

ESTUDIOS INDIVIDUALES- BECAS CARRILLO-OÑATIVIA 2014

INFORME FINAL

Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga.
Ministerio de Salud de la Nación. Mayo de 2015

**EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD POR USUARIOS Y EQUIPOS DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PÚBLICO MUNICIPAL DE LA CIUDAD
DE CÓRDOBA**

Nombre/s y Apellido del becario: Liliana Carolina Rivera
Categoría de beca: Individual de perfeccionamiento
Nombre/s y Apellido del Director de la beca: Silvina Berra

INFORME FINAL

Fuente (s) de financiamiento:

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo del programa de becas “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, categoría individual, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

Indique en este espacio la guía de reporte utilizada para la confección del Informe final

Guía STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology)
Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations

1. PORTADA

1.1. Título de la investigación

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD POR USUARIOS Y EQUIPOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PÚBLICO MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA

1.1.2 Título abreviado

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD POR USUARIOS Y EQUIPOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA

1.2. Autor/a

Liliana Carolina Rivera
Centro de Estudios Epidemiológicos y en Servicios Sanitarios, Escuela de Salud Pública,
Universidad Nacional de Córdoba

1.3. Colaboradores/as

Celeste Bertona
Gustavo Martínez

1.4. Director/a

Silvina Berra
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

1.5 Correspondencia

caro05rivera@hotmail.com.ar

1.5 Fuente de financiamiento

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo del programa de becas “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, otorgadas por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga. El proyecto de investigación fue evaluado, aprobado y parcialmente financiado por el Consejo de investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET; Res D719/2011, PIP 2011-2013 N°114-201001-00279) y la Secretaría de Ciencia y Tecnología, de la UNC (SECYT-UNC. Resol. 162/2012).

1.6 Declaración de conflicto de intereses

No hubo conflictos de intereses durante la realización del estudio

2 ÍNDICE	
1. PORTADA.....	1
1.1. Título de la investigación.....	1
1.1.2. Título abreviado.....	1
1.2. Autor/a.....	1
1.3. Colaboradores/as.....	1
1.4. Director/a.....	1
1.5. Correspondencia.....	1
1.6. Fuente de financiamiento.....	1
1.7 Declaración de conflicto de intereses.....	1
2. ÍNDICE.....	2
3. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	3
4. ABSTRACT Y KEY WORDS.....	4
5. INTRODUCCIÓN.....	5
6. MATERIALES Y MÉTODOS	8
6.1. Estudio cuantitativo.....	8
6.2. Estudio cualitativo.....	9
7. RESULTADOS	14
7.1. Estudio cuantitativo.....	14
7.2 .Estudio cualitativo.....	16
8. DISCUSIÓN	27
9. RELEVANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA.....	29
10. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
11. ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	31
12. AGRADECIMIENTOS.....	32
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

3 RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción La estrategia de atención primaria de la salud es una reconocida medida para mejorar la calidad de la atención

Objetivos Evaluar las funciones de acceso, continuidad y coordinación desde la perspectiva de usuarios y equipos de centros de salud, teniendo en cuenta características sociodemográficas y de salud, y buscar reflexiones y consensos de los profesionales

Métodos Estudio descriptivo transversal en adultos y niños usuarios de 37 centros de salud y todos los profesionales de la Dirección de Atención Primaria de la ciudad de Córdoba. Respondieron el cuestionario Primary Care Assessment Tools, y los usuarios además indicaron características socioeconómicas y de salud. Se obtuvieron puntuaciones medias de las funciones y se compararon medias con Test T y ANOVA. Se emplearon técnicas participativas y de consensos en el contexto de acciones de transferencia de resultados a profesionales: grupo de trabajo, jornada de socialización, taller con equipos y análisis FODA. Se tomaron notas, se transcribieron identificando ideas principales o consensos revelados en las palabras de los equipos.

Resultados Respondieron 184 profesionales, 153 adultos y 233 cuidadores de niños. Refirieron mejor acceso usuarios adultos que percibían su salud como buena; experimentaron mayor cumplimiento de la continuidad interpersonal a mayor edad y las mujeres tuvieron peor integración de la información. Los cuidadores de los niños refirieron menor continuidad y mejor cumplimiento en los sistemas de información en coordinación con otros niveles a mayor edad. También hubo diferencias en el acceso entre los distintos grupos de edad y refirieron mejor acceso aquellos con buena salud percibida.

Conclusión Hubo diferencias en las valoraciones de la atención primaria por los usuarios según sexo, edad y salud percibida. Los equipos de salud reflexionaron acerca de estos resultados, generaron propuestas de mejoras y evaluaron oportunidades y barreras para llevar adelante cambios.

Palabras Claves

Atención primaria de la salud, usuarios, servicios sanitarios, evaluación, profesionales

4 ABSTRACT Y KEY WORDS

Introduction The strategy of primary health care is a recognized measure to improve the quality of care

Objectives To assess the functions of access, continuity and coordination from the perspective of users and team care of health centers, taking into account health and sociodemographic characteristics, and try to find consensus reflections and professionals.

Methods Cross-sectional study in adults and children using 37 health centers and all professionals in the Primary Care Córdoba. They answered the questionnaire Primary Care Assessment Tools, and users also responded on socioeconomic characteristics and health. Mean scores were obtained functions and means were compared with T test and ANOVA. Participatory and consensus-building techniques were used in the context of stock transfer of results to professionals: working group socialization day workshop equipment and SWOT analysis. Notes were taken, they were transcribed by identifying main ideas or consensus revealed in the words of the care team.

Results Answered 184 professionals, 153 adults and 233 caregivers. They reported better access adult users who perceived their health as good; experienced greater compliance with interpersonal continuity to older women had worse and information integration. Caregivers of children reported less continuity and better compliance in information systems in coordination with other levels later in life. There were also differences in access between different age groups and those with better access reported good perceived health. There were also differences in access between different age groups and those with better access reported good perceived health.

Conclusion There were differences in the valuations of primary care users by sex, age and perceived health. Health teams reflected on these results, generated proposals for improvements and assessed opportunities and barriers to carry out changes.

Key words

Primary health care users, health services, assessment, professional, provider

5 INTRODUCCIÓN

En el área de las políticas y servicios sanitarios, la estrategia de atención primaria de la salud (APS) es reconocida como una medida efectiva para mejorar la calidad de la atención de la salud de la población. En Argentina, la APS es entendida como una estrategia que debe constituirse en el eje del sistema de salud y alcanzar a todos los niveles de atención¹. A pesar de los esfuerzos para definir y ejecutar la estrategia de APS, muchos centros de salud continúan realizando sus actividades en base al modelo tradicional de atención exclusiva de la demanda² y aún no se ha planteado cómo se evaluarán los resultados y las reformas.

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso líneas estratégicas³, se discutieron marcos conceptuales⁴ y se señaló la necesidad de contar con herramientas de evaluación válidas⁵. En este sentido, en la última década ha cobrado gran interés un modelo teórico que define funciones de la APS⁶ y se han desarrollado instrumentos capaces de medir el grado en que éstas se cumplen, teniendo en cuenta no sólo indicadores organizativos sino también de procesos, así como las perspectivas de proveedores y de la población⁷. El modelo conceptual de Starfield⁸ (2001) establece cuatro atributos esenciales de APS: primer contacto, continuidad, extensión o globalidad y coordinación; y tres secundarios: enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural. La valoración de estas funciones puede realizarse desde diferentes perspectivas, siendo la perspectiva de los usuarios la que menos frecuentemente es tomada en cuenta a pesar de que algunos aspectos de la atención tienen relevancia casi únicamente si es experimentado por un individuo, como es la continuidad de la atención a través del tiempo⁹. La evaluación de servicios sanitarios también debe tener en cuenta el perfil de salud, demográfico y socioeconómico de la población como elementos fundamentales para caracterizar a la población a la cual prestan servicios. El principio de equidad, al cual pretende contribuir la estrategia de APS, indica que la utilización de los servicios sanitarios debe ser similar entre grupos con igual necesidad y mayor en grupos con más necesidad¹⁰. Este tipo de análisis es escaso en nuestro país y a la vez urgente para abogar por el derecho a la salud de sus habitantes.

