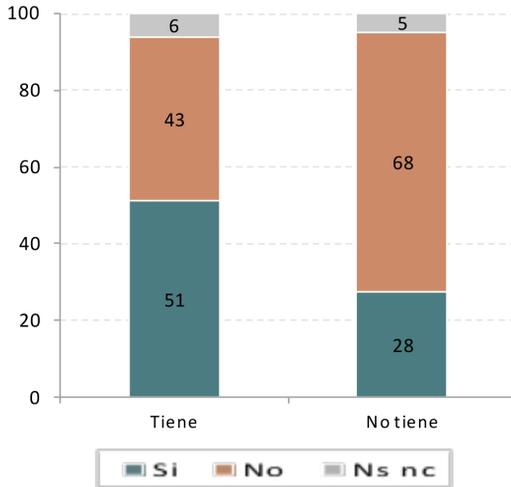


Gráfico N° 3
Posesión de médico de cabecera según sexo.

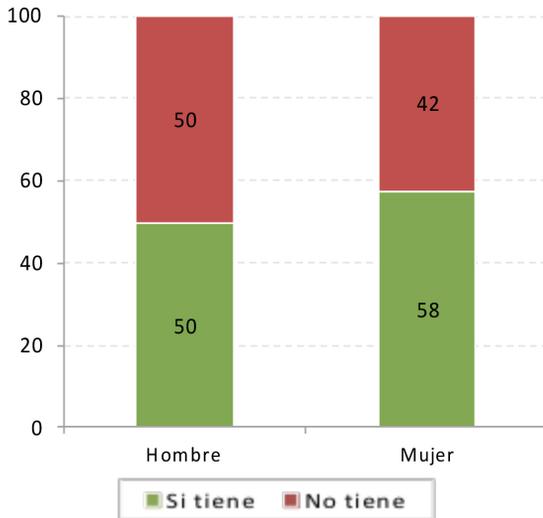
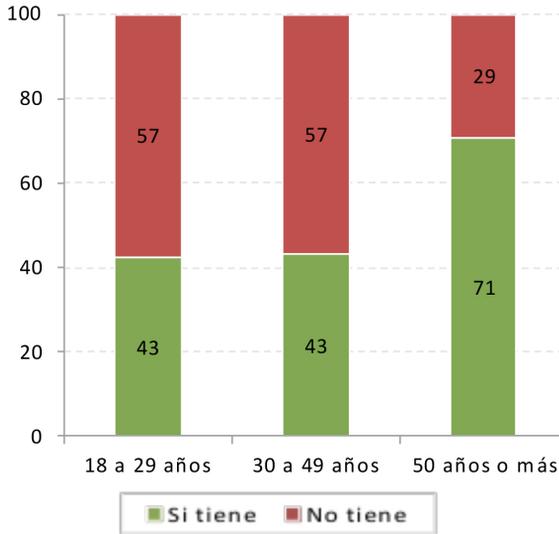


Gráfico N° 4
Posesión de médico de cabecera según edad.



Como no todas las vacunas requieren indicación médica, la cantidad de pacientes que se aplicó efectivamente una vacuna en el lapso analizado es mayor que la que recibió una prescripción específica. De este modo, casi el 60% declara que se aplicó alguna vacuna en el último lustro, en tanto que el 40% no lo hizo. Entre los que se aplicaron vacunas, el 9% de la población afirma que tuvo reacciones adversas (Ver Gráficos Nros. 5 y 6).

Gráfico N° 5
Aplicación de vacunas

“¿Usted se ha aplicado alguna vacuna (contra la gripe, la hepatitis, la triple viral, la antitetánica u otra) en los últimos 5 años?”

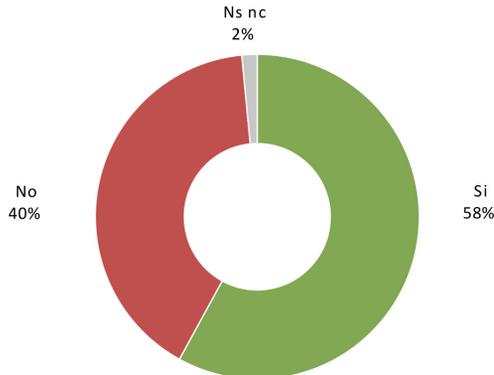
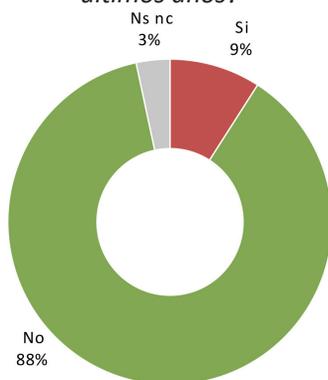
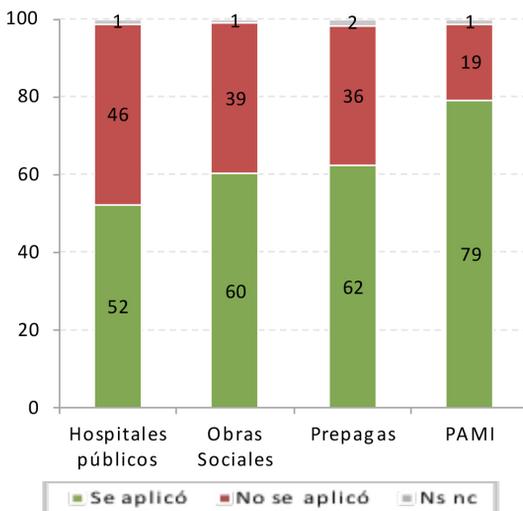


Gráfico N° 6
Reacción adversa frente a la aplicación de vacunas
“¿Usted ha padecido alguna reacción adversa a alguna vacuna en los últimos años?”



Si se atiende al tipo de cobertura médica, resulta que la frecuencia de aplicación de vacunas es ampliamente mayoritaria entre los afiliados al PAMI, mientras la menor frecuencia se registra en los hospitales públicos. Entre quienes se atienden en éstos, el 46% no se aplicó vacunas. En el otro extremo, 7 de cada 10 afiliados a la obra social de los jubilados se vacunó. La frecuencia de vacunación es similar entre los que se atienden en Obras Sociales y empresas de medicina prepaga (Ver Gráfico N° 7).

Gráfico N° 7
Aplicación de vacunas según cobertura de salud.

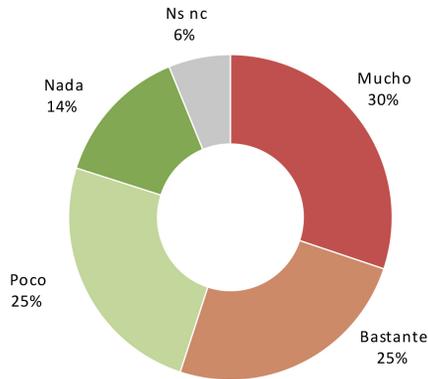


El déficit de vacunación en los hospitales públicos se atribuye a la precariedad socioeconómica y laboral que limita el acceso a las Obras Sociales y Prepagas. En efecto, el 55% de la población estima que no pertenecer a estas coberturas dificulta mucho o bastante la aplicación de vacunas (Ver Gráfico N° 8).

Gráfico N° 8

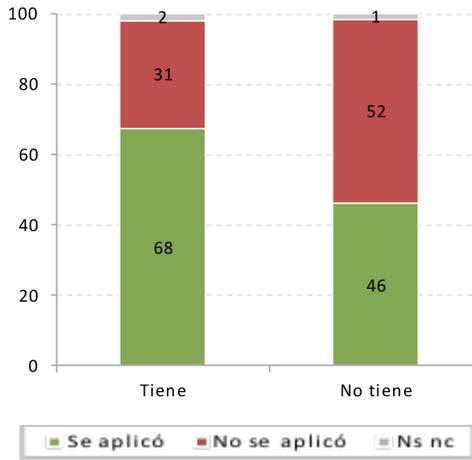
Dificultad en la aplicación de vacunas

“¿Usted cree que no tener obra social o prepaga dificulta mucho, bastante, poco o nada que se aplique vacunas?”



La existencia de médico de cabecera es asimismo un factor influyente para la aplicación efectiva de las vacunas. Entre quienes lo poseen, el 68% accedió a ellas, mientras que entre los que no lo tienen se vacunó solo el 46% (Ver Gráfico N° 9).

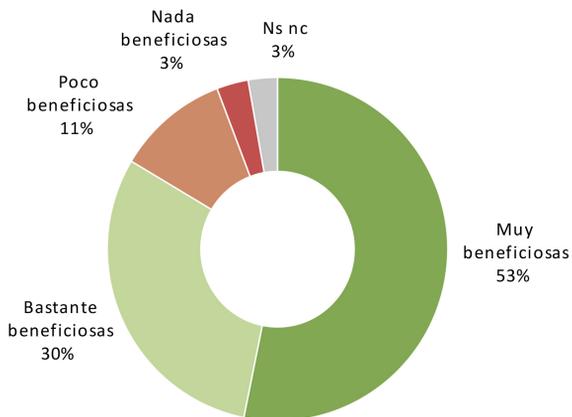
Gráfico N° 9
Aplicación de vacunas según posesión de médico de cabecera



II. Imagen social de las vacunas

Tiene amplio consenso en la sociedad argentina el beneficio de las vacunas para la salud. Así, el 83% afirma que éstas son bastante o muy beneficiosas. Sin embargo, el 14% de los entrevistados desconfía de ellas (Ver Gráfico N° 10).

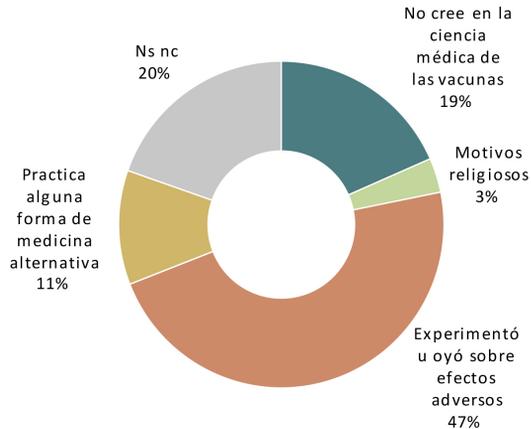
Gráfico N°10
Beneficios de las vacunas I
“¿Usted cree que las vacunas son muy, bastante, poco o nada beneficiosas para el cuidado de la salud?”



Casi la mitad de los que desconfían en las vacunas explican su opinión debido a experiencia directa o referencias sobre efectos adversos. El resto ofrece explicaciones vinculadas con creencias religiosas, práctica de terapéuticas médicas alternativas o, directamente, escepticismo respecto de la ciencia médica convencional (Ver Gráfico N° 11).

