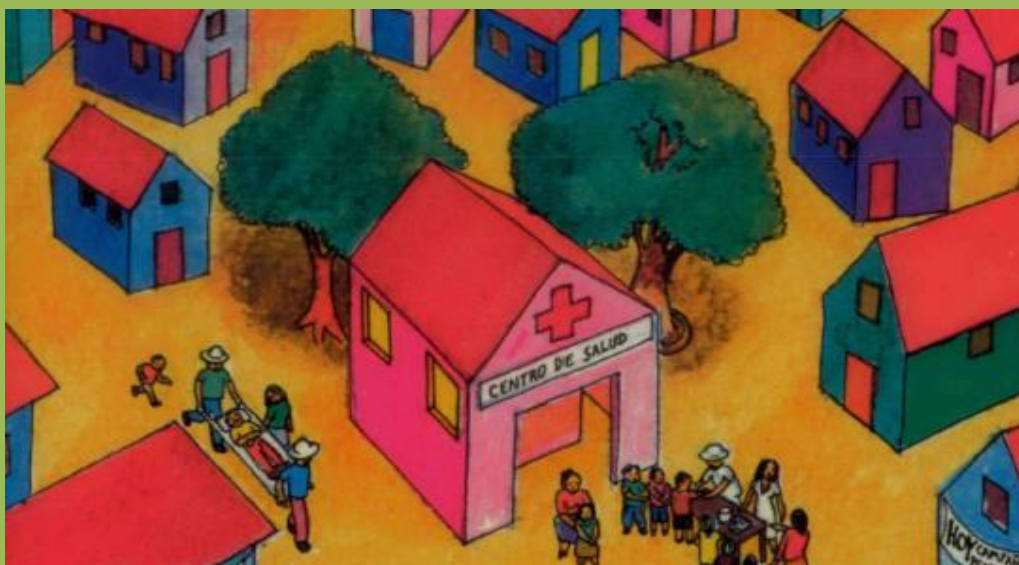


# RESOLUTIVOS ¿PARA QUIENES?

Trabajo de investigación cuanti-cualitativo  
evaluativo transversal- inédito



2015

**Autores:**

Fernández, Vanesa (Residente de 2º año de Medicina General de Chascomús)

Pelegrin, Martin A. (Residente de 2º año de Medicina General de Chascomús)

**Tutora docente:**

Altamirano Raminger, Cintia S. (Residente de 4º año de Medicina General de Chascomús)

CIC "EL PORTEÑO",  
Mansilla y Calle 3, ciudad  
de Chascomús, provincia  
de Buenos Aires.

Teléfono: 02241431646

CP: 7130

**“RESOLUTIVOS: ¿PARA QUIENES?”**

**LUGAR:** Ciudad de Chascomús, Residencia de Medicina

General. **DOMICILIO:** Saavedra 136

**TELEFONO:** 0111533555724 **E-mail:** [vane\\_fernandez@live.com](mailto:vane_fernandez@live.com)

**TIPO DE TRABAJO:** Investigación Cuanti-Cualitativa Evaluativo Transversal; **CATEGORÍA TEMÁTICA:** Gestión

**Introducción:** La resolución de las problemáticas de salud es una función primordial de la APS. Para ser resolutive, debe ser accesible e integral, y contemplar la complejidad que caracteriza al PNA.

**Objetivo:** Evaluar la resolutive que percibe y aplica el personal de salud que se desempeña en el primer nivel del barrio el porteño de la ciudad de Chascomus, entre marzo y agosto 2015, interpelando dicha caracterización con registros constatables en las fuentes primarias de datos, con las percepciones de quienes demandan al mismo en comparación con los lineamientos resolutive propuestos para la APS según la OPS.

**Material y Métodos:** En el abordaje cuantitativo utilizaremos un diseño de tipo descriptivo y en el cualitativo un diseño hermenéutico-dialectico. Muestreo: Aleatorio simple para las fuentes de datos primarias. Entrevistas en profundidad al personal de salud y personas de la comunidad.

**Resultados:** La resolutive para el primer nivel de atención adoptó concepciones heterogéneas por parte de las personas entrevistadas, reconociendo diversos determinantes que subyacen a ella.

**Conclusiones:** El porcentaje estipulado de resolutive para el PNA carece de utilidad práctica ya que no contempla las percepciones resolutive de las personas que demandan a dicho efector de salud.