La transferencia de conocimiento a quienes proveen los servicios es reconocida como un complejo y desordenado proceso que va más allá de la de un solo sentido de empuje de la información de los investigadores a los tomadores de decisiones. La Organización Mundial de la Salud definió a la traslación del conocimiento como “la síntesis, el intercambio y la aplicación del conocimiento por los actores involucrados para acelerar los beneficios de las innovaciones globales y locales para fortalecer los sistemas de salud y mejorar la salud de las personas¹¹. Hay muchas teorías acerca de

la transferencia de conocimiento, pero hay pocas descripciones claras de las intervenciones de transferencia de conocimiento o los procesos que implican¹². Se consideró la utilización de la metodología cualitativa como especialmente idónea para analizar en profundidad las perspectivas de los equipos implicados en el proceso de evaluación, una vez que se les transfieren resultados de la investigación previa.

El objetivo de este trabajo fue el de evaluar el cumplimiento de las funciones de acceso, continuidad y coordinación de la APS desde la perspectiva de usuarios y profesionales de los equipos de centros de salud municipales de la ciudad de Córdoba, teniendo en cuenta características de salud y sociodemográficas, mediante el análisis de datos de dos estudios observacionales transversales; y, en una segunda fase, visibilizar las reflexiones acerca de los resultados y necesidades de cambios e indagar oportunidades y barreras para mejorar el cumplimiento de tales funciones en el contexto de acciones de transferencia de resultados al equipo de salud.

6 MATERIALES Y MÉTODOS

Este proyecto se enmarca en una línea de evaluación de servicios sanitarios que promueve la implementación de instrumentos y estrategias de análisis innovadoras en consonancia con modelos teóricos reconocidos internacionalmente¹³, acreditados por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y la Secretaría de Ciencia y Tecnología (SECYT). Se utilizaron datos de dos estudios de diseño descriptivo transversal para analizar las funciones de APS y se realizó una intervención de transferencia de resultados en el marco de la cual se implementaron técnicas de consenso y cualitativas de investigación para hacer emerger y analizar reflexiones de los integrantes de equipos de salud. La población de estudio fueron los equipos de salud y usuarios de los 95 centros de primer nivel de atención, dependientes de la Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS), de la Municipalidad de Córdoba que cuenta con un plantel profesional de más de 900 personas que proporciona cuidados de salud a más de 500.000 habitantes de la ciudad de Córdoba.

Estudio cuantitativo

En el estudio del cual provienen los datos, se invitó a participar a todo el plantel agrupado por servicios, definidos por la propia institución según la especialidad de los profesionales: medicina general, pediatría, ginecología, clínica médica, enfermería, psicología y otros. El total de servicios se calculó en 356, con una distribución de 2 a 5 por centro. Los equipos fueron convocados a participar a través de una carta dirigida al jefe o encargado de cada centro, que fue acompañada por 2 a 5 cuestionarios, dependiendo de la cantidad de servicios existentes en cada centro. Cada cuestionario estaba en un sobre que se proponía utilizar para la devolución anónima y confidencial de la documentación. La distribución y recolección de cuestionarios se realizó en los meses de noviembre y diciembre de 2012.

Para conformar la muestra de usuarios, debido a la falta de listas de turnos disponibles para realizar un muestreo sistemático, se realizó una selección aleatoria de 40 centros de salud. Los usuarios fueron invitados a responder el cuestionario en la sala de espera del centro de salud durante media jornada de trabajo. Un encuestador entrenado, leyó el consentimiento informado que incluía la explicación acerca de los propósitos del estudio y la anonimidad de las respuestas. Las entrevistas se realizaron en los meses de julio y agosto de 2013.

Todas las personas usuarias fueron invitadas a participar. Se definieron como usuarios del centro de salud seleccionado a quienes reconocían a este centro como su fuente de atención primaria. Un encuestador entrenado valoraba las respuestas a tres preguntas que se encuentran al inicio del

cuestionario, que permiten conocer el grado de afiliación. Aquellas personas que respondieron sobre otro centro o profesional como fuente de atención primaria de su salud, quedaron excluidas a través de las 3 preguntas antes mencionadas; además de la posibilidad de no participación por falta de voluntad, tanto para usuarios como profesionales.

La recolección de datos se realizó utilizando cuestionarios para adultos y niños que incluyeron preguntas que permiten valorar la APS, cobertura sanitaria, salud percibida, edad, sexo, nivel de escolaridad de la persona que responde y condiciones materiales de la vivienda. En el caso de los niños, se le preguntó al adulto responsable (es quien responde y cuida al niño) que podría ser su madre o el padre o un tutor.,

Se evaluaron las *funciones de APS* con la versión argentina del cuestionario Primary Care Assessment Tools (PCAT) dirigido a profesionales de salud (PCAT-PE), usuarios adultos (PCAT-AE) y niños (PCAT-CE), adaptado para su uso en Argentina¹⁴ y cuya fiabilidad y validez fueron adecuadas¹⁵. Se incluyeron preguntas para evaluar tres funciones de la atención primaria de la salud en sus sub dimensiones de estructura y proceso: primer contacto (accesibilidad), continuidad interpersonal, coordinación (integración de la información y sistemas de información) e integralidad (servicios disponibles y servicios proporcionados). El cuestionario se compone de ítems que tienen opciones de respuesta en escala Likert de 1 a 4: 1.“no, en absoluto”, 2.“probablemente no”, 3.“probablemente sí” y 4.“sí, sin duda”; y la opción “no sabe o no recuerda”. La puntuación de cada dimensión o atributo se consigue calculando la media de las respuestas a los ítems que la componen¹³, siempre que se hayan respondido al menos la mitad de las preguntas que la componen. Para su interpretación, la puntuación es transformada en escala 0-10, considerando como un buen nivel de cumplimiento un promedio de 7 o más.

El *grado de afiliación*: es la medida en la que los usuarios identifican una fuente habitual de atención de la salud, a través de 3 preguntas del cuestionario PCAT donde deben indicar si tienen: 1) un lugar o médico adonde concurren cuando enferma o necesita indicaciones acerca de su salud; 2) un lugar o profesional donde lo conozcan; y, 3) un lugar o profesional responsable por la atención de su salud; las opciones de respuesta eran “sí”, “no” o “no sé”. La persona se define como usuaria: 1) si en 2 o 3 de las respuestas se refieren al centro de salud seleccionado; 2) si identifica 3 lugares diferentes, pero responde sobre el centro de salud seleccionado cuando se le pregunta adonde concurre cuando enferma o necesita indicaciones acerca de su salud; 3) si en 1 de las respuestas se refiere al centro seleccionado y responde negativamente en las otras 2; 4) si responde negativamente en las 3 ocasiones, es decir cuando no lograba nombrar ningún lugar pero asistió a este centro para ser atendido.

Cobertura sanitaria: se refiere a la cobertura de la cual es beneficiaria la persona usuaria, según su declaración, como indicador de capacidad de pago de seguros de salud. Se categorizó en pública, privada y/o de obra social, re-categorizándola luego en: una cobertura sólo pública, dos o más coberturas de obra social o privada.

Salud percibida: la persona valoró su salud general o la salud del niño (declarada por el cuidador) como excelente, muy buena, buena, regular o mala salud, mediante una pregunta de salud global. Las respuestas se re-categorizaron en buena salud (excelente, muy buena y buena) y mala salud (regular y mala).

