

MAESTRIA EN CIENCIAS SOCIALES

FLACSO- UNR

TRABAJO DE TESIS

SATISFACCION DE LOS PACIENTES FRENTE A LA UTILIZACIÓN DE
MEDICAMENTOS GENERICOS

Directora: María Luz Traverso

Co-Directora: Nélide Perona

Mercedes Salamano

Rosario, Septiembre 2007

**“El paciente no es tan solo un atlas anatómico
sino un ser viviente con dignidad”**

Michael Foucault

AGRADECIMIENTOS

Soy consciente de que esta Tesis de Maestría no hubiera sido posible sin el incentivo y el aliento de numerosas personas y compañeros.

En primer lugar a mi directora y codirectora, que me instruyeron y acompañaron en esta vocación por investigar.

A Valeria, Carina, Marisel y Alicia que me enseñaron con su generosidad y en las que siempre encontré apoyo y crítica constructiva.

A mis colegas comunitarios, que me permitieron encuestar a los pacientes en sus oficinas.

A los pacientes, que voluntariamente me prestaron su tiempo para brindarme además, sus opiniones.

A mi esposo y a mis hijos, los cuales no sólo soportaron el descuido de muchas horas sino que además me ofrecieron su sostén incondicional.

A todos ellos, y a quienes involuntariamente he omitido, les doy gracias por lo que cada uno ha aportado para que esta investigación llegase a su final.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1.Objetivo de la investigación.....	9
2. CUESTIONES TEORICAS.....	10
2.1.Antecedentes. Construcción del objeto.....	10
2.2.Fortalezas y debilidades de los métodos para evaluar la satisfacción de los usuarios.....	17
2.3.Políticas de calidad en el cuidado de la salud.....	19
2.3.1.Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.....	22
2.4.Políticas farmacéuticas.....	22
2.4.1.Políticas farmacéuticas en Argentina.....	25
3. EL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA.....	28
3.1.Subsector Público.....	29
3.2.Subsector de Obras Sociales.....	29
3.3.Subsector Privado.....	32
3.3.1.Organizaciones Mutuales.....	35
4. LOS PACIENTES.....	37
4.1.La construcción del individuo moderno y la satisfacción.....	37
4.2.La valoración social y ética del medicamento.....	40
4.3.Empoderamiento de los pacientes.....	42
4.3.1.¿Qué características tienen los pacientes de las obras sociales?.....	46
4.3.2.¿Qué características tienen los pacientes del subsector privado?.....	47
5. CUESTIONES METODOLOGICAS.....	48
5.1.Definición operacional de la variable satisfacción.....	48
5.2.Método para la construcción del cuestionario.....	49
5.3.Resguardos éticos.....	53
5.4.Estructura y aplicación del cuestionario.....	54
5.5.Población en estudio.....	54
5.6.Análisis de los datos obtenidos.....	58
6.RESULTADOS.....	59
6.1.Validación del cuestionario.....	59
6.2.Núcleo central del cuestionario vinculado a la medida de la satisfacción.....	60
6.2.1.Prueba de Hipótesis.....	60
6.2.2.Distintas formas de percibir la satisfacción.....	61
6.2.3.Análisis Factorial.....	61
6.2.4.Aplicación del α de Cronbach.....	62
6.3.Análisis de las dimensiones resultantes.....	62
6.3.1.Dimensión Relaciones Interpersonales.....	62
6.3.2.Dimensión Eficacia.....	68
6.3.3.Dimensión Económica.....	70
6.4.Resultados en relación con el sistema de cobertura en salud.....	75
6.5.Resultados en relación con la interpretación del término genérico.....	77
6.6.Resultados vinculados a los modos de prescribir.....	78
6.7.Resultados en relación con el descuento obtenido en medicamentos.....	78
6.8.Perfil sociodemográfico.....	78
7. CONCLUSIONES.....	81
8. BIBLIOGRAFÍA.....	84
9. ANEXO.....	91

1. INTRODUCCIÓN

Los medicamentos son un tema estratégicamente sensible en cualquier sociedad, independientemente de su grado de desarrollo. El progresivo avance tecnológico que produjo su quimiosíntesis industrial, intensificado a partir de la segunda guerra mundial, hizo que los medicamentos hayan sido utilizados de una forma tal que, en gran medida, pasaron a corresponder menos a los propósitos sanitarios y más a una práctica que terminó por reforzar una verdadera cultura de la píldora, dominante en la sociedad occidental moderna. De modo creciente, los medicamentos han ocupado un lugar privilegiado tanto al interior de los servicios de salud, como en las prácticas profesionales y de los pacientes, esta importancia está relacionada con los componentes simbólicos que asocian a los fármacos con resultados que sobrepasan sus potencialidades¹.

Si bien se reconocen los beneficios resultantes de la investigación y del desarrollo de múltiples fármacos, no se puede ignorar la intromisión de los intereses en juego, que actúan en el sentido de ampliar esas eventuales conquistas a veces más allá de lo razonable².

En la década de los 50 la industria productora de fármacos innovadores vivía su auge, la llamada 'edad de oro', debido a que sus productos tuvieron el punto más elevado de su potencial de ventas, con sucedáneos más prometedores que llegaban continuamente al mercado, generalizándose una renovación sin interrupción en el campo farmacéutico, para lo que una economía en expansión de la época podía dar cobertura³.

Cambios sustanciales van a sucederse a partir de mediados de la década de 70, ocurriendo una aceleración en el ritmo de pérdida de validez de las patentes⁴. Las transformaciones en el

¹ Lefèvre, 1991. Cabral Nascimento, 2003. Ferreira y Blanco, 2003

² Casi el 30% del gasto en salud es en medicamentos, lo que habla muy poco de un énfasis puesto en el aspecto preventivo de la medicina. El negocio está en la enfermedad y el gasto directo de las personas es muy alto y socialmente es negativo.

³ Dukes, 1997

⁴ En 1990 en EEUU, el 60% de los 200 productos más recetados habían perdido su cobertura patentaria, mientras que en 1994 esa proporción llegaba al 90%. La inmensa mayoría de las patentes de los fármacos esenciales ya han caducado. Cabral de Barros, 2004.

panorama político económico internacional de los 90 tendrán repercusión obligatoria en los servicios de la salud y en el acceso a éstos, imponiendo límites y restricciones de naturaleza variada de acuerdo con cada país, pero relacionadas sobre todo, a las reformas de contenido neoliberal implementadas. Propuestas vinculadas a este modelo se consolidan, teniendo como supuestos categorías conceptuales con enormes repercusiones prácticas, sobretodo para los países subdesarrollados, tales como: estado mínimo, predominio de las leyes de mercado, desregulación y privatización.

Las implicancias de los cambios mencionados en el sector industrial farmacéutico resultan múltiples y con un impacto inevitable en el “*acceso a los medicamentos*” para grandes contingentes de población, especialmente en África y América Latina.

Resulta evidente el enorme poder de influencia ejercido sobre los gobiernos y los parlamentos por las organizaciones que congregan los intereses de los productores, frecuentemente contrarios a los de la salud pública.

Las nuevas reglas que pasaron a dominar el intercambio comercial entre los países sufrieron significativas transformaciones a partir de la creación de la Organización Mundial de Comercio (OMC) en 1995. Uno de los aspectos de mayor importancia para los países subdesarrollados reside en las reglas introducidas para los “derechos de propiedad intelectual”, que provocarían el aumento de la transferencia y la difusión de tecnología, aumento de la inversión extranjera directa y refuerzo de la investigación y del desarrollo local. El Artículo 1 del General Agreement of Tariffs and Trade (GATT) dirá que todo Estado Miembro goza de la libertad de perseguir su propio régimen de protección de la propiedad intelectual, haciendo uso de esta libertad arbitrariamente y de forma discriminatoria contra productos o mercaderías importadas de otros países⁵. El acuerdo final firmado, particularmente en lo que se refiere a los llamados

⁵ Hasta la década pasada, la ley argentina no reconocía patentes a los medicamentos, de manera que era posible que distintos laboratorios los fabricaran y hubiera competencia. Esto cambió drásticamente cuando el país adhirió a los compromisos surgidos de la OMC. Se trata de condiciones “negociadas en el ámbito del GATT, entre los años 1986 y 1994, e impulsadas por los países desarrollados, con una fuerte presión de la industria farmacéutica y del software (Página 12, 22/04/2007)

Trade Related Intellectual Property Rights Agreement (TRIPs), que representa una transferencia de poder sin precedentes de las naciones para las corporaciones transnacionales, se considera como *“el acuerdo con mayor grado de no transparencia, desprovisto de responsabilidad pública y pro transnacionales de la historia de las negociaciones y acuerdos internacionales. El acuerdo TRIPs en particular, niega a mil millones de pobres de todo el mundo, el acceso a un número limitado de medicamentos esenciales⁶ para el tratamiento de enfermedades comunes”⁷*.

Las consecuencias para los países pueden detectarse, siendo el caso de los antirretrovirales apenas un ejemplo que ilustra, muy apropiadamente, el conflicto de intereses en juego^{8,9}.

Resulta muy claro en este contexto, que la problemática económica provocó la necesidad de reducción en los gastos sanitarios, transformándose el control de los gastos farmacéuticos en uno de los objetivos básicos de las reformas, dentro de las cuales, los genéricos asumirán un importante rol¹⁰. La población de muchos países subdesarrollados pasa entonces a participar del mercado de medicamentos gracias a los Programas de Medicamentos Esenciales¹¹.

Paralelamente, ocurre una importante interrupción en el ritmo de las innovaciones y se empieza a *“poner en duda la suposición de que los nuevos medicamentos son siempre mejores”*, iniciándose un debate en torno a no ignorar que muchas novedades no pasan de una nueva introducción de fármacos preexistentes, los cuales sufrieron sólo alteraciones superficiales en su forma y/o embalaje¹².

⁶ El término medicamentos esenciales se aplica a los que son básicos, indispensables e imprescindibles para atender las necesidades de salud de la población (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 615, 1977, pag 10)

⁷ Balasubramaniam, 1998.

⁸ Cabral de Barros, 2001.

⁹ En el mismo momento en el que entraba en vigor el nuevo régimen de propiedad intelectual emergían nuevas amenazas a la Salud Pública, principalmente la epidemia del VIH. Los países en desarrollo empezaron a reaccionar ante la crisis del VIH/SIDA proporcionando medicamentos de bajo costo a sus ciudadanos. Muchos de estos esfuerzos chocaron con la oposición de empresas farmacéuticas que intentaron bloquear la producción de los equivalentes genéricos de medicamentos patentados en Brasil y Tailandia. (Patentes contra pacientes. Informe de Oxfam, 2006)

¹⁰ Los genéricos son medicamentos idénticos a los originales, tanto en cantidad de droga como en su capacidad de llegar a los sitios corporales que los necesiten. Esta bioequivalencia debe ser comprobada por organismos estatales. Otro requisito es que se hayan vencido las patentes de los medicamentos originales. Luego los medicamentos salen a la venta con el nombre de la droga y no con un nombre de fantasía.

¹¹ A finales de los '90 los funcionarios de los países en desarrollo y las organizaciones de la sociedad civil fueron haciéndose conscientes del impacto de las reglas comerciales sobre propiedad intelectual en el acceso a medicamentos esenciales.

¹² Cabral de Barros, 1988.

Por otra parte, las estrategias de comercialización adoptadas por los fabricantes asumirán tanto formas ya consagradas de influencia sobre los prescriptores y consumidores, como algunos medios sofisticados asociados con las recientes tecnologías de la comunicación. Además de la publicidad directa al consumidor, un importante estímulo para la consolidación de los comportamientos y valores que distorsionan el efectivo rol de los medicamentos, actuará favorablemente con el propósito de ampliar la demanda. Sin lugar a dudas desde los medios de comunicación masiva se induce al usuario al consumo independiente de la prescripción (automedicación)¹³.

Por lo tanto, vigilar los acuerdos internacionales de comercio, diseñar programas de medicamentos esenciales, facilitar el acceso a información confiable, mejorar la regulación de precios, suelen ser puntos importantes de toda política de medicamentos, que además deberá indagar si los fármacos constituyen instrumentos que siempre ofrecen resultados positivos, o si realmente una serie de otros condicionantes son indispensables para que los niveles deseables de salud sean alcanzados¹⁴.

Las preguntas que orientaron esta investigación y motorizaron las decisiones teóricas y metodológicas adoptadas fueron las siguientes: ¿Cómo garantiza el Estado el acceso a medicamentos en nuestro país? ¿Esa accesibilidad, se manifiesta de la misma forma en los tres subsectores de salud? ¿Existen diferencias significativas entre las capacidades de acceso a medicamentos de las poblaciones adscriptas a los tres subsectores? ¿En qué contexto socio político se gesta la ley de prescripción por nombre genérico en Argentina? ¿Existen otros antecedentes en nuestro país? ¿Se articula esta política de medicamentos con los objetivos del

¹³ Cabral Nascimento, 2003

¹⁴ Respondiendo a una creciente indignación pública, los gobiernos de los países en desarrollo demandaron a la OMC que abordara este asunto en la siguiente ronda de negociaciones sobre el comercio global. En consecuencia, los miembros de la OMC aprobaron por unanimidad la Declaración de Doha el 14 de Noviembre de 2001, donde afirman que las normas de propiedad intelectual no deberían impedir a los países proteger su salud pública. La Declaración afirmaba que los países en desarrollo podían hacer cumplir las salvaguardas de salud pública permitiendo la introducción de **medicamentos genéricos** que forzasen los precios a la baja cuando así lo consideraran necesario dentro del marco establecido por la OMC. También obligaba a los miembros de la OMC a facilitar la exportación de medicamentos genéricos a todos los países pobres con escasa capacidad de producción propia, una medida conocida como "Párrafo 6 de la Declaración de Doha sobre TRIPs y Salud Pública".

Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica de 1992? ¿Cómo se evalúa habitualmente la calidad de la atención médica? ¿Cuáles son las actividades vinculadas con la evaluación de la atención médica y las prestaciones en salud? ¿Qué razones justifican que la satisfacción se haya incorporado como una medida de la mejora de calidad? ¿Se habla de satisfacción de los pacientes como medida de la calidad? ¿Cuál es el nivel de satisfacción de los pacientes de la medicina prepaga y de las obras sociales frente a la utilización de medicamentos por nombre genérico?

En el marco del desarrollo económico y social existen varias razones por las que se debería considerar la satisfacción de los pacientes con la utilización de medicamentos: 1) porque los fármacos explican como ningún otro elemento la relación entre salud, política y economía, funcionando como marcadores, trazadores o indicadores socio sanitarios; 2) porque la satisfacción con medicamentos, vistos como recurso terapéutico, es un buen predictor del cumplimiento y la adhesión a los tratamientos por parte de los pacientes; 3) porque resulta un instrumento para legitimar políticas sanitarias, siendo la utilidad de este tipo de estudios la de facilitar información a los profesionales, a los gestores y administradores del sistema sanitario sobre aquellos aspectos que son percibidos por la población como insatisfactorios y son susceptibles de mejora mediante la modificación de circunstancias, comportamientos o actitudes de la organización que interviene en el proceso.

Planteados los interrogantes que dieron lugar a este trabajo de tesis, se precisó explicitar los “supuestos básicos subyacentes” de los que se partió y que conformaron el corpus teórico de esta investigación¹⁵. En este sentido se sostiene que indagar sobre salud y su satisfacción remite al campo de las representaciones sociales que operan sobre ambos conceptos. Se reconoce que las representaciones sociales regulan nuestra relación con el mundo y con los otros, orientan las conductas y la comunicación social. En tanto fenómenos cognitivos, reúnen la pertenencia

¹⁵Los supuestos básicos subyacentes son copartícipes silenciosos de la actividad de investigación, pero que es preciso explicitar (Gouldner, 1979.)

social de los individuos con sus implicaciones afectivas y normativas, con la interiorización de las experiencias, de prácticas, de modelos de conducta y de pensamiento socialmente inculcados y transmitidos por la comunicación social a la que están ligados. De esta manera su estudio constituye una contribución decisiva para la comprensión de la vida mental individual y colectiva. Desde este punto de vista, las representaciones sociales son tratadas a la vez como el producto y el proceso de una actividad de elaboración psicológica y social de esa realidad. Es decir, se interesa por una modalidad de pensamiento que obtiene su especificidad de su carácter social¹⁶. Más aún, la propia idea de salud está nutrida de una diversidad de elementos; un factor importante a tener en cuenta es el concepto que la propia comunidad da a la salud y se relaciona directamente con otro factor relevante, que es el sistema de valores que la comunidad sostiene¹⁷. La hipótesis central que orienta este trabajo descansa sobre la concepción de la satisfacción con la utilización de los medicamentos por su nombre genérico como idea dinámica, que varía su peso relativo según sea el grupo social o subsistema de salud que se analice.

1.1. Objetivo de la investigación

Comparar el nivel de satisfacción de los pacientes con cobertura de obras sociales y medicina prepaga frente a la utilización de medicamentos por su nombre genérico en la ciudad de Rosario.

Se plantea este estudio no como un fin en si mismo, sino como un aporte al conocimiento científico, especialmente a la conceptualización de la variable satisfacción con la utilización de medicamentos genéricos. Para lograr el objetivo planteado se decide realizar un diseño de estudio descriptivo con abordaje cuantitativo.

2. CUESTIONES TEORICAS

¹⁶ Jodelet, 1984, citado por Romano Yalour M. en Satisfacción de los usuarios y efectores con los Sistemas de Salud, Ed. ISALUD, pag 12.

¹⁷ Belfiori C y col,1996.

2.1. Antecedentes. Construcción del objeto

La satisfacción del paciente está contenida dentro del grupo de resultados humanísticos de los servicios de salud, siendo considerada una medida evaluativa del desempeño de programas, servicios y personal de salud. Esta evaluación involucra la comparación de las características salientes de la propia experiencia con la atención médica versus un estándar subjetivo, como lo que uno merece o espera, basado en experiencias anteriores. Es un proceso comparativo, que incluye una evaluación basada en conocimientos (cognitiva) y una respuesta subjetiva (afectiva) que refleja la habilidad del proveedor de salud de alcanzar las expectativas del paciente¹⁸.

La satisfacción del paciente es una variable dependiente de la calidad de los servicios y es también una variable independiente que permite predecir el comportamiento de los usuarios, influyendo en los resultados clínicos y económicos de los servicios de atención de la salud¹⁹.

La información sobre satisfacción del paciente puede ser utilizada con diferentes propósitos: a) reconocer áreas potenciales de mejora en los servicios de salud, b) comparar la calidad de diferentes programas o servicios de salud, c) identificar pacientes que pueden abandonar un programa o servicio²⁰.

La práctica de evaluación de los servicios por medio de preguntas a los usuarios comenzó a difundirse a partir de los años 60 en Europa y Estados Unidos, inicialmente interesada en estudiar la adhesión a los tratamientos. Las décadas 70 y 80 insertan un movimiento de calidad de los servicios de salud, con valor creciente tanto para el marketing como para la investigación en prestaciones sanitarias. En Latinoamérica los estudios de satisfacción ganan terreno a partir de la 2ª mitad de 1990, con la promoción de accountability²¹ y el fortalecimiento de la

¹⁸ Aharony L, Strasser S, 1993

¹⁹ Pascoe G, 1983.

²⁰ Schommer J, Kucukarslan S, 1997

²¹ La accountability societal es un mecanismo de control de autoridades políticas que descansa en las acciones de un múltiple conjunto de asociaciones de ciudadanos, de movimientos y sobre los medios, acción que tiene como objetivo el exponer los errores gubernamentales, trayendo nuevas cuestiones a la agenda pública, o de activar el funcionamiento de agencias horizontales. Emplea herramientas institucionales y no institucionales. Smulovitz C, Peruzzotti E, 2000.

participación comunitaria en los procesos de planeamiento y evaluación. La literatura en torno a esto es bastante amplia, compleja y difusa²².

En efecto, la incorporación del paciente en la evaluación se comienza a valorar, constituyéndose en un indicador sensible de la calidad de los servicios prestados. Aspectos ligados a cambios en el comportamiento o adhesión a una orientación recibida pueden ser identificados como resultantes de la participación usuaria en la evaluación, articulando aspectos económicos de eficiencia y eficacia de los servicios, con mayor o menor aceptabilidad social de los mismos²³.

Algunos autores añaden que, si se supone que los pacientes son racionales y capaces de realizar opciones inteligentes sobre su estado de salud, existe el imperativo ético de involucrar a los mismos en la mejora de la calidad de las prestaciones.

La satisfacción con los servicios sanitarios es, por lo tanto, un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son: el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad.

Los instrumentos más usados para determinar la satisfacción de los pacientes son los cuestionarios, los cuales para ser utilizados como indicadores de calidad deben ser adaptados a la realidad que evalúan, con confiabilidad y validez comprobada²⁴.

Hay un sustancial acuerdo entre las investigaciones que la medida de la satisfacción será la medida de las diferentes dimensiones que la conforman, por lo que la satisfacción de los usuarios es *multidimensional*. Los criterios utilizados en la mayoría de las investigaciones están dirigidos a un modelo de selección que permite describir cómo un individuo combina juicios sobre determinados atributos en una evaluación global²⁵.

²² Esperidião M, 2005.

²³ Azevedo A, 1999

²⁴ Schommer J, Kucukarslan S, 1997.