193 palabras

**PALABRAS CLAVE:** resolutive, primer nivel de atención, Gestión.

**SOPORTE TECNICO:** Proyector y pantalla

## **Abreviaturas**

APS: Atención Primaria de la Salud

EAPS: Estrategia de atención primaria de la salud

MG: Medicina/medicx general

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización mundial de la salud

OPS: Organización panamericana de la salud

PNA: Primer nivel de atención

PS: Promotora de salud

TS: Trabajador Social

RMG: Residencia/residente de medicina general

*Se decide utilizar el símbolo "X" en las expresiones escritas a fin de respetar las diferencias que se asumen en función del género.*

## **INDICE**

Introducción.....	1
Fundamento.....	3
Objetivos.....	5
Marco conceptual.....	5
Diseño metodológico.....	12
Resultados	
Cualitativos.....	16
Cuantitativos.....	20
Discusión.....	23
Conclusiones y propuestas.....	30

## INTRODUCCION

Dentro de las funciones principales de la APS, definidas por Bárbara Starfield,<sup>1</sup> la resolución de las problemáticas de salud, aparece como una de las funciones secundarias de la misma, en el contexto del abordaje comunitario. “Es necesario centrar la atención a la resolución de los problemas de salud de la comunidad a la cual tiene como población diana”.

Desde la implementación de la EAPS, la resolutivez, considerada como uno de sus elementos constitutivos, ha asumido aseveraciones disímiles. Por un lado, ha sido concebida como un fin, producto de una sucesión de recursos utilizados, destinada a resolver aquello que se estipula que se resuelva y en la forma en que está definido que se haga, concibiendo al otro como un usuario de servicios:<sup>2</sup> “El concepto de redes de atención sanitaria se ordena según un principio fundamental, tal como es el distinto nivel de **complejidad o capacidad resolutivez** que caracteriza a cada uno de los efectores comprendidos en el sistema”<sup>3</sup>. Por otro lado, en diferentes escenarios se revela que ésta es parte de un proceso articulado de respuestas, concibiendo al otro como un ser integral, perspectiva que adoptan lxs investigadores: “Desde un punto de vista de los resultados finales de salud de los pacientes, entenderíamos que la atención primaria es resolutivez si es **accesible** y desarrolla su responsabilidad de atención **integral**, a través de la gestión del conjunto del proceso asistencial, con independencia del nivel que se requiera para la atención”<sup>4</sup>

La EAPS se desarrolla en un PNA caracterizado, según los niveles de complejidad asistencial, por una escasa disponibilidad de recursos tecno-farmacológicos y bajos costos en salud. Esta noción de complejidad sirve para organizar la red de una manera más eficiente y está basada en la evidencia y en el principio establecido en la APS, que sostiene que los problemas de salud menos complejos son los más frecuentes y requieren tecnologías de bajo costo y los problemas más complejos son los menos frecuentes, pero también son los más costosos.<sup>5</sup> Sin embargo para comprender la resolutivez del PNA es necesario abordarla desde la complejidad que la caracteriza. “Hay que evitar dar respuestas simples a situaciones y problemas complejos”<sup>6</sup>. La escasez de recursos técnicos y la menor precisión de los mismos no excluyen la complejidad presente en el PNA, en tanto al abordaje resolutivez de sujetos singulares. “La complejidad, puede y debe ser inteligida, es decir, captada para su comprensión. Impulsa a producir un giro en su manera de entender las entidades que analiza, las relaciones internas de sus componentes y las relaciones que mantiene con otros objetos también complejos con los que comparte ciertos contextos”<sup>7</sup>.

Fenómenos complejos, como es la resolutivez en el PNA, se han caracterizado y a partir de eso medido, en términos cuantitativos, reduciendo y homogenizando las problemáticas de los sujetos y aboliendo sus percepciones: “En la distribución de pacientes según complejidad y requerimiento asistencial se da por sentado que más del 85% de los problemas pueden resolverse en APS”<sup>8</sup>.