Edad: se preguntó la edad del adulto y niño usuarios, y de quien responde el cuestionario. En la muestra de niños, se categorizó la variable en menores de 2 años, de 2 a menos de 5 años, de 5 a menos de 12 años, de 12 a 18 años; para quienes respondieron la encuesta de adultos se conformaron grupos de: menores de 40 años, de 40 a 60 años y 60 años o más. Estas categorías se eligieron de acuerdo a las edades de los programas de atención que existen en los centros de salud.

Sexo: del niño o adultos usuarios, y de quien responde el cuestionario.

Nivel de escolaridad: Se preguntó el nivel máximo (completo o incompleto) de escolaridad alcanzada por la persona, como indicador indirecto de capital social. Se categorizó en: no fue a la escuela o primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, terciario o universitario. Luego se re-categorizó en secundario incompleto o menor nivel y secundario completo o mayor nivel.

El *nivel socioeconómico* se construyó siguiendo un estudio previo¹⁶ que se llevó a cabo en Córdoba teniendo en cuenta el nivel de escolaridad de la persona que respondió la encuesta o de la persona adulta responsable del cuidado del niño y condiciones materiales de la vivienda: 1) propiedad; 2) provisión de agua en la vivienda; 3) instalación de agua caliente; 4) material de la mayor parte de los pisos de la casa; y 5) cantidad de habitaciones, sin contar baños y pasillos. Se categorizó en nivel superior, medio superior, medio, medio inferior e inferior, que luego se re-categorizó en nivel alto (superior, medio superior) y bajo (medio, medio inferior e inferior).

Se confeccionó una base de datos y se realizaron análisis con el programa SPSS para Windows versión 17. El análisis de datos incluyó porcentajes por niveles de salud percibida y características sociodemográficas de la muestra; medias y desvíos estándar (DE) de las puntuaciones para cada una de las funciones de la APS declaradas por los usuarios y equipos de salud. Además se realizó una comparación de medias mediante Test T y ANOVA de las funciones de la APS declaradas por las muestras de usuarios según indicadores sociodemográficos y de salud.

Estudio cualitativo

Se consideró la utilización de la metodología cualitativa como especialmente idónea para analizar en profundidad las perspectivas de los principales agentes implicados en el proceso de evaluación, una vez que se les transfieren resultados de la investigación previa. El equipo de investigación lleva trabajando varios años en colaboración con la Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS) y ha logrado una entrada en el campo suficientemente buena como para plantear la siguiente estrategia metodológica.

Una vez producido preliminarmente el análisis de datos, se invitó a los integrantes de los EZI (Equipos Zonales Interdisciplinarios) de la DAPS a formar un grupo de trabajo para reflexionar acerca de los resultados de los estudios y generar propuestas de cambios que conduzcan a posibles mejoras en el cumplimiento de las funciones de la APS. Se eligieron estos equipos porque están conformados por profesionales de diversas disciplinas cuya función es la de actuar de nexo entre los directivos de la DAPS y los equipos de profesionales de los centros de salud, coordinando las acciones que permitan el funcionamiento de la actividad asistencial y comunitaria. Asimismo se propuso a los integrantes del grupo de trabajo la producción colaborativa de un informe de la investigación que posteriormente permitiría divulgar los datos a los equipos de salud. Se formó un grupo de trabajo integrado por 5 miembros de los EZI de distintas disciplinas (trabajo social, psicología, y medicina), la becaria y la directora de este proyecto. Durante 6 sesiones entre los meses de junio y noviembre de 2015 se presentaron los resultados de las encuestas a usuarios y equipos de salud, registro de las reuniones y tomaron notas de campo acerca de las reflexiones que éstos hacían en cuanto al contexto en que realizaron las encuestas, las características de los equipos de la salud de la institución, y posibles explicaciones a los resultados. Estas notas se transcribieron, y las investigadoras las re-estructuraron en un documento de consensos. Con el grupo se elaboraron además los materiales que se emplearon en el taller de transferencia a los equipos, de acuerdo a lo que ellos mismos consideraban las mejores modalidades.

Actividades de transferencia de resultados a los equipos

La transferencia de los resultados a los equipos se llevó a cabo mediante diferentes modalidades: reuniones con directivos, grupo de trabajo con miembro de los EZI y encargados de áreas operativas, jornada de socialización de la institución realizada con los encargados de los centros de salud, taller para miembros de los equipos de salud de los centros.

Aunque no se había planteado en el proyecto original, el grupo de trabajo consideró oportuno como una instancia más de socialización de los resultados, que se realizara una presentación de los

antecedentes y resultados del informe durante la *Primera Jornada de Reflexión y Socialización “Construyendo la política de Salud Municipal desde la mirada de los efectores del Primer Nivel de Atención”*, que la DAPS realizó en la ciudad de Huerta Grande, provincia de Córdoba, en el mes de agosto de 2014.

Para conocer las propuestas de acciones en caso de necesidad de cambios para mejorar la APS, se realizó un taller investigativo, que es una estrategia de particular importancia en los proyectos de investigación acción participativa^{17,18}. Su fortaleza principal estriba en la posibilidad que brinda el abordar, desde una perspectiva integral y participativa, situaciones sociales que requieren algún cambio.

Se invitó a participar del taller en instalaciones de la Universidad Nacional de Córdoba a 48 personas de los equipos de los centros de salud de cada una de las 6 zonas programáticas en que se organizan los centros de salud de la DAPS (8 personas por zona) para trabajar en 6 grupos, y junto a la invitación se envió un informe con resultados que debían leer antes del encuentro. Al taller asistieron 14 personas, 8 mujeres y 3 varones de distintas disciplinas (4 enfermeros, 2 pediatras, 3 médicos generalistas, 1 trabajador social, 1 psicólogo), que conformaron 2 grupos. Se inició el taller con una breve presentación, luego se organizaron las actividades siguiendo un guion semi-estructurado (Guía para el trabajo grupal, anexo I.1) que se readecuó de modo flexible a los nuevos temas y dinámicas de debate que surgieron. En cada grupo, una persona entrenada previamente (ver anexo I.2: *Información para los observadores del Taller*) tomó notas siguiendo un registro elaborado a tal fin (anexo I.3) y además se recogieron datos sociodemográficos de los participantes. La sesión tuvo una duración de 180 minutos con participación de las dos investigadoras. Finalmente en el plenario se comentaron los consensos y conclusiones de solo dos de las preguntas: *¿Qué resultados del estudio les parecen importantes? ¿Qué acciones concretas podrían llevarse a cabo desde los equipos?* Se transcribieron las notas textualmente y las dos investigadoras elaboraron conjuntamente las anotaciones complementarias finales acerca de los principales hallazgos generados y del desarrollo.

Para indagar oportunidades y barreras para mejorar el cumplimiento de las funciones de APS, se realizó un encuentro con los integrantes de los EZI y áreas zonales y directivos de la DAPS. En este encuentro se presentó una síntesis de los resultados de las fases anteriores y se expusieron las propuestas de cambios surgidas de las reflexiones del grupo y el taller investigativo. Se propuso responder las siguientes preguntas: *¿Cuáles son las fortalezas y las debilidades de la institución para implementar y sostener los cambios propuestos? ¿Qué oportunidades y qué obstáculos habría*

en la implementación y sostenimiento tales cambios? El análisis se realizó en función de una matriz de factores internos y externos, positivos y negativos, que responde a las siguientes definiciones:

- **Fortalezas:** Factores internos que indican capacidad, recursos, posiciones conseguidas. Son ventajas competitivas que permitirían afrontar amenazas y aprovechar las oportunidades.
- **Debilidades:** Factores internos que pueden afectar negativamente, reducir o limitar la utilidad o capacidad.
- **Oportunidades:** Factores externos que repercuten en una ventaja competitiva. Son eventos o situaciones que por su relación directa o indirecta influyen positivamente en la implementación y desarrollo de una estrategia.
- **Amenazas:** Factores externos que pueden impedir una adecuada aplicación y desarrollo de una estrategia o reducir su efectividad.