²⁵ Pascoe G, 1983; Ware J,1983; Streiner D,1995; Nunnally J,1978

En la literatura sobre satisfacción es bastante particular observar que hay una amplia variabilidad de formas de concebir y medir la satisfacción usuaria, la mayoría de los estudios con abordajes cuantitativos y cualitativos²⁶. La diversidad de teorías sobre las expectativas como determinantes de la satisfacción, unidas al poco hábito por parte de las organizaciones sanitarias en combinar métodos cualitativos con cuantitativos para identificar factores relacionados con la satisfacción, representan una limitación añadida al conocimiento de ésta.

La taxonomía más aceptada y utilizada entre los cuestionarios, que se va a usar como referencia para este trabajo, fue elaborada por Ware y col. (1983) distinguiendo las siguientes dimensiones: *comportamiento interpersonal*, modo en que los proveedores de salud interaccionan con los pacientes: respeto, preocupación, cortesía; *calidad técnica en el cuidado*: competencias, adherencia a altos criterios de diagnóstico y tratamiento; *accesibilidad / conveniencia*: tiempo de espera, facilidad de acceso; *aspectos financieros*: capacidad de pago de los servicios, flexibilidad y alcance de la cobertura; *eficacia / resultados del cuidado*: mejora y mantenimiento de la salud; *continuidad en el cuidado*: grado de regularidad / persistencia de la prestación; *ambiente físico*: espacios bien señalizados, equipamiento, atmósfera agradable; *disponibilidad*: presencia de recursos médicos, cantidad suficiente de proveedores e insumos.

Prévost y col. (1998) propusieron una clasificación más amplia, privilegiando las siguientes dimensiones: *relacional*, respeto, consideración, gentileza etc; *organizacional*, organización de los servicios; *profesional*, tiempo dispensado a la consulta, informaciones suficientes y claras etc; *socioeconómicas y culturales*, aspectos relacionados con las condiciones de vida de las personas.

Trad y col. (2002) evaluaron la satisfacción de los usuarios involucrados en un Programa de Salud para la Familia y adicionaron al modelo de Prévost una dimensión cognitiva, destacando la concepción de los usuarios (entendimiento sobre la lógica de funcionamiento del programa).

²⁶ Esperidião M, 2005.

La *comunicación* entre los profesionales de la salud y los usuarios (claridad de la información, explicación sobre el diagnóstico y tratamiento, esclarecimiento de dudas o disponibilidad para contactarlo en situación de emergencia) ha ganado una relativa autonomía, siendo reconocida entre las dimensiones de satisfacción ²⁷. La dependencia plurifactorial, aparentemente alejada de los criterios más estrictamente técnicos de los profesionales sanitarios, ha dificultado su desarrollo y su aceptación científica como medida válida para evaluar las diferentes tecnologías sanitarias; de hecho hace apenas diez años los estudios sobre satisfacción eran muy escasos.

Una de las principales dificultades del análisis de la satisfacción radica, justamente, en la indeterminación de este concepto que procede, por una parte, de una naturaleza subjetiva, y por otra, de una contextual. Esto es, de múltiples posibilidades de expresión definidas en los espacios culturales en los que se muestra y de la multidimensionalidad de las experiencias previas relacionadas con ella. Entonces, la satisfacción es un fenómeno que viene determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales, y por lo tanto, la definición de satisfacción varía según el contexto social.

El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera, las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad de las prestaciones.

En general se identifican tres aspectos que los pacientes valoran de la asistencia sanitaria: 1) el aspecto instrumental (aplicación de los conocimientos técnicos y capacidad de resolver los problemas); 2) el aspecto expresivo (relacionadas con las cuestiones afectivas de la relación); 3) el aspecto comunicativo (dar y recibir información). Entonces, a grandes rasgos, podríamos considerar que los contenidos del proceso asistencial relacionados con la satisfacción deberían

²⁷ Rubin 1989; Sitzia & Wood 1997; Williams, 1998

contener por los menos tres dimensiones diferentes de la atención: los aspectos técnicos instrumentales de la asistencia, los aspectos comunicativos y las relaciones interpersonales.

A la complejidad de la definición de la satisfacción hay que añadir la labilidad del sujeto de análisis, que explica la resistencia de algunos autores a incluir la satisfacción entre los criterios de calidad asistencial. Esta resistencia encuentra fundamento en las siguientes razones: a) la falta de conocimiento científico y técnico por parte de los pacientes para evaluar la calidad asistencial; b) el estado físico o mental de los pacientes, que puede influirlos, o en algunas ocasiones, incapacitarlos para emitir opinión; c) la dinámica del proceso asistencial, con nuevas pruebas diagnósticas o nuevos tratamientos, que dificulta que los pacientes puedan tener una opinión objetiva y comprensiva de lo que realmente está ocurriendo; d) la dificultad de definir lo que los pacientes consideran *calidad*, ya que es un concepto que varía con la edad, el sexo, el nivel educativo y socioeconómico e incluso con los diferentes estados de salud.

Autores como Amartya Sen, proponen una serie de consideraciones vinculadas con la libertad de bienestar de un individuo que habilitan que la satisfacción de la persona se incluya en la evaluación de la calidad, a saber:

a) la libertad referida a la oportunidad que tienen los pacientes para conseguir las cosas que valoran, b) la libertad referida al papel que tienen los pacientes en los procesos de toma de decisión y c) la libertad referida a la inmunidad que tienen los pacientes frente a las posibles interferencias ²⁸.

Hay un acuerdo general que la satisfacción de los pacientes es un componente integral de la calidad de los servicios en salud, y esta lógica se refleja en la enorme producción proveniente de países centrales. La mayoría de esos trabajos se centran en el diseño de cuestionarios que posteriormente se validan. En ellos se discute fundamentalmente su metodología, la validez de contenido y aspecto, la confiabilidad y la validez de su construcción.

²⁸Sen A,1998

El modelo europeo de excelencia de la European Foundation for Quality Management (EFQM) introduce la utilización de la opinión de los diferentes actores del proceso asistencial para hacer efectivas las políticas más actuales sobre calidad.

La nueva etiqueta de investigación de resultados en salud o IRS, adaptada del inglés “health outcomes research”, se ocupa precisamente de evaluar la efectividad de los tratamientos y otras tecnologías sanitarias y tiene el mérito de ser un área de investigación centrada en el paciente, en su calidad de vida y en su satisfacción.

Para el ámbito español, los artículos señalan que hubo un gran auge de estudios sobre satisfacción y que cada vez estas investigaciones van cobrando más importancia. En el análisis de una revisión de los mismos en España, en el período 1986 - 2001, se destaca como una debilidad a la metodología de los estudios revisados. La mayor parte de los investigadores utilizan cuestionarios de elaboración propia, validados sólo en pocos casos y cumplimentados de muy diversas formas, lo que hace aún más difícil la comparación entre una misma clase de estudios. Se apunta como una de las cuestiones a resolver para poder llevar la satisfacción al mismo nivel de los otros indicadores de resultados ²⁹.

Por el contrario, la literatura que ofrecen los países en desarrollo es comparativamente mucho menor. En Argentina, un artículo denominado “Estado del arte de las encuestas de satisfacción” (del Programa de Investigación aplicada ISALUD) revisa críticamente las encuestas de satisfacción realizadas en otros países (Chile, Perú, México, USA). El artículo concluye que, en general, los estudios analizados buscan medir la “satisfacción / insatisfacción” cuantificando porcentualmente a los encuestados pero poco aportan sobre los criterios que operan sobre la conformidad o no con un servicio o con el sistema de salud. Tampoco realizan comparaciones entre usuarios de diferentes subsistemas en la búsqueda de criterios diferenciadores u homogeneizadores.

²⁹ Barrasa I, 2003.

El mismo equipo investigador edita en el año 2003 un documento que expone los principales resultados alcanzados en el trabajo “Percepción de criterios y niveles de satisfacción de usuarios de diferentes sistemas de salud”, que fuera financiado por el BID, convocatoria PICT 1998.

Es de destacar el aporte de un estudio realizado en 1996 en la ciudad de Rosario, el cual indaga sobre los procesos interpersonales y subjetivos que contribuyen y determinan lo que se percibe como satisfactorio. Se centra en el abordaje del proceso interactivo que significa la idea de salud y enfermedad en el universo simbólico del paciente internado, siendo el lenguaje y el modo de contar la fuente más valorada para el análisis ³⁰.

Actualmente los modelos de gestión de calidad centrada en el paciente, de gestión de redes, de grupos autodirigidos, de cultura emprendedora, de organizaciones abiertas al aprendizaje, de empoderamiento de los usuarios y los trabajadores, circulan libremente como innovación en el sector administrativo pero no circulan en la formación de nuestros recursos humanos ni en el desarrollo de modelos de gestión para los servicios de salud ³¹.

En resumen, la evaluación de la satisfacción del paciente con las prestaciones de salud comenzó a investigarse en los años 50 en aquellos países con un sistema de salud no fragmentado, con prestaciones provenientes sólo del sector privado, donde los datos de satisfacción constituían una herramienta útil para seleccionar prestadores en un sistema altamente competitivo. Su desarrollo posterior alcanzó a países con un sistema de salud basado en el estado de bienestar. El enfoque actual se ha modificado debido a las reformas en los sistemas de salud y fundamentalmente al proceso de mejora continua de la calidad ³².

En nuestro país la evaluación de la satisfacción de los usuarios es una herramienta no desarrollada ni implementada aún, prácticamente en ninguno de los servicios de salud. Si bien algunas instituciones realizan encuestas de opinión entre los pacientes, con el objetivo de

³⁰ Belfiori C, Cagna B, 1996

³¹ Rovere M, 2001

³² Sitzia J, Wood N, 1997; Aharony L, Strasser S. 1993; Gold M, Woodridge J, 1995.

mejorar los servicios brindados y aumentar así su competitividad, no se utilizan cuestionarios diseñados con una metodología que aseguren sus propiedades psicométricas para ser usados en forma periódica como indicador de calidad, utilizando los datos de satisfacción de los pacientes para identificar áreas potenciales de mejora en los servicios de salud.

2.2. Fortalezas y debilidades de los métodos para evaluar la satisfacción de los usuarios

No es raro encontrarnos con debates acerca de cuestiones metodológicas sobre la naturaleza de los métodos, sean éstos cualitativos o cuantitativos.

Los métodos cuantitativos son los más utilizados. Incluyen la administración de cuestionarios con preguntas y la asociación de estas preguntas a una escala de valores, para medir luego las respuestas y cuantificar la satisfacción. Los métodos cuantitativos son valorados porque permiten alcanzar una muestra de usuarios más representativa de la población, difícilmente obtenida por otras metodologías. Constituyen técnicas consideradas de fácil manejo, pues además de ser más baratas y rápidas, pueden ser administradas anónimamente a través de la presencia de un encuestador entrenado o un cuestionario autoaplicable. En general utilizan escalas y cuestionarios compuestos de ítems que abordan una gama de cuestiones, incluyendo estructura, funcionamiento y evaluación de la calidad del servicio de salud por el usuario. En contrapartida, los métodos cuantitativos han sido considerados reduccionistas y sufrido críticas por no trabajar con datos subjetivos del fenómeno de satisfacción.

La alternativa de investigación cualitativa incluye abordajes “comprehensivos” o “dialécticos” permitiendo que los usuarios hablen sobre el servicio de salud a partir de un amplio espectro de posiciones. De esa forma, resulta más explícito cómo el servicio se presenta, al mismo tiempo en que son focalizadas las interacciones entre los actores y contempladas las consideraciones sobre creencias, modos de vida y concepciones del proceso salud enfermedad.

Owens y Bachelor (1996) recomiendan el uso de métodos cualitativos para investigar satisfacción cuando se pretende alcanzar grupos de difícil acceso, como grupos étnicos minoritarios o pacientes de edad avanzada. Aspinal y col. (2003) postulan algunos límites a los métodos cualitativos, para estos autores los cuestionarios cara a cara pueden inhibir la honestidad de pacientes y familiares por miedo a sufrir represalias, además de consumir bastante tiempo para que se establezca empatía entre el encuestador y los usuarios, siendo un factor de cansancio para pacientes debilitados.

De acuerdo con Minayo y Sanches (1993) el abordaje cualitativo promueve una aproximación entre sujeto y objeto, de naturaleza común, donde es preciso diferenciar la comprensión que se tiene del otro y de la realidad, la comprensión introspectiva de sí mismo. Un cuestionamiento común a las metodologías cualitativas es sobre la representatividad en relación a lo colectivo. Al respecto, algunos autores opinan que contrariamente a lo que se pueda imaginar, las técnicas cualitativas, basadas en una muestra reducida de sujetos, no producen necesariamente medidas exclusivamente individuales. Teóricos sociales han mostrado que comentarios individuales son tramas de todas las relaciones sociales y acompañan las modificaciones sociales de un grupo. Siendo así, en una entrevista está contenida toda la representación de grupos determinados en condiciones históricas, socioeconómicas y culturales específicas.

Una combinación de métodos también ha sido sugerida en el estudio de satisfacción de usuarios, superando los límites de cada uno de ellos en particular. Algunos investigadores privilegian los análisis cuantitativos cuando se busca captar la amplitud del fenómeno y proponen los cualitativos cuando se pretende profundizar en su complejidad. Los dos abordajes no se encuentran en situación de oposición sino de continuidad y complementariedad³³.

Otro debate que aparece en la literatura se vincula a los modos de abordaje de las cuestiones relativas a satisfacción, distinguiéndose directo e indirecto. Algunos autores apuestan que

³³ Esperidião M, 2005

ambos métodos son confiables y tienen algunas consideraciones para cada tipo. Las cuestiones directas preguntan explícitamente sobre niveles de satisfacción con la experiencia en servicios como: ¿está usted satisfecho con los servicios recibidos?. La mayoría de las veces las preguntas directas son criticadas porque producen niveles de satisfacción general, identificando apenas una dimensión de satisfacción.

El abordaje indirecto se relaciona más a estudios que consideran aspectos multicausales de la satisfacción. Independientemente del modo en que son presentadas las cuestiones, Williams (1998) opina que las dicotomías limitan las posibilidades de respuesta de los usuarios, forzando a evaluar los servicios en términos de satisfacción/insatisfacción, e impidiendo la expresión de sentimientos ambiguos y/o no dicotómicos.

2.3. Políticas de calidad en el cuidado de la salud

La calidad en el cuidado de la salud ha sido a través del tiempo uno de los temas que generó importantes contribuciones y preocupaciones por parte de investigadores y profesionales.

En este sentido la OMS la define como un alto nivel de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos y un alto grado de satisfacción por parte del paciente ³⁴.

En la actualidad se ofrece como un área en crecimiento constante, con una función estratégica que tiene por fin transformar los sistemas sanitarios.

Desde Claude Bernard, con el desarrollo del método científico, han existido aportes de distinta envergadura, alguno de los cuales provocaron cambios significativos en el comportamiento de los servicios de salud y en la comprensión del concepto de calidad. Dentro de este marco, el informe Flexner ³⁵ marca un punto de inflexión, dadas las reformas producidas en la educación

³⁴ Gilmore C, 1996.

³⁵ A principios del siglo XX en Estados Unidos, frente a una realidad hospitalaria que indica grandes déficits en los establecimientos asistenciales se da lugar el Informe Flexner. Este documento formula duras críticas, con eco tanto en las sociedades médicas como en las autoridades de salud, que derivan formalmente en el Programa del Colegio de Cirujanos de Estandarización de Hospitales que tuvo como objetivo medir el cumplimiento de los estándares relacionados con la calidad del cuidado de la salud.

médica y en los servicios de salud, así como en el desarrollo que a posterior se observa en las residencias médicas, en la acreditación de hospitales y en la certificación de especialidades médicas. Así es como se crea en los Estados Unidos, la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) que, a través de un proceso voluntario, evalúa un número aproximado de 9000 organizaciones para el cuidado de la salud en dicho país.

Este enfoque adapta la filosofía y las herramientas que las industrias han utilizado para mejorar de manera eficaz los niveles de calidad de sus productos y servicios ³⁶.

También deben mencionarse los trabajos de Avedis Donabedian, quien desde la década de los '60 ha aportado claridad conceptual y metodológica en el campo de la calidad de atención. Sus opiniones y propuestas son tomadas en la actualidad como referencia por la mayoría de los investigadores que abordan estos temas.

Este autor entiende que la respuesta social a los problemas de salud no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales; que hay una calidad técnica y una calidad percibida, una calidad real y otra aparente y que la calidad de la atención es un concepto polisémico, al incorporar además de la capacidad científica y técnica, la relevancia de otras dos dimensiones, la interpersonal y los servicios³⁷.

Su artículo fundamental de 1966 introduce los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy en día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. En este sentido, la satisfacción de los pacientes es una medida de resultado de atención de la salud y es el enfoque que se va a abordar en este estudio, argumentando su capacidad para observar cambios en el estado de salud de los pacientes, en los conocimientos adquiridos por ellos, sus familiares y/o comunidades, en las conductas del paciente, sus familias y/o comunidades y en la satisfacción con la atención, tanto del paciente, miembros de la familia y la comunidad, como la de los profesionales de la salud.

³⁶ Entre los exponentes más importantes figuran W. Shewhart, W. E. Deming, J. M. Juran, P. Crosby, K. Ishikawa

La producción sobre el tema “calidad en el cuidado de la salud” involucra documentos internacionales que incluyen estos conceptos, otros que intentan aportar una metodología de evaluación del funcionamiento hospitalario según indicadores, el abordaje de la gestión en términos de calidad total y mejoramiento continuo de la calidad bajo sus dos tradiciones³⁸ y las investigaciones que miden calidad desde la perspectiva de los actores sociales directamente involucrados en el proceso de atención.

En América Latina existe hoy una importante tendencia vinculada al desarrollo de Programas de Garantía de Calidad, particularmente en Argentina hubo diversas iniciativas en el ámbito público y privado, que van desde la definición de niveles de complejidad hospitalaria, el sistema de acreditación de residencias médicas, la certificación y recertificación de profesionales a través de instituciones científicas y académicas y algunas experiencias de acreditación de efectores de salud.

2.3.1. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica

En el marco de todos estos antecedentes y a fin de darle coherencia, persistencia en el tiempo y dimensión nacional se crea por Resol. 432 del 27 de Noviembre de 1992 el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM) que tiene como finalidad:

³⁷ Petracci M. Seminario V. CEDES 2004

³⁸ Por un lado la gestión de la calidad con el objeto de brindar un mejor servicio para mantener a los clientes y por el otro aquella que tiene por fin colocar a la calidad de la atención en el centro de la problemática de la ciudadanía.

- a) Incorporar o desarrollar los recursos normativos, organizativos, instrumentales, de gestión y fiscalización de los distintos aspectos relacionados con el proceso global de los servicios de salud.
- b) Constituirse en un instrumento movilizador, convocante, coordinador y articulador de todos los actores del sector salud en conjunto: jurisdicciones provinciales, instituciones formadoras del recurso humano, entidades científicas, gremiales, deontológicas, prestadoras y financiadoras del sector, para la construcción colectiva de las herramientas que garanticen la calidad de la atención en todos los servicios (subsectores público, de obras sociales y privado) y para todos los usuarios.

Por Decreto PEN N° 1424/1997, la calidad en salud se define como la aplicación consecuente de la ciencia y la técnica con los requisitos preestablecidos en el proceso de la atención médica, evitando los riesgos y logrando la satisfacción de los usuarios con la adecuada relación interpersonal y la calidez requerida ³⁹.

2.4. Políticas farmacéuticas

Una política farmacéutica constituye un tipo particular de política social, que se vincula con decisiones públicas para atender las demandas ciudadanas en este campo ⁴⁰.

Entre sus objetivos generales cabe destacar la configuración de una oferta de medicamentos ajustada a las necesidades del país, con fármacos eficaces, seguros y dotados de calidad; la promoción del uso racional, mejorando las prácticas de prescripción y dispensación; y el desarrollo de una infraestructura para la producción local de medicamentos esenciales, entre otras ⁴¹. Estos objetivos aumentan la asistencia a los establecimientos de salud, mejoran la credibilidad y la aceptación de los trabajadores de salud, al tiempo que facilitan su importante

³⁹ Boletín Oficial N° 28.804 – 1ª Sección. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. 30/12/97

⁴⁰ Se define la ciudadanía social como un vínculo público de integración entre Estado y sociedad, que nace a partir del reconocimiento de derechos y deberes en la comunidad política y se ejercita a través de políticas de Estado, que permiten traducir en beneficios concretos ese vínculo.

función en términos de prevención. Una política farmacéutica también examina las relaciones entre los sectores público y privado y tiene en cuenta la automedicación.

Al desarrollar y aplicar una política farmacéutica se necesitan la vigilancia y la evaluación para identificar las consecuencias u obstáculos imprevistos y para reforzar las estrategias de éxito. A continuación se focaliza en aquellos elementos de una política farmacéutica que, directa o indirectamente, resultan de especial interés para este trabajo en particular.

***legislación y reglamentación farmacéutica:** se trata del conjunto de normas establecidas por la autoridad sanitaria de cada país y que deben dirigir, en el ámbito de las definiciones de la política de medicamentos, el comportamiento de todos los agentes que forman parte del sector y del conjunto de factores que interfieren en el mismo. En esta investigación se hace hincapié en los procesos de prescripción y dispensación como dos aspectos importantes relacionados con el acceso a los medicamentos ⁴².

***inspección reglamentaria:** abarca aspectos de la fiscalización reglamentaria como la evaluación, el registro o la concesión de licencias, la revisión y renovación, el control de calidad, la inspección, la fiscalización de las normas y prácticas de fabricación, la importación, exportación, distribución, rotulación, fijación de precios, difusión de información, promoción de ventas y publicidad de los medicamentos.