Como residentes de segundo año de Medicina General, de la ciudad de Chascomús, provincia de Buenos Aires, nos formamos en el PNA, en un area semi rural en contacto permanente con las complejas realidades de las trescientas familias que viven en el barrio. En este escenario y motivados por esta especialidad que empezamos a transitar, percibimos una cierta arbitrariedad en los discursos que resuenan estipulando el accionar del médico general: *“esto se tiene que seguir con otra complejidad” “como generalista no podes hacer esto” “el 85% de las consultas no se tienen que mandar al hospital”*. Frente a estos discursos, mas percibiendo la exhaustiva búsqueda de respuestas a las complejas problemáticas por parte de las personas que demandan al PNA, decidimos reflexionar acerca de dichas discrepancias con nuestra referente personal y de la especialidad, tutora de este trabajo. A partir de lo cual, surgió la idea de hacer esta investigación. Desde este contexto, nos preguntamos: ¿Cuál es la percepción del personal de salud que se desempeña en el efector del primer nivel de atención del barrio “El Porteño”, respecto a la resolutivez de las problemáticas de salud que frecuentemente se abordan en dicha institución, en la ciudad de Chascomús, provincia de Buenos Aires en el período comprendido entre marzo-agosto del 2015? Dichas percepciones ¿se correlacionan con aquellas que refieren las personas que demandan a dicho efector? Estos resultados, ¿son objetivables en los elementos de registro utilizados y se corresponden con el 85% de resolutivez esperable para dicho nivel de atención según la OPS?

Inmersos en esta complejidad y priorizando la necesidad de conocer la realidad y basarnos en ella para el accionar, ya que “sería absurdo pretender resolver problemas extrapolando experiencias mecánicamente o pareceres ciegamente”<sup>9</sup>, decidimos llevar a cabo esta investigación con el objetivo de evaluar, en concepto y praxis, a la resolutivez del PNA como es percibida por el personal de salud y por las personas que demandan al mismo interpelando dicha caracterización con la resolutivez esperable según la EAPS.

Para este trabajo de investigación, la resolutivez del PNA es entendida como la capacidad de los efectores del PNA para, a partir de las percepciones de las personas que concurren a dicho efector y en relación a las problemáticas planteadas por estas, posteriormente a una priorización participativa de las mismas, garantizando sus derechos y contando con los

recursos y conocimientos necesarios, se desencadenen procesos de respuesta articulados con las redes existentes que sean acordes a las expectativas de quien lo plantea, efectuando asimismo un seguimiento longitudinal de la/s situaciones/dolencias/deseos expresadas.

## **FUNDAMENTO**

Profundizar en el concepto de resolutivez surge de la necesidad de definir los preceptos que subyacen y determinan nuestras prácticas, *entendiendo que toda acción surge de una manera de mirar las cosas*<sup>10</sup>. Para comprender nuestras acciones, sus significados y significancias, no alcanza exclusivamente con compararlas con aquellas preestablecidas en función de nuestro rol esperable, anulando así la singularidad de experiencias y expectativas frente a qué esperamos como personal de salud y qué espera la comunidad que se resuelva, y cómo en el PNA: *“Por el puro hecho de que tenemos la expresión de “el significado” de una palabra, estamos destinados a llegar al equívoco: nos lleva a pensar que las reglas son responsables de algo que no es una regla, mientras que éstas solo son responsables de las reglas”*.<sup>A</sup> Es preciso evaluar la resolutivez como concepto y su aplicación práctica desde todas las perspectivas que lo constituyen. Tal como refiere Freire, evaluar, no como un mero instrumento de recriminación, sino como un camino a la capacitación y transformación.<sup>11</sup>

Para evaluar aquellos elementos constituyentes de la capacidad resolutivez del PNA, es prioritario considerarlos en el contexto en el cual se circundan. *“Pretendemos analizar la pertinencia, los fundamentos teóricos, la productividad, los efectos y el rendimiento de una intervención, así como las relaciones existentes entre la intervención y el contexto en el cual se sitúa”*<sup>12</sup>. Esta evaluación, es enmarcada muchas veces dentro de las evaluaciones de *calidad en atención*, entendida ésta como un *“cambio positivo en la historia natural de una enfermedad, riesgo, condición de salud atribuible a la acción de las ciencias de la salud a través de los sistemas y servicios de salud”*<sup>13</sup>. Las evaluaciones de *calidad*, circunscriben a la salud como un bien de mercado, anulando las percepciones de quienes se convierten en objetos de esa mercantilización. Los resultados de las mismas son respuestas dicotómicas de satisfacción o insatisfacción, que no reflejan sus percepciones y no permiten un accionar transformador *“La mayoría de los pacientes atendidos se encuentra conforme y satisfecha con la atención brindada”*<sup>14</sup>. Estas evaluaciones, son una adecuación de los sistemas y servicios de salud ¿para quienes? ¿Para los efectores y funcionarios del mismo que determinan las respuestas posibles? Los lineamientos en donde aflora la resolución esperable para el equipo de atención primaria se encuentran restringidos a un porcentaje asistencial-curativo como meta: *“más del 85% de los*

---

A

*problemas pueden resolverse en APS, entre el 10 y el 12% precisan consulta y atención compartida con la atención especializada y solamente el 3-5% requerirán primordialmente atención especializada*<sup>15</sup>. Frente a lo cual cabe preguntarnos ¿alcanza con obtener dichos resultados cuantitativos para decir si se es o no resolutivo?