Se tomaron notas de todas las actividades y luego de múltiples lecturas de las transcripciones se identificaron las ideas principales o consensos revelados en las palabras de los equipos, frases, metáforas y ejemplos.

Durante todas las etapas de la investigación se respetaron las normas de la Guía para Investigaciones en Salud Humana del Ministerio de Salud de la Nación y el protocolo de trabajo fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Investigación en Salud (CIEIS) del Hospital Infantil Municipal.

7 RESULTADOS (incluidas tablas y gráficos)

Estudio Cuantitativo

Características de los servicios de los centros de salud

Los profesionales participantes respondieron desde servicios de 60 centros de salud, el 63% de los 95 centros de la DAPS. Se recolectaron 198 cuestionarios, de los cuales 184 estaban respondidos parcial (aprox. 9) o completamente y 14 estaban vacíos. Con ello, se puede obtener información sobre las funciones de la APS informada por el 51,7% de los servicios. El 68,4 % de las respuestas provino de los servicios de enfermería (26,2%), medicina general (22,4%) y pediatría (19,7%), seguidos por ginecología (14,2%), medicina interna (6,6%) y otros, entre los que participaron psicología, trabajo social, odontología, nutrición, kinesiología y administración (Figura 1).

Características sociodemográficas y de salud de los usuarios.

Se visitaron 37 centros de salud, y en 3 de ellos se excluyeron por razones organizativas y de posibilidad de participar de los mismos. Aceptaron participar 198 personas adultas y 258 cuidadores de niños que se encontraban en la sala de espera. De todas las personas encuestadas, el 77,3% (n=153) de los adultos y el 90,3% (n=233) de los cuidadores de los niños pudieron identificar al equipo de salud o al centro de salud en el que se encontraba como su proveedor de atención primaria, y estuvieron dispuestas a responder acerca de las funciones de APS.

El 55,8 % de la población de usuarios infantiles eran varones (n=233), con una edad promedio de 4 años (DE=4,11; n=233) siendo el 40,3% menores de 2 años. El 96,5% de los adultos que respondieron por los niños eran mujeres (n=229) y tenían una edad promedio de 30,5 años (DE=10,5; n=233). El 83,7% contaban con cobertura sanitaria pública, el 16,3% con una o más coberturas privada o de obra social (n=233). El 66,8% de los cuidadores tenía secundaria incompleta o menor nivel educativo y el 52,4% de los niños pertenecían a un nivel socioeconómico medio o inferior. El 94% de los cuidadores declararon que el niño diría que su salud era buena (de ellos el 67,5% la refirió como excelente o muy buena), y ninguno la refirió como mala salud (Tabla 1).

En cuanto a los usuarios adultos, la mayoría eran mujeres (90,2%; n=153) de menos de 40 años (62,7%; n=150). El 87,6 % contaban solamente con cobertura sanitaria pública, el 12,4% con cobertura privada o de obra social, y ninguno tenía dos coberturas (n=153). La mayoría tenía secundaria incompleta o menor nivel educativo y nivel socioeconómico medio o inferior. El 72%

refirió que su salud era buena (30,3 % dijo que era excelente o muy buena, y el 41,5% buena) (Tabla 2).

Evaluación del cumplimiento de las funciones de acceso, continuidad y coordinación de la APS por equipos y usuarios

Desde la perspectiva de los profesionales, la puntuación media de la función primer contacto-acceso fue de 3,6 (DE=1,1), en cuanto a la continuidad interpersonal, la media fue de 7,2 (DE=1,1), y los sistemas de información e integración de la información en coordinación con otros niveles obtuvieron medias de 6,3 (DE=1,8) y 6,4 (DE=1,8) respectivamente.

Con respecto al proveedor de APS de los niños, el 99,6% de los cuidadores respondió que existe un lugar a donde lleva al niño cuando enferma o necesitan indicaciones acerca de su salud, y un 88,8% refirió que existe un médico que conoce mejor al niño como persona y que tiene responsabilidad sobre la salud del mismo.

Cuando se les solicitó a las personas usuarias de los centros de salud que respondieran por una fuente habitual de APS, 96,7% de los adultos refirieron que tenía un proveedor a donde concurrir habitualmente cuando se enferman o necesitan un consejo sobre su salud; el 83,7% declaró que existía un centro o médico que lo conocía como persona; y el 81% identificó a quien tiene responsabilidad en el cuidado de su salud.

Las funciones con mejor cumplimiento para los usuarios adultos fueron primer contacto-utilización (media= 8,8; DE= 2,2), seguida por continuidad interpersonal (media=8,1; DE= 1,8) y coordinación- sistemas de información (media=7,8; DE= 2,1). En las dimensiones que puntuaron por debajo del valor mínimo deseable fueron primer contacto- acceso (media= 3,8; DE= 1,6), y coordinación-integración de la información (media= 6,4; DE= 2,8).

De igual manera, para la población infantil de los centros de salud, las funciones con mejor cumplimiento fueron primer contacto-utilización (media= 9,0; DE= 1,6), seguida por continuidad interpersonal (media= 7,9; DE= 2,0), y coordinación-sistemas de información (media= 7,9; DE= 1,8). En las dimensiones que puntuaron por debajo del nivel mínimo deseable fueron primer contacto- acceso (media= 3,5; DE= 1,6), y coordinación-integración de la información (media= 6,0; DE= 2,7).

Valoración de la APS desde la experiencia de los usuarios según características socioeconómicas y de salud

Refirieron un mejor acceso de primer contacto aquellos usuarios adultos que percibían su salud como buena (media=3,9) en comparación con quienes la referían mala salud (media= 3,3; $p>0,05$).

Además, experimentaron mayor cumplimiento de la función de continuidad interpersonal a mayor edad: las medias de esta función fueron de 7,7 para los menores de 40 años; 8,3 para aquellos con edad entre 40 y 60 años y de 9,3 para los mayores de 60 años ($p=0,01$). Las mujeres adultas experimentaron peor integración de la información en coordinación con otros niveles (media= 6,2) en comparación con los varones (media= 7,2; $p<0,05$). La experiencia de coordinación (sistemas de información) no mostró diferencias significativas según las características socioeconómicas y de salud estudiadas (tabla 3).

Los cuidadores de los niños usuarios de los centros de salud refirieron menor cumplimiento de la función de continuidad interpersonal a mayor edad: las medias fueron de 8,4 para los menores de 2 años de edad; 7,9 para aquellos de 2 a 5 años; 7,5 para los niños entre 5 y 12 años y 6,3 para los mayores de 12 años ($p>0,001$); y mayor cumplimiento a mayor edad en los sistemas de información en coordinación con otros niveles ($p=0,01$). También hubo diferencias en el acceso de primer contacto entre los distintos grupos de edad, siendo menor para los mayores de 12 años ($p=0,05$). Al igual que los usuarios adultos, refirieron un mejor acceso aquellos niños con buena salud percibida por sus cuidadores (media=3,6) en comparación con los que declaraban mala salud (media= 3,3; $p>0,05$). No hubo diferencias significativas en la experiencia de coordinación (integración de la información) según las características socioeconómicas y de salud estudiadas (tabla 4).

Estudio cualitativo

Presentaremos primero las reflexiones del grupo de trabajo y propuestas de cambios generadas en los equipos de salud a partir de la transferencia de los resultados de la evaluación de usuarios y profesionales; y luego listaremos las oportunidades y barreras que pudieron identificar para mejorar el cumplimiento de las funciones de la APS. En la tabla 5 se resumen los puntos tratados en los encuentros con los EZI y los equipos de salud y las actividades realizadas.