Gráfico N° 11
Beneficios de las vacunas II

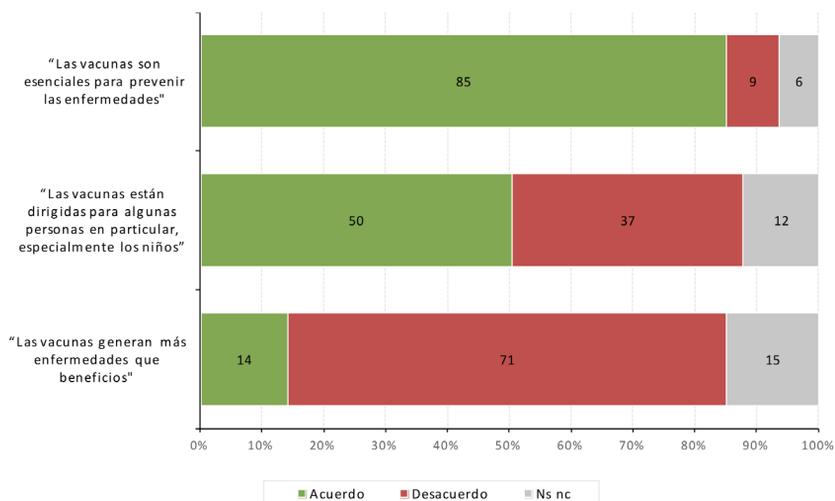
“¿Por cuál de los siguientes motivos cree usted que las vacunas son poco o nada beneficiosas para el cuidado de la salud?”



Por último, se presentaron a los entrevistados tres frases acerca de las vacunas para que expresaran su acuerdo o desacuerdo. La que despertó mayor consenso se refiere al carácter preventivo de las vacunas: el 85% estima que resultan esenciales para evitar enfermedades. En la misma línea, pero con menos adhesiones, 7 de cada 10 entrevistados estuvieron de acuerdo en rechazar la afirmación “Las vacunas generan más enfermedades que beneficios”. La tercera frase mostró, finalmente, que para al menos la mitad de la sociedad las vacunas están orientadas a determinado tipo de segmentos sociales, principalmente los niños (Ver Gráfico N° 12).

Gráfico 12 Creencias acerca de las vacunas

“¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente frase...?”



FICHA TÉCNICA:

Universo: Población, mayor de 18 años.

Tipo de encuesta: Telefónica (IVR).

Características de la muestra: Estratificada, polietápica y aleatoria. Por cuotas de edad y sexo para la selección del entrevistado.

Tamaño de la muestra: 1288 casos nacionales.

Error estadístico: +/- 2,78 % para un nivel de confianza del 95%.

Fecha del trabajo de campo: Del 5 al 8 de mayo de 2017.

Empresa ejecutora: Poliarquia Consultores en asociación con Prosanity Consulting.



ANALISTA INVITADA

DRA. CARLA VIZZOTTI

Médica, especialista en medicina interna y enfermedades infecciosas, especialista en Sistemas y Seguridad Social de la Universidad Isalud. Es miembro del Grupo Técnico Asesor en Prácticas de Inmunizaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 2013, miembro del Comité Consultivo Vaccine Acceptance Research Network (VARN), Sabin Institute, desde 2019, miembro de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE) desde 2018, Miembro de la Comisión de Vacunas de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) desde 2007,

Es socia fundadora y Presidenta de la Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología (SAVE). Se desempeña como Directora del Centro de Estudios para la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles (CEPyCET), en la Universidad Isalud. Es Consultora en Análisis de Estrategias Sanitarias de Fundación Huésped y asesora en la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación y miembro del Comité Científico de la Fundación Vacunar desde 2019.

Estuvo a cargo de la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiNaCEI) del Ministerio de Salud de la Nación en Argentina de 2007 a 2016, formo parte del Grupo Asesor Técnico de Inmunización Materna de la Organización Mundial de la Salud desde 2014-2016, Grupo Asesor Técnico de Inmunización Materna para la Organización Panamericana de la Salud (2014-2016), Miembro del Consejo Fundador de IAIM (International Association of Immunization

Managers/Asociación Internacional de Gerentes de Inmunizaciones (2013-2015). Miembro de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Infectología (2013-2018).

COMENTARIOS:

CONOCIMIENTO E IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LAS VACUNAS POR LA POBLACIÓN ARGENTINA

La vacunación, es una de las estrategias de salud pública, más efectivas para disminuir la incidencia de enfermedades inmuoprevenibles y favorecer el control, la eliminación y hasta la erradicación de las mismas. Los programas de vacunación, que inducen protección no solo individual, sino también poblacional (inmunidad colectiva o efecto rebaño), generan un impacto positivo en tres dimensiones: sanitaria, a través de la prevención de casos, complicaciones y muertes; económica, evitando costos directos e indirectos debido a la atención médica, la falta de productividad, secuelas o muerte prematura; y social ya que constituye un robusto signo de equidad, cuando una vacuna se introduce en el Calendario Nacional de Vacunación en Argentina, es gratuita y obligatoria para toda la población objetivo, independientemente de su situación social o económica.

En nuestro país, este calendario incluye vacunas para todas las etapas de la vida, promoviendo el concepto de la vacunación en la familia, bebés, niños, niñas y adolescentes, embarazadas, adultos sanos, adultos mayores de 65 años. También contamos con vacunas para situaciones especiales que, implican un mayor riesgo de enfermar o presentar complicaciones, como personas con condiciones crónicas como diabetes, cardiopatía crónica, enfermedad respiratoria, inmunocompromiso, entre muchas otras.

Sin embargo, y a pesar de los avances logrados, el acceso de la población, principalmente adulta, a las vacunas todavía es sub-óptimo en nuestro país. Como ejemplo, en la tercera edición de la encuesta nacional sobre factores de riesgo para enfermedades no transmisibles, realizada en 2013, que involucró a 32,365 adultos, se incluyó por primera vez un módulo de vacunas. El mismo se orientó a estimar la prevalencia de vacunación en adultos y grupos en riesgo para algunas de las vacunas recomendadas por la autoridad sanitaria y conocer la exposición a la información sobre esta temática en la población argentina. (Figura 1)

18. VACUNACIÓN (VA)			
1 Del siguiente listado de vacunas que voy a leerle, le pido que me diga si en los últimos 5 años se ha dado o no cada una de ellas.			
	Si	No	Ns/Nc
1.1 Vacuna antitetánica / vacuna doble adulto (difteria, tétanos)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.2 Influenza / gripe / gripe A	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.3 Neumococo / Neumonía	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.4 Hepatitis B	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.5 Vacuna triple bacteriana (tos convulsa - coqueluche)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
2 En los últimos 12 meses, ¿vió o escuchó información sobre vacunas de adultos en algún medio como tv, radio, revistas, página web, carteles en la calle, hospitales, escuelas, etc.?			
Si	<input type="checkbox"/> (1)		
No	<input type="checkbox"/> (2)		
Ns/Nc	<input type="checkbox"/> (9)		
3 En los últimos 12 meses, ¿un médico, enfermera u otro profesional de la salud le habló o le dió información sobre vacunas de adultos?			
Si	<input type="checkbox"/> (1)		
No	<input type="checkbox"/> (2)		
Ns/Nc	<input type="checkbox"/> (9)		

Figura 1. Modulo vacunación ENFR

El relevamiento arrojó los siguientes resultados, sólo el 48.9% y 21.7% reportaron haber recibido la vacuna contra el tétanos y la hepatitis B, respectivamente, que son vacunas obligatorias para todos los adultos. Asimismo, de las personas con factores de riesgo, sólo el 51,6% y el 16,2% refirieron haber recibido vacunación contra influenza y neumococo en los últimos 5 años respectivamente. (Cuadro 1)

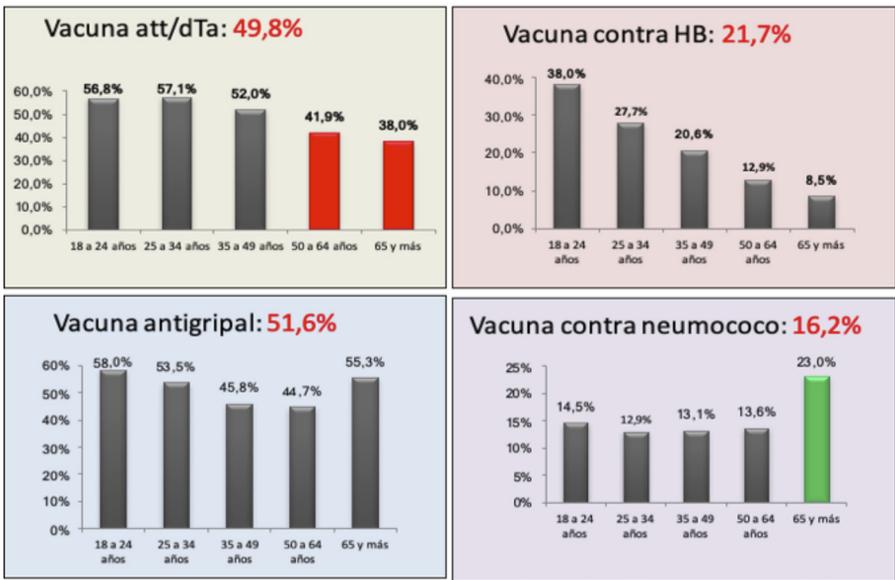
En relación con la fuente de información El 70,8% de los encuestados refirió haber visto o recibido información sobre vacunas de adultos en algún medio como televisión, radio, internet, hospitales, escuelas, etc. en últimos 12 meses mientras que solo el 27,9% refirió haber recibido esta información a través de un médico, enfermera u otro profesional de la salud. (Cuadro 1).

PRINCIPALES INDICADORES	2013
Aplicación vacuna antitetánica/doble adulto(últimos 5 años)	49,8% (48,5%-51,1%)
Aplicación vacuna Hepatitis B(últimos 5 años)	21,7% (20,7%-22,7%)
Aplicación vacuna influenza/gripe/gripe A(últimos 5 años)	51,6% (49,6%-53,6%)
Aplicación vacuna neumococo/neumonía (últimos 5 años)	16,2% (15,2%-17,3%)
Información sobre vacunación en medios(últimos 12 meses)	70,8% (69,6%-72,0%)
Información sobre vacunación por profesionales de la salud(últimos 12 meses)	27,9% (26,8%-29,0%)

Cuadro 1. Resultados ENFR 2013.

Al desagregar por sexo, edad y nivel educativo arrojó la siguiente información (Cuadro 2).