Las situaciones de salud que se pueden responder en el PNA están dogmáticamente delimitadas. Esta delimitación, no solo existe en la arbitrariedad de consultas estipuladas a resolver, sino también en la fragmentación de los sujetos. Estos son considerados demandantes por las cuestiones biomédicas prevalentes, sin contemplar a los mismos desde una perspectiva integral. “La capacidad resolutiva de los Centros de Salud en el PNA refiere a la capacidad por parte de estos efectores de resolver aquellos motivos de consultas propios del PNA. Asimismo, la capacidad resolutiva implica reducir el impacto de eventos de salud-enfermedad con anterioridad a su aparición o manifestación.”<sup>16</sup>

A partir de considerar la salud como sinónimo de *Vida*, tal como fue reflejado en una investigación a partir de las percepciones de las personas que demandan al PNA, se habilita la *existencia vital del sujeto contextualizado como absoluto*<sup>17</sup>. De esta forma no es posible concebir la salud en forma fragmentada. No obstante, algunos sostienen dicha disgregación compartimental de los sujetos y sus problemáticas, como parte de una estrategia resolutiva “*limitando la medida de la capacidad de resolución de los servicios sanitarios a aquellas actividades que le son propias y evitando la confusión de atribuirle todo lo referente a los aspectos relacionados con la salud*”<sup>18</sup>. Desde esta perspectiva, no puede considerarse al sistema de salud como una unidad fraccionada. Sin embargo, los marcos normativos de la APS parecen vislumbrar para quienes lo redactan, qué consideran que es ser resolutivo para ellos, desde una mirada homologadora del accionar, que brinda servicios a poblaciones que pareciera que son también homologables entre sí, situándose dentro de un aparente paradigma contra hegemónico que reproduce la hegemonía de quienes dictaminan por otros.<sup>19</sup> La medida de resolución, no fue pensada desde las comunidades, así como no contempla los caracteres cualitativos que hacen a las heterogeneidades de respuestas frente a personas singulares. El sistema sanitario pretende ofrecer soluciones simples, aquellas que tal vez en el pasado ayudaron a resolver otros problemas y otras situaciones<sup>20</sup>.

Las tendencias para mejorar las respuestas en el PNA se centran en maximizar la eficacia y la eficiencia a través de la utilización de los recursos tecnológicos. Estas “*innovaciones han aumentado considerablemente la capacidad de resolución de problemas de los equipos de atención primaria*”<sup>21</sup>. En estas disposiciones formales de la macrogestión, la resolutividad del



PNA forma parte de la planificación de políticas públicas. Para dicha planificación, el concepto de situación, entendido como la realidad explicada por un actor social que vive en ella<sup>22</sup>, ocupa un lugar central. La relevancia de conocer la realidad de los sujetos, quienes definen sus problemas y sus expectativas de resolución, queda reflejada en el diagnóstico de situación de salud, considerado un herramienta fundamental en la APS: “El análisis de la situación de salud es una práctica necesaria en la APS, cuyo propósito es la identificación y el grado de prioridad de los problemas de salud de la comunidad para desarrollar acciones que contribuyan a su solución”<sup>23</sup>. Por lo tanto, la gestión de los servicios de salud y el desarrollo de políticas públicas orientadas a un PNA resolutivo, es prioritario construirlo a partir de las percepciones de las personas que demandan, en la realidad en la que están circunscriptas.

### **Objetivo general**

Evaluar la resolutividad que percibe y aplica el personal de salud que se desempeña en el efector del primer nivel del barrio “El Porteño” de la ciudad de Chascomús en el período comprendido entre marzo y agosto del 2015, interpelando dicha caracterización con registros constatables en las fuentes primarias de datos de dicho efector, con las percepciones de quienes demandan al mismo y en comparación con los lineamientos resolutivos propuestos para la APS según la OPS.