Reflexiones del grupo de trabajo

Sobre el contexto en que se realizaron los estudios

La mayor parte de las personas que se atienden en los centros de la DAPS son niños y mujeres jóvenes, y muchas de ellas (al igual que los cuidadores de los niños) no tienen el nivel de escolaridad secundaria completa; y en general lo que se resuelve más eficientemente es la demanda espontánea por enfermedad. Es importante considerar además que un porcentaje alto de adultos usuarios y cuidadores de los niños no tienen el nivel de escolaridad secundaria completa.

En cuanto a los profesionales que respondieron las encuestas, debe considerarse que algunos servicios no están disponibles en todos los centros de salud como, por ejemplo, el servicio de nutrición, trabajo social o psicología, por lo tanto estos servicios tendrán un porcentaje de participación bastante más bajo que el resto. De igual modo, las bajas valoraciones en el acceso de primer contacto deben analizarse considerando los horarios de los centros, ya que muchos de ellos tienen servicios por la mañana únicamente y sólo 3 centros de salud de la DAPS están abiertos 24 hs. En este contexto, se supone que los usuarios que trabajan deben tener dificultades en la accesibilidad cuando el centro no cuenta con todos los servicios por la tarde, y pueda explicarse el bajo porcentaje de hombres entre los usuarios.

Si bien la disposición institucional es que se trabaje con historia clínica familiar, en algunos centros, cada servicio administra sus historias clínicas, y en otros, se cuenta con una historia por familia.

Perspectiva los equipos de salud

Los profesionales consideran en general que “es fácil conseguir turno” que merece un análisis más profundo. Parecería que se pone la responsabilidad en las personas, asumiendo que si no consiguió un turno es porque no concurrió temprano al centro. Se cree que la disponibilidad de teléfonos y servicios completos en turnos mañana y tarde mejoraría el acceso. Además, el trabajo comunitario puede ser una manera de mejorar la accesibilidad.

Con respecto a la continuidad de la atención, parece que los resultados pueden corresponder a la verdadera percepción que los profesionales tienen, acerca del conocimiento de las personas que atienden. Manifiestan la percepción de que sí conocen a la gente, pero existe un menor conocimiento de asuntos no relativos a la situación de enfermedad: “conocer muy bien a la persona”, con quiénes vive y en qué trabaja. Puede tener que ver con la concepción de que no es importante saberlo, cuando en realidad esto modificaría sustancialmente la consulta y la calidad de la atención que debe prestar el profesional.

Habría que mejorar la capacidad resolutoria formando a los profesionales, ya que en este nivel deberían solucionarse la mayoría de los problemas, y no auspiciar de “derivadores” al segundo nivel. Es necesario reforzar las relaciones inter institucionales para que la información llegue nuevamente a los profesionales del primer nivel.

Perspectiva de los usuarios

Si bien la mayoría puede atenderse en el día en que se enferma, por lo visto, si hay que sacar turno en el día, muy temprano y es difícil atenderse luego de cierta hora. La atención por la tarde mejoraría el acceso de trabajadores. Pareciera positivo el hecho de que los entrevistados pueden concurrir para atenderse sin necesidad de pedir permiso al trabajo, pero no debemos olvidar que se trata de personas encuestadas en los centros de salud, es decir que han podido concurrir al centro. Sería interesante conocer este dato de encuestas a toda la población.

Los usuarios tienen una relación de confianza y comprensión con el equipo, pero refieren que estos tienen poco conocimiento de ellos como personas y del contexto en que viven. En general, existe cierto desconocimiento sobre la vida de las personas.

La coordinación con otros niveles es mejor valorada por los cuidadores de los niños, que los usuarios adultos. Existen dificultades para ofrecer y obtener la historia clínica: no se reconoce el derecho del paciente.

Propuestas de cambio desde la mirada de los equipos de salud

Nivel de gestión

- Mejorar la selección del recurso humano. Personal con perfil para trabajar en el primer nivel de atención. Incluso el encargado del centro debe contar con este perfil, que debe ser definido por la institución.
- Completar los equipos para mejorar la accesibilidad. Redistribuir los recursos humanos.
- Recibir capacitación permanente. Planificación en equipos interdisciplinarias y sobre temas transversales que involucren a todas las disciplinas con que cuentan los equipos de salud.
- Informatización de las recetas y la historia clínica que permitiría optimizar el tiempo empleado en tareas de registro y trámites administrativos. Facilitar la referencia y contrarreferencia.

Nivel de equipos de salud

- Ser flexibles en los trámites administrativos para mejorar el acceso.

- Promover el trabajo en equipo. Plantear objetivos explícitos para poder cumplirlos.
- Planificar las actividades comunitarias.
- La reunión de equipo debe realizarse periódicamente, y se debe mejorar la calidad de los temas a tratar.

Características institucionales que permitirán o no mejorar el cumplimiento de las funciones de APS

Fortalezas

- Creatividad para solucionar problemas.
- Accesibilidad de los directivos para con los miembros de los EZI.
- Interdisciplina en todos los niveles de la organización.
- Programas de salud en los centros.
- La existencia de mandos medios (EZI) que auspicien de nexo entre quienes se encargan de la gestión y de la ejecución de los programas.
- Capacitaciones periódicas del personal.
- Concursos para ingreso del recurso humano.
- La formación de recursos humanos de pre y postgrado, que además ordenan el trabajo.

Debilidades

- Las vías de comunicaciones institucionales y la falta de conectividad.
- Equipos de salud incompletos: el recurso humano se considera infinito pero coinciden en que aún la presencia de varias disciplinas es escasa.
- Poca continuidad de los equipos en los centros.
- Perfil del profesional: es importante poder definir y explicitar las funciones y capacidades que se esperan de cada uno.
- Dificultades para aprender de la experiencia con que se cuenta en la institución.
- Trabajo comunitario: observan una “retracción” de los centros para dar respuesta a la demanda asistencial.
- Falta de criterios explícitos de movilidad del recurso humano dentro de la institución, comunes para todos los trabajadores.

- Desmotivación del recurso humano a través de los años.
- Realización de reuniones de equipos de los centros de salud con características diferentes a las esperadas o necesarias.
- Falta de visibilidad social: los problemas que se resuelven desde esta institución no tienen un impacto inmediato y por lo tanto no están en la agenda de los medios de comunicación.
- No se trabaja para dar a conocer cuáles son las actividades que se hacen en la institución, y lo ésta aporta a otros niveles.

Oportunidades

- Existencia de un trabajo intersectorial a través de alianzas con instituciones de la comunidad.
- Relación con las universidades.
- Compromiso de la comunidad con el centro de salud.

Amenazas

- La política de salud municipal no ha estado fuertemente centrada en la APS.
- Un presupuesto acotado e insuficiente.
- Recurso humano que no se adecúa a las necesidades de la institución.
- Concepción de salud de los profesionales y la misma comunidad, basada en la atención médica, y la medicalización de la vida; en lugar de considerarse un derecho social.
- El clientelismo político.
- Condiciones de pobreza y marginalidad de la población y la realidad social: violencia, desempleo, inseguridad, etc. Todo atraviesa el trabajo diario de los equipos en la comunidad.

Figura 1. Distribución de los servicios desde los cuales respondieron los profesionales.