***elección y suministro de los medicamentos:** incluye la selección, la adquisición, la distribución y el almacenamiento de fármacos esenciales que reflejen una combinación óptima de eficacia y efectividad en relación con el costo, para satisfacer las necesidades sanitarias de la población. Debe basarse en datos probados y permanecer inmune a influencias comerciales.

***patentes/protección de la propiedad intelectual y política relativa a los nombres registrados y los genéricos:** las patentes otorgan protección absoluta al producto patentado. Las patentes de procedimientos protegen la tecnología y los métodos empleados para la fabricación

⁴¹ Pautas para establecer Políticas Farmacéuticas Nacionales. OMS, 1988.

de un producto. Con éstas se pueden fabricar versiones genéricas de los medicamentos mediante procedimientos alternativos, lo cual permite que otros fabricantes compitan. Las patentes a los productos, en cambio, impiden la producción genérica.

El acuerdo sobre TRIPs exige patente tanto para los productos como para los procedimientos, permitiendo que el dueño de una patente tenga el monopolio sobre la producción y la venta de un medicamento durante el período de vigencia de la patente que, según el acuerdo, es de un mínimo de 20 años. La protección de la patente es la herramienta más eficaz que tienen las multinacionales para eliminar la competencia de los fabricantes de medicamentos genéricos y así controlar la producción, la comercialización y la fijación de precios de los fármacos ⁴³.

***Información y promoción:** pueden influir en el uso de los fármacos, por lo tanto el seguimiento y la vigilancia de estas acciones son parte esencial de toda política farmacéutica nacional.

***Uso apropiado de los medicamentos:** en este punto confluye una compleja red de conocimientos, actitudes, prácticas e influencias, que puede variar ampliamente entre los países, los grupos profesionales y el público en general. Las directrices desarrolladas con el aporte de los pacientes y acompañadas de formación, análisis y retroalimentación mejoran el uso de los fármacos, pues cada medida adicional se suma al efecto de las restantes ⁴⁴.

2.4.1. Políticas farmacéuticas en Argentina

El debate sobre medicamentos llevó años en la Argentina y generó pasiones e intereses muy fuertes. En cuanto a los antecedentes, es de importancia estratégica la ley de Medicamentos (16.462 y 16.463) conocida como ley Oñativia, que da al medicamento un carácter de "*bien*

⁴² En todo el mundo, más del 50% de los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden en forma inadecuada. Alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a los medicamentos esenciales. Periódico Digital UNR-2006

⁴³ La ley de patentes y la OMC aseguran que los derechos exclusivos sirven para apuntalar el desarrollo de la investigación y el mejoramiento tecnológico. Los defensores del sistema de patentes sostienen que si no existen límites, las empresas que no invierten en investigación se apropiarían del conocimiento generado por las que sí lo hacen. Por el contrario, otros autores piensan que traban el desarrollo porque el conocimiento queda oculto y en manos de unos pocos (Página 12, 22/04/2007)

⁴⁴ Un 50% de los pacientes toman su medicación de forma incorrecta, sufriendo efectos adversos y causando frecuentes consultas o internaciones. Además, la prevalencia de automedicación ha aumentado en los últimos años en muchos países. Esta realidad pone de manifiesto que el uso irracional de los medicamentos no sólo puede resultar daño hacia los pacientes

social" al servicio de la salud pública y de la sociedad. Esta ley, promulgada en 1964 incorpora el control técnico de los fármacos y establece la regulación económica por parte del Estado. En sucesivos artículos la ley faculta al Poder Ejecutivo a adoptar cuantas medidas sean necesarias para la contención y disminución de los precios, estableciendo una política de precios, fijando límites para los gastos de propaganda e imponiéndolos a la posibilidad de realizar pagos al exterior en concepto de regalías y de compra de insumos ⁴⁵.

Algunos historiadores reconocen la campaña golpista que se desplegó en contra del Gobierno del Dr. Illia, sostenida por formadores de opinión, medios gráficos y sectores cuyos intereses se vieron amenazados con el accionar del presidente, como es el caso de algunos laboratorios medicinales, sobre todo extranjeros. En relación a esta ley de medicamentos el proyecto de la Revolución Argentina no sólo no permitió el avance de esta política sino que invalidó la supervivencia del capítulo económico de la ley ⁴⁶. La fisura en el orden institucional hizo que la visión de Oñativia respecto de "poner los medicamentos al servicio de la sociedad" quedase trunca.

Desde el derrocamiento de Illía al debate por la ley de utilización de los medicamentos por su nombre genérico pasaron treinta y seis años. La discusión internacional sobre políticas racionales de medicamentos, basadas en el concepto de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud, renace en nuestro país en el marco de la Emergencia Sanitaria Nacional del 2002.

Estas políticas, ya implementadas por países centrales, como Estados Unidos, Japón, Inglaterra y Alemania, entre otros, han favorecido el acceso a los fármacos, dando un fuerte impulso a la cobertura y calidad de la atención de salud por parte de la seguridad social.

debido a un resultado subóptimo del tratamiento, ocurrencia de innecesarios efectos adversos, internaciones e incluso la muerte, sino también en el derroche de una importante cantidad de recursos, frecuentemente escasos. Periódico Digital, UNR-2006

⁴⁵ H. Congreso de la Nación. Dirección de Información Parlamentaria.

⁴⁶ Rouquié A, 1983.

En suma, el acceso a los medicamentos comienza a configurarse como uno de los aspectos con mayor incidencia para definir las brechas e inequidades entre ricos y pobres.

Millones de mujeres y hombres de países en desarrollo realizan grandes sacrificios para poder adquirir los medicamentos que ellos o sus familias necesitan. El costo de los cuidados sanitarios, y en especial el de los medicamentos, les impide invertir en otros activos que pudieran dar salida a su situación de pobreza ⁴⁷.

En Argentina, por ejemplo, los estudios del 2002 evidencian que las tres cuartas partes del gasto en fármacos proviene directamente del presupuesto familiar y tiene un peso relativamente mayor entre las familias pobres ⁴⁸.

Hay dos estrategias centrales para promover el acceso a medicamentos: la provisión pública y la regulación del mercado. En relación a esta última, la forma más adecuada de regular mercados de medicamentos para promover el acceso consiste en incorporar estrategias de genéricos. Aunque bajo este título se reconocen diferentes acciones, todas ellas tienen en común el fomentar la competencia por precios rompiendo el monopolio de marcas ⁴⁹.

En Alemania e Inglaterra el uso de genéricos alcanza a cifras del 50 % del mercado. Chile, Brasil y México los han incorporado con el objetivo de revertir el factor inequidad en salud y evitar tanto el consumo excesivo e innecesario de unos pocos como el subconsumo de la mayoría, que muchas veces ni siquiera accede a los medicamentos más indispensables.

Dentro de este contexto, el Ministerio de Salud de nuestro país, a través del Decreto 486/02 de Emergencia Sanitaria formula las bases de una política de utilización del nombre genérico de los medicamentos. Una serie de Resoluciones posteriores (326/02, 201/02 y 163/02) refuerzan

⁴⁷ La protección de la propiedad intelectual, al retrasar la competencia de las copias de bajo costo (genéricos), se traduce en precios más elevados de los medicamentos, con consecuencias devastadoras para millones de personas pobres. La población más pobre paga los medicamentos directamente de su bolsillo, de manera que un ligero incremento en los precios torna los medicamentos que pueden salvar sus vidas en inasequibles. (Patentes contra Pacientes. Informe Oxfam Internacional, 2006)

⁴⁸ Carta al Ministro de Salud Ginés González García. George Alleyne. Director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2002.

⁴⁹ Tobar F, 2006

esta política, promoviendo el cambio en las prácticas tradicionales en cuanto a prescripción y dispensación de medicamentos que redundan a su vez en modificaciones en la seguridad social. La Ley Nacional 25649 refrenda los esfuerzos anteriores exigiendo a los médicos recetar por la denominación común internacional (DCI)⁵⁰ y no por la marca comercial del laboratorio, y a los farmacéuticos ofrecer distintas alternativas comerciales equivalentes de un mismo medicamento habilitándolos a sustituir por el de menor precio a pedido del usuario^{51, 52}.

En síntesis, esta política sobre medicamentos abre en nuestro país un extenso y áspero debate, que gira en torno a dos factores: uno relacionado con el rol del Estado en cuanto a asumir el compromiso de velar por una efectiva e inmediata implementación de los análisis de bioequivalencia⁵³ y biodisponibilidad⁵⁴, a través de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT)⁵⁵ como organismo encargado de garantizar la eficacia del medicamento genérico, de manera que se pueda determinar fehacientemente que los pacientes están optando por fármacos de similar efecto, ante precios distintos y otro relacionado con los intereses de los laboratorios propietarios de marcas reconocidas y laboratorios nacionales⁵⁶.

Esta reforma requirió de una tarea combinada de todos los actores del ciclo del medicamento y de un gigantesco y deseable cambio de cultura. Los laboratorios locales comenzaron a pagar por

⁵⁰ Denominación Común Internacional o nombre genérico es el nombre del principio activo o droga farmacéutica adoptada por la autoridad sanitaria nacional y respaldada por OMS como un lenguaje universal.

⁵¹ Ley 25649 - Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico- sancionada el 28/08/02 y publicada en el Boletín Oficial el jueves 19/09/2002.

⁵² La nueva legislación intenta evitar que los precios de la industria se disparen tras la devaluación.

⁵³ Es la comparación de una especialidad medicinal de referencia y una especialidad medicinal en estudio. Para ser bioequivalente con el producto de referencia, el producto en estudio debe demostrar que sus parámetros farmacocinéticos se encuentran dentro del intervalo de confianza de los parámetros del producto de referencia. Se asume que si son bioequivalentes, sus perfiles de eficacia y seguridad serán similares.

⁵⁴ Es la cantidad y velocidad (tiempo insumido) con que un principio activo alcanza la biofase (sitio de acción). Es decir en qué cantidad y en cuánto tiempo está disponible la droga en el sitio de acción.

⁵⁵ La ANMAT es un organismo descentralizado perteneciente a la Administración Pública Nacional creado mediante decreto 1490/92 en cumplimiento de los objetivos prioritarios de las políticas de salud dispuestas por el Poder Ejecutivo Nacional. Depende técnica y científicamente de las normas y directivas que le imparte la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud y Ambiente, con un régimen de autarquía económica, financiera y jurisdicción en todo el territorio de la Nación.

⁵⁶ Del 85-90% de los fármacos que se comercializan en el país son copias o similares, los que muchas veces se identifican como originales y en realidad son líderes de marca (Bagó, Roemmers)

sus patentes y los extranjeros fueron forzados a entender que no podían introducir, en un mercado devaluado y en crisis, drogas de precio inalcanzable.

El nuevo régimen exigió a los prescriptores volver a las fuentes de la receta por DCI y a los farmacéuticos una alta dosis de profesionalidad, actuando como verdaderos dispensadores de información. Los pacientes, por su lado, comenzaron a ejercer mejor y más activamente las nuevas opciones que se les habrían de presentar⁵⁷.

En Argentina existen hoy tres clases de medicamentos: los innovadores, las licencias o segundas marcas y los productos multifuente que incluyen a los similares con marca y a los similares sin marca. Según la OMS los medicamentos genéricos son productos multifuente y en un sentido técnico estricto aún no existen como tales en el mercado argentino⁵⁸.

3. EL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA

Aunque puede resultar una sobresimplificación, el sistema de salud argentino está integrado por tres subsistemas: público, privado y de obras sociales, con escasa complementariedad y articulación de sus instituciones y establecimientos, aún cuando se habiliten planes prepagos en hospitales públicos y obras sociales que son puerta de entrada de prepagos.

El sistema muestra, fundamentalmente, tres grandes rasgos: un alto grado de fragmentación, sobreoferta y exclusión.

3.1. Subsector Público

Cuando hablamos del subsector público estamos describiendo servicios y redes prestacionales nacionales, provinciales y municipales.

⁵⁷ Los pacientes han de ser los aliados de los prestadores de calidad, y con ellos se debe trabajar, para lograr que la asimetría informativa se supere y juntos poder avanzar sobre el acceso y la calidad, evitando ajustes y recortes. ¿O es el paciente el gran ausente, que no protesta y sigue concibiendo a la salud como una prerrogativa antes que como un derecho? Vasallo C. <http://www.buenafuente.com/>

⁵⁸ Los productos multifuente son equivalentes farmacéuticos que pueden o no ser terapéuticamente equivalentes. Aquellos que son terapéuticamente equivalentes son intercambiables y una especialidad farmacéutica genérica es un producto multifuente intercambiable.

El modelo que subyace es el de la seguridad social, que designa un conjunto de políticas públicas que procura garantizar a la totalidad de los ciudadanos un mínimo vital en términos de renta, bienes y servicios, llevada por un ideal de justicia social. En este modelo el Estado es el responsable principal tanto por la administración como por el funcionamiento del sistema. Los beneficios son concedidos de acuerdo con las necesidades, como derechos universalizados en base a un piso mínimo. La idea de seguridad social, que viene de la mano de Sir William Beveridge en 1942 en Gran Bretaña, sostiene un piso universal de beneficios igual para todos los ciudadanos (trabajadores o no) independientemente si las personas contribuyeron o no al sistema.

Este subsector posee la mayor capacidad instalada del país, presta atención médica a la totalidad de la población que la demanda y cubre financieramente a la población no asegurada. El porcentaje de población carente de cobertura varía ampliamente según jurisdicciones, estimándose un total de 17 millones de personas en el país.

3.2. Subsector de Obras Sociales

El Subsector de obras sociales comprende las obras sociales estatales, sindicales y el PAMI, creadas por leyes específicas.

Todas las obras sociales en Argentina son exponentes del modelo de seguro social, basado en los principios de solidaridad. Políticamente el seguro social fue introducido como parte de la construcción de la república germano prusiana, integrando estados anteriormente independientes y como una medida explícita para incluir en ella al nuevo proletariado industrial emergente. El sistema se financiaba a través de contribuciones de los trabajadores, los empleadores y el Estado quien también respaldaba económica y políticamente el funcionamiento del sistema en su conjunto como parte de una responsabilidad pública. El

seguro cubría los problemas emergentes de accidentes de trabajo, la invalidez, la enfermedad y la ancianidad en un esquema donde todos respondían solidariamente por los riesgos. Estas ideas nacieron en 1881 de la mano del canciller Otto Von Bismark en Alemania.

Las obras sociales en la Argentina pueden ser consideradas un producto de construcción de lo que podemos denominar Estado de Bienestar, característico de la década de los '60 y '70. Sustentado en la lógica del pacto social que subyace a este modelo de Estado, el sistema de obras sociales se estructuró en el país a partir de un acuerdo que a fines de los '60 establecieron la CGT y la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) y que motorizaron los gobiernos de facto que se sucedieron desde el golpe de Onganía⁵⁹.

La consolidación de ese pacto fue favorecido por las leyes 18.610/70 y 19.710/71, que otorgan reconocimiento jurídico a las relaciones de poder constituidas en el interior del sector y definen las modalidades de organización y financiación de los servicios de atención médica que prevalecerán en las dos décadas siguientes⁶⁰.

El producto directo fue la elaboración de un sistema de cobertura de gastos de atención médica que llegó a cubrir un elevado porcentaje de la población del país, sustentado por un lado en la alta proporción de trabajadores asalariados, que se mantiene hasta comienzo de los '90, en que el sistema incluye la cobertura de los grupos familiares y por el otro, en la cobertura especial brindada a jubilados, pensionados y sus familias tras la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados INSSPJyP, conocido popularmente por el nombre de Programa de Atención Médica Integral (PAMI).

A partir de 1991 Argentina comienza a cambiar drásticamente su rumbo económico, lo que genera una serie de consecuencias, muchas de las cuales tienen efectos catastróficos sobre el mercado de trabajo y reducen dramáticamente la viabilidad de contar con un seguro universal.

⁵⁹ Rovere M, 2001

⁶⁰ Belmartino y Bloch, 1998

La combinación del aumento de los costos directos e indirectos de la atención con la reducción de la masa total de aportantes (desempleados y subempleados o empleados no formales), la reducción de aportes patronales, la sistemática destrucción del PAMI y otras estrategias, fueron minando el sistema y creando las condiciones para que desde 1992 se instale con fuerza el debate sobre desregulación, que entró en vigencia en 1997 y comenzó a ejecutarse en mayo de 1998. El argumento para la reforma de las obras sociales fue que los traspasos introducirían “competencia”.

La Superintendencia de Seguros de Salud de la Nación (SSS) es el organismo oficial que tiene como función normatizar, regular y controlar el sistema de obras sociales nacionales, con 15 millones de beneficiarios. Quedan fuera de su control las obras sociales provinciales, de las fuerzas armadas, del poder judicial y de las universidades.

En este contexto, y a través de créditos específicos del Banco Mundial, orientados a modernizar la gestión, se generaron las condiciones para la aceptación del decreto de libre elección de obras sociales. Más de 60 obras sociales cerraron acuerdos con diferentes prepagas que establecieron un mecanismo informal de presencia del capital privado en el sector, sin ningún riesgo ni responsabilidad que supondría su entrada formal al sistema.^{61 62}

Todas las obras sociales se alimentan del 9% del salario de los empleados en relación de dependencia, donde una parte es pagada por el empleador, motivo por el cual el sistema de obras sociales depende en buena medida del equilibrio que generan en sus cuentas los ingresos de los trabajadores mejor pagos con los peor pagos. El problema que se deriva de la libre opción es que, mientras la clase media empobrecida con obra social tiene que soportar trámites

⁶¹ En diciembre del 2000, el diputado nacional Jesús Rodríguez escribía en Clarín: "La reforma de 1997, que permitió el pase de obra social mostró que la puja se estableció para captar la porción de afiliados que asegura baja morosidad y buen financiamiento. En resumen las obras sociales no pudieron escapar a la lógica mercantilista"

⁶² Entre las obras sociales de cobertura nacional, sin contar las provinciales, se administran al año unos 8000 millones de pesos, el equivalente al 7% del Presupuesto Nacional. Sólo un cuarto de este dinero está en manos de empresas privadas de salud, a las que les cedieron los servicios las propias obras sociales, en una fuga de fondos que se intensificó en el 2006 (Clarín, 1/10/06).

burocráticos, cortes de servicio y coseguros, aquellos que emigran hacia sistemas privados son los que tienen mejores ingresos y por lo tanto se daña el equilibrio de un sistema solidario.

3.3. Subsector Privado

Cuando se habla de subsector privado se piensa en servicios, redes prestacionales laxas, instituciones financiadoras corporativas, prepagas, obras sociales de personal de conducción, Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ARTs).

El modelo de seguros privados es el más desarrollado en EEUU . Se constituyen en un tercero involucrado en la relación médico paciente, la mayoría con fines de lucro. Son de afiliación voluntaria e incluye un vínculo contractual. La privatización de los sistemas de retiro por medio de los fondos de pensión (AFJP) también impulsó el desarrollo de servicios relacionados, vinculando así salud, retiro y seguros de vida.

El Subsector privado se compone de prestadores directos y de entidades financiadoras o prepagos. La medicina prepaga, también llamada “seguro privado de afiliación voluntaria” por los organismos internacionales, es la forma más actual de manifestación del subsector privado. Su nombre se debe a que los asociados contratan un plan de cobertura médica y se comprometen a pagar mensualmente una cuota que suele ser entre tres o cuatro veces superior al promedio *per cápita* que reciben las obras sociales. Como contraprestación, la empresa debe administrar esos recursos, adjudicándolos a cada paciente de acuerdo con el tipo de plan contratado. La lógica que utilizan es la de minimizar el riesgo y maximizar las ganancias. Son ejemplos de ello la sobreprestación vinculada a la modalidad de pago por prestación, la selección adversa, la estipulación de períodos de carencia, entre otros. Los asociados a estas empresas también responden a la misma lógica: buscan pagar el precio más bajo por la mayor cantidad de servicios posibles.

En resumen, en su mayoría son organizaciones con fines de lucro, orientadas a captar usuarios entre la población de mayores recursos, que crecieron sin regulación bajo un proyecto de acumulación, y la llegada del neoliberalismo en los '90 les abrió una puerta de esperanza en términos de avanzar incorporando más beneficiarios. La prédica del Banco Mundial sobre competir en salud les permitió, vía acuerdos con las obras sociales, ampliar las poblaciones cubiertas.

Desde ciertos sectores se opina que funcionan como un seguro pero, a diferencia de las empresas de seguros, no se conoce la solvencia o las reservas que estas empresas tienen para cubrir los riesgos que asumen con sus usuarios.

Hoy no hay acuerdo sobre la cantidad exacta de prepagas que existen en el país, no se registran datos oficiales del sector y los datos disponibles son aportados por las mismas empresas según su voluntad o por las cámaras que las agrupan y/o por consultoras privadas.

Las cámaras que agrupan a la medicina prepaga son:

Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP): representa unas 40 empresas, principalmente ubicadas en la Ciudad de Buenos Aires y en algunas capitales del interior del país. Dentro de este grupo se encuentran Staff Médico y Medical's, entre otras.

Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA): agrupa a las empresas de mayor cantidad de asociados como Medicus, Swiss Medical Group y Sistema de Protección Médica (SPM).

Red Argentina de Salud: está constituida por unas 50 empresas, ubicadas en su mayoría en el interior del país. Se trata de mutuales o colegios médicos de diversas ciudades que se organizan como prepagas y operan en forma de red. Si bien las afiliaciones son individuales, para cualquier asociado es posible atenderse con cualquier prestador perteneciente a la red.

Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI): agrupa a entidades sin fines de lucro como OSDE y a algunos hospitales privados de comunidad, como el Británico, el Italiano y el Alemán.

Entre todas reúnen una cantidad importante de empresas pero en realidad se desconoce el número total en el país como también la cantidad de personas cubiertas, sus balances y los indicadores con los cuales trabajan. La Superintendencia de Servicios de Salud no tiene injerencia entre las prepagas y nunca pudo imponerse en el Congreso un proyecto de marco regulatorio.

Se estima que dan cobertura a tres millones de argentinos distribuidos de la siguiente forma: 1) prepagos propiamente dichos, con afiliaciones individuales o planes colectivos; 2) obras sociales de personal de dirección con sistemas adherentes; 3) prepagos de gremios médicos.

De esta manera se pueden reconocer afiliados voluntarios, que contratan los servicios en forma directa y afiliados que llegan a la medicina prepaga por contratos corporativos. Dentro de este grupo están aquellos que reciben la prestación a través de una obra social y otros, que corresponden a los contratos corporativos puros, en donde los usuarios reciben la prepaga pagada por su empleador. Se estima que los beneficiarios voluntarios directos suman un millón de personas y los derivados de empresas unos dos millones, aproximadamente un 8% de la población total del país.

La ubicación de las mismas en nuestro territorio no es homogénea, sino que sigue el patrón de distribución geográfica de la población. Operan en los principales centros urbanos, encontrándose dispersas en el resto del país, con usuarios de nivel económico medio alto y alto. Presentan modelos organizacionales muy complejos, lo que hace muy difícil asimilarlas unas a otras, aunque compartan el rasgo central de ofrecer cobertura médica privada por sistema prepago.

Este tipo de cobertura, con fuerte segmentación socioeconómica, ha persistido en los quintiles de mayores ingresos, que en los últimos años fueron destinando a este gasto de bolsillo porcentajes importantes de sus ingresos mensuales. Se cree que el 60% del subsistema privado de salud se concentra en las siguientes empresas de medicina prepaga, que brindan prestaciones integrales: OSDE, Swiss Medical, Galeno, Medicus y Omint.

Están comenzando a surgir las prepagas especializadas que brindan servicios de una sola especialidad médica, tales como emergencias médicas, odontología, y otros.

En 1996 el Poder Legislativo sancionó la Ley 24.754 que obligó a las empresas de medicina prepaga a cumplir con las Prestaciones Médicas Obligatorias (PMO). La medicina prepaga la rechazó argumentando que, a diferencias de las obras sociales, dicha medicina es un contrato individual que no incluye el principio de solidaridad, no está exenta de impuestos y no tiene financiación estatal, diferenciándose así de las obras sociales.

3.3.1. Organizaciones Mutuales

Si bien estas organizaciones forman parte del subsector privado, debemos aclarar que su raíz es diferente a las empresas de medicina prepaga.

El surgimiento de las primeras mutuales estuvo estrechamente vinculado a colectividades de inmigrantes que, desprovistos de toda protección social, apelaron al asociativismo mutualizado para resolver sus necesidades más elementales.

También cobran importancia como factores aglutinantes las prácticas de apoyo mutuo entre trabajadores, que se organizan a partir de su sola condición de “obreros”, probablemente reunidos por la identificación con alguna de las vertientes locales o europeas del pensamiento socialista ⁶³.

⁶³ No es casual que sean los tipógrafos los que organizaron una de las primeras mutualidades en Bs As en 1857 (...) muy activos a nivel de la organización sindical...(.) jugando un rol de intermediarios entre los trabajadores de estas sociedades menos desarrolladas y las ideas que conmovían al movimiento obrero europeo. Belmartino S y colab, 1987.

Otro factor convocante, de signo ideológico opuesto, es el constituido por la acción social de la Iglesia Católica desarrollada a partir de la publicación de la *Rerum Novarum*, que diera lugar a la organización de Círculos Obreros Católicos.

Actualmente existen en el país unas 4.000 mutuales activas. Con diversas formas de prestaciones reciben atención médica mutualizada unos dos millones setecientos mil argentinos que, por tratarse de cuentapropistas, monotributistas, desocupados y marginados, no tienen cobertura de obras sociales sindicales o están imposibilitados de acceder a la medicina prepaga. Del total de entidades, unas novecientas están ubicadas en la región centro del país: Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Entre Ríos.

La Asociación Española de Socorros Mutuos es la más antigua aunque también se reconocen en la ciudad de Rosario a Unione y Benevolenza, Centro Unión Dependiente, San Cristóbal, Banquito Ferroviario y otras.

Como puede observarse existe una importante diferencia entre las organizaciones mutuales y las entidades de medicina prepaga. Como el objetivo de las mutualidades es brindar entre los asociados ayuda recíproca frente a riesgos eventuales, la relación entre la entidad y los beneficiarios no es de carácter contractual sino meramente estatutaria. Son los propios asociados quienes crean o modifican sus coberturas de servicios a través de la suma de voluntades, en un claro marco estatutario y de control ⁶⁴.

4. LOS PACIENTES

4.1. La construcción del individuo moderno y la satisfacción.

En el antiguo régimen el individuo no está identificado y valorizado por sí mismo, es la modernidad la que promueve al individuo propiamente dicho, responsable de sus actos y que asume libremente sus compromisos. En el marco de esa modernidad Robert Castel encuentra un

⁶⁴ Casal A, 2005

“nuevo proceso de individualización” que pone en cuestión las pertenencias colectivas de los individuos. El autor habla de dos nuevas maneras de ser un individuo: la forma positiva del individuo como valor de referencia de las sociedades democráticas y la individualidad negativa. En ese contexto, existir positivamente como individuo es tener la capacidad de desarrollar estrategias personales, disponiendo de una cierta libertad de elección en la conducción de la propia vida ⁶⁵. Se trata de un individuo moderno que puede jugar lo esencial de su destino a través de su relación hacia las cosas, su actividad de transformación y de dominio de la naturaleza. Por otra parte, la individualidad negativa contrasta con esta posibilidad de tomar iniciativas por cuenta propia, y en esta línea, Castel opina que el desempleo individualiza negativamente al desocupado.

¿Se podría pensar que estos últimos son menos individuos en cuanto a las posibilidades que tienen de desarrollar estrategias personales, o de disponer de márgenes de acción por sí mismos y para ellos mismos? ¿se podría pensar que esta exigencia de ser responsable puede funcionar “como una trampa” si se carece de los soportes necesarios para jugar tal juego?.

Sin duda, los individuos que deben afrontar las transformaciones actuales son configurados de manera diferente frente a las reglas del juego social. Si bien es cierto que, para muchos, esos recursos para conducirse como individuos responsables se extraían de su participación en protecciones colectivas, es normal que la pérdida de dichos soportes se pague con la incapacidad para superar tales situaciones como individuos plenos.

También podemos constatar que numerosos individuos contemporáneos, a los que Marcel Gauchet denomina hiper-modernos, no se inscriben en esta temática de la responsabilidad. Se trata de individuos que se desprenden de sus pertenencias colectivas y se ponen a cultivar su propio yo. En muchos casos podríamos hablar de individuos hipertrofiados que pueden adscribirse a una configuración que rápidamente podríamos calificar como narcisista.

⁶⁵ La definición que da Locke, como “el hecho de no ser hombre de nadie” tiene que ver con este sentido.

Entonces, al lado de este individuo por exceso se plantea la cuestión de la existencia de un individuo por carencia (carencia de recursos y de soportes).

Ligado al estudio del proceso de desafiliación, Gauchet dice algo interesante: el individuo contemporáneo tendrá como propio ser el primer individuo en vivir ignorando que vive en sociedad, un individuo desconectado simbólicamente y cognitivamente del punto de vista del todo, un individuo para el que ya no tiene sentido ubicarse en el punto de vista del conjunto.

Hay todo un conjunto de rasgos que lo definen: adherencia a sí, formas de encerramiento, relaciones marcadas por narcisismos extremos, estrategias de evitación, inconsistencia.

Se lo diga de una manera u otra, más psicológica o más sociológica, llegamos a mecanismos individuales inconsistentes, que evocan los rasgos de carácter del “hombre masa” tal como lo ha descrito Hannah Arendt.

En ambos casos, sea el individuo por carencia o el individuo por exceso, se percibe “insatisfacción” y ambos se ubican en el final de un largo recorrido histórico que pasa por la construcción de la propiedad social, el desarrollo del estado social y su actual debilitamiento.

Hasta el final de los 70 el proceso de individualización era unívoco y conducía a hipertrofiar siempre un poco más al individuo; pero podemos preguntarnos si tal dinámica no ha sufrido una escisión que permite la aparición de una tendencia que invierte la tradición del individualismo posesivo (de Hobbes y de Locke) para dar nacimiento a individuos desposeídos y desafiliados. Habría como un diferencial de novedad que se anexó a la problemática del individuo contemporáneo con la desestabilización de la sociedad salarial a partir de los 80.

Ahora bien, por qué esos individuos son llevados a olvidar que ellos forman parte de una comunidad?. Tocqueville, después de Locke, observa perfectamente que es la propiedad privada (los bienes, asociados con la instrucción, la educación, la cultura) la que permite al individuo moderno pensarse y vivirse independientemente, liberado de lo social. Así este individuo moderno dispone de suficientes recursos (soportes) para creer no tener necesidad de nada fuera

de sí mismo para existir, plenitud que puede conducir al narcisismo y aquél que, atiborrado de cosas se encuentra atrincherado en sí mismo e indiferente al mundo social, se sentirá al mismo tiempo impotente frente a un mundo al cuál él no tiene más nada que demandar.

Se puede considerar que se ha producido una bifurcación en la trayectoria del individuo moderno que es necesario vincular con la degradación de la propiedad social. Hay así una fuerte continuidad entre el individuo moderno, pensado como responsable y autónomo frente al mundo y el individuo hipermoderno contemporáneo, que juega a sustraerse del mundo y a replegarse sobre sí.

En resumen, en el presente se hace menos posible establecer distinciones estrictas entre el individuo y lo social, entre lo público y lo privado. Pero ello no significa que tales distinciones no tengan sentido. Y aquí llegamos a un punto de inflexión que se relaciona con esta tesis: uno de los problemas esenciales para este individuo moderno es la violencia del mercado, en el que subsisten ambos perfiles de individuo (por exceso y por carencia), y sigue siendo verdad que ellos deben ser aprehendidos y analizados a partir de las transformaciones contemporáneas de los soportes que otorgan al individuo su consistencia.

Ante esta situación, es necesario repensar los marcos y las categorías de análisis. El Estado providencia, organizado para tratar los problemas de poblaciones relativamente homogéneas, ahora debe encargarse de individuos que se encuentran en situaciones particulares. Los enfoques estadísticos clásicos resultan inoperantes, es preciso bucear en un nivel más fino e individualizado. Sin duda se requiere avanzar hacia una perspectiva más interdisciplinaria, que se esfuerce en poner al día elementos de una sociología más cualitativa que cuantitativa. Se trata de una concepción de lo social que no tiene mucho que ver con la que se ha tenido hasta el presente.

4.2. Valoración social y ética del medicamento

¿En qué circunstancias un medicamento puede considerarse un bien social, meritorio o tutelar?
¿existen situaciones en las que un medicamento puede ser considerado un bien privado?
Depende como se lo analice, moviéndose en un campo o en otro, pero sin abundar en explicaciones técnicas, se puede decir que los fármacos difieren mucho en cuanto a su valor intrínseco y sus objetivos terapéuticos, ya que se cuentan desde los que podrían encuadrarse de modo sencillo como reconstituyentes generales de escaso a nulo valor intrínseco, los que tratan patologías de moderada gravedad, hasta los que, por su acción selectiva, eficaz y efectiva, se transforman en un elemento necesario para la continuidad de la vida de las personas. Estos últimos medicamentos pueden con justicia llamarse vitales, o en un sentido amplio “*esenciales*” como los define las OMS ⁶⁶.

El acceso a estos medicamentos es un derecho humano básico. Se constituyen en elementos centrales e irrenunciables de la noción de dignidad de la persona humana y no se basan por tanto en cuestiones colectivas o de número ni se circunscriben a países, regiones o etnias, sino que lo hacen en la singularidad de cada ser humano. Esto quiere decir que este derecho se vulnera tanto cuando muere un sólo paciente por no tener acceso a determinado tratamiento medicamentoso, como cuando lo hacen millones por la misma causa. Y cuando se habla de vulnerables se hace referencia a la categoría de individuo por carencia, a aquellas personas que no pueden estar en condiciones de hacer elecciones de consumo en función de su legítimo beneficio privado porque la crisis del ingreso los coloca frente a la incapacidad de satisfacer incluso necesidades vitales. En tal caso amerita que esos medicamentos esenciales sean socialmente considerados como *bienes meritorios o tutelares*, es decir, cuando una sociedad no puede garantizar ni siquiera los satisfactores imprescindibles para la vida, alcanza la lógica de los derechos sociales.

⁶⁶ La OMS declaró al medicamento como un *bien esencial para la humanidad* y el 10/11/01, en la cumbre de Qatar, el acuerdo suscrito por 145 países, supone conferir a los medicamentos un carácter diferente a cualquier otro bien de consumo objeto de comercio. A. Domínguez-Gil Hurlé El Comercio Digital, España.

Y es aquí, siguiendo a Rosanvallon, donde aparece la necesidad de un Estado servicio, capaz y responsable, donde la emergencia de una nueva institucionalidad es requerida para que se pueda reconstruir la relación entre el Estado y los individuos.

La otra conceptualización del medicamento es la de bien privado, que por ende puede ser comercializado de acuerdo a las reglas del mercado, generando importantes controversias respecto de los derechos de propiedad, licencias obligatorias, importaciones paralelas, entre otros temas. En este ámbito no debe llamar la atención que aquellos países que reúnen capacidad tecnológica, recursos humanos altamente profesionalizados y capacitados y un sistema de patentes capaz de brindar una protección eficaz, dotada además de mecanismos capaces de ampliar el plazo de las mismas, como EEUU, Japón y algunos países de Europa, sean a la vez los productores y consumidores líderes del mercado internacional. Estos mercados se constituyen así en la demanda natural y preferencial, y sus perfiles epidemiológicos definen el target lógico para la investigación y desarrollo.

Transitivamente, los sectores sociales más semejantes en cuanto a nivel de vida, hábitos y poder adquisitivo de cualquier país en un contexto globalizado, son potencialmente expansiones de esos mercados, en los que se identifica con claridad la figura del individuo por exceso: un sujeto que tiene resueltas sus necesidades básicas, que está influido sustancialmente por un modelo, que le exige controlar su peso y su aspecto físico, sus problemas de calvicie, su vigor sexual, su estado de ánimo, la postergación del envejecimiento.

En este sentido ¿se puede hablar de “nuevas formas de imposiciones sociales”? ¿se trata de una nueva sociedad cuya estructura es definida por la obligación? ¿cuáles son entonces las condiciones de la independencia? ¿y qué consistencia, en términos éticos, tiene en definitiva el desarrollo de fármacos?.

Resulta necesario analizar las formas que toman en la actualidad esas imposiciones, entre ellas las mutaciones tecnológicas y económicas o la mundialización de los intercambios. Dentro de

este contexto, se observa que la biomedicina se alejó de sus raíces históricas y de sus compromisos éticos para aparecer como una empresa comercial, en la que las personas son insumos o materias primas del proceso de acumulación capitalista, con una sustitución de la ética médica tradicional por una moral también utilitarista, económica y especulativa.

En esta línea de pensamiento el medicamento, que para unos es inaccesible, para otros se convierte en una imposición social, ocupando un lugar importantísimo en el imaginario colectivo, sobre todo en términos de cumplir con la exigencia de vivir mejor y más tiempo, como una nueva moral cotidiana que no prescribe ningún olvido de uno mismo, sólo consumir mejor, como parte de la cultura del self-interest dominante en las sociedades occidentales.

4.3. Empoderamiento de los pacientes

Las demandas actuales de la población hacen pensar en la búsqueda de un protagonismo efectivo de los actores sociales en su relación con la autoridad sanitaria.

Menéndez (1997) opina que a través de las perspectivas y las prácticas de los diferentes actores significativos se pueden detectar una variedad importante de articulaciones entre los mismos y es a través de los pacientes como se puede registrar la variedad de formas de atención que se utilizan y articulan con el objetivo de reducir o solucionar sus problemas.

El mismo autor subraya la necesidad metodológica, no sólo de incluir a los diferentes actores significativos sino de trabajar con todas las prácticas de los sujetos y grupos referidas al proceso salud/ enfermedad/ atención.

En suma, desde distintos ámbitos del sector salud dos cuestiones empiezan a ser relevantes: la participación comunitaria, que emerge después de la Conferencia de Alma Ata, asociada a la estrategia de Atención Primaria de la Salud en 1978, y la opinión de los pacientes.

Menéndez (1998) sostiene una doble acepción de lo que se denomina participación social en salud: una en términos de recurso humano, dominante en los servicios de salud en su origen, y

otra en términos de población organizada que interviene en todas las etapas de los programas de salud. En este sentido, en sociedades complejas como la nuestra, han ido ganando visibilidad y ocupando espacios con fuerte presencia, el desempeño de los ciudadanos en ONGs, asociaciones voluntarias u organizaciones de la sociedad civil en el campo de la salud.

Por otro lado, la cuestión vinculada a la opinión de los pacientes comienza a ocupar un lugar importante en el campo de la administración de salud, debido al rol que se le otorga en la garantía de la calidad de la atención médica. En este sentido, Donabedian (2001) define la garantía de la calidad como una actividad basada en obtener información sobre la práctica y en función de ella, hacer un reajuste de las circunstancias y procesos de la atención de la salud. Para este autor los pacientes no son recipientes pasivos, sumisos seguidores de las órdenes y recomendaciones de expertos, por lo que reserva para ellos tres papeles:

1) colaboradores para definir la calidad, evaluar la misma e informar sobre sus experiencias sanitarias; 2) coproductores de la asistencia desde su lugar de sujetos autónomos y vehículos de control cuando sirven para regular la conducta del médico; 3) reformadores de la atención médica, ya sea a través de la directa participación, a través de mecanismos de mercado, pudiendo elegir entre fuentes alternativas si se cuenta con información adecuada o bien como ciudadanos.

Es necesario introducir una diferenciación entre los términos utilizados para referirse al paciente. Se imprime una filosofía diferente según se utilice paciente, usuario, afiliado o beneficiario. Corresponde aclarar que de todas las nominaciones extraídas de la bibliografía, la más desacertada para esta investigación es la de consumidor, ya que si otorgamos al medicamento un carácter de bien social, estamos en condiciones de afirmar que no se consumen medicamentos sino que los mismos son insumos necesarios en la profilaxis o la recuperación de una enfermedad.

Se utiliza la expresión “*usuario*” para identificar a cualquier sujeto de derecho a la salud frente a una relación con una empresa de prestación de servicios, y los términos “*beneficiario*” o “*afiliado*” como una forma tradicional de nominar a quien proviene del sector de la seguridad social.

Corresponde agregar que cuando se habla de paciente, se lo asocia a la noción de sujeto informado y comprometido con su salud, con mayor simetría en su relación con el médico y los profesionales de la salud.

Un paciente es un individuo que está creciendo en términos de capacidad, de sus opciones, de su entendimiento, de su confianza, llamado a ser protagonista y responsable de su salud. Y este poder relativo requiere un nuevo vínculo médico-paciente que es fundamentalmente un encuentro entre dos seres humanos, con un componente ético muy importante.

Desde la perspectiva que estamos desarrollando, la inclusión de la dimensión histórica del saber médico puede adquirir características especiales si la referimos a lo que actualmente es el núcleo de la relación médico paciente, es decir, la prescripción del tratamiento, que en gran medida es la prescripción de medicamentos.

En definitiva, el término empoderamiento o empowerment tiene que ver con esta idea en la que la toma de decisiones en el cuidado de la salud debe ser un proceso compartido entre paciente y médico. Por un lado, el médico aporta su educación, conocimiento y experiencia para el diagnóstico, la estimación de sus perspectivas con diferentes tratamientos alternativos, incluyendo no dar ningún tratamiento, y las recomendaciones correspondientes. Por el otro, el paciente proporciona el conocimiento de sus objetivos, finalidades y valores, que probablemente sean afectados por diferentes cursos del tratamiento, habilitando una posible evaluación comparativa de los distintos resultados posibles. El mayor conocimiento individual y social de la etiología de patologías crónicas, por ejemplo, determina mayor capacidad de organización social, elección de alternativas terapéuticas y reclamo.

La Organización Internacional del Trabajo incluye el empoderamiento en su glosario y lo define como el conjunto de acciones orientadas a generar mayores niveles de asertividad, competencias, habilidades y actitudes que permitan a las personas ejercer poder en los diferentes niveles y ámbitos de la vida. Se vincula a la noción de autonomía y a sus cuatro dimensiones: física, económica, política y sociocultural.

En el contexto de la salud se pueden distinguir un empoderamiento individual y uno comunitario, según la OMS⁶⁷, porque así como el individuo puede empoderarse para gestionar en salud, también puede hacerlo una comunidad mediante acciones colectivas orientadas al control de los determinantes de la salud y la calidad de vida.

Ahora bien, qué tipo de empoderamiento se observa en los pacientes al interior de nuestro sistema de salud respecto de los medicamentos?. Para obtener una respuesta debemos sumergirnos en las características de las poblaciones adscriptas a los dos subsectores que se comparan en esta investigación.

4.3.1.¿ Qué características tienen los pacientes de las obras sociales ?