### **Objetivos específicos**

- Problematizar el concepto de resolutividad que expresa el personal de salud del efector del PNA del barrio “El Porteño”, desde sus percepciones y aplicaciones en la práctica laboral.
- Visibilizar la resolutividad del PNA que es percibida y aspirada por las personas que demandan al mismo.
- Identificar en los instrumentos de registro utilizados en dicha institución, los indicadores del concepto de resolutividad aplicados al primer nivel de atención.
- Comparar los parámetros resolutivos evaluados en la realidad local con los lineamientos resolutivos propuestos para la APS según la OPS.
- Generar un instrumento de evaluación de la resolutividad en el primer nivel de atención, acorde a la realidad local.

## **MARCO CONCEPTUAL**

### **Concepciones y lineamientos de resolutividad en el PNA**

Resolver según la RAE es encontrar solución, entendiéndose a ésta como la *satisfacción* ante una duda. El concepto de *resolutividad* en APS, como se expresa frecuentemente, o el de *capacidad resolutiva*, tal como se menciona en otros textos, define a un PNA resolutivo por cuantas menos referencias a niveles de mayor complejidad o interdisciplinarias requiera: *“La necesidad de una atención de mayor complejidad es la causa más común de falta de resolutividad”*<sup>24</sup>.

Se expresan por diferentes equipos de APS las dificultades para alcanzar el porcentaje estipulado de resolutividad, *“no podemos pensar en una unidad básica de salud que sea resolutiva, que cumpla lo que las personas dicen con respecto a que 85% de los problemas se pueden resolver en la atención primaria, sin densidad tecnológica”*<sup>25</sup>. Porcentaje que se acerca al 85%, al 90 e incluso al 95% según diversos autores. Estas metas estipuladas, que se reflejan a nivel nacional e internacional, parecen ser de una disposición arbitraria, ya que en las diferentes fuentes bibliográficas analizadas no datan sus orígenes, ni se fundamenta el absolutismo cuantitativo que se generaliza. Sin embargo, se reproducen en los discursos realizados por los organismos internacionales: *“Un buen primer nivel de atención debe tener buenos equipos y personal, porque de ser así es capaz de resolver hasta 95% de los problemas de las consultas”*<sup>26</sup>

La OPS agrega diversos elementos constitutivos de la resolución en el PNA: *“la acción asistencial en el primer nivel resuelva la mayoría de las necesidades y **no derive cosas innecesariamente**, e idealmente **resuelva la urgencia durante las 24 horas** en sus propias instalaciones, de modo que sólo lleguen a los hospitales las reales emergencias.”*<sup>27</sup> Los sujetos, desde esta perspectiva, se convierten en objetos, frente a los cuales el PNA parece verse en una función exclusiva de descompresión de los niveles de mayor complejidad tecnológica; añadiéndoles la omnipotencia que estos deben poseer: *“La acción asistencial en el primer nivel esté disponible para recibir pacientes y darles cuidados continuos. Haga seguimiento de los pacientes dados de alta y evite recaídas.”*<sup>28</sup> Sin embargo, por momentos pareciera que el eje de respuestas estuviera puesto en aquello que la comunidad necesita *“Encaminarse hacia la salud para todos requiere que los sistemas de salud respondan a los desafíos de un mundo en transformación y a las crecientes expectativas de mejores resultados”*<sup>29</sup>

Por esto mismo creemos que es necesario considerar aquellas percepciones reales de las personas que se encuentran en este contexto de estudio. A partir de una investigación realizada por la RMG de Chascomús en los años 2012-2013, se visibilizaron muchas de las concepciones precedentes, donde las personas que demandan al PNA, expresaron estigmas de

un modelo dominante: *“existe un rol asumido de quien consulta. Aceptando así su lugar de deudores de cumplimiento con el profesional que les permite conocer que les sucede”*<sup>30</sup>.

Asimismo la resolución del PNA no siempre se limita a soluciones que excluyan la referencia a niveles de mayor complejidad, como una de las características que restringen la existencia de un PNA *resolutivo*, sino que algunos consideran a éste como una parte fundamental de la red de servicios de salud, responsable en conjunto de la resolución de las problemáticas presentadas. En este contexto, la capacidad resolutoria se ha considerado como una cualidad, y a la vez, un resultado del proceso de vinculación de la comunidad con el Centro de Salud: *“Es necesario tener en cuenta que, en el contexto de una red de servicios de salud, las múltiples y variadas necesidades y demandas de la población no siempre pueden ser resueltas por un solo establecimiento de salud. La capacidad resolutoria del proceso debe entenderse en este marco como un atributo de la red y no de los establecimientos que la conforman”*<sup>31</sup>.