- Vacuna contra tétanos: sin diferencia por sexo ni nivel educativo, menor prevalencia de aplicación entre las personas mayores de 50 años.
- Vacuna contra hepatitis B: el indicador fue mayor en mujeres que en varones (24,5% vs. 18,6%), menor en la población con nivel educativo hasta primario completo. La prevalencia de aplicación disminuyó a mayor edad.
- Vacuna antigripal: no hubo diferencia significativa entre los sexos y el nivel educativo.
- Vacuna contra neumococo: mayor prevalencia en las mujeres con relación a los varones (18,2% vs. 14,1%). No se observaron diferencias según nivel educativo.



Cuadro 2. Indicadores según grupo de edad.

Es fundamental lograr adecuadas coberturas de vacunación para obtener inmunidad colectiva y así mantener los logros de los programas de inmunizaciones, ya sea la eliminación de enfermedades o control de las mismas. Las dificultades para lograr este objetivo en forma sostenida son múltiples y muy variadas.

Algunos obstáculos identificados en la bibliografía son: la falta de información o información falaz, desconocimiento de la disponibilidad de vacunas más allá de la niñez, baja percepción de riesgo de enfermedades prevenibles por vacunas, la falta de indicación por parte del equipo de salud, las oportunidades perdidas de vacunación, dificultades en el acceso (recurso humano crítico en los centros de vacunación, faltantes de insumos u horarios de los vacunatorios inconvenientes, dificultades económicas para acceder al centro de salud, etc.), inequidades relacionadas con la fragmentación del sistema de salud.

La confianza es otro de estos factores, e implica no sólo la seguridad en las vacunas, los altos estándares requeridos para su aprobación y la farmacovigilancia que avalan el beneficio de las mismas por sobre cualquier riesgo, sino la confianza en los vacunadores, en los médicos que prescriben las vacunas y en los tomadores de decisión. La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió como una de las 10 amenazas para la salud pública las dudas o reticencia a la vacunación.

En este contexto, la nueva ley de vacunas (Ley 27.491) sancionada por unanimidad en ambas cámaras del Congreso de la Nación y promulgada por el Poder Ejecutivo el 4 de enero de 2019, constituye una gran oportunidad para minimizar estas barreras. El objetivo de actualizar el marco legal, considerando el enorme crecimiento que han tenido los programas de vacunación en general y el de nuestro país en particular, fue, fundamentalmente, favorecer el acceso de la población a las vacunas en todas las etapas de la vida y minimizar la fragmentación del sistema de salud.

Algunos de los aportes de la flamante Ley 27.491 son:

- Reafirmar a la vacunación como una **política de estado**; las vacunas continúan siendo gratuitas y obligatorias, como siempre pero se incorporó el concepto de que el **estado nacional es el responsable de adquirir** los insumos necesarios para la vacunación y proveerlos a las 24 jurisdicciones.
- Declara la vacunación para todas las **etapas de la vida** y a todos los componentes del Programa de Inmunizaciones de interés nacional.
- Define a la vacunación como un **bien social** y establece la prevalencia de la salud pública por sobre el interés particular.
- Crea el **registro informatizado** nominal de personas vacunadas que debe ser utilizado tanto en el sector público, la seguridad social y el sector privado.

- Busca favorecer el **acceso al derecho de vacunarse** en todo el ciclo de la vida, debiendo presentar el carnet de vacunas al ingreso escolar (primario y secundario) universitario, tanto público o privado, en el examen pre laboral y los controles periódicos, para tramitar DNI, licencia de conducir, pasaporte, además de las asignaciones familiares, sin impedir el trámite.
- Se justifica la **inasistencia laboral**, previa coordinación con el empleado para vacunarse o vacunar un menor a cargo.
- Genera **sanciones a los integrantes del equipo de salud** que falsifiquen certificados o no adhieran a las recomendaciones nacionales.
- Los integrantes del equipo de salud y educación deben **notificar si se vulnera el derecho a la vacunación de los niños, niñas o adolescentes** o si un adulto decide no vacunarse, para que la jurisdicción trabaje con un equipo multidisciplinario con el objeto de favorecer el cumplimiento de la ley.
- Establece la asignación de **espacios gratuitos de difusión** en los medios de comunicación que integran el Sistema Federal de Medios y Contenidos Públicos.

En un momento en que los programas de vacunación, no solo en la Región de las Américas, sino en todo el mundo, enfrentan un escenario preocupante, una situación económica adversa, el descenso de las coberturas de vacunación, la consecuente reemergencia de enfermedades, incluso aquellas eliminadas en nuestro país y nuestra región, el aumento de la circulación de rumores en relación con la seguridad de las vacunas, la vacilación de la población para vacunarse, conocer cuál es el nivel de conocimiento e importancia atribuida a las vacunas por la población argentina, es fundamental para generar evidencias y diseñar estrategias efectivas para favorecer el acceso a la prevención primaria a través de las vacunas, sostener los logros alcanzados y emprender nuevos desafíos.

En este marco, la información que arroja la presente encuesta es muy valiosa y genera una gran oportunidad, como punto de partida, tanto para analizar los resultados, como para profundizar la investigación en función de las respuestas obtenidas.

En primer lugar, y en concordancia con los datos de la **ENFR** y otras publicaciones, reafirma el rol clave que tiene la **recomendación médica** en favorecer el acceso de la población a las vacunas y su confianza en

ellas. Se evidencia claramente la necesidad de fortalecer ese rol para minimizar las **oportunidades perdidas y mejorar las coberturas de vacunación** ya que la falta de recomendación de los médicos es una de las principales barreras para la vacunación.

Observamos que la mayoría de los argentinos no ha recibido esta recomendación médica para aplicarse vacunas en los últimos 5 años. El 54% se encuentra en esta situación, mientras el 40% afirma haber tenido la indicación profesional para vacunarse (Ver Gráfico N°1). Por otro lado, el contacto con el sistema de salud, a través de **un/a médico/a de cabecera favorece el acceso a la vacunación**. Así, entre los que acceden a un/a profesional el 51% recibió la indicación de vacunarse, mientras que entre los que no lo poseen ese valor se reduce al 28% (Ver Gráfico N°2). Sin embargo, es clave enfatizar que, incluso teniendo acceso al sistema de salud el **49% no ha tenido la recomendación de vacunarse**, cifra muy preocupante que requiere acciones inmediatas, son oportunidades perdidas inadmisibles.

Otro motivo de preocupación es que alrededor de la **mitad de los adultos no se identifica con médico/a de cabecera o de referencia**, siendo esto directamente proporcional a la dificultad en el acceso a la recomendación de vacunarse, por lo que es clave generar acciones simultáneas, tanto para fortalecer la atención primaria de la salud, como para que la población demande las vacunas más allá de la recomendación ya que las vacunas de calendario no requieren indicación, simplemente con acercarse a un vacunatorio público es suficiente para recibirlas. En los otros subsectores, la seguridad social y el sector privado, la necesidad de indicación constituye una barrera en el acceso y es otra muestra de las dificultades que ocasiona la fragmentación del sistema de salud en Argentina.

La encuesta también nos muestra que es más frecuente que las mujeres y las personas mayores de 50 años cuenten con médico/a de cabecera o de referencia (Ver Gráficos Nros. 3 y 4). Claramente se observa que ese porcentaje aumenta considerablemente (71%) a partir de los 50 años de edad, momento en el que comienzan a presentarse la mayor incidencia de algunas condiciones que favorecen la consulta médica. Resulta interesante entonces, relacionar este dato con el Gráfico Nro.7 que evidencia un acceso a la vacunación del 79% de los afiliados de PAMI, concordando con la edad sus afiliados y el funcionamiento de esta obra social basado en el médico de cabecera.

Sin embargo, la pregunta reflejada en el Gráfico Nro. 5 sobre la aplicación de una serie de vacunas, no permite arribar a una conclusión sólida ya que es demasiado amplia y puede haber una diferencia

considerable entre cada una de las vacunas incluidas. Por ejemplo, la población de PAMI puede tener acceso aceptable a la vacuna antigripal y muy bajo al resto ya que el circuito de vacunación a través de las farmacias incluye esta vacuna y no lo hace con la vacuna con componente antitetánico y hepatitis B, por dar un ejemplo. Otro motivo que dificulta la interpretación de la pregunta consiste en la diversidad de grupos etarios y de indicaciones que se presentan en la población que es asistida en los hospitales públicos, las obras sociales y las prepagas a diferencia de PAMI, cuya población debe recibir la vacuna antigripal casi en su totalidad. En la ENFR se puede observar una gran variación en el acceso según la vacuna y la edad por lo que es recomendable profundizar en estos puntos para sacar conclusiones sólidas.

Este razonamiento hace que la pregunta formulada en los Gráficos Nro. 7 y Nro. 8, en relación con la aplicación de vacunas y la dificultad para acceder a ellas según cobertura de salud tenga el mismo sesgo y pueda llevar a conclusiones inexactas, sería interesante conocer el dato de la edad de las personas que se atienden en el sector público, la seguridad social, la medicina prepaga y PAMI para hacer el mismo ejercicio y correlacionar también este dato con la posesión de médico/a de cabecera o de referencia. Un dato importante a tener en cuenta es que independientemente de la cobertura social o de quien recomiende la vacunación, un número relevante de personas que pertenece a los diferentes subsectores (seguridad social, prepaga, PAMI) concurre a los vacunatorios públicos a vacunarse. El Gráfico Nro. 9 es clarísimo en relación con la importancia de la recomendación del equipo de salud, ya que el 68% de las personas que contaban con médico/a de cabecera accedió a la vacunación, mientras que entre los que no contaban se vacunó solo el 46%. Una vez más notamos que el 32% de las personas que accedieron al sistema de salud no contaron con la recomendación de vacunarse.

En relación con la seguridad de las vacunas, el tema es tan sensible que requiere un análisis particular. Nuestro país cuenta con un sistema de vigilancia de ESAVI (Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización) a través del cual todos los integrantes del equipo de salud deben notificar los eventos relacionados temporalmente con la vacunación, que luego es evaluado y clasificado en evento relacionado o no relacionado con la vacuna, o como error programático o evento no concluyente. Por otro lado, existe una **Comisión Nacional de Seguridad en Vacunas (Co.Na.Se.Va.)**, creada por la Resolución Ministerial 259 en 2013, integrada por expertos independientes. En esta Comisión se evalúa los ESAVI, se los clasifica y se generan las recomendaciones que correspondan.

La información relacionada con la **vigilancia de la seguridad** de las vacunas de nuestro país es publicada periódicamente. Por lo tanto, la aparición de un evento luego de la aplicación de una vacuna no significa necesariamente que tenga relación causal con la misma. Es muy relevante aclarar este punto para analizar la pregunta y el Gráfico Nro. 6 *“¿Usted ha padecido alguna reacción adversa a alguna vacuna en los últimos años?”* ya que la información obtenida es en relación a la percepción de la población consultada y de ninguna manera arroja una conclusión sobre la seguridad de las vacunas.