Los pacientes de las obras sociales corresponden en general a una clase media que, a lo largo del siglo XX, cultivó un perfil que la distinguió de sus pares en otros países: ocupación formal, educación, cierto nivel de ingresos, cierto patrón de consumo.

La ocupación del jefe de hogar tenía muy buen correlato con el nivel de educación, el consumo y otros comportamientos de clase. Pero ese correlato se modificó y actualmente se observan algunos rasgos incoherentes. Aquella homogeneidad estalló con la crisis y parte del sector medio se comporta como clase alta, y otra parte, si bien sigue valorando y cuidando el capital simbólico, dispone de bajos ingresos destinándolos a productos de primera necesidad.

⁶⁷ Health Promotion Glossary de OMS, 1998

Siguiendo a la socióloga Susana Torrado, el perfil de la clase media es aún incierto. Se necesitan nuevos parámetros para definirla, porque en los '90 la estructura social sufrió un cimbronazo tan brutal que los atributos y características que se valoraba para definir nociones de inserción y ordenamiento social se volvieron insuficientes ⁶⁸.

En este contexto, las obras sociales, que constituyen la base de la organización del seguro social médico en Argentina, lejos de tener un carácter equitativo, reproducen las desigualdades de ingresos vigentes en la actividad económica, provocando profundas disparidades en el nivel de los servicios médicos.

La apertura al sistema de libre elección provoca una migración de afiliados y produce cierto nivel de selección por riesgo (descrime) que puede profundizar aún más la estructura inequitativa y fragmentada del subsector, sobre todo porque este traslado se caracteriza por sujetos con una elevada remuneración mensual, edad máxima de 30 años, sin grupo familiar a cargo, con posibilidad de acceder a una mayor información sobre las opciones ⁶⁹.

Por lo tanto, las obras sociales difieren fuertemente entre sí en cuanto a número de afiliados, niveles medios de ingresos y porcentaje que dedican a gastos administrativos, lo que determina grandes diferencias en la disponibilidad de recursos y en los gastos per cápita respectivos. Entre

⁶⁸ Entre 1991 y 2001 cayó la cobertura formal en todas las provincias, excepto en Tierra del Fuego. En el caso de Santa Fe pasó de un 71% de la población con cobertura al 58%.

⁶⁹ Findling L y col. "Informando & Reformando" Jul/Sep – 2001 –Nº9 . Boletín del NAADIR (Núcleo de Acopio de Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma).

los usuarios, algunos manifiestan sentimientos de inseguridad por la menor oferta de cobertura y la baja o suspensión constante de prestadores, expresan dificultades económicas en el acceso y la burocracia administrativa como problemas centrales ⁷⁰.

4.3.2. ¿ Qué características tienen los pacientes del subsector privado ?

Se concentran en las grandes ciudades cubriendo un segmento de alrededor de 3 millones de personas de nivel económico medio alto y muy alto que, frente al encarecimiento de los costos de la atención médica por la utilización de tecnología de última generación, no pudo acceder a la medicina privada bajo la forma de pago de bolsillo o se encuentra disconforme con las prestaciones brindadas por las obras sociales⁷¹. Al contar con recursos económicos, buscan financiar no sólo su posible enfermedad sino la atención permanente de su salud, deseando disponer de un menú de servicios que cubran desde la atención domiciliaria de urgencia hasta la disponibilidad de acceso a internación. Muchos pacientes tienen doble cobertura, ya que también realizan aportes por ley a alguna obra social.

En general son beneficiarios exigentes, muy solventes, que no están acostumbrados a sufrir limitaciones ni carencias. Tienen expectativas de ser atendidos con eficacia, recibir un buen trato y ser informados sobre sus problemas ⁷².

Durante estos años la Secretaría de Defensa del Consumidor asume un rol clave frente a las protestas de los usuarios de las empresas de medicina prepaga, y en este marco, no es lo mismo un beneficiario puro de la medicina prepaga que alguien que llega a través de un contrato con una obra social.

⁷⁰ Necchi S. Los ciudadanos y el derecho de la atención de la salud. Seminario V- CEDES (2004)

⁷¹ Las prepagas cubren un 10% de la población y se concentran en el quintil de la población más rica. La Capital, 27/05/2007.

⁷² Sin embargo algunos marcan el obstáculo económico que representa el aumento de las cuotas.

Existen pocos datos que habiliten un debate acerca de cómo se comportan los pacientes frente a la compra de un medicamento y la influencia que este comportamiento tiene en la decisión de adquirir una especialidad con marca o una especialidad genérica.

Además, como entre los pacientes existen diferentes valoraciones sobre los fármacos sin marca comercial, se considera de gran interés estudiar la opinión de los usuarios en este campo, a fin de determinar posibles barreras en la aceptación de los mismos.

5. CUESTIONES METODOLOGICAS

5.1. Definición operacional de la variable satisfacción

La satisfacción de los pacientes está contenida dentro del grupo de resultados humanísticos de los servicios de salud, es una variable dependiente de la calidad de los servicios y es también una variable independiente que permite predecir el comportamiento de los usuarios.

En esta investigación la hipótesis central descansa sobre la concepción de que la satisfacción con la utilización de medicamentos genéricos es dependiente del tipo de cobertura, variando su peso relativo según el subsistema de salud.

La mayoría de las investigaciones están dirigidas a un modelo de satisfacción que permite describir cómo un individuo combina juicios sobre determinados atributos en una evaluación global, por lo que hay un acuerdo entre los investigadores que la satisfacción de los sujetos es *multidimensional*.

La línea conceptual que orienta este trabajo se centra en esta perspectiva. Interesa abordar e interpretar las percepciones de los pacientes vinculadas a la utilización de medicamentos genéricos, indagando sobre los múltiples componentes que confluyen en los colectivos sociales. Para ello resulta ineludible rescatar una definición operacional de la percepción de criterios de satisfacción en este sentido, desagregada en diversas dimensiones para su medición posterior.

Siguiendo el modelo de Ware se propusieron en este caso 7 dimensiones que guiaron el diseño del instrumento de medición, a saber:

*competencia técnica: se refiere a la aplicación de los conocimientos y capacidad de resolver problemas por parte de los profesionales; *explicación: se vincula a la calidad de la información provista por los profesionales; *relaciones interpersonales: se trata del modo de interacción del equipo de salud con los pacientes; *disponibilidad: se refiere a la cantidad suficiente (oferta) de recursos farmacéuticos; *confianza: se relaciona con la seguridad que el medicamento pueda proporcionarle a los pacientes; *participación: se relaciona con la oportunidad que tienen los usuarios de elegir el fármaco que puedan pagar y *económica financiera: involucra aspectos relacionados con la eficiencia en el uso del dinero.

En este caso el método empleado para recoger la información fue un cuestionario estructurado, que incluyó una cantidad suficiente de ítems que determinaran en forma completa, confiable y válida la satisfacción de los pacientes frente a la utilización de medicamentos genéricos. También se propuso una prueba piloto con el objetivo de poder ajustar y calibrar dicho cuestionario antes de la aplicación definitiva, a través de un encuestador entrenado, a una muestra representativa de pacientes con cobertura de obras sociales y/o sistemas prepagos en farmacias oficinales, sindicales o mutuales de la ciudad de Rosario.

5.2. Método para la construcción del cuestionario

El desarrollo y la validación de un cuestionario es un proceso iterativo, que involucra la progresión a través de diferentes etapas y, en algunos casos, volver a etapas previas para realizar modificaciones del cuestionario.

Las etapas llevadas a cabo fueron las siguientes:

a) Diseño del cuestionario:

Una profunda búsqueda bibliográfica inicial suministró información respecto de cuestionarios disponibles, así como de las pautas metodológicas tenidas en cuenta en el desarrollo de cuestionarios ya validados. Esta información sirvió de referencia para el diseño del instrumento, pudiendo rescatarse ítems de cuestionarios usados en otros países que mostraron utilidad y confiabilidad para evaluar las prestaciones en salud. Para estos casos se tuvo en cuenta el proceso de traducción y de adaptación transcultural.

La redacción se hizo con preguntas cortas, claras y simples, de fácil comprensión, de tal manera que no se utilizaran más de diez minutos en ser respondidas.

b) Propuesta de ítems vinculados a las dimensiones: se expresaron a través de preguntas que se definen a continuación, incluyendo los supuestos conceptuales de las mismas. El orden en el que se presentan supone el circuito de prescripción-dispensación-utilización de medicamentos.

1. Satisfacción vinculada al interés del médico en recetar genéricos: supone la satisfacción del paciente a partir de la consideración depositada en el medicamento genérico por parte de quien prescribe.
2. Satisfacción vinculada al interés del farmacéutico en recomendar genéricos: supone la satisfacción del paciente a partir de la consideración depositada en el medicamento genérico por parte de quien dispensa.
3. Satisfacción con la información que ofrece el médico sobre genéricos. El supuesto aquí es que la información sobre genéricos ofrecida por el médico es valorada por el paciente, generando un vínculo que descansa en los aspectos técnicos y en el respeto, “la capacidad de escucha” y el tiempo destinado al esclarecimiento de dudas.
4. Satisfacción con la información que ofrece el farmacéutico sobre genéricos: presume que la información ofrecida por el farmacéutico es valorada por el paciente, propiciando un vínculo que descansa en los aspectos técnicos y en el respeto, “la capacidad de escucha” y el tiempo destinado al esclarecimiento de dudas.

5. Satisfacción con las alternativas ofrecidas por el farmacéutico en el momento de la dispensa: supone que la satisfacción de los pacientes se vincula a la amplitud de alternativas farmacoterapéuticas de la misma droga ofrecidas por el farmacéutico a la hora de adquirir un medicamento.
6. Satisfacción con la comunicación entre médico y farmacéutico: presume que la interacción entre profesionales de la salud es valorada por el paciente porque la cooperación entre ambos aporta al éxito de su tratamiento con medicamentos.
7. Satisfacción con la información recibida de la obra social o sistema prepago: supone un usuario más satisfecho si el sistema de cobertura al cual pertenece lo notifica adecuadamente sobre medicamentos genéricos.
8. Satisfacción con la información que el paciente recibe en general respecto de genéricos (TV, medios gráficos, etc). El supuesto aquí es que la información sobre fármacos genéricos recibida a través de los medios de comunicación es inductora de satisfacción en los pacientes.
9. Satisfacción con la ayuda del médico cuando el medicamento genérico no tiene el efecto esperado: supone la satisfacción del paciente ante la respuesta del médico en circunstancias en las que el medicamento genérico no ofrece el grado de utilidad o alivio esperado.
10. Satisfacción con la ayuda del farmacéutico cuando el medicamento genérico no tiene el efecto esperado: supone que la ayuda del farmacéutico en circunstancias en las que el medicamento genérico no ofrece el grado de utilidad o alivio esperado, provoca satisfacción en el paciente.
11. Satisfacción con el listado de medicamentos que ofrece la obra social o sistema prepago: sostiene que la satisfacción de los beneficiarios se vincula a la oferta de fármacos

incluidos en los listados de medicamentos, formularios terapéuticos o vademécums⁷³ de la obra social o sistema prepago.

12. Satisfacción con el descuento en medicamentos genéricos de la obra social o sistema prepago: presume que la satisfacción del paciente se vincula a los porcentajes de descuento sobre medicamentos genéricos autorizados por el sistema de cobertura al que pertenece.
13. Satisfacción con el beneficio económico que resulta de la utilización de genéricos: percibe la satisfacción de los usuarios en relación al ahorro de dinero que significa para ellos la compra de medicamentos genéricos.
14. Satisfacción con la confianza depositada en los genéricos: vincula la satisfacción de los pacientes con la seguridad que le ofrecen los fármacos genéricos en cuanto a su eficacia y efectividad.
15. Satisfacción con la participación en la elección del medicamento genérico: implica que la satisfacción se relaciona con la posibilidad que tiene un paciente de elegir un fármaco genérico a partir de las diferentes propuestas ofrecidas por el farmacéutico.

c) Registro de las respuestas: se propone la escala de Likert para registrar las respuestas de los pacientes dentro de un rango de 1 a 5, donde el 1 es la calificación más baja y el 5 la más alta. El diseño de esta escala hace mensurable el nivel de satisfacción / insatisfacción de los pacientes, en tanto permite cuantificarlo a través de múltiples dimensiones.

d) Determinación de la validez de contenido y aspecto. La validez de contenido es el grado en el que la medición representa el concepto medido y la validez de aspecto indica si el

⁷³ Los listados de medicamentos, también llamados formularios terapéuticos o guías farmacoterapéuticas o simplemente vademécums son el producto de intervenciones de selección de medicamentos con el objeto de promover el uso racional de los mismos, generalmente identificados por DCI o nombre genérico.

instrumento coincide con los atributos deseados. Estos aspectos se determinaron a través de un comité de pares expertos creado ad hoc ⁷⁴.

e) Aplicación de prueba piloto para evaluar factibilidad. Se aplicaron dos pruebas piloto, en tiempos y sujetos diferentes, para identificar los aspectos vinculados a la satisfacción usuaria en términos de las respuestas de la población encuestada. Posteriormente esta información fue discutida y ponderada, siguiendo la técnica de grupo nominal, por el mismo comité de pares convocado para la determinación de validez de contenido y aspecto.

Con el objetivo de asegurar una interpretación homogénea del concepto de medicamentos genéricos, se previó una instancia de recolección de información, que intentara desentrañar y decodificar las percepciones vinculadas al término, teniendo muy en cuenta que el contexto geográfico y sociocultural moldea diversas miradas, perspectivas, valores, expectativas y hasta ideas sobre los medicamentos y la salud ⁷⁵.

De las 17 respuestas encontradas se consensuaron 3, las cuales se incorporaron al cuestionario definitivo, siendo leídas por el encuestador en el momento de la entrevista.

A partir de las pruebas piloto se planteó la necesidad de incluir también otras formas de calificar la satisfacción de parte de los usuarios por fuera de la escala numérica. Estas se vinculan a percepciones tales como “no existe”, “nunca me pasó” o “no sabe” y expresan una forma de calificar diferente a la de la escala Likert.

5.3. Resguardos éticos

La participación de los encuestados en el estudio fue voluntaria y su consentimiento se obtuvo después de haberlos puesto en conocimiento de los objetivos del mismo. Asimismo, se garantiza el anonimato de toda la información obtenida.

⁷⁴ Conformado por dos farmacéuticos comunitarios (de Rosario y del interior) un farmacéutico del Colegio de Profesionales y tres docentes universitarios con diferente formación disciplinar.

⁷⁵ La pregunta realizada en la prueba piloto fue: *Si yo le digo qué entiendo por medicamento genérico, qué palabras se le ocurren?*

5.4. Estructura y aplicación del cuestionario

Una vez obtenido el consentimiento por parte del paciente se le consulta acerca de su sistema de cobertura y se explora si el encuestado está familiarizado o no con el concepto de medicamentos genéricos. Para asegurar una interpretación homogénea de esta noción, se facilita a los participantes tres concepciones, entre las cuales puede optar.

Para los casos que disponen de más de una alternativa en su cobertura, se considera, a los fines de nuestro análisis, aquella que han utilizado en la última prescripción de medicamentos.

En todos los casos se consulta si la indicación fue realizada por nombre genérico, medicamento marca o ambas.

Las quince preguntas posteriores, ya descritas, son valorativas de la satisfacción con medicamentos genéricos considerando las dimensiones y actores definidos previamente para la investigación.

Se incluyen además preguntas sobre: edad, sexo, situación ocupacional, nivel de estudios, especificidad de la ocupación y número de personas que componen el grupo familiar en la obra social o prepaga (Anexo 1: Cuestionario).

5.5. Población en estudio

El cuestionario se aplicó a una muestra representativa de pacientes en la ciudad de Rosario. De los tres subsistemas que integran el Sistema de Salud en nuestro país se seleccionó a los pacientes de dos subsectores: obras sociales y sistemas prepagos. No se considera el subsector público porque la prescripción de medicamentos por su nombre genérico y la sustitución en la dispensación existen desde siempre. Es habitual que en los efectores públicos se dispense la marca comercial que ha ganado la licitación, por lo tanto no se habilita la posibilidad de elección entre varias alternativas por parte del usuario. Generalmente los pacientes de servicios

públicos son poblaciones que viven en condiciones socioeconómicas muy precarias y que buscan los servicios de forma asistencial. En estos pacientes la medida de la satisfacción se vincula más a una cuestión de sobrevivencia que a la propia calidad de los servicios.

La selección de casos se desarrolló en dos etapas:

1) La primera consistió en la selección aleatoria de farmacias comunitarias, sindicales o mutuales en las que se llevaron a cabo los cuestionarios. Para ello se utilizó el listado total de farmacias de los registros de Inspección General de Farmacias de la 2º Circunscripción, que se distribuyeron según localización por distrito, al interior de la ciudad de Rosario (Centro, Norte, Noroeste, Oeste, Sudoeste y Sur).

Con este marco muestral, la distribución de los casos se realizó de manera proporcional a los porcentajes de población por distrito. Se seleccionaron 800 casos para que se cumplan los supuestos estadísticos del análisis.

2) La segunda etapa se vinculó a la selección de los pacientes. Como se estimó encuestar a 10 individuos mayores de 20 años por farmacia, con este dato y el número de casos por distrito, se obtuvo el número de farmacias a participar por jurisdicción. La selección de los pacientes se realizó según cuotas de edad y sexo, utilizando como fuente el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 del INDEC. Con el objetivo de obtener máxima variabilidad y reducir el sesgo en la selección, los cuestionarios se aplicaron a distintas horas del día y diferentes días de la semana.

Tabla 1: Selección de Casos Estratificados por Distrito y total de Farmacias resultantes

Distritos	Habitantes x Distrito (*)	% de la población total (*)	Selección de casos / N° de cuestionarios	Total de Farmacias seleccionadas
Centro	261047	28,76%	230	23
Norte	131495	14,49%	116	12
Noroeste	144461	15,92%	127	13
Oeste	106356	11,72%	94	9
Sudoeste	103446	11,40%	91	9
Sur	160771	17,71%	142	14
Totales	907576	100%	800	80

Fuente: (*)<http://www.rosario.gov.ar/sitio/gobierno/datosdistritos.jsp>

Tabla 2: Composición de la muestra

Caracterización Sociodemográfica	% (n:800)
SEXO	
Femenino	52,88
Masculino	47,12
EDAD	
20-39 años	42,25
40-59 años	32,50
60-79 años	20,75
80 y más	4,50
COBERTURA SOCIAL	
Obra Social	66,50
Sistema Prepago	33,50
NIVEL EDUCATIVO	
Primaria incompleta	2,75
Primaria completa	14,37
Secundaria incompleta	10,75
Secundaria completa	28,50
Universitaria /terciaria incompleta	18,75
Universitaria /terciaria completa	23,50
Datos perdidos	1,38
SITUACIÓN OCUPACIONAL	
Trabajador	55,63
Jubilado/ Pensionado	17,37
Estudiante	9,00
Ama de casa	15,88
Desocupado	2,12
ESTRATO OCUPACIONAL *	
Peones/aprendices/serv doméstico/vend ambulantes	3,25
Obrero/operario espec en industria, servicios o agro	14,00
Artesano/carpintero,plomero etc/comerciante indep s/personal/ pequeños agricult/ personal de seguridad	14,25
Empleados administrativos en servicios, industria, comercio/ maestros	28,75
Comerciantes o industriales con hasta 5 asalariados / jefes, supervisores o técnicos/ agricultores hasta 50 ha.	4,25
Profesionales /comerciantes e industriales con hasta 25 asalariados /personal gerencial /agricultores hasta 100 has	7,50
Comerciantes o industriales con más de 25 asalariados/ agricultores con más de 100 ha/ altos funcionarios	0,13
Datos perdidos	27,87

Referencia: *El “estrato ocupacional” sólo se registró para aquellos encuestados que en “situación ocupacional” respondieron ser trabajador, jubilado/pensionado o desocupado y en estos dos últimos casos referidos a la última ocupación.

5.6. Análisis de los datos obtenidos

Se aplicó el test de Mann-Whitney para la validación del cuestionario, en general y para cada variable.

Con el objetivo de determinar el nivel de significación estadística de la muestra se usó el test de Mantel-Haenszel Chi-Square, que tiene en cuenta la ordinalidad de la variable dependiente o respuesta. La hipótesis nula se rechazó teniendo en cuenta un valor $\alpha = 0.05$.

En todos los casos se consideró como “*pacientes satisfechos*” aquellos que respondieron con puntajes 4 o 5, como “*pacientes “no satisfechos o insatisfechos*” aquellos que puntuaron 1 o 2 y para las respuestas que obtuvieron puntaje 3, se las consideró como “*ni satisfecho / ni insatisfecho*”. Esta última posibilidad de respuesta se registró en forma separada, como una opinión intermedia o a mitad de la escala, entendiendo que en estos casos puede existir un sesgo de aversión a los extremos, también llamado sesgo de tendencia central, referido al rechazo o negación de algunos sujetos a utilizar las categorías extremas de una escala ⁷⁶.

Para evaluar la validez del agrupamiento hipotético de los ítems propuestos se aplica análisis factorial, técnica estadística que permite resumir la información contenida en un conjunto de variables (ítems) en un número reducido de factores o dimensiones, reteniéndose aquellos factores con autovalores (eigenvalues) mayores a 1. Para asignar los ítems a las dimensiones se consideraron en general las cargas factoriales iguales o mayores que 0,35.

El Método de Rotación Varimax permitió confirmar la estructura del modelo factorial.