Como agentes de *capacidad resolutoria*, específicamente formados para desempeñarse en el PNA, se encuentran los Médicos Generales. Frente al accionar de éstos, también subyacen conceptos de resolutoridad que disponen cómo debe ser su proceder. *“Muchos responsabilizan a los médicos generales que se desempeñan en el primer nivel de atención de una aparente baja resolutoridad que ocurre en comparación con el estándar esperable de consultas que requieren o no interconsulta con otra especialidad”*<sup>32</sup>. Los argumentos que sostienen dichas falencias, simplifican las características de las demandas y descontextualizan los múltiples determinantes que hacen que ésta pueda concretarse. *“En la práctica, las interconsultas se solicitan con demasiada frecuencia y en forma injustificada, porque revelan inconsistencias de diagnóstico y manejo clínico. Por ello, se ha acusado a los MG de la APS de fallas en su capacidad de resolución clínica y terapéutica”*.<sup>33</sup> Esto mismo se ve acompañado del histórico concepto de que los médicos del hospital tienen mayores conocimientos y de que el conocimiento en sí mismo se encuentra en el hospital y no en el PNA. Sin embargo, los parámetros empleados para suscitar esta baja resolutoridad, se vinculan exclusivamente a un alto porcentaje de interconsultas. No consideran los determinantes que subyacen a las mismas, así como si efectivamente se le da respuesta o no a la demanda de quienes consultan, ni las expectativas de estos últimos para resolver su problemática.<sup>34</sup>

### **Instrumentos de evaluación de la resolutoridad en el Primer Nivel de Atención.**

Si el fin de realizar evaluaciones es mejorar la eficiencia, eficacia y efectividad<sup>35</sup>, es necesario, a la hora de elaborar un instrumento que permita la evaluación sistemática, definir cuáles serán los objetivos a alcanzar, constituyentes de la eficacia de las intervenciones. Esa

definición de objetivos a alcanzar en APS viene premoldeada por sus características que desde hace años la conforman.

Muchos de los instrumentos utilizados, que consideraron de alguna forma la voz de la comunidad, fueron fundamentalmente *encuestas de calidad* en servicios de salud. Para estas encuestas, el concepto de resolutivez, está inmerso en la calidad de los servicios de salud: “Resolución es un concepto que integra calidad e idoneidad y que debe ser el fin último. El objetivo no es atender, es resolver”<sup>36</sup>. La satisfacción de lxs usuarixs, como uno de los constituyentes de la calidad de los servicios de salud, presenta resistencia a ser incluida por algunos autores, debido a la subjetividad inmersa en la definición de calidad para cada sujeto, además de la incompetencia de estos para establecer opiniones objetivas; donde la falta de conocimiento científico y técnico por parte de los pacientes y el estado físico o mental de los mismos puede, en algunos casos incapacitarlos, para emitir juicios objetivos.<sup>37</sup> Sin embargo tal como refiere Vuori (1987), es preciso rescatar la experiencia de los sujetos frente a las situaciones que estos atraviesan, sin predefinir qué es estar satisfecho, ni cuáles son las expectativas de satisfacción por parte de quienes demandan al PNA.<sup>38</sup>

Para la evaluación de la EAPS se han desarrollado diversos instrumentos. Algunos de los más utilizados son los PCAT (Primary Care Assessment Tools), un conjunto de cuestionarios desarrollados en Estados Unidos, por la doctora Bárbara Starfield y su equipo. El modelo que subyace a estos instrumentos se refiere a las funciones de los sistemas sanitarios para fortalecer la EAPS y a las funciones específicas del PNA. El conjunto de cuestionarios PCAT fue adaptado para su utilización en Argentina. Están compuestos por preguntas que miden las funciones esenciales de primer contacto, continuidad, coordinación e integralidad, así como las funciones secundarias de enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural. Está diseñado para ser respondido por usuarios de servicios de APS, profesionales, administradores de centros de salud o expertos en sistemas sanitarios.<sup>39</sup> La readaptación de estos cuestionarios consideró la diversidad cultural, en tanto al idioma a utilizar para poder aplicar dicho instrumento, pero sin considerar la multiplicidad de significados que las palabras atañen, acordes a las heterogeneidades locales: “los esfuerzos por evaluar el grado de implementación de las reformas han sido más bien aislados e igualmente heterogéneos”<sup>40</sup>. Estos instrumentos cuantifican las funciones de la APS, dentro de las cuales está comprendida, en la orientación comunitaria, según Bárbara Starfield, la capacidad resolutivez. Esta última puede considerarse un eje para la APS que incluye, al mismo tiempo, el resto de sus funciones primarias y secundarias, debido a la premisa de la APS de resolver la mayoría de los problemas de salud de una población<sup>41</sup>. En este contexto,