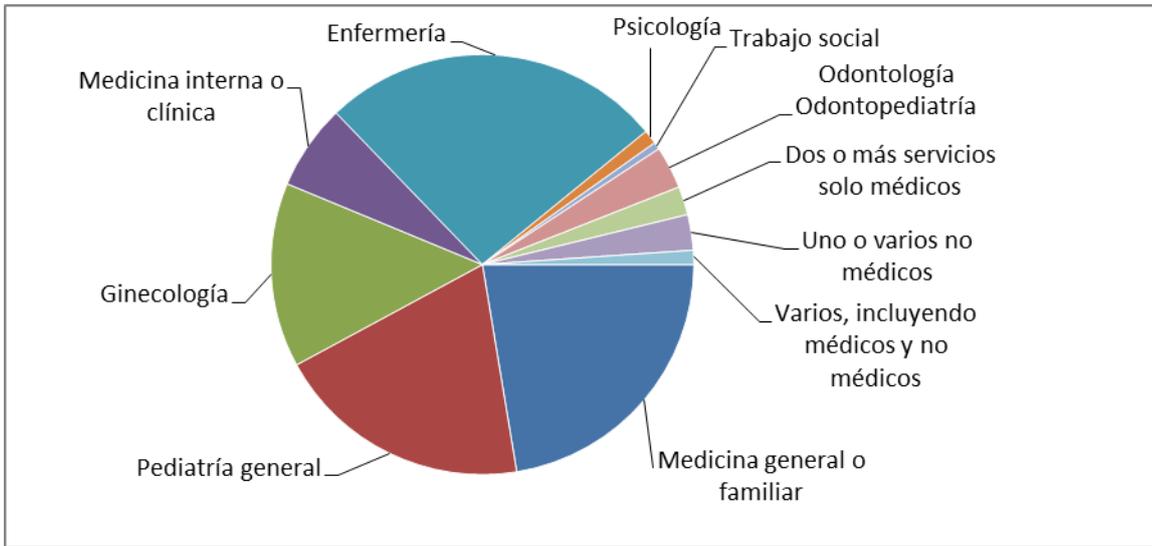


Tabla 1. Características sociodemográficas y de salud de los niños usuarios que respondieron acerca de las funciones de APS en los centros de salud de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Córdoba, en 2012-2013.

	Niño Totales
Edad	n= 233
Menos de 2 años	40,3%
De 2 a menos de 5 años	27,9%
De 5 a menos de 12 años	24,0%
De 12 a 18 años	7,7%
Sexo	n=233
Femenino	44,2%
Masculino	55,8%
Cobertura sanitaria	
Solo pública	83,7%
Una cobertura privada o de obra social	15,9%
Dos coberturas o más (obra social o privada)	0,4%
Salud percibida	n=215
Excelente	20,5%
Muy buena	47,0%
Buena	26,5%
Regular	6,0%
Mala	0%
Nivel socioeconómico	n=210
Inferior	14,8%
Medio-inferior	18,1%
Medio	19,5%
Medio-superior	15,7%
Superior	31,9%
Edad del AR**	n=229†
media	30,5 años
Sexo del AR	n=229
Femenino	96,5%
Masculino	3,5%
Nivel máximo de escolaridad del AR	n=229
No fue a la escuela o Primaria incompleta	5,7%
Primaria completa	19,7%
Secundaria incompleta	41,5%
Secundaria completa	26,2%
Terciario o universitario	7,0%

* AR (adulto responsable): quien responde es quien cuida al niño. † AR n=229.

Tabla 2. Características sociodemográficas y de salud de los usuarios adultos que respondieron acerca de las funciones de APS en los centros de salud de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Córdoba, en 2012-2013.

	Totales
Edad	n= 150*
Menos de 40 años	62,7%
De 40 a 60 años	26,7%
60 años o más	10,7%
Sexo	n=153
Femenino	90,2%
Masculino	9,8%
Nivel máximo de escolaridad	n=153
No fue a la escuela o Primaria incompleta	11,8%
Primaria completa	20,9%
Secundaria incompleta	39,9%
Secundaria completa	19,6%
Terciario o universitario	7,8%
Cobertura sanitaria	n=153
Solo pública	87,6%
Una cobertura privada o de obra social	12,4%
Dos coberturas o más (obra social o privada)	0%
Salud percibida	n=142
Excelente	8,5%
Muy buena	21,8%
Buena	41,5%
Regular	24,6%
Mala	3,5%
Nivel socioeconómico	n=139
Inferior	13,7%
Medio-inferior	18,0%
Medio	19,4%
Medio-superior	14,4%
Superior	34,5%

*No respuesta: 3.

Tabla 3. Nivel de cumplimiento de las funciones de primer contacto, continuidad y coordinación según características sociodemográficas y de salud, referidos por los usuarios adultos de los centros de la Dirección de Atención Primaria de la Salud.

Característica	Funciones de la APS																			
	PCA				PCU				CI				CII				CSI			
	n	M	DE	p	n	M	DE	p	n	M	DE	p	n [‡]	M	DE	p	n	M	DE	p
Edad																				
Menos de 40 años	91	3,7	1,7	0,15	92	8,7	2,4	0,89	92	7,7	1,9	0,01*	51	6,2	2,9	0,20	89	8,0	2,0	0,26
De 40 a 60 años	39	3,6	1,5		39	8,9	2,0		39	8,3	1,7		26	6,2	2,9		38	7,3	2,0	
60 años o más	16	4,5	1,4		16	8,5	2,2		15	9,3	0,9		10	7,9	1,7		14	7,6	2,2	
Sexo																				
Femenino	133	3,8	1,6	0,29	134	8,7	2,3	0,36	133	8,1	1,9	0,79	76	6,2	2,9	0,02†	128	7,8	2,1	0,95
Masculino	15	3,4	1,5		15	9,3	1,6		15	8,2	1,6		12	7,7	1,7		15	7,7	2,0	
Nivel de escolaridad																				
Secundaria incompleta o menor	108	3,8	1,4	0,96	109	8,7	2,2	0,87	109	8,2	1,7	0,29	60	6,5	2,9	0,73	106	7,8	2,1	0,77
Secundario completo o mayor	40	3,8	2,1		40	8,8	2,3		39	7,8	2,1		28	6,2	2,7		37	7,7	1,8	
Cobertura sanitaria																				
Solo pública	129	3,8	1,6	0,38	130	8,9	2,0	0,09‡	129	8,0	1,9	0,25	75	6,5	2,7	0,38	127	7,8	2,04	0,28
Una o más cobertura privada o de obra social	19	3,5	1,7		19	7,6	3,1		19	8,5	1,7		13	5,8	3,5		16	7,3	2,13	
Salud percibida																				
Buena salud	100	3,9	1,6	0,05†	101	8,8	2,3	0,83	101	8,0	1,9	0,90	55	6,3	2,8	0,53	98	7,8	2,1	0,82
Mala salud	40	3,3	1,6		40	8,9	1,9		40	8,0	1,9		29	6,7	2,6		40	7,7	1,9	
Nivel socioeconómico																				
Bajo	71	3,7	1,4	0,74	71	9,0	2,2	0,33	71	7,8	1,9	0,23	38	6,1	3,0	0,25	69	7,8	2,1	0,75
Alto	66	3,8	1,8		67	8,6	2,3		67	8,2	1,8		45	6,8	2,4		66	7,9	1,8	

PCA: primer contacto (acceso); PCU: primer contacto (utilización); CI: continuidad interpersonal; CII: coordinación (integración de la información); CSI: Coordinación (sistemas de información). Nivel socioeconómico bajo: inferior, medio inferior y medio; alto: medio-superior y superior. Buena salud: excelente, muy buena y buena; mala salud: regular y mala. M: Media. DE: desvío estándar. ‡: responden solo aquellos que visitaron otros servicios. Test T y ANOVA para la diferencia de medias. *p < 0,01; † p < 0,05; ‡ p < 0,1

Tabla 4. Nivel de cumplimiento de las funciones de primer contacto, continuidad y coordinación según características sociodemográficas y de salud, referidos por los cuidadores de los niños de los centros de salud de la Dirección de Atención Primaria de la Salud.