Del 9% que refiere haber presentado reacciones adversas, no se analiza información relevante como el tiempo transcurrido entre la aplicación de la vacuna y la aparición del evento, tipo de evento, la gravedad del mismo, la evolución ni que vacuna recibió. La mayoría de los eventos adversos relacionados con la vacunación son leves y se autolimitan, y consisten en dolor en el sitio de aplicación, febrícula, irritabilidad, por lo que sería importante definir estos puntos para continuar promoviendo la confianza de la población y el equipo de salud en la seguridad de las vacunas y la importancia de las mismas como herramienta para promover la salud individual y colectiva. Esta información, así presentada, puede impactar negativamente en este punto y es necesario esta aclaración.

Finalmente, analizando la última dimensión relacionada con la imagen social de las vacunas, es interesante mencionar el **amplio consenso sobre el beneficio de las vacunas** para la salud en nuestra sociedad. Así, el **83% afirma que éstas son bastante o muy beneficiosas**. Sin embargo, el 14% de los entrevistados desconfía de ellas (Ver Gráfico N° 10).

Casi la **mitad de los que desconfían en las vacunas explican su opinión debido a experiencia directa o referencias sobre efectos adversos**. El resto ofrece explicaciones vinculadas con creencias religiosas, práctica de terapéuticas médicas alternativas o, directamente, escepticismo respecto de la ciencia médica convencional (Ver Gráfico N° 11). Este punto es fundamental, es imprescindible trabajar en forma multidisciplinaria con las personas que no confían en las vacunas, entender sus motivos, conocer sus fuentes de información, partiendo del respeto y la empatía, e incorporando un concepto al que la mayoría de los integrantes del equipo de salud no estamos acostumbrados, la posverdad. ¿De qué hablamos cuando hablamos de posverdad? *“Las circunstancias en las que los hechos objetivos influyen menos a la opinión pública que las apelaciones a la emoción o a las creencias personales.”* La posverdad no es mentira, ni un error, ni se trate de ignorancia. La posverdad es la distorsión o manipulación de las

evidencias para satisfacer las necesidades ideológicas o emocionales. Quienes desconfían de las vacunas quieren lo mejor para ellos y sus hijos. Por eso es clave profundizar este eje, obtener más información y generar estrategias de comunicación efectiva que llegue a esta población para darle las respuestas que necesita, de la forma que las necesita.

Por último, pero a modo de la conclusión más importante que podemos obtener, se presentaron a los entrevistados tres frases acerca de las vacunas para que expresaran su acuerdo o desacuerdo. **La que despertó mayor consenso se refiere al carácter preventivo de las vacunas:** el 85% estima que resultan esenciales para evitar enfermedades. En la misma línea, pero con menos adhesiones, 7 de cada 10 entrevistados estuvieron de acuerdo en rechazar la afirmación *“Las vacunas generan más enfermedades que beneficios”*. La tercera frase mostró, finalmente, que para al menos la mitad de la sociedad las vacunas están orientadas a determinado tipo de segmentos sociales, principalmente los niños, concepto sobre el que urge trabajar para cambiar. (Ver Gráfico N° 12). Esto significa que en Argentina confiamos en las vacunas y adherimos a la vacunación, y si no accedemos a ellas es por motivos mucho más injustos que decidir no vacunarnos, son las barreras que comentamos al comienzo de este análisis, barreras que deben derribarse con una política de estado nacional, articulando con las 24 jurisdicciones, los municipios, todos los integrantes del equipo de salud, todos los actores que deben involucrarse y comprometerse, incluso más allá del sector salud, los medios de comunicación, el sistema educativo, y la sociedad toda ejercer ese derecho y responsabilidad social.

Todavía tenemos mucho por hacer, continuar **investigando en esta línea será muy relevante para poder tomar decisiones basadas en la evidencia científica local y generar acciones oportunas e innovadoras**, tendientes a favorecer el acceso de la población a la prevención primaria a través de las vacunas en todas las etapas de la vida y, de esta forma, lograr, por fin, la transición de la vacunación del niño a la familia. Es un desafío que vale la pena.

Bibliografía

- 1- Encuesta Nacional de Factores de riesgo. 2013. Disponible en https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/menusuperior/enfr/doc_base_usuario_enfr2013.pdf. Acceso 20/06/2019.
- 2- MacDonald N, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015 Aug 14;33(34):4161-4.
- 3- Larson hJ, Jarret C, Schulz WS, et.al. Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool. *Vaccine*. 2015 Aug 14;33(34):4165-75.
- 4- Larson H, Figueiredo A, Karafillakis E, Rawal M. A report for the European Commission. STATE OF VACCINE CONFIDENCE IN THE EU 2018. Disponible en https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/vaccination/docs/2018_vaccine_confidence_en.pdf. Acceso 20/06/2019.

ENCUESTAS REALIZADAS
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA POBLACIÓN ARGENTINA
ACCESO DE LOS ARGENTINOS A LA ATENCIÓN SANITARIA

ANALISTA INVITADO:
DR. RUBÉN TORRES

ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA POBLACIÓN ARGENTINA

Continuando con su programa de estudios sobre la salud en la Argentina (Proesa), Poliarquia Consultores y Prosanity Consulting han abordado, en un reciente estudio, un tema clave: el acceso a la atención médica.

En términos generales, la investigación muestra que los argentinos frecuentan asiduamente los servicios médicos y poseen una buena evaluación sobre ellos. Sin embargo, señalan importantes limitaciones por razones económicas, de cobertura, de organización y de complejidad. Asimismo, el estudio revela que el acceso a los servicios de salud es percibido como inequitativo por una amplia mayoría de la población.

Como se ha dicho, la frecuentación de los servicios es mayoritaria: casi 8 de cada 10 entrevistados afirman haber realizado al menos una visita al médico en el último año (Ver Gráfico N° 1). Esta población realiza una evaluación positiva de la atención recibida: el 72% sostiene que ha sido muy buena o buena (Ver Gráfico N° 2).

Gráfico N° 1
Realización de visita médica

“En los últimos 12 meses, ¿usted realizó alguna visita médica?”

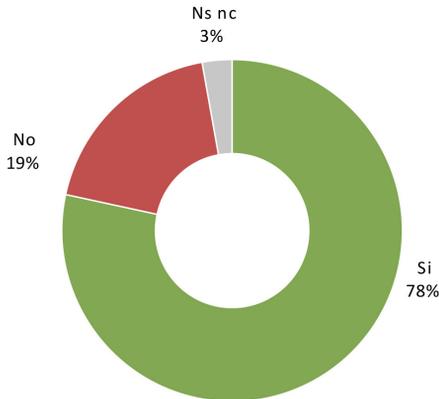
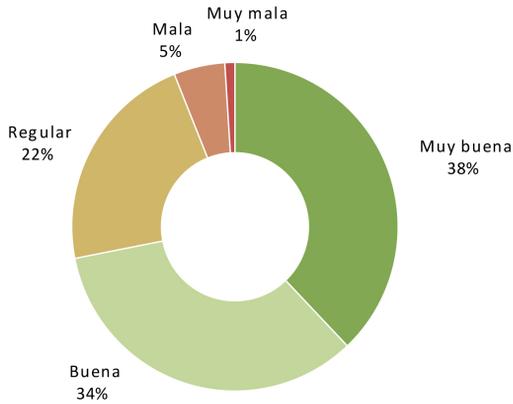
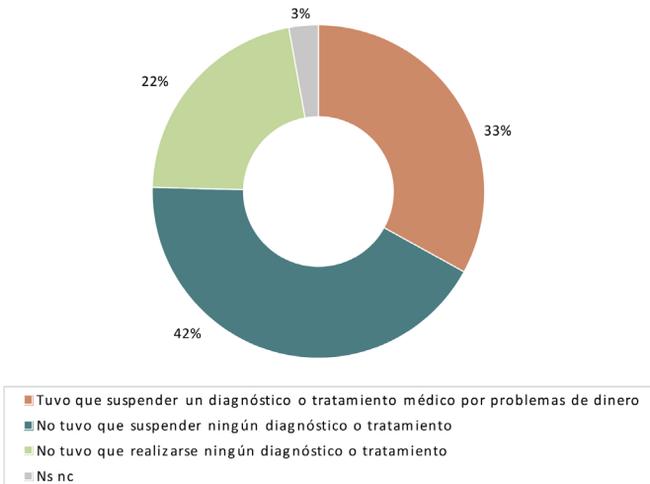


Gráfico N° 2
Calificación de la visita médica
“¿Cómo calificaría Ud. la atención recibida en su última visita médica?”



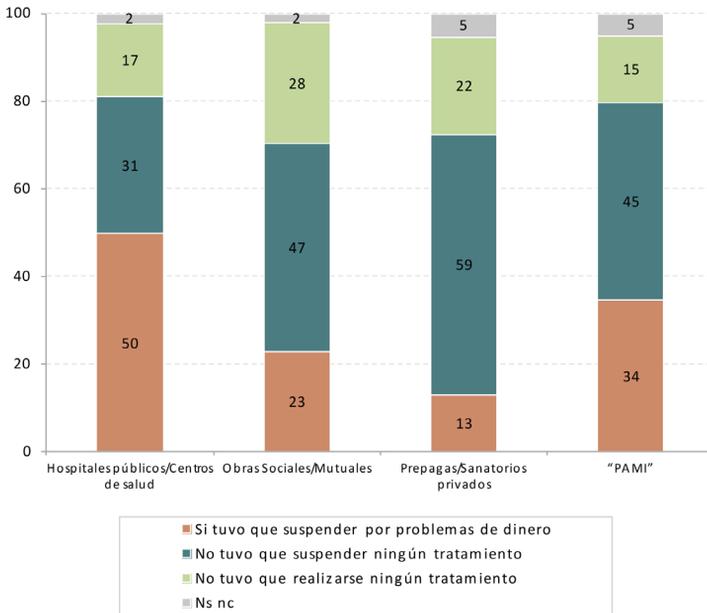
La buena evaluación general se resiente al indagar si los diagnósticos y tratamientos médicos debieron suspenderse por razones económicas el último año. Si bien el 42% consigna que no debió interrumpir la atención por ese motivo, un tercio sí debió hacerlo (Ver Gráfico N° 3).

Gráfico N° 3
Suspensión de diagnóstico o tratamiento por problemas de dinero
“En los últimos 12 meses, ¿usted tuvo que suspender un diagnóstico o tratamiento médico por problemas de dinero?”



La investigación revela que las razones económicas condicionan el acceso a la salud, observándose importantes diferencias por tipo de cobertura. La mitad de la población que se atiende en hospitales públicos afirma que tuvo que suspender la atención por no contar con dinero suficiente y un tercio de los que pertenecen al PAMI están en la misma situación. Esto contrasta con los resultados observados entre los que se atienden en obras sociales y prepagas (Ver Gráfico N° 4).