los instrumentos PCAT, logran evaluar diferentes aspectos constitutivos de la misma, a partir de la triangulación de datos ya que consideran diferentes percepciones, sin embargo, utilizan para ello cuestionarios, donde las preguntas son cerradas y las respuestas dicotómicas. De esta forma, se restringen los aspectos cualitativos<sup>42</sup> que conciernen a los sujetos que forman parte de la APS. Tal es así que, por ejemplo, en la función de continuidad, se les pregunta a las personas que demandan si se atienden siempre con el mismo médico, para luego categorizar dicha respuesta acorde a las expectativas de quienes diseñaron ese instrumento, mas no existe la consideración de si a esa persona le gustaría que las cosas se den o no de esa manera.<sup>43</sup>

Crear instrumentos que contemplen los caracteres cualitativos permite significar la voz de quienes deben ser lxs protagonistas del ***mundo real***: “Gracias a las herramientas que nos ofrece el campo cualitativo, comprendemos que justamente el empoderamiento de los sujetos no depende de un *estado* definido por variables cuantificables, sino por reconocer el poder de sus vivencias, sentimientos y opiniones”.<sup>44</sup> En este escenario, reconocer al otro, es considerar que ese otro puede decir algo importante<sup>45</sup>. La participación comunitaria emerge como un precepto de dicho reconocimiento del otro como un sujeto.

La gestión de servicios de salud tiene una mirada centrada en los resultados que se obtienen: “procesos poblacionales de trabajo preventivo se reconocen como un avance en la estrategia de APS y están claramente relacionadas a resultados en salud de la comunidad”<sup>46</sup> Sin embargo, ¿no es necesario conocer también los procesos que subyacen a dichos datos medidos? ¿No son los procesos mismos pasibles de evaluación? Es preciso crear instrumentos de evaluación de la resolutiveidad validados pero propios a la realidad local que contemplen dicho proceso “la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud se puede medir con herramientas de trabajo propias del primer nivel de atención. El procedimiento diseñado es un aporte a la integración de las redes en ese nivel de atención.”<sup>47</sup> Dentro de este contexto, en el Proyecto MPAR-5<sup>48</sup>: Poder resolutive y atención primaria, se mide la resolutiveidad en función de los resultados pero considerando la valoración global del sistema de salud para resolver.

Las dificultades que se expresan para la evaluación de la capacidad resolutive así como para su aplicación, de forma tal que responda a las expectativas de la comunidad, se reflejan en los procesos formativos a los que se someten quienes se desempeñan en el PNA. Se expresa una contradicción entre la defensa de una EAPS en manos de un médico generalista, y los mensajes orientadores de su formación, que el estudiante y el graduado reciben tanto del sistema de prestaciones como de los centros de capacitación, que lo inducen a insertarse en otra especialidad como instrumento óptimo para adecuarse a las demandas del mercado<sup>49</sup>.

La OPS y la OIT, quienes se encuentran trabajando entorno a las prácticas educacionales en las instituciones de salud, contribuyeron a la construcción de la propuesta de educación permanente en Salud.<sup>50</sup> En este paradigma de capacitación, la identificación de las competencias necesarias para los equipos, consiste en un trabajo participativo que establece cuál será la competencia y la forma en que se evaluará para conocer que ha sido lograda. En un nivel general, la identificación se realiza por medio de grupos de trabajo formados por representantes especializados de los empleadores, de los trabajadores y del gobierno. Se describe luego un proceso de normalización de las mismas. Frente a lo cual se establece una generalización de competencias y una definición en elementos constitutivos que sean mensurables para posteriores evaluaciones. La formación por competencias sustentadas en la educación permanente en salud, dista de la mera adquisición de conocimientos teóricos abstractos al contexto formativo. En lo que al conocimiento se refiere y a quienes se consideran poseedores del mismo, existe una relación entre el acceso al poder y la oportunidad de legitimar, generalizar y establecer como norma a ciertos preceptos: “tratarán de definir lo que se considera como conocimiento, la accesibilidad que tienen los diferentes grupos al conocimiento y cuáles son las relaciones aceptadas entre las diferentes áreas de conocimiento y entre los que tienen acceso a ellas y los que las hacen disponibles”.<sup>51</sup>