En cuanto a la determinación de confiabilidad del instrumento, referida al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales, se utilizó la medida de la consistencia interna a través del alfa de Cronbach para los 15 ítems en conjunto y para cada dimensión en particular.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11.5 y el SAS 9.1.2.

6. RESULTADOS

⁷⁶ En parte se basa en la dificultad de realizar juicios absolutos. El efecto de este sesgo es la reducción del rango de respuestas posibles, lo que resulta en una pérdida de sensibilidad y confiabilidad.

6.1. Validación del cuestionario

La aplicación del test de Mann-Whitney para testear en general el grupo con obra social versus el grupo con sistemas prepagos revela que, ante la evidencia muestral y con un nivel de significación del 5%, se puede decir que el puntaje medio dado por las personas que tienen obra social es el mismo que para aquellas personas que tienen cobertura prepaga.

La aplicación del test de Mann-Whitney para cada variable en particular manifestó diferencia significativa ($p < 0,05$) en 5 de las 15 variables involucradas en el cuestionario, a saber:

- *el interés del médico en recetar genéricos,
- *el interés del farmacéutico en recomendar genéricos,
- *la información del farmacéutico sobre los genéricos,
- * las alternativas que ofrece el farmacéutico a la hora de decidir por un genérico, y
- *el listado de medicamentos que le ofrece la obra social o sistema prepaga.

Si se trabajara con un nivel de significación del 10%, dos variables más mostrarían diferencias significativas en el sentido de sostener la hipótesis:

- *la información del médico sobre los genéricos, y
- *el descuento sobre medicamentos genéricos que le hace la obra social o prepaga.

6.2. Núcleo central del cuestionario vinculado a la medida de la satisfacción

6.2.1. Prueba de Hipótesis

En las 15 preguntas vinculadas a la medida de la satisfacción se testearon dos hipótesis: una hipótesis nula (H_0) donde la satisfacción con la utilización de medicamentos genéricos es la misma para los grupos que se comparan y una hipótesis alternativa (H_1) donde la satisfacción es diferente entre el conjunto de pacientes con cobertura de obra social y usuarios del sistema prepago. Mediante la aplicación del test de Mantel-Haenszel Chi-Square y la obtención del valor p en cada pregunta, se rechazó la hipótesis nula si su valor fue $\leq 0,05$.

Los resultados *mostraron diferencia* en los siguientes ítems: *el interés del médico en recetar por nombre genérico ($p = 0,001$), *el interés del farmacéutico en recomendar genéricos ($p = 0,0031$), *la información del médico sobre genéricos ($p = 0,0139$), *la información del farmacéutico sobre genéricos ($p = 0,0280$), *la ayuda del farmacéutico cuando el medicamento genérico no tiene el efecto esperado ($p = 0,0028$), * las alternativas ofrecidas por el farmacéutico a la hora de decidir por un genérico ($p = 0,0001$), * el listado de medicamentos ($p = 0,0079$) y *el beneficio económico que significa comprar genéricos ($p = 0,0349$). En todos ellos, ante la evidencia muestral y con un nivel de significación del 5%, se rechaza la hipótesis nula.

Por otro lado, el sistema de cobertura médica *no influye* en los encuestados a la hora de asignar un puntaje en los siguientes ítems: *ayuda del médico cuando un medicamento genérico no tiene el efecto esperado ($p = 0,8323$), *comunicación entre el médico y el farmacéutico respecto del tratamiento con genéricos ($p = 0,8361$), *información sobre genéricos que recibe el paciente de su obra social o sistema prepago ($p = 0,5874$), *descuento sobre medicamentos genéricos que le hace su obra social o prepago ($p = 0,1110$), *confianza en el fármaco genérico ($p = 0,0574$), *información en general que recibe sobre genéricos ($p = 0,9629$) y *participación del paciente en la elección del genérico ($p = 0,1569$). Para estos casos, ante la evidencia muestral y con un nivel de significación del 5% se puede decir que la proporción de

personas satisfechas es semejante para los que tienen cobertura de obra social que sistema prepago.

6.2.2. Distintas formas de percibir la satisfacción

Se analizaron las respuestas de las 15 preguntas que califican con escala numérica la satisfacción, tanto de sujetos con cobertura de obra social como de usuarios del sistema prepago. En primer término se presentan los resultados que muestran el peso de distintas formas de distinguir la satisfacción. Con fines analíticos y por la relevancia que en algunos ítems presentaron las formas no numéricas de calificación se decidió diferenciar y separar éstos de la escala numérica (Tabla 3). En segundo lugar se presentan los resultados del análisis de las respuestas, según el subsector de salud, siguiendo la escala en los tres niveles de percepción de la satisfacción; en cada ítem se considera el 100% al total de respuestas numéricas (Tabla 4).

6.2.3. Análisis Factorial

Para evaluar la validez del agrupamiento hipotético de los ítems propuestos se aplicó análisis factorial. Los supuestos para emplear esta técnica estadística se cumplen, siendo altas las correlaciones entre las variables, bajas las correlaciones parciales controlando las otras variables y la medida de Kaiser con un valor de 0,6818 ($> 0,5$).

La aplicación de esta técnica estadística permitió reagrupar las 7 dimensiones propuestas originalmente en 3 factores o dimensiones, los que exigieron ser re-identificados en base a la nueva distribución de ítems.

Se decidió denominar a estas 3 dimensiones de la siguiente forma:

a) Relaciones Interpersonales, b) Eficacia y c) Económica.

Cabe aclarar que a los fines del estudio la “dimensión económica” se resolvió mantener, a pesar que aparece con autovalores por debajo del 1, por considerarse sumamente pertinente en el análisis de satisfacción con medicamentos.

Como ya se señaló en páginas anteriores, a través del método de Rotación Varimax se confirmó la estructura de este modelo factorial.

6.2.4. Aplicación del α de Cronbach

La confiabilidad del cuestionario se estableció mediante el α de Cronbach. El valor para el cuestionario completo fue de 0,70 y para cada nueva dimensión de: 0,67 para Relaciones Interpersonales; 0,80 para Eficacia y 0,51 para Económica.

Si bien los valores deseados de α de Cronbach están entre 0,7 y 0,9 por razones conceptuales y para no perder información se decide mantener las dimensiones con valor α fuera de dicho rango.

6.3. Análisis de las dimensiones resultantes

6.3.1. Dimensión Relaciones Interpersonales

Es la dimensión de mayor peso, por el número de ítems que la integran, por las diferencias que presentan en el nivel de satisfacción y por la preeminencia que tiene en el objeto de estudio ⁷⁷.

Los 8 ítems que quedaron reagrupados en esta dimensión están fuertemente vinculados a la consideración del medicamento genérico, a la información recibida por parte del médico, del farmacéutico o de la obra social o sistema prepago al cual pertenece el paciente y a la interacción entre profesionales.

La existencia de asimetría de información en la población resulta relevante, por lo que la comunicación y las intervenciones educativas humanizadas son factores muy importantes para

⁷⁷ Petracci M. Seminario V-2004.CEDES

la construcción de relaciones terapéuticas basadas en la confianza y en la co-responsabilidad, influyendo en la atención efectiva, en la obtención de resultados de salud positivos y en la satisfacción de los pacientes.

En adelante se describen los resultados de los ítems que componen esta dimensión:

⇒Satisfacción vinculada al interés del médico en recetar genéricos

En el total de los que puntuaron alguna forma de evaluación numérica se observa una alta satisfacción con el interés del médico en recetar por nombre genérico: casi la mitad, 48,6%, puntuó este ítem con valores 4 o 5, el 28,6% con valor 3 y el 22,8% con 1 o 2.

Este ítem presenta diferencias según subsistema de salud. Del total de pacientes con obra social más de la mitad respondió estar satisfecho mientras que del total de usuarios con sistemas prepagos lo hizo sólo la tercera parte. El peso de las calificaciones 1 o 2 muestran coherentemente con lo anterior que los pacientes con sistemas prepagos están más insatisfechos que los usuarios con obra social. Los valores medios de respuesta son semejantes en ambas financiadoras.

El que los pacientes con cobertura de obra social se mostraran más satisfechos podría suponer que en el acto de prescribir, el médico pone en juego exigencias o criterios de prescripción previamente definidos por la obra social o bien puede tener en cuenta cuestiones económicas vinculadas a los pacientes que le aseguren que los mismos puedan comprar el medicamento y por lo tanto dar cumplimiento al tratamiento.

⇒Satisfacción vinculada al interés del farmacéutico en recomendar genéricos

En la misma línea de razonamiento que en el ítem anterior, la medida de la satisfacción vinculada al interés del farmacéutico en recomendar medicamentos genéricos es del 70,0% del

total respuestas numéricas, mientras un 18,6% pondera con valor intermedio y un 11,4% muestra no estar satisfecho.

Refiere sentirse satisfecho más del 70% del total de pacientes con obra social y más del 60% del total de pacientes con prepagos. Las puntuaciones más bajas fueron hechas por los usuarios con sistema prepago, en comparación con los beneficiarios de obra social. Los valores medios de respuesta son semejantes en ambas financiadoras.

Podría decirse que el acto de recomendar genéricos por parte del farmacéutico se produce exclusivamente cuando los fármacos han sido recetados por el médico por su denominación común internacional y no por su nombre comercial. Supone además que tendrá en cuenta cuestiones económicas y de calidad que aseguren a los usuarios el acceso a los fármacos y la posibilidad de cumplir con sus tratamientos.

⇒ Satisfacción con la información que ofrece el médico sobre genéricos

Del total de pacientes que calificaron con alguna forma numérica de evaluación, un 43,6% alega estar satisfecho, un 32,2% adjudica puntajes que refieren insatisfacción, mientras el 24,2% pondera este ítem con el valor medio de la escala.

Este ítem presenta diferencias según subsistema de salud. Del total de pacientes con obra social algo más del 45% está satisfecho y un 30% está insatisfecho, mientras que del total de usuarios con prepagos el porcentaje que muestra satisfacción e insatisfacción es el mismo, un 38,3%. Los valores medios de respuesta son semejantes en ambas financiadoras.

El supuesto aquí es que la población con cobertura de obra social posee mayor asimetría de información, por lo que la comunicación y las intervenciones educativas les resultan relevantes a la hora de construir un vínculo con el médico que le ofrezca mayor contención y confianza en el tratamiento.

En este sentido, Menéndez (2005) opina que desde los años 50 diferentes tendencias de la Psicología, la Sociología, la Antropología y la misma Biomedicina vienen señalando la importancia de la díada médico-paciente y la necesidad de mejorarla, hacerla más simétrica e incluir no sólo la palabra del usuario sino sus referencias socioculturales. Esta situación adquiere características especiales si la referimos a lo que actualmente es el núcleo de la relación, es decir, la indicación del tratamiento, que en gran medida es la prescripción de medicamentos.

⇒Satisfacción con la información que ofrece el farmacéutico sobre genéricos

En el 71,4% del total de respuestas numéricas se observa satisfacción con la información recibida por el farmacéutico, el 10,9% de los usuarios puntúan los valores más bajos y un 17,7% no está satisfecho ni insatisfecho.

Este ítem presenta diferencias según subsistema de salud. Del total de beneficiarios con obra social más del 70% está satisfecho con la información sobre genéricos ofrecida por el farmacéutico, menos del 10% se identifica como no satisfecho y un 16,6% pondera este ítem con valor intermedio. Respecto de los pacientes con cobertura prepaga poco más del 65% está satisfecho, casi un 15% insatisfecho y un 20% selecciona el valor medio de la escala.

Nuevamente aquí el supuesto es que la población con cobertura de obra social demuestra mayor desigualdad de información, con necesidad de intervenciones educativas que le den seguridad y confianza en el tratamiento con medicamentos.

Este resultado está favorecido porque, a la hora de demandar conocimientos, existe una gran disponibilidad de oficinas de farmacia que atienden obras sociales, no siendo así para el caso de los prepagos que sólo tienen convenios con algunas farmacias. También se debe hacer referencia al hecho de que la ubicación de las mismas y sus amplios horarios de atención determinan una cercanía del profesional con el domicilio de las personas.

⇒ **Satisfacción con las alternativas ofrecidas por el farmacéutico en el momento de la dispensa**

Entre las respuestas numéricas se observa un alto porcentaje de satisfacción; un 72,3% de los entrevistados calificó con 4 o 5, un 20,8% puntuó el valor medio y se obtuvo un 6,9 % de respuestas que muestran insatisfacción con este ítem.

Refiere sentirse satisfecho con las alternativas ofrecidas por el farmacéutico casi un 80% del total de pacientes con obra social y más del 60% del total de pacientes con sistemas prepagos. Las puntuaciones más bajas fueron superiores en usuarios con cobertura prepaga al igual que los valores medios de respuesta.

Se supone que la población con cobertura de obra social recibe del farmacéutico mayor número de alternativas en el momento de la dispensa porque en este subsistema se exige prescribir en consonancia con la Ley 25649 promulgada en el año 2002⁷⁸. Más aún, en la Provincia de Santa Fe hay antecedentes y un ejercicio previo en torno a esta forma de recetar y dispensar, que data de 1990, a partir de la legislación provincial, Ley 10.496. Un claro ejemplo de esta política de medicamentos es cumplida por las obras sociales provinciales IAPOS y OSPAC, que en nuestra investigación acumulan entre ambas casi el 22% del total de encuestados (Tabla 5).

⇒ **Satisfacción con la comunicación médico-farmacéutico**

En este ítem tiene alto peso el porcentaje de respuesta fuera de la escala numérica.

En general, los encuestados desconocen el grado de comunicación entre médico y farmacéutico o creen que la interacción entre ellos no existe.

⁷⁸ Artículo 2° de la Ley: Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o DCI recomendada por la OMS, seguida de forma farmacéutica y dosis / unidad, con detalle del grado de concentración. La receta podrá indicar además el nombre o marca comercial, pero en dicho supuesto el profesional farmacéutico, a pedido del consumidor, tendrá la obligación de sustituir la misma por una especialidad medicinal de menor precio que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades. Toda receta o prescripción médica que no cumpla con lo establecido en el de la presente ley se tendrá por no prescrita, careciendo de valor alguno para autorizar el expendio del medicamento de que se trate.

La aplicación del test de hipótesis en esta pregunta mostró que no hay diferencia de satisfacción entre los subsistemas de salud que se comparan.

⇒ **Satisfacción con la información recibida de la obra social o sistema prepago**

En esta pregunta también se observa un alto porcentaje de respuesta fuera de la escala numérica. Los pacientes dicen no recibir información sobre medicamentos genéricos de su obra social o sistema prepago.

De los que pudieron calificar asignando un número a este ítem, un 53,1% puntúa con 1 o 2, un 24,3% calificó con el valor de mitad de tabla y apenas un 22,6% alega estar satisfecho.

Al interior de las poblaciones que se comparan, los porcentajes de respuesta tienen alta coincidencia con los valores globales.

⇒ **Satisfacción con la información que el paciente recibe en general respecto de genéricos (TV, medios gráficos etc)**

Una quinta parte de los encuestados sostiene que la información recibida a través de los medios gráficos o visuales, vinculada a medicamentos genéricos, no existe. En el resto, el nivel de insatisfacción es igual en ambos subsistemas.

Al finalizar el análisis de esta dimensión se puede concluir que en cinco de los ítems que la conforman, la proporción de personas que están satisfechas con la utilización de los medicamentos genéricos no es la misma en el subsector de obras sociales que en los sistemas prepagos manifestándose en todos ellos una diferencia a favor de los pacientes con obra social. Para este resultado se supone un acceso diferencial entre los conjuntos sociales que se comparan vinculado a los recursos, a la información y hasta en el conocimiento de sus derechos, motivos por los cuales los entrevistados con obra social valoran todos los aspectos

que tienen que ver con la comunicación y los comportamientos interpersonales, sobre todo si son usuarios de mayor edad o de menor nivel de educación. Las poblaciones del subsector privado están más informados y son más críticos a la hora de evaluar su vínculo con el médico, farmacéutico o financiador, exigiendo reintegros sin límites y un mínimo de trámites administrativos.

Cabe agregar que las obras sociales en particular actuaron siempre como grandes facilitadores del acceso a medicamentos y en este sentido, sus beneficiarios, si bien encuentran dificultades en algunos aspectos de la atención médica, suelen estar conformes y acostumbrados a manejarse con esta forma de obtener medicamentos.

Tanto para obras sociales como sistemas prepagos, los datos revelan a las mujeres más satisfechas que los hombres cuando califican el interés del médico en recetar genéricos, el interés del farmacéutico en cuanto a ofrecer varias alternativas y recomendar los genéricos y con la información general recibida a través de los medios.

Se observa que la satisfacción con el interés del médico en recetar genéricos y la percepción de que “no existe” información de los financiadores se incrementa con la edad, tanto en obras sociales como en prepagos.

Con la información recibida a través del médico y del farmacéutico están más satisfechos los grupos etáreos con 40-59 años para el caso de obras sociales y 60-79 años para los sistemas prepagos.

6.3.2. Dimensión Eficacia

La falla en la calidad de los medicamentos resulta un factor importante, ya que las personas se preocupan mucho cuando un medicamento no le ofrece los beneficios esperados en cuanto a mejorar su salud. Los envuelve una situación de intranquilidad acompañada de desasosiego que

en muchas oportunidades ni siquiera se atreven a cuestionar, pudiendo ocasionar disminución en la adherencia al tratamiento con un impacto negativo en los resultados en salud.

Esta dimensión está integrada por dos ítems, referidos a la resolución de problemas de falta de eficacia de los medicamentos genéricos, teniendo en cuenta para cumplir este rol a dos actores a los que se les solicita ejercer la farmacovigilancia para identificar y valorar los efectos del uso de medicamentos en la población.

⇒ Satisfacción con la ayuda del médico cuando el medicamento genérico no tiene el efecto esperado

Un alto porcentaje de pacientes alega una respuesta por fuera de la escala propuesta, respondiendo que no tuvieron la necesidad de solicitar ayuda del médico porque nunca les pasó que un medicamento genérico no tuviera el efecto esperado, siendo este dato semejante en el conjunto de obras sociales como de sistemas prepagos.

En relación a los que asignaron una calificación numérica al nivel de satisfacción, el 57,0% dice estar satisfecho, un 20,8% muestra insatisfacción y un 22,2% selecciona el valor medio.

Del total de pacientes con obras sociales más del 50% puntúa con valores 4 o 5 a la ayuda del médico, siendo semejante este porcentaje entre los usuarios con prepagos.

El resto de las respuestas son similares en ambas financiadoras.

⇒ Satisfacción con la ayuda del farmacéutico cuando el medicamento genérico no tiene el efecto esperado

De igual forma y con un porcentaje más marcado que en el caso anterior, los encuestados responden no haber tenido la necesidad de solicitar ayuda del farmacéutico porque no les pasó que el medicamento genérico no tuviera el efecto esperado.

Con relación a los que asignaron una calificación a su nivel de satisfacción, el 65,4% dice estar satisfecho, un 12,0% muestra insatisfacción y un 22,6% selecciona el valor a mitad de escala.

Este ítem presenta diferencias según subsistema de salud. Del total de pacientes con cobertura de obra social más del 70% refiere estar satisfecho con la ayuda del farmacéutico, siendo este porcentaje mucho menor en el caso de usuarios con prepagos.

Casi un 20% de los pacientes con obra social y un 30% de los que poseen prepagos puntúa con valor 3. Un mayor porcentaje de usuarios con cobertura privada se identifica como insatisfecho.

Al finalizar el análisis de esta dimensión se puede concluir que en ambos ítems se observa un alto porcentaje de respuesta por fuera de la escala numérica y en sólo uno de ellos la proporción de personas satisfechas con la utilización de los medicamentos genéricos es diferente entre los dos subsectores.

Siguiendo el razonamiento de la anterior dimensión se podría pensar que este resultado de satisfacción se debe a que, en el momento de requerir ayuda con medicamentos, las oficinas de farmacia que atienden obras sociales son más y poseen un extenso horario de atención que habilita la consulta con mayor facilidad.

6.3.3. Dimensión Económica

La dimensión económica se manifiesta con menor nivel de significación que las anteriores en el análisis factorial. Esta incluye no sólo los ítems relacionados con el descuento obtenido en medicamentos y el ahorro asociado a la adquisición de genéricos, sino también con la existencia de listados de medicamentos o formularios terapéuticos, generalmente identificados por DCI, y con la desconfianza que puede generar en los sujetos un medicamento de precio inferior. Bajo el lema “lo barato sale caro” muchos encuestados opinan que prefieren no elegir el fármaco

genérico y comprar por marca aunque afecte su bolsillo, en especial si están haciendo un tratamiento a largo plazo.

⇒ **Satisfacción con el listado de medicamentos que ofrece la obra social o sistema prepago**

Casi una cuarta parte de los pacientes manifiesta una respuesta por fuera de la escala diciendo que no sabe si la obra social o el sistema prepago al que pertenece tiene un vademécum o listado de medicamentos.

De aquellos que pudieron calificar asignando un número a este ítem, mostraron satisfacción un 36,4%, insatisfacción un 33,4 % y opinan con puntaje medio de la escala un 30,1%.

Al interior de los pacientes con sistema prepago, los satisfechos son casi el 44% mientras que los de obra social apenas superan un 30%.

Los usuarios con cobertura prepaga se sintieron más satisfechos con este ítem y en este resultado influiría el hecho de que los sistemas privados habitualmente carecen de listados de medicamentos o vademécums que guíen las prescripciones.

⇒ **Satisfacción con el descuento en medicamentos genéricos de la obra social o sistema prepago**

Entre las respuestas numéricas el porcentaje de encuestados que está satisfecho con este ítem es apenas superior al de insatisfechos y al que califica en la mitad de la escala, con un 35,4%, 31,6% y 33,0% respectivamente.