Gráfico N° 4
Suspensión de diagnóstico o tratamiento por problemas de dinero según cobertura de salud

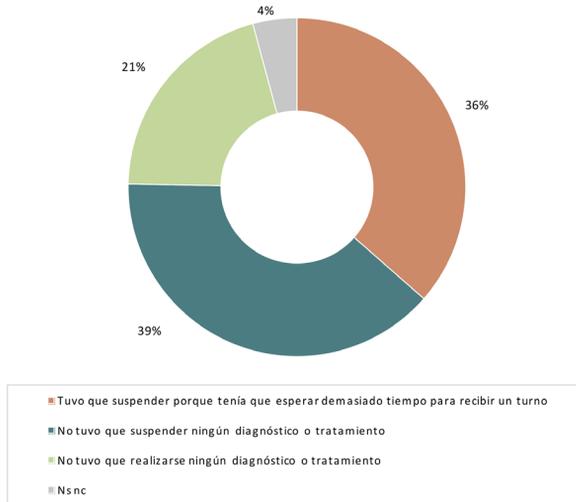


El tiempo de espera para conseguir turno también representa una limitación al acceso a los servicios médicos. Más de un tercio de la población afirma haber suspendido un tratamiento porque los turnos disponibles eran para fechas muy lejanas (Ver Gráfico N° 5).

Gráfico N° 5

Suspensión de diagnóstico o tratamiento por problemas en los tiempos del turno

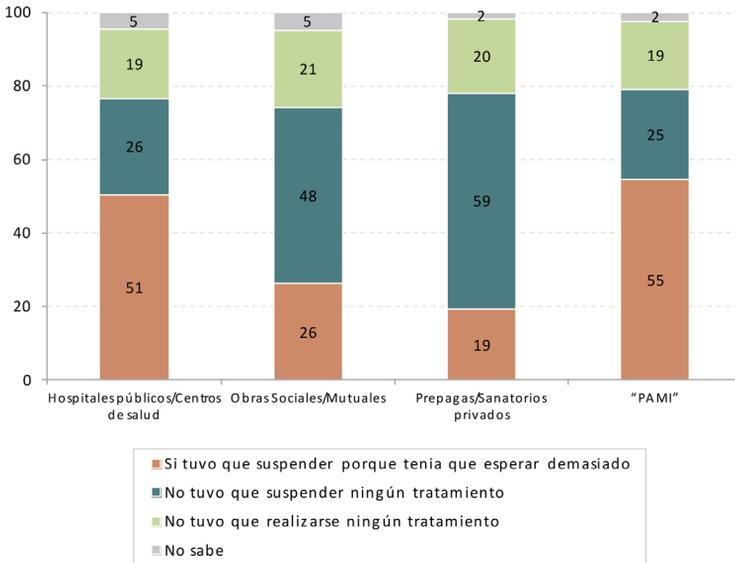
“En los últimos 12 meses, ¿usted tuvo que suspender un diagnóstico o tratamiento médico porque tenía que esperar demasiado tiempo para recibir un turno?”



El PAMI y el hospital público, donde se atiende la población más vulnerable en términos socioeconómicos, exhiben las mayores falencias relativas. Entre los jubilados, el 55% debió suspender la atención por la tardanza de los turnos, mientras que en los hospitales esa proporción alcanza al 51% (Ver Gráfico N° 6).

Gráfico N° 6

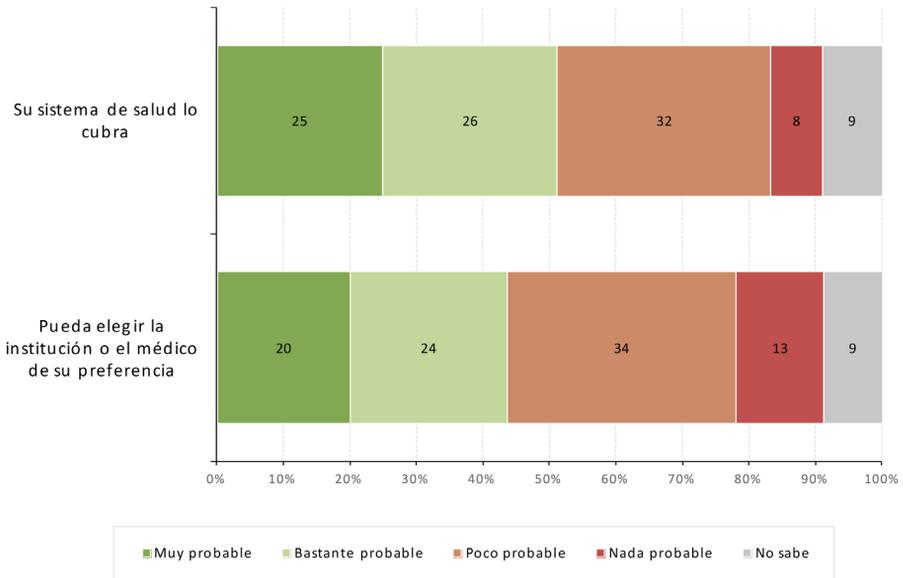
Suspensión de diagnóstico o tratamiento por problemas en los tiempos del turno según cobertura de salud



La complejidad de los tratamientos también impacta en la imagen del acceso a los servicios médicos. Frente a un problema de salud complejo, el 40% de los argentinos considera improbable que su tipo de cobertura pueda afrontarlo, mientras que casi la mitad estima que no podrá elegir la institución médica de su preferencia para atenderse (Ver Gráfico N° 7).

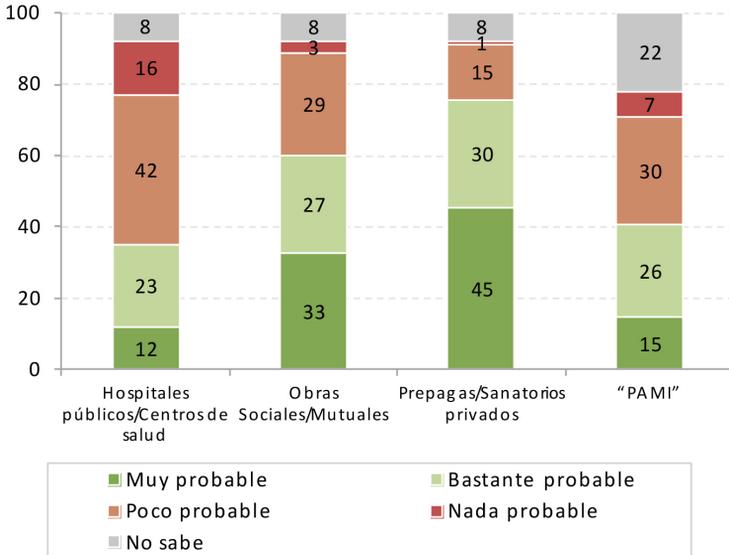
Gráfico N° 7 Tratamiento médico complejo

“En caso de necesitar un tratamiento médico complejo, ¿qué tan probable es que...?”



La atribución de probabilidades de que el tipo de cobertura se haga cargo de un tratamiento complejo adquiere un contraste dramático entre los que se atienden en hospitales públicos y en empresas de medicina prepagas. Para el 58% de los primeros es poco o nada probable que exista esa posibilidad, mientras que más del 70% de los clientes de las prepagas confían en que podrán acceder sin dificultades a un tratamiento complejo (Ver Gráfico N° 8).

Gráfico N° 8
Tratamiento médico complejo según cobertura de salud

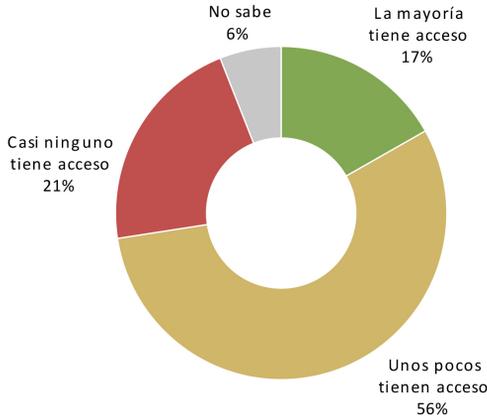


En vista de estos impedimentos y disparidades, no sorprende que los servicios médicos en la Argentina tengan la imagen de ser inequitativos. En efecto, para el 56% de la población solo “unos pocos” tienen un acceso adecuado a la salud y para el 21% ese acceso es para “casi ninguno”. El consenso es abrumador: casi 8 de cada 10 argentinos piensan que el acceso salud es un privilegio de elites, no un derecho universal (Ver Gráfico N° 9).

Gráfico N° 9

Acceso a un adecuado servicio de salud

“¿En su opinión, en Argentina la mayoría tiene acceso a un adecuado servicio de salud, que unos pocos tienen acceso o que casi ninguno tiene acceso a un adecuado servicio de salud?”

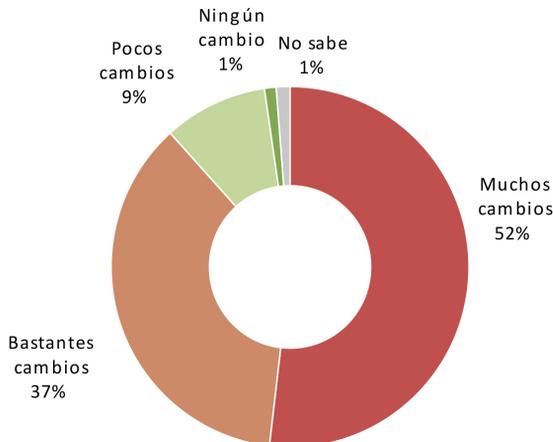


Por último, la investigación de Poliarquia y Prosanity indagó acerca de si el sistema de salud requiere cambios para ser más eficiente y justo. Nuevamente se alcanzan muy altos grados de consenso: más de la mitad de los entrevistados afirmaron que el sistema necesita “muchos cambios” y el 37% que requiere “bastantes cambios” (Ver Gráfico N° 10).

Gráfico N° 10

Sistema de salud en Argentina

“¿Usted cree que el sistema de salud en Argentina necesita muchos, bastantes, poco o ningún cambio?”



La conclusión de esta investigación es que la atención médica en la Argentina es bien evaluada, pero en el contexto de un sistema caracterizado por dificultades estructurales en materia de organización, cobertura y equidad.

FICHA TÉCNICA:

Universo: Población, mayor de 18 años.

Tipo de encuesta: Telefónica (IVR).

Características de la muestra: Estratificada, polietápica y aleatoria. Por cuotas de edad y sexo para la selección del entrevistado.

Tamaño de la muestra: 1288 casos nacionales.

Error estadístico: +/- 2,78 % para un nivel de confianza del 95%.