Característica	Funciones de la APS																			
	PCA				PCU				CI				CII				CSI			
	n	M	DE	p	n	M	DE	p	n	M	DE	p	n [‡]	M	DE	p	n	M	DE	p
Edad																				
Menos de 2 años	91	3,6	1,4	0,05 [†]	94	9,0	1,5	0,11	91	8,4	1,5	0,00 [*]	35	6,0	2,7	0,59	91	8,4	1,5	0,01 [*]
2 a menos de 5 años	62	3,7	1,6		63	8,8	1,9		62	7,9	1,7		23	6,4	2,4		61	7,8	1,8	
5 a menos de 12 años	56	3,6	1,7		56	9,1	1,7		55	7,5	2,3		36	6,1	3,0		54	7,5	2,1	
12 a 18 años	18	2,6	1,4		18	9,86	0,3		18	6,3	3,1		12	5,1	2,6		17	7,4	1,9	
Sexo																				
Femenino	100	3,4	1,5	0,12 [‡]	103	9,0	1,6	0,63	99	7,7	2,2	0,24	43	6,1	2,4	0,80	97	8,0	1,9	0,44
Masculino	127	3,7	1,6		128	9,1	1,6		127	8,0	1,9		63	6,0	3,0		126	7,8	1,8	
Nivel de escolaridad del AR																				
Secundaria incompleta o menor	151	3,5	1,5	0,52	152	9,2	1,4	0,07 [‡]	151	7,9	1,9	0,69	64	6,3	2,7	0,17	148	7,9	1,9	0,55
Secundaria completa o mayor	72	3,6	1,6		75	8,7	1,9		71	7,8	2,2		39	5,5	2,8		71	8,1	1,6	
Cobertura sanitaria																				
Solo pública	192	3,5	1,5	0,38	194	9,1	1,5	0,07 [‡]	191	7,8	2,0	0,58	85	6,1	2,5	0,65	189	8,0	1,8	0,61
Una o más cobertura privada o de obra social	35	3,8	1,7		37	8,6	2,0		35	8,1	2,0		21	5,7	3,5		34	7,8	1,7	
Salud percibida																				
Buena salud	202	3,6	1,5	0,05 [†]	202	9,1	1,6	0,54	202	8,0	2,0	0,89	94	6,0	2,8	0,57	202	7,9	1,8	0,19
Mala salud	13	3,3	1,9		13	9,4	1,1		13	7,9	2,0		6	6,7	1,8		13	8,6	1,3	
Nivel socioeconómico																				
Bajo	110	3,5	1,5	0,59	110	9,2	1,5	0,38	110	8,0	1,9	0,73	48	6,3	2,9	0,49	110	8,0	1,6	0,79
Alto	100	3,6	1,5		100	9,0	1,7		100	7,9	2,2		48	5,9	2,6		100	8,0	1,9	

PCA: primer contacto (acceso); PCU: primer contacto (utilización); CI: continuidad interpersonal; CII: coordinación (integración de la información); CSI: Coordinación (sistemas de información). AR: adulto responsable (responde y cuida al niño). Nivel socioeconómico bajo: inferior, medio inferior y medio ; alto: medio-superior y superior. Buena salud: excelente, muy buena y buena; mala salud: regular y mala. M: Media. DE: desvío estándar. ‡: responden solo aquellos que visitaron otros servicios. Test T y ANOVA para la diferencia de medias. *p < 0,01; † p < 0,05; ‡ p < 0,1

Tabla 5. Temas tratados con Equipos Zonales Interdisciplinarios, los encargados o los equipos de salud de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Córdoba en 2014 en las actividades de transferencia de resultados, reflexión y consenso.

Grupo de trabajo	Temas tratados	Puntos sugeridos para reflexionar
	Presentación del proyecto y propuesta de trabajo	
	Resultados de la encuesta a usuarios y equipos de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Acerca del instrumento de medición • Contexto de los estudios • Características de los servicios y de la población estudiadas • Resultados más importantes
	Informe y reflexiones finales para el mismo	<ul style="list-style-type: none"> • Puntos fuertes de la evaluación a usuarios y equipos • Puntos débiles de la evaluación a usuarios y equipos
	Planificación del taller de transferencia de resultados a los equipos de los centros de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la Guía de preguntas orientadoras para el taller • Organización del taller (modalidad de trabajo más oportuna, lugar, convocatoria, participantes) • Otras modalidades de transferencia de los datos
Taller investigativo con equipos de salud		<ul style="list-style-type: none"> • Propuestas de cambios • Fortalezas y debilidades de los equipos de salud
Jornada de socialización con encargados de centros de salud		<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de resultados (disertación)
Análisis FODA con miembros de los EZI y directivos de la DAPS		<ul style="list-style-type: none"> • Fortalezas y debilidades • Oportunidades y amenazas

8 DISCUSIÓN

Este estudio reveló diferencias en la valoración del acceso, la continuidad y la coordinación con la APS, según las características sociodemográficas estudiadas y de salud percibidas evaluadas, de los usuarios del primer nivel de atención municipal. Los equipos reflexionaron acerca de estos resultados, generaron propuestas de cambios y evaluaron oportunidades y barreras para llevar adelante mejoras.

La mayor parte de las personas usuarias de estos centros fueron mujeres jóvenes y niños, coincidiendo con el propósito con el que inicialmente fueron conformados los mismos: APS para algunos sectores vulnerables de la población. Estas personas, que en general no cuentan con secundario completo y sólo tienen cobertura de salud pública, utilizan estos centros para la mayor parte de sus necesidades en salud a pesar de declarar deficiencias en el acceso de primer contacto.

Se observó un peor acceso de los adultos y niños que perciben su salud como regular o mala, lo cual revela una clara desigualdad a quienes podrían estar manifestando mayores necesidades. También hubo diferencias en el acceso de primer contacto de acuerdo a la edad de los usuarios: a mayor edad de los niños, los cuidadores refirieron menor cumplimiento de esta función.

Hubo una buena valoración de la relación médico-paciente, en cuanto a la confianza y aspectos comunicacionales, pero parece haber un conocimiento de la enfermedad, más que de situaciones sociales de las personas en su ámbito. En un estudio en escolares de la ciudad de Córdoba, los cuidadores de los niños declaraban una aceptable experiencia de continuidad interpersonal, que era mejor cuando identificaban a un médico en vez de a un centro de salud¹⁹. También se observaron diferencias en la continuidad de los usuarios adultos por edad, ya que refirieron mejor continuidad interpersonal a mayor edad, como se ha observado en otras poblaciones^{20,21}. Así como se pudo demostrar diferencias en el acceso de los niños de acuerdo a su edad, esta función de continuidad mostró peores puntuaciones a mayor edad. En otro estudio, los médicos que se sentían unidos a la comunidad fomentaron una mejor continuidad relacional, mientras que un estilo orientado a la accesibilidad (por un gran volumen de pacientes) dificultaron la misma²².

Desde la perspectiva de los equipos, la función de primer contacto está limitada estructuralmente (accesibilidad) y puede suponer una barrera para los trabajadores. Se debería disponer de más servicios por la tarde y de teléfono para dar turnos y orientar la atención, pero se considera que la atención 24 horas centrada en enfermedades y emergencias no es prioritaria. En un estudio que utilizó PCAT para evaluar modelos organizacionales, la accesibilidad fue mejor cuando contaban

con 10 médicos o menos, una enfermera, acceso a teléfono las 24 horas al día y 7 días a la semana, acuerdos operativos para facilitar la atención con otros establecimientos de atención de salud, y los servicios sin cita previa de la tarde²².