Los usuarios con obra social que opinan sentirse satisfechos en esta pregunta son el 34,8%, un 34,4% los insatisfechos y un 30,8% puntuó con valor 3.

La opinión de los pacientes con cobertura de prepago es semejante, un 36,6% está satisfecho, un 26,0 % insatisfecho y 37,4 % alega puntaje intermedio.

⇒ Satisfacción con el beneficio económico que resulta de la utilización de genéricos

En la misma línea de razonamiento que en el ítem anterior, la medida de la satisfacción vinculada al beneficio económico que resulta de la utilización de genéricos es del 75,6% para valores altos del total de respuestas numéricas, mientras un 19,2 % selecciona el valor intermedio y apenas el 5,2% pondera con valores 1 o 2.

Este ítem presenta diferencias según subsistema de salud. De los pacientes con obra social casi el 80% está satisfecho con el beneficio económico que resulta de la utilización de medicamentos genéricos mientras que para los prepagos el porcentaje que opina de igual forma es del 70%. A su vez, los valores de insatisfacción y las respuestas intermedias son más altas para subsistemas privados.

Se supone aquí que la población con obra social se sintió más satisfecha con esta pregunta porque la alternativa de fármacos más baratos le permite acceder a un tratamiento.

⇒ Satisfacción con la confianza que generan los genéricos

De los consultados que puntuaron a la confianza que les merecen los medicamentos genéricos bajo alguna forma de evaluación numérica, un 49,6% lo hizo con valores 4 o 5, un 33,2% con valor 3 y un 17,2% con valores que refieren insatisfacción.

Al interior de los pacientes con obra social este nivel de satisfacción supera el 50% , siendo para los prepagos de casi un 45%.

La aplicación del test de hipótesis mostró que no hay diferencia de satisfacción con este ítem entre los subsistemas de salud que se comparan.

⇒Satisfacción con la participación en la elección del medicamento genérico.

El porcentaje de satisfacción con la participación del paciente en la elección del medicamento genérico se expresa en las formas numéricas con un 48,3 % de respuestas 4 o 5, un 28,6 % ni satisfecho-ni insatisfecho y un 23,0% refiere insatisfacción.

Del total de pacientes con obras sociales la mitad considera estar satisfecho, casi un 30% selecciona el valor de mitad de tabla y poco más de un 20% refiere insatisfacción. De la población con sistema prepago está satisfecho un porcentaje cercano al 45%, siendo las puntuaciones 1-2 e intermedia semejantes.

El porcentaje de pacientes que opina no intervenir en la elección del medicamento genérico es idéntico en ambas poblaciones.

En resumen, al interior de esta dimensión dos de los cinco ítems que la integran mostraron diferencia entre las poblaciones que se comparan, en un caso con mayor satisfacción en los beneficiarios de las obras sociales y en el otro con mayor satisfacción en sistemas prepagos. El primero supone que los genéricos se presentan como una opción que favorece el acceso a tratamientos con fármacos y el segundo se debe a que la medicina prepaga en general carece de formularios terapéuticos.

Tabla 3: Nivel de satisfacción y otras formas de valorar

Dimensiones/ Items		Nivel de satisfacción % (n)	Otras formas de valorar % (n)
Relaciones Interpersonales			
1	Interés del médico en prescribir genéricos	90,0 (720)	10,0 (80)
2	Interés del farmacéutico en recomendar genéricos	92,7 (740)	7,3 (60)
3	Información del médico	84,9 (678)	15,1 (122)
4	Información del farmacéutico	92,0 (733)	8,0 (67)
5	Alternativas ofrecidas por el farmacéutico	91,4 (722)	8,6 (78)
6	Comunicación entre el médico y el farmacéutico	23,1(184)	76,9 (616)
7	Información suministrada por la OS o SP	42,3 (337)	57,7 (463)
8	Información suministrada en general	79,7 (637)	20,3 (163)
Eficacia			
9	Ayuda del médico frente a una falla de eficacia	51,9 (414)	48,1 (386)
10	Ayuda del farmacéutico frente a una falla de eficacia	43,9 (350)	56,1 (450)
Económica			
11	Listado de medicamentos de la OS o SP	75,6 (604)	24,4 (196)
12	Descuento en medicamentos de la OS o SP	93,0 (743)	7,0 (57)
13	Beneficio económico al adquirir genéricos	88,3 (704)	11,7 (96)
14	Confianza que le merecen los genéricos	92,1 (734)	7,9 (66)
15	Participación en la elección del genérico	83,5 (664)	16,5 (136)

Referencias: se destacan con **negrita** los valores más relevantes de respuesta no numérica.

Tabla 4: Niveles de satisfacción del paciente con la utilización de medicamentos genéricos

Dimensiones/ Items		Obras sociales			Sistemas Prepagos		
		Nivel de satisfacción (%)			Nivel de satisfacción (%)		
		1 - 2	3	4 - 5	1 - 2	3	4 - 5
Relaciones Interpersonales							
1	Interés del médico en prescribir genéricos	18,6	27,5	54,0	31,3	30,8	37,9
2	Interés del farmacéutico en recomendar genéricos	9,2	17,7	73,1	15,6	20,5	63,9
3	Información ofrecida por el médico	29,0	24,6	46,4	38,3	23,3	38,3
4	Información ofrecida por el farmacéutico	9,5	16,6	73,9	13,6	20,0	66,4
5	Alternativas ofrecidas por el farmacéutico	4,6	17,5	77,9	11,4	27,1	61,6
6	Comunicación entre el médico y el farmacéutico	37,2	26,4	36,4	38,2	27,3	34,5
7	Información suministrada por la OS o SP	52,3	24,3	23,4	54,7	24,3	20,9
8	Información suministrada en general	49,6	27,7	22,7	49,6	27,6	22,9
Eficacia							
9	Ayuda del médico frente a una falla de eficacia	21,4	21,5	57,1	19,4	23,7	56,8
10	Ayuda del farmacéutico frente a una falla de eficacia	9,6	19,2	71,2	16,5	28,9	54,6
Económica							
11	Listado de medicamentos de la OS o SP	36,2	30,7	33,0	27,4	28,9	43,6
12	Descuento en medicamentos de la OS o SP	34,4	30,8	34,8	26,0	37,4	36,6
13	Beneficio económico al adquirir genéricos	4,9	16,9	78,3	6,1	23,9	70,0
14	Confianza que le merecen los genéricos	16,0	31,8	52,1	19,5	36,1	44,4
15	Participación en la elección del genérico	21,9	27,8	50,4	25,4	30,2	44,4

Referencias:

- Nivel de satisfacción: 1-2: insatisfecho 3: puntuación intermedia. 4-5: satisfecho.
- OS: obras sociales. SP: sistemas prepagos.
- Se destacan con **negrita** los valores que muestran mayor diferencia.

6.4. Resultados en relación con el sistema de cobertura en salud

Del total de encuestados el 66,5% (532) dijo tener cobertura de obra social y el 33,5% (268) cobertura de sistemas prepagos ⁷⁹.

⁷⁹ Para los casos con doble cobertura (68) se solicitó a los encuestados considerar el sistema utilizado en la última prescripción de medicamentos.

Un total de 110 nombres o siglas fueron reconocidos como organizaciones que ofrecen cobertura en salud a la población entrevistada: de ellos, el 52,73% (58) corresponden a obras sociales (nacionales, provinciales, sindicales y PAMI) y 47,27% (52) al un conjunto prestador prepago formado por asociaciones mutuales, empresas de servicios sociales y entidades de medicina prepaga propiamente dichas.

Se visualizan aquí dos rasgos propios de nuestro sistema de salud: su sobreoferta y el alto grado de fragmentación.

Las organizaciones de servicios sociales aparecen como novedad, ya que nacieron con el fin de ofrecer servicios de sepelio y en los últimos años ampliaron su espectro hacia la cobertura en salud de pacientes ambulatorios, incorporando médico a domicilio, servicio de emergencia y traslado, consultorios externos y descuentos en medicamentos.

Como se observa en la Tabla 5 hay una mayor *concentración* de encuestados en el segmento obras sociales, respecto de una *alta dispersión* en los sistemas prepagos.

Tabla 5. Ranking de las organizaciones que acumularon el mayor n° de encuestados

Obras Sociales		Sistema Prepago	
IAPOS	18,6 %	OSDE	4,5 %
PAMI	13,9 %	CIBA	4,1 %
OSECAC	5,1 %	ESENCIAL	2,6 %
OSPAC	3,3 %	IPAM	1,9 %
ANDAR	2,4 %	AMR	1,5 %.
% totales acumulados	43.3 %	% totales acumulados	14.6 %

Cuando se observa la concentración y/o dispersión en la distribución espacial⁸⁰, del total de encuestas asignadas a cada distrito, en proporción a su población, fueron mayoritarias las obras sociales en las jurisdicciones Norte y Oeste y los sistemas prepagos en el Noroeste y el Sudoeste⁸¹. Sin duda es un resultado muy llamativo, pero puede pensarse que en esta distribución uno de los elementos más influyentes es la presencia fuerte de beneficiarios de un subsector privado muy vinculado a organizaciones de servicios de sepelio, que hace algunos años complementan sus asistencias con prestaciones en salud y descuento en medicamentos (CIBA, PREVINCA, BASSI).

6.5. Resultados en relación con la interpretación del término genérico

Del total de encuestados las 3/4 partes reconoció saber qué es un medicamento genérico y de ellos, un 38,0% optó por sentirse familiarizado con la definición que versa sobre “*medicamento que receta el médico por la droga y el farmacéutico le ofrece en distintas alternativas de marca y precio*”.

La pertenencia a una obra social o a un prepago no implica diferencias en el conocimiento del término.

Resulta interesante la supremacía de la noción que involucra tanto al médico como al farmacéutico porque muestra una coincidencia con los actores que propone la ley de genéricos (Ley 25649).

⁸⁰ Del total de cuestionarios aplicados el distrito Centro acumula el 19,0% de obras sociales y el 9,8% de sistemas prepagos, el distrito Sur el 11,6% de obras sociales y el 5,9% de prepagos, el distrito Noroeste el 10,0% de obras sociales y 6,1% de prepagos, el distrito Norte el 10,3% de obras sociales y 4,8% de prepagos, el distrito Sudoeste el 7,4% de obras sociales y 3,9% de prepagos y el distrito Oeste el 8,1 % de obras sociales y 3,1 % de prepagos.

⁸¹ El distrito Norte tiene una estructura etárea semejante al de la ciudad, muy heterogéneo, existiendo áreas precarias y espacios de muy buen nivel socioeconómico; el distrito Oeste tiene una estructura etárea más joven que la global, con alta ocupación en algunos espacios. El distrito Noroeste es heterogéneo, eje de actividades industriales y comerciales y el distrito Sudoeste tiene la estructura más joven de la ciudad, con distintos niveles de ocupación, concentrándose las actividades industriales en la calle Ovidio Lagos (Informe para OPS/OMS 2006 - Dirección Gral de Estadística de la Municipalidad de Rosario)

6.6. Resultados vinculados con los modos de prescribir

En general las prescripciones médicas se llevan a cabo bajo tres modalidades: 1) por nombre genérico, 2) por marca comercial, 3) ambas (nombre genérico y marca).

Esta investigación permite observar que la forma de prescribir en el caso de las obras sociales involucra las tres alternativas antes descriptas con porcentajes muy semejantes, mientras que en los sistemas prepago son mayores las prescripciones por marca comercial (46,0%).

Si consideramos como *buena práctica de prescripción* las indicaciones de fármacos por nombre genérico o genérico acompañado de una marca comercial, según Ley 25649, se puede asegurar que en este estudio el 67,4% de las prescripciones inscriptas en recetas de obra social cumple con la ley mientras que sólo el 54,0 % lo hace en los sistemas prepagos.

6.7. Resultados en relación con el descuento en medicamentos

En relación al porcentaje de cobertura en medicamentos obtenido en la última prescripción, un 56,9% opina haber recibido un descuento parcial, un 7,9 % descuentos variados según el fármaco, un 4,6% no haber sido favorecido por ningún descuento, un 3,6% admite cobertura total sobre los medicamentos y un 27% no sabe o no contesta.

El 40,0% de descuento es el porcentaje más representativo de la cobertura parcial (38,2% de los encuestados). La cobertura del 100% se presenta en afiliados de la obra social PAMI o beneficiarios de un Plan Materno Infantil.

6.8. Perfil sociodemográfico

La situación ocupacional de la población con cobertura de obra social es la de trabajador o jubilado /pensionado fundamentalmente. En los sistemas prepagos un porcentaje cercano al 65% está representado por trabajadores muy jóvenes y apenas un 3,0 % son jubilados o pensionados. Una primera justificación de este resultado es que los vínculos entre la población

mayor y los prepagos sufren dos restricciones serias: por un lado la capacidad de pago, dadas las primas elevadas y crecientes según la edad, y por el otro las duras políticas de los privados para prevenir la selección adversa a partir de exclusiones, preexistencias, fijación de pagos adicionales etc, que desalientan el ingreso a la vez que dificultan seriamente la permanencia de los ya asociados. A su vez, al interior de este grupo etéreo se observa una inclinación por adquirir coberturas privadas parciales, adhiriendo a sistemas de emergencias, planes cerrados de hospitales de comunidad o bien rotando en forma descendente en su propio prepagó hacia planes más económicos.

Respecto del mayor nivel de estudios alcanzado más del 68% de los encuestados con obra social posee secundario completo o universitario, mientras que para los encuestados con prepagos este grupo supera el 78 %.

De la muestra con obra social, un 36,0 % tiene menos de 40 años, un 32,0 % menos de 60 años y el resto, entre 61 – 80 años, concentrados en PAMI fundamentalmente. La cobertura en dicha obra social aumenta a medida que se incrementa la edad, mientras disminuye la afiliación a otras obras sociales y/o prepagos. Este dato resulta más relevante en la población femenina, donde el 65,1% de las mujeres mayores de 60 años con obra social se encuentra dentro de la obra social mencionada.

Como ya se anticipó, dentro de los entrevistados con sistemas prepagos hay una mayor concentración en la franja etárea más joven, un porcentaje semejante al de obra social en sujetos con edad intermedia, entre 40-59 años, y poco más del 10% de personas mayores de 60 años.

Con respecto al tipo de ocupación se observa que los empleados administrativos en servicios, industria, comercio y maestros constituyen el segmento más sobresaliente en ambas financiadoras y con mayor peso en todos los distritos de la ciudad.

Los grupos familiares con un número de integrantes entre 1 y 2 personas constituyen el 50% del padrón de encuestados.

Tabla 6: Perfil sociodemográfico

Caracterización Sociodemográfica	Obras Sociales %	Sistemas Prepagos %
SEXO		
Femenino	54,7	49,3
Masculino	45,3	50,7
EDAD		
20-39 años	35,9	54,9
40-59 años	32,1	33,2
60-79 años	25,4	11,6
80 y más	6,6	0,4
NIVEL EDUCATIVO		
Primaria incompleta	3,3	1,9
Primaria completa	16,3	11,3
Secundaria incompleta	12,0	8,6
Secundaria completa	26,8	33,1
Universitaria/terciaria incompleta	16,6	23,7
Universitaria/terciaria completa	25,0	21,4
SITUACIÓN OCUPACIONAL		
Trabajador	50,9	64,9
Jubilado/ Pensionado	24,6	3,0
Estudiante	8,5	10,1
Ama de casa	14,1	19,4
Desocupado	1,9	2,6
ESTRATO OCUPACIONAL		
Peones/aprendices/serv doméstico/vend ambulantes	3,6	6,2
Obrero/operario espec en industria, servicios o agro	21,4	15,5
Artesano/carpintero,plomero etc/comerciante indep s/personal/ pequeños agricult/ personal de seguridad	16,1	26,9
Empleados administrativos en servicios, industria, comercio/ maestros	43,8	32,1
Comerciantes o industriales con hasta 5 asalariados/ jefes, supervisores o técnicos/ agricultores hasta 50 ha.	3,6	10,4
Profesionales /comerciantes e industriales con hasta 25 asalariados /personal gerencial /agricultores hasta 100 has	11,5	8,3
Comerciantes o industriales con más de 25 asalariados/ agricultores con más de 100 ha/ altos funcionarios	0,0	0,5

7. CONCLUSIONES

7.1. Reflexiones sobre el modelo de trabajo adoptado

Las cuestiones a considerar son el diseño del cuestionario y el relevamiento de las opiniones de los pacientes. El punto de partida consistió en explicitar con la mayor precisión posible los interrogantes centrales para luego considerar cómo producir información estratégica.

La decisión sobre qué datos se requirieron y sobre la posibilidad de obtenerlos sostuvo varias reuniones y seminarios, que habilitaron vínculos con otras disciplinas, convirtiéndolos en encuentros muy enriquecedores, donde las discusiones licenciaron una construcción colectiva de la satisfacción como resultado humanístico en salud. También permitieron definir un instrumento de recopilación de la información que imprimió el sello cuantitativo a la investigación.

Las pruebas piloto en una muestra heterogénea de pacientes autorizaron no sólo la posibilidad de modificar el cuestionario sino de utilizar la información recabada para producir nueva información.

En relación al relevamiento, a partir de la modalidad de trabajo descrita y del entrenamiento en la aplicación del cuestionario, se dispuso de una primera aproximación de la satisfacción con los medicamentos genéricos en los conjuntos sociales que se comparan.

7.2. Principales hallazgos

La investigación fue capaz de diferenciar la satisfacción de los usuarios en la utilización con medicamentos genéricos según subsistema de salud. Esta realidad se observó en la dimensión relaciones interpersonales, donde el interés del médico en recetar por nombre genérico, el interés del farmacéutico en recomendarlos y la información recibida por ambos profesionales son aspectos muy valorados por los pacientes, particularmente aquellos que cuentan con obra social.

También pudo diferenciarse la satisfacción de los usuarios de obras sociales con la ayuda del farmacéutico frente a una falla en la calidad del fármaco. En cuanto a la dimensión económica, se manifestaron más satisfechos los pacientes de obras sociales en relación al ahorro que les proporciona la adquisición de fármacos genéricos.

Si bien la contención del gasto farmacéutico es uno de los aspectos más importantes de toda política sanitaria y la potenciación del uso de medicamentos por su nombre genérico se presenta como una de las formas para favorecer el acceso, a cinco años de su ingreso en el mercado farmacéutico argentino, el tema sigue suscitando muchas controversias.

Se comprueba en este estudio que la población que participó tuvo serias dificultades para distinguir su sistema de cobertura, demostrando también un alto grado de confusión entre un medicamento copia y medicamento genérico, así como también en relación a la noción de intercambiabilidad por parte del profesional farmacéutico.

Esta información sirve para orientar políticas farmacéuticas; sus determinantes, conexiones causales e interrelaciones se suponen útiles para la planificación, de modo que los órganos del Estado puedan actuar con el fin de influir en el bienestar de las personas.

Respalda este análisis la innecesaria expansión del proceso de medicalización y del consumo de fármacos producidos por la industria farmacéutica, como la expresión más notoria de la biomedicina en contextos como el nuestro.

7.3. Recomendaciones

- Evaluar sistemáticamente la política de medicamentos.
- Fortalecer las actividades de divulgación y diseñar programas educativos que tiendan a empoderar a los ciudadanos en materia de medicamentos.

- Promover las investigaciones referidas a la percepción que tienen los pacientes de las organizaciones que ofrecen cobertura de salud, con el fin de indagar en la heterogeneidad registrada.
- Promover las medidas vinculadas al derecho que tienen los ciudadanos al acceso a medicamentos, calidad de los mismos y asesoramiento o apoyo.

7.4. La investigación habilita nuevas líneas

Desde el punto de vista del paciente es preciso indagar sobre su autopercepción respecto del medicamento como sujeto de derecho, como miembro de una familia, como parte integrante de un sistema productivo, como un actor sano o como alguien que se vive desde la enfermedad. Recordemos que todos los grupos sociales hacen salud: la familia como núcleo básico y todo tipo de asociaciones, por lo que se propone investigar cualitativamente la autopercepción del usuario en relación al medicamento, vinculando la esfera doméstico familiar y/o la esfera relacional, y observando a los individuos dentro de su propia situación de vida: por ejemplo, pacientes con medicación crónica o aguda, pacientes sin empleo o mayores de edad polimedicados, a los que se presume vulnerables en cuanto a afrontar el costo económico de sus medicinas con recursos propios.