Fecha del trabajo de campo: Del 16 al 18 de junio de 2017.

Empresa ejecutora: Poliarquia Consultores en asociación con Prosanity Consulting.

ACCESO DE LOS ARGENTINOS A LA ATENCION SANITARIA

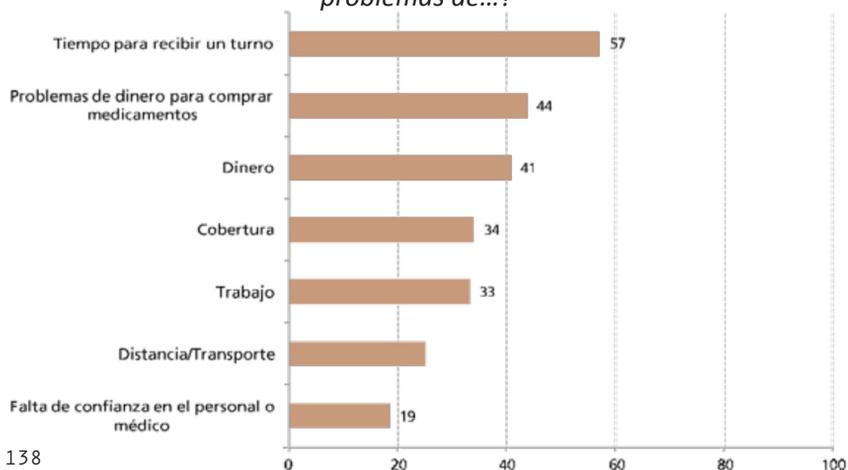
Como parte de su programa de estudios sobre salud, Poliarquia y Prosanity consultaron a la población argentina acerca de las facilidades, dificultades e impedimentos para acceder al sistema de salud. Básicamente, se indagaron las cuestiones que pueden determinar una mayor o menor fluidez en la atención médica: situación económica, tiempo de espera, facilidades laborales, tipo de cobertura, confianza en los profesionales, distancia de los lugares de atención y medios de transporte para llegar a ellos.

I. PRINCIPALES MOTIVOS QUE DIFICULTAN EL ACCESO A LA SALUD

El 66% de la población declara haber realizado al menos una consulta médica durante el último año. Como se observa “el tiempo de espera para obtener turnos” resulta la razón más mencionada por este grupo para suspender los tratamientos médicos. En segundo lugar, se ubica la situación económica debido a las dificultades para comprar medicamentos y pagar consultas por insuficiencia del presupuesto familiar. En tercer lugar, se encuentran, con una proporción equivalente de menciones, los problemas ligados al tipo de cobertura y la ausencia de tiempo disponible por razones de trabajo; estos motivos afectan a un tercio de la población. Por su parte, la distancia y las dificultades en el transporte afectan a uno de cada cuatro argentinos en tratamiento médico, mientras que la desconfianza en los profesionales dificulta el acceso de casi uno de cada cinco (Ver Gráfico N°1).

Gráfico N° 1

Ordenamiento de razones que provocan la suspensión de tratamientos médicos
“¿En los últimos 12 meses, usted tuvo que suspender un tratamiento por problemas de...?”



II. EL TIEMPO DE ESPERA

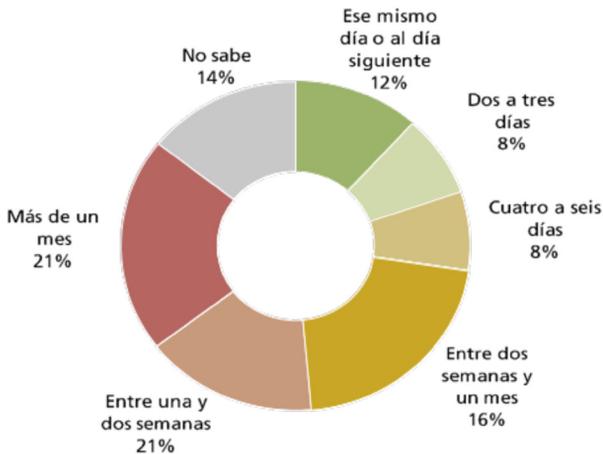
El tiempo de espera, que es la razón más mencionada para suspender tratamientos, afecta especialmente a tres segmentos de población: los menores de 30 años, quienes tienen solo la primaria completa, y aquellos que se atienden en hospitales públicos y el PAMI.

Consultada más específicamente la población acerca de la cantidad de tiempo que debe esperar para acceder a una consulta con un médico u otro personal de la salud, una quinta parte afirmó que la tardanza se prolonga por más de 1 mes. En otro extremo, el 28% reconoció que obtiene el turno en un lapso menor a una semana. En una situación intermedia se encuentran aquellos pacientes que consiguen los turnos entre una y dos semanas, que alcanzan al 21%, y los que los obtienen entre dos semanas y un mes, que totalizan el 16% de la población (Ver Gráfico N° 2).

Gráfico N° 2

Tiempo de espera para obtener turnos

“Cuando Ud. Tiene un problema de salud y necesita recurrir a un médico o personal de salud (Psicología, Fonoaudiología) ¿Cuánto tiempo tiene que esperar para obtener un turno?”



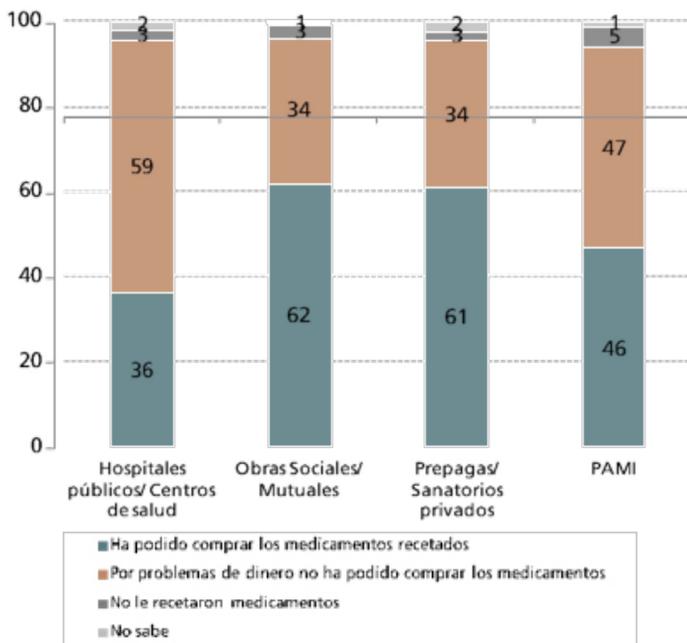
III. LA SITUACIÓN ECONÓMICA

Por su parte, y como es esperable, las razones económicas para no acceder a medicamentos o tener que suspender tratamientos son invocadas, en proporción mayor, por aquellos que disponen de menor educación, y, por lo tanto, de oportunidades de trabajo menos

remuneradas. A la luz de los datos puede concluirse que la compra de medicamentos es una barrera infranqueable para la mayoría de las familias de sectores socioeconómicos bajos, que dependen del sistema público de la salud. En efecto, entre quienes se atienden en hospitales públicos, casi dos tercios se declaran imposibilitados de acceder a medicinas por no contar con presupuesto suficiente. Entre los que poseen la cobertura de PAMI, esa proporción es del 47% (Ver Gráfico N° 3).

Gráfico N° 3
Suspensión de compra de medicamentos por problemas de dinero según cobertura de salud.

“¿En los últimos 12 meses, usted ha podido comprar los medicamentos recetados o por problemas de dinero no ha podido comprarlos?”

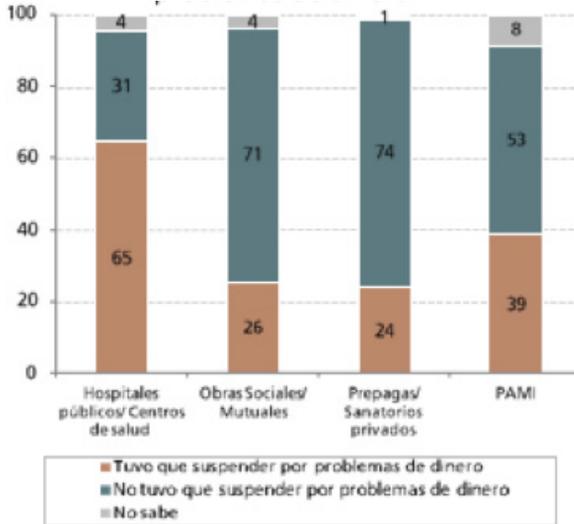


En caso de suspensión por razones económicas de tratamientos, consultas y diagnósticos, el 65% de los que acuden a la medicina pública manifiestan insuficiencia económica, algo que afecta a menos de una cuarta parte de los que se atienden con el sistema prepago (Ver Gráfico N° 4).

Gráfico N° 4

Suspensión de tratamientos, visitas médicas o diagnóstico por problemas de dinero según cobertura de salud.

“¿En los últimos 12 meses, usted tuvo que suspender un tratamiento, una visita médica o un procedimiento de diagnóstico como radiología o análisis de sangre por problemas de dinero?”

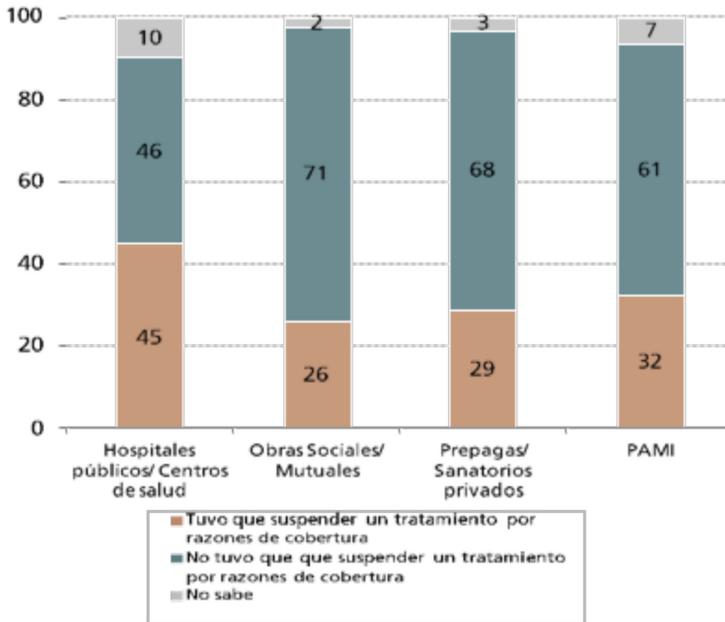


IV. EL TIPO DE COBERTURA

Como pudo constatar, el 34% de la población bajo tratamiento declaró que tuvo dificultades de acceso a la salud debido a impedimentos provenientes de su modalidad de cobertura. El hospital público volvió a mostrar aquí sus deficiencias por cuanto el 45% de los que se atienden allí afirmó haber padecido diversas restricciones, un valor considerablemente superior al registrado en las obras sociales, las prepagas y el PAMI (Ver Gráfico N°5).