Existe una mirada del sistema fragmentado no solo de los profesionales sino también de la propia población en un contexto en el que existe libre acceso a todos los niveles de atención. Los profesionales parecen asumir responsabilidad de lo que ellos derivan a otros niveles de atención pero no sobre lo que los usuarios hicieron por su cuenta, lo que se observa en la menor integración de la información en coordinación con otros niveles, lo cual es peor para mujeres usuarias de estos centros. En cuanto a los sistemas de información, los usuarios refirieron que no pueden obtener fácilmente su historia clínica, y los profesionales no reconocen de manera unánime este derecho, posiblemente atendiendo al cuidado de la confidencialidad de los datos en el caso de las historias clínicas que en muchos de los centros son historias clínicas familiares. En otros contextos, se ha visto que la coordinación se asoció con más acuerdos operacionales, acceso telefónico continuo, y era mejor cuando los médicos trabajaban a tiempo parcial en los hospitales y realizaban una gama más amplia de los procedimientos médicos en su consulta²².

Una de las limitaciones de este estudio, es que la investigación tuvo como población de estudio disponible a los usuarios, es decir, personas que han accedido a los servicios, por lo tanto, los resultados no pueden inferirse a la población general de la ciudad ni a los habitantes del área de influencia de los centros. De todas maneras se espera que las reflexiones generadas a nivel local se tengan en cuenta si se realizaran transformaciones a futuro y para permitir la comparación con otras evaluaciones.

9 RELEVANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA

Esta evaluación se realizó sobre la base de modelos conceptuales reconocidos internacionalmente y herramientas logradas por cuidadosos procesos de adaptación y validación. Este proyecto intenta incidir directamente en la discusión acerca del desempeño de los servicios de salud en el contexto local de una organización que gestiona el primer nivel de atención público. Se propuso la interacción el equipo de investigación con los actores de la propia organización, permite cumplir con un propósito fundamental de la investigación en servicios de salud como es la reflexión acerca de la práctica tanto en el nivel de provisión de servicios como en el de gestión y planificación. Por otra parte, se podría utilizar esta herramienta de evaluación de la calidad de la atención, a través de su aplicación en el tiempo para obtener un importante y continuo diagnóstico de proceso en una institución como la evaluada. El hecho de que el cuestionario PCAT haya sido adaptado transculturalmente en otros países de la región y del mundo, amplía la posibilidad de comparar resultados entre sistemas de salud diversos.

10 COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados de este estudio son de interés local ya que su transferencia implica la aplicación de los resultados en la investigación o en el diseño de políticas sanitarias en Argentina.

A partir de los resultados preliminares de este trabajo se realizaron presentaciones de dos resúmenes en el Congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General, y en las Jornadas de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. El trabajo “Longitudinalidad en el primer nivel de atención: la mirada de usuarios y equipos de salud” recibió el tercer premio en el Congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General.

Las actividades propuestas por este estudio muestra las diferentes modalidades que pudieron emplearse al implicar a quienes proveen los servicios. Otros destinatarios de los resultados son los usuarios, siendo mucho más importante aún la implementación de estrategias cualitativas, que permitan comprender las características comunicacionales de estos a la vez que se transfieren los resultados, para poder transmitirlos de la manera más adecuada.

Se expondrá este proceso en eventos y publicaciones de carácter técnico y científico para ponerlo a consideración de actores de otros contextos que podrían conducir investigaciones similares. Además, podrían ponerse a consideración de los equipos de salud y las organizaciones comunitarias que podrían actuar de intermediarios en la transferencia del conocimiento entre los investigadores y la población usuaria.

11 ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

APS: Atención primaria de la salud

DAPS: Dirección de atención primaria de la salud

EZI: Equipos zonales interdisciplinarios

DE: desvío estándar

12 AGRADECIMENTOS

Las autoras agradecen a las autoridades y personal de la Dirección de Atención Primaria de Salud de la Municipalidad de Córdoba por las acciones que permitieron realizar este estudio, en las personas de la Dra. Ana Lia Torres, Subsecretaria de Salud; Lic. Claudia Casadei, Subdirectora de Atención Primaria; el Dr. Gustavo Martínez, Jefe del Departamento de Planificación y Asistencia Técnica; el Sr. Walter Palacios, Jefe de Mantenimiento; y miembros de los Equipos Zonales Interdisciplinarios que acompañaron al equipo que realizó el trabajo de campo facilitando la entrada a los centros de salud.

13 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Mayo 2004.
- ² Paganini JM, Etchegoyen GS, Bo A, Rubio AM, Stival JJ, Fredeimberg A, Matkovic G, Hipperdinger A, Pérez Raventós A, González M, Zelayeta A. Evaluación de sistemas de salud y la estrategia de APS. *Rev Argentina de Salud Pública*. 2010; 1 (2):18-23.
- ³ World Health Organization. *World Health Report 2008: Primary health care: now more than ever*. Geneva: World Health Organization; 2008.
- ⁴ Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP. Grupo de consenso sobre un marco de evaluación de la atención primaria en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(5):377-84.
- ⁵ Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C; Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2-3):73-84.
- ⁶ Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. New York. Oxford University Press; 1998.
- ⁷ Shi L, Starfield B, Xu J, Politzer RM, Regan J: Primary care quality: community health center and health maintenance organization. *Southern Med J*. 2003, 96:787-795.
- ⁸ Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. New York. Oxford University Press; 1998.
- ⁹ Aller H, et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del Sistema de Salud en Cataluña. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2010; 84(4): 371-387.
- ¹⁰ Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:452-454.
- ¹¹ World Health Organization (WHO). Bridging the “Know-Do” Gap: Meeting our knowledge traslation in Global Health. Geneva. WHO; 2006: 1-17.
- ¹² Ward VL, House AO, Hamer S. Knowledge brokering: exploring the process of transferring knowledge into action. *BMC Health Serv Res*. 2009; 9:12
- ¹³ Berra S. El estudio de las funciones de la atención primaria de la salud. Adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en Argentina. Córdoba (Argentina): Universidad

Nacional de Córdoba; 2012. Disponible en:

http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/05/2012_FuncionesAPS_AR-PCAT_CIESS-UNC.pdf

- ¹⁴ Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfield B. Adaptación del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud (PCAT) al contexto argentino. *Rev Argent Salud Pública* 2011;2(8):6-14.
- ¹⁵ Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, de Oliveira MM, Starfield B, Harzheim E. Validity and reliability of the Argentine version of the PCAT-AE for the evaluation of primary health care. *Rev Panam Salud Publica*, 2013 Jan; 33(1):30-9.
- ¹⁶ Fundación CLACYD. Iniquidad y desarrollo Infantil, 0-2 años. Publicación N° 6. Ediciones Sima, Córdoba: 2002. ISBN 987-20516-3-1, 86 pág.
- ¹⁷ Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En J.M. Delgado y J. Gutiérrez (Coords.), *Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis. 1999
- ¹⁸ Ibáñez J. Cómo se hace una investigación mediante grupos de discusión. En: García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F, editores. *El análisis de la realidad social*. Madrid: Alianza Editorial; 1990. p. 489-501.
- ¹⁹ Rivera C, Felló G, Berra S. La experiencia de continuidad con el proveedor de atención primaria en escolares. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):227-34. Disponible en:[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)739](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)739)
- ²⁰ Jatrana S, Crampton P, Richardson K. Continuity of care with general practitioners in New Zealand: results from SoFIE-Primary Care. *N Z Med J*. 2011 Feb 11;124(1329):16–25.
- ²¹ Kristjansson E, Hogg W, Dahrouge S, Tuna M, Mayo-Bruinsma L, Gebremichael G: Predictors of relational continuity in primary care: patient, provider and practice factors. *BMC Fam Pract* 2013, 14:72.
- ²² Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of Primary Health Care. *Ann Fam Med*. 2008 6: 116-123. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.802>