Por otra parte, hoy no existe o es poco confiable la información acerca de los sistemas prepagos, por lo que resulta imprescindible contar con más y mejor información sobre dicho sector. Como los datos obtenidos a través de las cámaras que los agrupan es fragmentaria y deja afuera a las prepagas no adheridas, se propone trazar un primer mapa del subsistema de la medicina prepaga en la ciudad de Rosario, sobre el cual investigar tipo y cantidad de organizaciones, construyendo una base de datos que podría utilizarse para avanzar en la adopción de una política regulatoria del sector.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. ADELANTADO J. (2000) *Cambios en el Estado de Bienestar. Políticas sociales y desigualdades en España*. Universitat Autònoma de Barcelona, Edit. Icaria, Barcelona. Parte I, punto I. El marco de análisis: las relaciones complejas entre estructura social y políticas sociales, pag 23- 61.
2. AHARONY L, STRASSER S. (1993) *Patient satisfaction: What we know about and what we still need to explore*. Med Care Rev; 50: 49-79.
3. AHUAD A, PAGANELLI A, PALMEYRO A. (1999) *Medicina Prepaga: historia y futuro*. Argentina, Edic Isalud.
4. ARENDT H. (1998) *La condición humana*. Barcelona, Edit Paidos.
5. AZEVEDO A, KORYCAN T. (1999) *Transformar las organizaciones de salud por la calidad*. Chile, Edit Parnassah.
6. BALASUBRAMANIAM, K. (1998) *Heads-TNCs win: Tails-south loses or The Gatt/Wto/Trips Agreement*. Penang: Consumers Internacional.
7. BARRASA VILLAR J, AIBAR C. (2003) *Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001*. Revista Calidad Asistencial; 18:580-90.
8. BARON-EPEL O, et al. (2001) *Evaluation of the consumer model: relationship between patient's expectations, perception and satisfaction with care*. International Journal for Quality in Health Care; 13: 317-323.
9. BELFIORI C, CAGNA B. (1996) *Proceso interactivo y subjetividad del paciente internado. Análisis cuali cuantitativo*. Estrategias de intervención en Investigación en Salud. Municipalidad de Rosario. Vol 1, N° 2.
10. BELMARTINO S, BLOCH C. y col. (1987) *Las instituciones de Salud en la Argentina Liberal: desarrollo y crisis*. Buenos Aires, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. SECYT.
11. BELMARTINO S, BLOCH C y col. (1991) *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940-1960*. OPS/OMS. Publ N° 27.
12. BELMARTINO S, BLOCH C. (1994) *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos. 1960-1985*. OPS/OMS. Publ N° 40.
13. BERNHART M, et al. (1999) *Patient satisfaction in developing countries*. Social Science and Medicine; 48:989-996.

14. BIRKETT D. (2003) *Generics – equal or not?* Australian Prescriber. Vol 26: 85-7.
15. BOBBIO N. (1991) *El tiempo de los derechos*. Madrid, Edit Sistema.
16. BFB (2002) Boletín Farmacéutico Bonaerense N° 352. Pág. 17. Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires.
17. CABRAL DE BARROS JA. (2004) *Las políticas farmacéuticas: ¿al servicio de los intereses de la salud?* Brasilia, Edit Unesco.
18. CABRAL NASCIMENTO, M. (2003) *Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde?* Rio de Janeiro, Edit. Vieira & Lent.
19. Carta al Ministro de Salud Ginés González García. (2002) George Alleyne. Director de la Organización Panamericana de la Salud.
20. CARR-HILL RA. (1992) *The measurement of patient satisfaction*. Journal of Public Health Medicine; 14:236-249.
21. CASTEL R. (2004) *La inseguridad social ¿Qué es estar protegido?* Buenos Aires, Edit Manantial.
22. CASTEL R. (1997) *Las metamorfosis de la cuestión social: una crónica del asalariado*. Buenos Aires, Edit Paidós.
23. CASTEL R. (2003) *Propiedad privada, propiedad social, propiedad de sí mismo. Conversaciones sobre la construcción del individuo moderno*. Rosario, Edit Homo Sapiens.
24. CERASALE N. (2001) *Programa de Medicamentos Genéricos*. Salud para todos. N° 99. Págs. 10-12.
25. DAWES R. (1975) *Fundamentos y Técnicas de Medición de Actitudes*. Méjico, Edit Limusa.
26. DESSELLE S. (2001) *Determinants of satisfaction with prescription drug plans*. American Journal of Health-System Pharmacy; 58:1110-1119
27. DONABEDIAN A. (1988) *The quality of care: how can it be assessed?* JAMA; 260:1743 – 1748.
28. DONABEDIAN A. (2001) *Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel del consumidor*. Revista Calidad Asistencial; 16, 102-106

29. DUKES, G. (2002) *Accountability of the pharmaceutical industry*. Lancet; 360:1682-84
30. EISENBERG JM. (1982) *Doctors decisions and the cost of medical care*. Ann Arbor, Health Administration Press Perspectives.
31. ESPERIDIÃO M; BOMFIM TRAD LA. (2005) *Evaluación de satisfacción de los usuarios*. Revista Ciencia y Salud Colectiva. Vol 10
32. FINDLING L y col (2002). *Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de Obras Sociales en Argentina*. Cuadernos de Salud Pública, Vol 18-Nº 4.
33. FLEURY S. (2004) *Ciudadanía, exclusión y democracia*, en Nueva Sociedad, Nº 193. Venezuela.
34. GAITÁN MOYA J, PIÑUEL RAIGADA J. (1998) *Técnicas de Investigación en comunicación social*. Madrid, Edit Síntesis.
35. GILMORE C, NOVAES H. (1996) *Manual de Gerencia de la Calidad*. Washington D.C. OPS, XIV, 254p. – HSP/UNI/Manuales operativos PALTEX, Vol III, Nº 9.
36. GOLD M, WOODRIDGE J. (1995) *Surveying consumer satisfaction to assess managed care quality: current practices*. Health Care Fin Rev; 16: 155-173
37. GONZALEZ GARCÍA G. (1994) *Remedios políticos para los medicamentos*. Argentina, Edic Isalud.
38. GONZALEZ HS y col (2003) *Intención de compra de medicamentos genéricos por parte de los usuarios de Asturias*. Rev Esp Salud Pública; 77: 691-699.
39. GOULDNER A. (1979) *La crisis de la Sociología Occidental*. Buenos Aires, Edit Amorrortu.
40. HERNÁNDEZ SAMPIERI R. y colab (2000) *Metodología de la Investigación*. Méjico, Mc Graw-Hill.
41. ISUANI A. (1985) *Los orígenes conflictivos de la seguridad social*. CEAL. Buenos Aires.
42. JODELET D. (1984) *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*, en Moscovioi, Psicología Social II. Pensamiento, Vida Social y Problemas sociales. Barcelona, Edit Paidós.
43. LEVIN S. (2005) *Salud, derecho a la salud y calidad de vida en la ancianidad*. Apuntes de docencia de posgrado, Rosario.

44. LEVIN S. (2004) *Los debates en torno al concepto de ciudadanía en sociedades en transformación*. Mediacoos. Revista de ciencias sociales. Vol 9- N 2- p 119-138
45. LEY 25649 - *Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico*- sancionada 28/08/02 y publicada en el Boletín Oficial 19/09/2002. Rep. Argentina.
46. LINDER-PELZ S. (1982) *Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses*. Social Science & Medicine; 16: 583-589.
47. LINDER-PELZ S. (1982) *Toward a theory of patient satisfaction*. Social Science & Medicine; 16: 577-582.
48. MADIES C, VIZZOTTI P. (2003) *Prescripción y dispensa de medicamentos por nombre genérico*. Legislación Nacional y Provincial. Ministerio de Salud. Rep Argentina.
49. MALDONADO A. (1994) *Origen y desarrollo de la medicina prepaga*. Revista ADEMP.
50. MALDONADO A. (1995) *El modelo de empresas de medicina prepaga*. Medicina y Sociedad. Nº 1, Vol 18.
51. MARTINS P. (2003) *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis, Edit Vozes.
52. MENENDEZ E. (1998) *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado*. Cuadernos Médico Sociales, 73: 5-22.
53. MENÉNDEZ E. (2005) *Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos*. Revista de Antropología Social, 14: 33-69.
54. MICUCCI H. (1992) *Reflexiones sobre nuestro sistema nacional de salud*, en Salud; Crisis del sistema. Propuestas desde la medicina social. Edit Ágora, pág. 69-140.
55. MINAYO MCS, SANCHES O. (1993) *Cuantitativo - qualitativo: Oposição ou complementaridade?* Cuadernos de Salud Pública, 9: 239-262.
56. MINISTERIO DE SALUD. (2002) *Política de utilización de medicamentos por su nombre genérico. Una herramienta para el acceso a la salud*. Rep Argentina.
57. MINISTERIO DE SALUD (2003) *Utilización del nombre genérico de los medicamentos. Resultados comparados de la investigaciones realizadas en el marco del Estudio Colaborativo Multicéntrico*. Buenos Aires. Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria.

58. NAVARRO V. (2002) *Bienestar insuficiente, democracia incompleta*. Barcelona, Edit Anagrama.
59. NUSSBAUM M, SEN A. (1996) *La calidad de vida*. The United Nations University. México, Fondo de Cultura Económica.
60. OMS. (2001) *La globalización, el Acuerdo sobre los ADPIC y el acceso a los productos farmacéuticos*. Ginebra.
61. OMS. (1998) *Pautas para establecer políticas farmacéuticas nacionales*. Ginebra.
62. OMS. (2006) *Using indicators to measure country pharmaceutical situations*. Fact Book on WHO. Level I and Level II monitoring indicators. Ginebra.
63. OPS/OMS. Publicación N° 48 (1998) *Transformaciones del sector salud en la Argentina. Estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997*. Argentina.
64. OSZLAK O, O'DONNELL G. (1982) *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Revista Venezolana de Desarrollo Administrativo.
65. OWENS DJ, BACHELOR C. (1996) *Patient satisfaction and the elderly*. Social Science and Medicine, 42:1483-1491.
66. OXFAM INTERNATIONAL. Informe 2006. *Patentes contra pacientes. Cinco años después de la Declaración de Doha*.
67. PASCOE G. (1983) Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*; 6:185-210.
68. ROBYN M DAWES. (1975) *Fundamentos y Técnicas de Medición de Actitudes*. Méjico, Edit Limusa.
69. ROMANO YALOUR M. y colab. (2003) Satisfacción de los usuarios y efectores con los sistemas de salud. Un estudio sobre percepción de niveles y criterios de satisfacción. Ed ISALUD. Buenos Aires.
70. ROUQUIÉ A. (1983) *Poder militar y sociedad política en la Argentina*. Tomo II 1943-1973. Buenos Aires, Edit Emecé.
71. ROSANVALLON P. (1995) *La nueva cuestión social* (Introducción cap 1, cap IV, vap VII y conclusiones) Buenos Aires, Edit Manantial
72. ROVERE M, SIEDE M. (2001) *La Agencia Social. Aportes al debate sobre las políticas sociales en Argentina*.

73. ROVERE M. (2002) Seminario Internacional “*El rol de las ciudades en las políticas socioeconómicas del MERCOSUR. Desafíos ante la crisis*” Mercociudades/Red Rosario de Investigación en Ciencias Sociales/ Municipalidad de Rosario.
74. SCHOMMER J, KUCUKARSLAN S. (1997) *Measuring patient satisfaction with pharmaceutical services*. Am J Health Syst Pharm; 54: 2721 – 32.
75. SEN A. (1997) *Bienestar, justicia y mercado*. Barcelona, Edit Paidós.
76. SHANE P. DESSELLE. (2001) *Determinants of satisfaction with prescription drug plans*. Am J Health Syst Pharm.; 58:1110-1119
77. SITZIA J. WOOD N. (1997) *Patient satisfaction: a review of issues and concepts*. Social Science & Medicine; 45:1829-1843
78. SMULOVITZ C. Y PERUZZOTTI E. (2000) *Societal Accountability in Latin America*, en Journal of Democracy, Vol. 11, N° 4, págs. 147-158
79. STANISZEWSKA S, AHMED L. (1999) *The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the ways patients evaluate their care?* Journal of Advanced Nursing 29: 364-372.
80. STREINER D, NORMAN G. (2001) *Health Measurement Scales*. A Practical Guide to their development and use 2° edition. Oxford Medical Publications.
81. TAMARGO, M. (2005) *Del capital social al subsidio a la demanda: las orientaciones de la política social en la Argentina entre los 90 y 2000*. Medio Ambiente y Urbanización. Año 21 - N° 61
82. TOBAR F. (2002) *Acceso a los medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas*. Boletín Fármacos. 5: 35-45.
83. TOBAR F. *Genéricos: intercambio de opiniones*. (12/09/05)
<http://www.buenafuente.com/>
84. TOGNONI, G. (1998) *La cultura del medicamento*. Medicamento y Salud Vol. 2, N° 1, 7-14.
85. TORRADO S. (1994) *Estructura social de la Argentina (1945-1983)* Buenos Aires, Edit de la Flor.
86. TRAVERSO ML, SALAMANO M y col. (2007) *Questionnaire assess patient satisfaction with pharmaceutical care in Spanish*. International Journal for Quality in Health Care. V 19, 217- 224

87. VERHO H, ARNETZ J. (2003) *Validation and application of an instrument for measuring patient relatives' perception of quality of geriatric care*. Intern Journal for Quality in Health Care. V 15, N°3, 197-206.
88. VUORI H. (1991) *Patient satisfaction- does it matter?* Quality Assurance in Health Care; 3: 183–189.
89. WARE JE et al. (1978) *The measurement and meaning of patient satisfaction*. Health & Medical Care Services Review; 1:1-15.
90. WARE JE, SNYDER MK. (1975) *Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services*. Medical Care; 13:669.
91. WARE JE et al. (1983) *Defining and measuring patient satisfaction with medical care* Evaluation and Program Planning; 6:247-263.
92. WILLIAMS B. (1994) *Patient satisfaction: a valid concept?* Social Science & Medicine; 38: 509–516.
93. WILLIAMS B, COYLE J, HEALY D. (1998) *The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels*. Social Science & Medicine; 47:1351-1359.
94. WILLIAMS SJ, CALNAN M. (1991) *Key determinants of consumer satisfaction with general practice*. Journal of Family Practice; 8:237-242.
95. WILLIAMS B et al. (1998). *Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review*. Family Practice; 15:480-492.
96. ZASLAVSKY A et al. (2000) *Dimensions of consumer-assessed quality of Medicare managed-care health plans*. Medical Care; 38:162-74.
97. ZASTOWNY TR et al. (1989) *Patient satisfaction and the use of Health Services: Exploration in Causality*. Medical Care; 27:705-723.

Anexo1: Cuestionario



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
 FACULTAD DE CS BIOQUIMICAS Y FARMACEUTICAS
 AREA FARMACIA ASISTENCIAL
 Suipacha 531. S2002LRK Rosario - Argentina
 Teléfono Fax: 54 (0341) 480-4592 / 3 / 7 – int 255



Cuestionario N°

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES FRENTE A LA PROMOCION DE LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS GENERICOS

SOLO PARA EL ENCUESTADOR (NO LEER): Saludo. Dígame, tiene usted cobertura médica ? Entonces, me puede contestar algunas preguntas, seguramente no le llevará más de 10 minutos.

LEER:

Yo le voy a hacer algunas preguntas que tienen que ver con los medicamentos genéricos. Esto es para estudiar la opinión de los ciudadanos de Rosario sobre el tema. Es un trabajo que estamos haciendo en la Carrera de Farmacia de la Universidad.

1): Ud me dijo que es afiliado a:

1. Obra Social	2. Prepaga	3. Obra Social + Prepaga	4. Dos Obras Sociales	5. Dos Prepagas
----------------	------------	--------------------------	-----------------------	-----------------

*(considerar esta respuesta para las preguntas de más adelante)

2) ¿Cuál / Cuáles? Especifique nombre o sigla

*(si contestó Prepaga confirmar que la misma no sea descontada del salario)

3) ¿Sabe Ud que es un medicamento genérico?

1. Si	2. No
-------	-------

4) Ahora le voy a leer tres definiciones. Por favor, dígame cuál de ellas se acerca más a lo que Ud cree que es un medicamento genérico.

1. Medicamentos con la misma droga que pueden tener distintos precios.
2. Medicamento que receta el médico por la droga y el farmacéutico le ofrece en distintas alternativas de marca y precio.
3. Medicamentos con igual droga entre los cuales usted puede elegir cuál comprar.

***SOLO PARA EL ENCUESTADOR (NO LEER) Si respondió 3, 4 o 5 en la pregunta 1 hacer la pregunta 5. De lo contrario continuar con la pregunta 6.**

Recuerde que el cuestionario se responderá sobre el sistema utilizado en la última prescripción médica.

5) ¿ Qué sistema utilizó para su última receta?

6)¿ Cómo se realizó su última prescripción médica ?

1. Por nombre genérico:	2. Por marca comercial:	3. Ambas:
-------------------------	-------------------------	-----------

7) ¿Cuál fue el porcentaje de cobertura en medicamentos obtenido en esta última prescripción?

--

LEER: En las preguntas que siguen le pido si me puede dar su opinión en una escala de 1 a 5. Tenga en cuenta que el 1 es la nota más baja y el 5 la nota más alta.

SOLO PARA EL ENCUESTADOR (NO LEER): También puede optar por las alternativas “no existe”, “no corresponde” (nunca le pasó) o “no sabe”.

8) ¿Cómo calificaría Ud el interés que su médico de cabecera tiene en recetarle un genérico ?

1	2	3	4	5	6. No existe	7. No sabe
---	---	---	---	---	--------------	------------

9) ¿y el interés de su farmacéutico (farmacia a la que va habitualmente) en recomendarle un genérico ?

1	2	3	4	5	6. No existe	7. No sabe
---	---	---	---	---	--------------	------------

10) ¿Cómo calificaría Ud a la información que le da su médico de cabecera sobre genéricos?

1	2	3	4	5	6. No existe	7. No sabe
---	---	---	---	---	--------------	------------

11) ¿y la información que le da su farmacéutico (farmacia a la que va habitualmente) sobre genéricos?

1	2	3	4	5	6. No existe	7. No sabe
---	---	---	---	---	--------------	------------

12) ¿Cómo calificaría Ud a la ayuda que recibe del médico cuando un medicamento no tiene el efecto esperado?

1	2	3	4	5	6. No existe	8. No corresponde
---	---	---	---	---	--------------	-------------------

13) ¿Cómo calificaría Ud a la ayuda que recibe del farmacéutico cuando un medicamento no tiene el efecto esperado?

1	2	3	4	5	6. No existe	8. No corresponde
---	---	---	---	---	--------------	-------------------

14) ¿Cómo calificaría Ud al n° de alternativas que le ofrece su farmacéutico a la hora de decidir por un genérico?

1	2	3	4	5	6. No existe	8. No corresponde
---	---	---	---	---	--------------	-------------------

15) ¿Cómo calificaría Ud a la comunicación que el médico y el farmacéutico tienen entre ellos respecto de su tratamiento con genéricos?

1	2	3	4	5	6. No existe	7. No sabe
---	---	---	---	---	--------------	------------

16) ¿Cómo calificaría Ud a la información sobre genéricos que recibe de su obra social o prepaga?

1	2	3	4	5	6. No existe
---	---	---	---	---	--------------

17) ¿Cómo calificaría Ud al listado de medicamentos que le ofrece su obra social o prepaga? **Recuerde que debe responder sobre el sistema utilizado en la última prescripción.**

1	2	3	4	5	6. No existe	7. No sabe
---	---	---	---	---	--------------	------------

18) ¿Cómo calificaría Ud al descuento sobre los medicamentos que le hace su obra social o prepaga? **Recuerde que debe responder sobre el sistema utilizado en la última prescripción.**

1	2	3	4	5	6. No existe	7. No sabe
---	---	---	---	---	--------------	------------

19) ¿Cómo calificaría Ud al beneficio económico que le significa comprar genéricos?

1	2	3	4	5	6. No existe	7. No sabe
---	---	---	---	---	--------------	------------

20) ¿Cómo calificaría Ud a la confianza que le merecen los genéricos que consume?

1	2	3	4	5	6. No existe
---	---	---	---	---	--------------

21) ¿Cómo calificaría Ud a la información en general (folletos, letreros o programas educativos en TV) que recibe respecto de genéricos?

1	2	3	4	5	6. No existe
---	---	---	---	---	--------------

22) ¿Cómo calificaría Ud a su participación en la elección del genérico ?

1	2	3	4	5	6. No existe
---	---	---	---	---	--------------

LEER:

Ahora le pregunto otros datos que no tienen que ver con los medicamentos.

23) ¿Cuál es su edad ?

24) Sexo:

1. Masculino	2. Femenino
--------------	-------------

25) ¿Cuál es su situación ocupacional?

1. Trabajador	2. Jubilado/Pensionado	3. Estudiante	4. Ama de casa	5. Desocupado
---------------	------------------------	---------------	----------------	---------------

26) ¿Cuál es su máximo nivel de estudios alcanzado?

1. Sin escolaridad	2. Primaria incompleta	3. Primaria completa	4. Secundaria incompleta	5. Secundaria Completa	6. Universitaria/ terciaria incompleta	7. Universitaria/ terciaria completa	8. Otras
--------------------	------------------------	----------------------	--------------------------	------------------------	--	--------------------------------------	----------

27) **SOLO PARA EL ENCUESTADOR (NO LEER):**

Cuando la respuesta de la pregunta 25 fue 1, 2 o 5 HACER LA SIGUIENTE.

Si es jubilado ó desocupado preguntar por la última ocupación.

¿ A qué se dedica Ud. en su trabajo?

1. Peones/Aprendices/Servicio Doméstico/ Vendedores Ambulantes
2. Obrero/ Operario especializado en industria, servicios o agro.
3. Artesanos/ Carpintero, plomero, etc/ Comerciantes independientes sin personal/ Pequeños agricultores/ Personal subalterno seguridad
4. Empleados administrativos en servicio, industria, comercio/ Maestros
5. Comerciantes o industriales con hasta 5 asalariados/ Jefes, Supervisores o Técnicos/ Agricultores hasta 50 hectáreas
6. Profesionales/ Comerciantes e industriales con 6 hasta 25 asalariados/ Personal gerencial /Agricultores entre 51 y 100 hectáreas.
7. Comerciantes o industriales con más de 25 asalariados/ Agricultores con más de 100 hectáreas/Altos funcionarios

28) ¿Cuál es el número de personas que componen su grupo familiar en la obra social o prepaga?