Gráfico N° 5
Suspensión de tratamiento por problemas de cobertura según cobertura de salud.

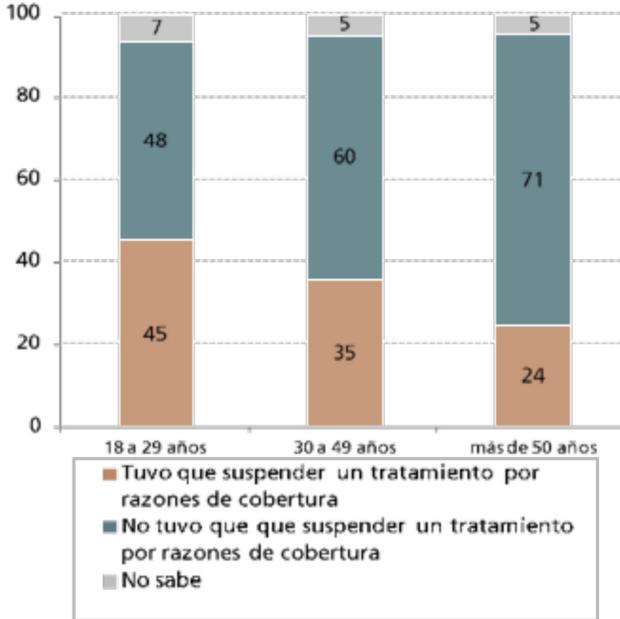
“¿En los últimos 12 meses, usted tuvo que suspender un tratamiento por problemas de cobertura, es decir que su obra social, prepaga o el hospital no se lo cubrieron?”



Según los datos obtenidos, la dificultad de acceso a la salud según tipo de cobertura, registra variaciones mencionables de acuerdo a la edad de los pacientes. A medida que ésta descende, se observa mayor proporción de los que manifiestan haber tenido que suspender tratamientos por problemas con su sistema de cobertura (Ver Gráfico N°6).

Gráfico N° 6

Suspensión de tratamiento por problemas de cobertura según edad.
“¿En los últimos 12 meses, usted tuvo que suspender un tratamiento por problemas de cobertura, es decir que su obra social, prepaga o el hospital no se lo cubrieron?”



V. OTROS MOTIVOS QUE DIFICULTAN EL ACCESO A LA ATENCIÓN SALIARIA.

Entre los factores que dificultan el acceso a la salud que dependen de los pacientes, además de la situación económica, que ya se ha mencionado, deben considerarse la distancia geográfica de los puntos de atención y la imposibilidad de ausentarse del trabajo. Un tercio de los argentinos manifiestan que sus responsabilidades laborales les dificultan la continuidad de sus tratamientos médicos, mientras que una cuarta parte menciona el problema de las excesivas distancias.

Por último, menos de una quinta parte de los entrevistados mencionó la desconfianza hacia los médicos como una razón para abandonar los tratamientos. Por el contrario, una amplia mayoría manifestó su confianza en los profesionales, lo que resulta coherente con la alta estimación relativa que estos recogen entre los pacientes argentinos.

FICHA TÉCNICA:

Universo: Población, mayor de 18 años.

Tipo de encuesta: Telefónica (IVR).

Características de la muestra: Estratificada, polietápica y aleatoria. Por cuotas de edad y sexo para la selección del entrevistado.

Tamaño de la muestra: 1350 casos nacionales.

Error estadístico: +/- 2,72 % para un nivel de confianza del 95%.

Fecha del trabajo de campo: Del 10 al 13 de noviembre de 2017.

Empresa ejecutora: Poliarquia Consultores en asociación con Prosanity Consulting.



ANALISTA INVITADO

Dr. Rubén Torres

Médico especialista en cirugía infantil (Universidad de Buenos Aires) Diploma de Honor.

Rector de la Universidad Isalud. -, Presidente del Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS), Presidente de la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH y Miembro del Consejo Académico de la Fundación de Estudios para la salud y la Seguridad social (FESS). Ex Superintendente de Servicios de Salud de la Nación y ex Gerente de Sistemas de Servicios de Salud de OPS (Organización Panamericana de la Salud). Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social y en Dirección y Gestión de Sistemas de Seguridad Social. Especialista en planificación y Gestión de Políticas Sociales y Máster en Sociología. Autor de los libros: "Políticas sanitarias en el país de los argentinos", "Mitos y Realidades de las Obras Sociales" y "Nuevas Dimensiones de las APS" entre otros numerosos trabajos publicados y/o presentados en libros, revistas, diarios, congresos nacionales e internacionales. Entre los premios recibidos: Medalla D. João VI, reconocimiento para quienes contribuyen en el Régimen Público de Previsión Social; entregada por ANASP (Asociación Nacional de Servidores de Provincias y Seguros Social de Brasil) otorgada en agosto de 2015. Reconocimiento a la Labor y Calidad Profesional, otorgado por la Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria, septiembre 2013; premio a la Trayectoria en Seguridad Social, 2012 otorgado por la Fundación Argentina de Estudios de la Seguridad Social. Premio Miguel Gorman 2010- Otorgado por la Comunidad Argentina Salud; Premio a la Vocación Académica 2009- Otorgado por la Fundación El Libro; Premio

Nacional a la Calidad año 2005 – Otorgado por la Jefatura de Gabinete de Ministros – Presidencia de la Nación.

COMENTARIOS:

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA SALUD PÚBLICA Y LA POLÍTICA SANITARIA EN ARGENTINA

Cuando observamos el nivel de prioridad que nuestra sociedad otorga a la salud en numerosas y sucesivas encuestas, pareciera constatarse la habitual apreciación de que “la gente solo se acuerda de la salud cuando la pierde”.

Si bien no faltan argumentos que sustenten esta afirmación (basta ver los bajos niveles de actividad física y el alto sedentarismo a pesar de las advertencias respecto de su riesgo sanitario), cabe pensar también que, en una sociedad que no ha resuelto problemas elementales como niveles de empleo; sustentabilidad económica, y otros factores macroeconómicos, estos desplacen a la salud en la priorización de los ciudadanos. A ello debemos agregar, que muchas veces estas encuestas no llegan a aquellos niveles de vulnerabilidad social en que los problemas de salud resultan más apremiantes, o bien cuando lo hacen, la llamada “resignación aprendida”¹ de estos conciudadanos, no expone con transparencia las enormes dificultades de nuestro sistema sanitario.

En los planos dirigenciales, si bien ha quedado expuesto explícitamente la correlación de las condiciones socioeconómicas y el estado de salud, expresado en los determinantes sociales, pocas veces se expresa esta horizontalidad en el diseño y desarrollo de planes, y el anhelo de que la salud se exprese en todas las políticas continúa siendo una utopía.

La propia degradación del ministerio de salud a secretaria plantea la ausencia de un plan de salud pública a largo plazo, que supere las coyunturas políticas, sociales y económicas y se sostenga en el tiempo. Esto resulta imprescindible porque quienes se hallan en vulnerabilidad económica (incapacidad de generar ingresos sostenidamente en el tiempo, por encima del nivel de la Canasta Básica Total), generalmente trabajadores informales, cuyos ingresos varían alrededor de esa canasta (a quienes un golpe inflacionario o una crisis de empleo, pone o saca de la situación de pobreza), y quienes sufren pobreza estructural (hogares que tienen sostenidamente ingresos insuficientes

1 Learned helplessness: theory and evidence; Maier, S; Seligman, M.; Journal of experimental psychology, vol 5, nro 1, 1976.

para alcanzar la Canasta Básica Total), en conjunto alrededor de un tercio de los argentinos, sufre restricciones como una vivienda muy precaria, y sin acceso a servicios sanitarios. Ubicados además en marcos de hacinamiento y violencia, donde la pobreza se presenta como multidimensional, con adultos con muy bajo nivel de educación y poca formación y experiencia para el empleo, trabajos muy precarios, problemas de adicciones, y mujeres muchas veces abandonadas, asumiendo la jefatura del hogar, sin medios de vida y con muchos niños, los primeros de los cuales fueron concebidos en la adolescencia, requieren de un sistema de salud cercano y acogedor.

Esta pobreza no se combate solo con crecimiento económico y estabilidad de precios, sino que requiere de políticas estructurales: calidad educativa y retención escolar, para que todos alcancen la educación secundaria, salud sexual y reproductiva y formación para lograr empleos formales, acceso fácil (cercano y amigable) a un sistema de salud con suficiente capacidad resolutoria, que no solo espere a los ciudadanos de los cuales es responsable, sino que salga a buscarlos.

Esa pobreza que alcanzo el 32 % por la mala situación económica, no bajará automáticamente con una mejora de la economía o mejoras en la infraestructura urbana, sino solo entre los hogares vulnerables, que con crecimiento económico y estabilidad tendrán herramientas para salir adelante, pero hay un 20% de pobres que requieren mucho más que mejoras en la economía. Necesitan de un estado más profesional, que gestione mejor el gasto público, en todos los niveles de gobierno. Terminar con la pobreza estructural requiere calidad en la gestión de los sistemas públicos de salud y educación, desarrollo urbano y seguridad pública, responsabilidad de provincias y municipios. Hacer que sus gobiernos mejoren sustancialmente la calidad de su gestión es uno de los grandes desafíos en la lucha contra la pobreza.

El gobierno nacional deberá mejorar las condiciones para generar el crecimiento económico, la estabilidad de precios, la generación de empleos, a la vez que un ejercicio real de las funciones de rectoría en el campo de la salud coordinando las medidas en su conjunto, en el subsector público, en todos los niveles (nacional, provincial y municipal), la seguridad social y la medicina prepaga.

Al respecto, la situación actual de la autoridad sanitaria nacional, así como su asignación presupuestaria (alrededor de $\frac{1}{2}$ punto del PBI) la colocan en una condición de extrema debilidad para el ejercicio de su función de equilibrio en un sistema federal con profundas desigualdades de ingresos (baste mencionar que solo dos jurisdicciones resultan responsables del 50% del PBI nacional, y cinco, de tres cuartas partes

del mismo), que hace dificultosa la prestación de servicios de similar calidad para los ciudadanos de las distintas provincias.

Quienes desde hace muchos años nos hemos dedicado a la política sanitaria, debiéramos también interrogarnos respecto de nuestro fracaso para mostrar ante la dirigencia política a la salud como una condición clave del aumento de productividad y riqueza de las naciones, y desterrar del imaginario de nuestros gobernantes su percepción como una fuente de crecientes demandas de recursos, sin resultados ostentables. Prueba inocultable de ello es la escasa difusión que han tenido pormenorizados trabajos que en este sentido, han demostrado concluyentemente que reducciones del 30% de la mortalidad (de 50,2 a 35,1 x 100.000 hab.) y de los AVPP por causas externas (de 152,4 a 106,7 x 100.000 hab.) y de la mortalidad (de 92,5 a 64,7 x 100.000 hab.) y de los AVPP por infecciones (de 59,3 a 41,5 x 100.000 hab.), permitirían incrementar 0,5% el PBI per capita respecto de su línea de base, logrando un Incremento acumulado del PBI de Argentina en unos 51.900 millones de dólares (de 2013) en un lapso de 30 años². Ambos avances en disminución de mortalidad y de AVPP, resultan perfectamente alcanzables, con escasos niveles de inversión y políticas sanitarias consecuentes y estables en el mediano plazo.

En un trabajo reciente³ se midió la relación evolutiva entre la atención ambulatoria de pacientes y las internaciones, según sexo y edad para 195 países entre 1990 y 2016 y los costos de las respectivas atenciones. Se encontró que las tasas de utilización entre los países variaron hasta 10 veces, pero los rangos de costos fueron mucho mayores: desde 2 dólares (en paridad de poder de compra) en varios países africanos a 478 en Estados Unidos, para los pacientes ambulatorios y desde 87 dólares en la República Centro Africana a 22543 en Estados Unidos para las internaciones. Seleccionando a Holanda como referencia de inversión standard ideal de cobertura universal de salud, solamente 7 países alcanzan el mismo standard, y el costo adicional para alcanzarlo en un tercio de los países los obligaría a incurrir en costos menores al

2 Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2017. Información para el desarrollo sostenible: Argentina y la Agenda 2030. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2017. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

3 Moses MW, Pedroza P, Baral R, Bloom S, Brown J, Chapin A, Compton K, Eldrenkamp E, Fullman N, Mumford JE, Nandakumar V, Rosettie K, Sadat N, Shonka T, Flaxman A, Vos T, Murray CJL, Weaver MR. Funding and services needed to achieve universal health coverage: applications of global, regional, and national estimates of utilisation of outpatient visits and inpatient admissions from 1990 to 2016, and unit costs from 1995 to 2016. *The Lancet Public Health*. 11 Dec 2018. doi:10.1016/S2468-2667(18)30263-9.

1% de su PIB, otro tercio debiera invertir entre 2% y 5% del PBI, y 23 países debieran hacerlo en niveles mayores al 5%.

Entre 1995 y 2016, el gasto en salud creció en el mundo a un promedio de 4% (95% de los países entre 3,89–4,12) anualmente, y algo menos en términos de per cápita: 2,72% [2,61–2.84). El mayor crecimiento anual en gasto per cápita fué observado en países de ingresos medios altos (5,55%), especialmente a costa de gasto público, y en los de ingresos bajos y medianos (3,71%), a partir de donaciones (la mayor proporción del gasto de donaciones fué asignado a HIV/SIDA- 9,5 billones de dólares, a pesar de que el gasto en otras enfermedades infecciosas -excluyendo TBC y malaria-creció mas rápido desde 2010 a 2018-6,27% por año). Argentina, que se encuentra entre los primeros, creció en ese lapso, muy por debajo (0,68) y en el gasto total descendió 0,69.

Globalmente el gasto en salud alcanzó 8 trillones de dólares en 2016 (8,6% de la economía global y 10,3 trillones en dólares PPP), con un gasto per cápita de US\$5252 en países de ingresos altos, 491 en los de ingresos medios altos, 81 en los de medios bajos, y 40 en los de bajos. Argentina se ubicó en ese momento por encima de los mil dólares. Globalmente se proyecta que el gasto mundial en salud aumentará a 15 trillones de dólares para 2050 (9,4% de la economía global y 21,3 trillones de dólares a paridad de poder de compra), a un ritmo de 1,84% anual.

Para entonces, se estima que 0,6% de ese gasto será en países de bajos ingresos, que reunirán el 15,7% de la población global (actualmente se gasta allí el 0,4% para el 10% de la población global). La diferencia en gasto per cápita entre países de altos y bajos ingresos fué 130,2 en 2016 y se mantendría similar en 2050:125,9.

En términos de nuestra situación global de salud, resulta interesante la comparación en base al índice Bloomberg⁴ dónde sobre un total de 168 países, ocupamos el lugar 54, (el sexto de America Latina detrás de Cuba, Chile, Costa Rica y Uruguay, entre otros). Mide indicadores como esperanza de vida a distintas edades, mortalidad por enfermedades transmisibles, no transmisibles y causas externas; incidencia de población con tensión arterial y colesterol elevados, sobrepeso, obesidad; prevalencia de uso de tabaco, consumo de alcohol, acceso a cloacas y agua potable, condiciones del medio ambiente, etc. Así nos encontramos entre los países con más niños obesos de A. Latina; Salta, Jujuy y Formosa tienen tasas de TBC de 47,8; 47 y 39,2/100.000 habitantes (más del doble de la media nacional); 17% de la población no tiene acceso a agua segura y

la mitad no tiene cloacas; 2,1 millones de personas vive cerca de basurales y 3,6 millones en zonas inundables.

El sistema de salud es la más visible y tangible expresión de la preocupación de una sociedad por el bienestar de sus ciudadanos, y su fortaleza depende de la fortaleza de esa preocupación. Hay pocos indicadores que digan más de una sociedad civilizada que la presencia de un sistema de salud fuerte y eficiente, y la moralidad de ese sistema no está separada de la moralidad de la Sociedad a la cuál sirve.

La política económica de una nación y la definición de sus prioridades presupuestarias determina la visión que ese país tiene de su sistema de salud, que no es la mera consolidación de visiones aisladas sobre financiamiento, liderazgo, recursos humanos, tecnologías y su evaluación, recopilación de datos, información y servicios, y no está comprendida en las tres dimensiones del cubo con que se esquematiza la cobertura universal de salud (nivel de cobertura, servicios y protección financiera)⁵

Los sistemas de salud son un conjunto de valores morales y culturales, que se expresan en su política económica, y no pueden ser separados de su historia política y económica. Es clave comprender esto, porque la cobertura universal de salud es un objetivo fundamental global de la salud pública, es parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles y una prioridad estratégica de la OMS ⁶. Esto lleva a preguntarse cuál es el real significado de esa cobertura universal de salud.

En nuestro país, el sistema de salud es universal, en la medida en que argentinos y extranjeros pueden acceder en forma gratuita a los servicios ofrecidos por el sector público, tal vez con la mayor facilidad entre los países de América Latina.

Sin embargo, persisten asignaturas pendientes y brechas importantes de inequidad, en términos de cobertura efectiva y especialmente calidad. Hay diferencias en tiempos diagnósticos (en cáncer colorectal y de mama hasta 5 veces entre provincias ricas y pobres), terapéuticos, disponibilidad de atención sanitaria, etc., entre los distintos subsectores y entre provincias ⁷.

Esta inequidad es propia de muchas de nuestras sociedades actuales,

5 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. CD53/5, Rev. 2. de la Org. Panamericana de la Salud. 53.o Consejo Directivo-66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., EUA, 2 de octubre del 2014.

6 Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development sustainabledevelopment.un.org A/RES/70/1

7 En la CABA hay 10,2 médicos y 7,3 camas por 1000 habitantes, y en Misiones 1,2 y 1,1 respectivamente.

que competitivas y basadas en el mercado han generado una enorme riqueza para unos pocos, con una creciente precariedad para muchos, y se han vuelto más divididas e inequitativas. Las políticas que promueven la competencia y el consumo fomentan la “retirada moral” y lesionan fuertemente la condición de solidaridad indispensable para la construcción de un sistema sanitario equitativo.

Al premiar el interés propio, individual, nuestras sociedades han comprometido las virtudes y valores que alentarían a las personas a actuar de manera socialmente beneficiosa entre ellas, para crear un sistema de salud justo e inclusivo que respete a cada persona como un miembro igualitario de la sociedad. De este modo no es sorprendente que la solidaridad imprescindible para construir un sistema de salud de alta calidad sea escasa. Esa cultura de la inmediatez alienta también la llamada “estrategia de la ilusión” de los shoppings, donde todo parece estar al alcance de todos, que, trasladada al sistema sanitario, lo perjudica irremediablemente.

Nuestras necesidades de salud dependen de las acciones de los demás, y somos mutuamente dependientes. Debemos tener una preocupación compartida, ya que nuestras propias vidas dependen de esa preocupación. La lucha por los principios morales que sustentan un sistema de salud subyacen a la sociedad.

Samuel Bowles escribe que “No existe registro histórico, de una sociedad exitosa indiferente a la virtud”, y desafía la idea de que las sociedades están llenas de personas que viven vidas totalmente egoístas, y que cada uno existe como un Homo economicus, y muestra que la evidencia experimental más rigurosa prueba que “las personas son más generosas y con sentido ciudadano que lo que los economistas suponen”, y que en lugar de ser impulsados por instintos despiadados y egoístas, los seres humanos tienen inclinaciones sociales profundamente arraigadas para ser buenos y virtuosos, naturalmente cooperativos, y no competitivos⁸.

Estas visiones de la sociedad serán severamente puestas a prueba, y condicionarán claramente la efectividad de una agencia nacional de evaluación de tecnologías, que si bien imprescindible, requerirá de una consolidación de valores comunes a ser profundamente debatidos en la sociedad, mas allá también de una indispensable transparencia, calidad técnica y representatividad política de sus integrantes.

Para alcanzar los objetivos de un sistema de salud: mejorar las

8 Bowles, S.; The Moral Economy: Why Good Incentives Are No Substitute for Good Citizens. Castle Lecture Series, 2016

condiciones de salud; otorgar acceso equitativo a los servicios y proveer protección financiera, se requiere devolver la salud a todas las políticas, colocarla en la agenda política, y si finalmente deseamos que haya menos pobres, hace falta un estado más profesional, que disponga no solo de la mayor cantidad de datos, sino también de un adecuado procesamiento de los mismos. La implementación de una nueva estrategia de desarrollo orientada a alcanzar esos objetivos plantea una demanda insoslayable: la necesidad de contar con más y mejor información. Así, para avanzar hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se necesita información confiable, oportuna y accesible; que permita desarrollar nuevos indicadores e índices de medición de líneas de base y brechas de desarrollo; que facilite el monitoreo y la evaluación de impactos de los proyectos y programas para rendir cuentas sobre los avances en el logro de objetivos y metas, y que alimente la formulación de estrategias y políticas basadas cada vez más en la evidencia.

Los trabajos realizados por Prosanity, en acuerdo con Poliarquia resultan una contribución excelente en este sentido.