### **Los integrantes comunidad, protagonistas de la resolución**

En el camino a la resolución de un conflicto, es necesario el reconocimiento de éste: “Un problema es una brecha entre una realidad observada por un actor social y un valor o deseo de cómo debería ser (ROVERE 1993). Por lo tanto, los problemas no pertenecen al campo de los hechos sino al de la subjetividad: no hay problema sin sujetos. Son los sujetos los que establecen y perciben. De esta forma, reconocer un problema parte de considerar al otro como sujeto que percibe el mundo y para poder percibir lo que este plantee, tendré que ver con los ojos que ve.

Es preciso que se comprenda la heterogeneidad de sujetos con diversas problemáticas en una comunidad. “Para poner en práctica la promoción de la salud hay que considerar primero que la comunidad no existe. Lo “común” es más raro que lo diferente”<sup>52</sup>.

A partir del reconocimiento del otro como sujeto, para el abordaje de los problemas, es preciso priorizarlos, es decir, ordenarlos de acuerdo con el grado de importancia que le confiere el actor. Es necesario para ello que exista participación en la toma de decisiones y entender la determinación social de los problemas de salud, es decir, suprimir toda asociación meramente reduccionista y uni o multicausal. Este último concepto, indisoluble de los orígenes de la epidemiología crítica, interpela, llegando a la aniquilación, a los *factores de riesgo*. Factores que

no dejan de ser una representación probabilística, externa a los sujetos cuya funcionalidad es culpabilizarlos de sus propias acciones u olvidos y la de distraer las interpretaciones de la realidad a “factores” manejables.<sup>53</sup> Posteriormente al surgimiento de este concepto, la OMS en el año 2005 reconoció la falencia de esta nominación, y adoptó la de determinantes de la salud. Este último concepto continúa identificando factores, con una ligera vinculación que persiste siendo causal y sin profundizar en los orígenes sociales de todo conflicto, es decir continúa reproduciendo el paradigma de invisibilización de la realidad para utilizar aquellos aspectos de la misma más sencillamente “controlables”.

Dado que el proceso salud-enfermedad se expresa en el cuerpo y en la mente, y que la mayoría de sus orígenes parten de procesos sociales y que tanto estos como sus expresiones biológicas y psicológicas son históricas,<sup>54</sup> no es posible pues comprender el fenómeno salud-enfermedad fuera de las representaciones enmarcadas por el contexto histórico social y subjetivo de las personas. Una enfermedad, deja de esta forma de ser un mero parámetro alejado de la normalidad, para pasar a ser una persona enferma y por ende alguien que tiene una representación personal de dicha dolencia, sobre el que impactaran de alguna u otra forma las representaciones sociales sobre la misma en el contexto histórico y social en donde se desarrolla.

Si se quiere construir salud desde un modelo que respete los valores culturales y sociales, se debe contemplar y aceptar decidir con otros, recordando que “participar es redistribuir el poder”<sup>55</sup>. Para el siguiente trabajo, se consideraran los siguientes niveles de participación adaptados de Aguilar Idañes<sup>56</sup>:

*0. Sin participación: no existe participación sino imposición de prácticas que se “deben” realizar por quienes tienen el saber. El personal de salud toma la decisión.*

*1. Pseudoparticipación: participación como invitación o consulta. Se pretende que las personas que consultan formen parte de decisiones ya tomadas por el personal de salud.*

*2. Pseudoparticipación contextualizada: Se pretende que las personas que consultan formen parte de decisiones ya tomadas por el personal de salud. Sin embargo considera qué es lo óptimo para aquel según su contexto sociocultural y da lugar a su problematización.*

*3. Cogestión: se establecen mecanismos de codecisión. Se plantean las múltiples opciones posibles y la participación es compartida.*

Las instituciones crean mecanismos que convierten a la participación comunitaria en un carácter que pareciera que solo pudiera surgir de estas, limitando de esta forma que exista una real participación. Frente a esta limitación a la participación comunitaria por procedimientos institucionales la pregunta correcta no es “¿cómo hacer que la gente participe? sino ¿cómo hacer para levantar las barreras que los servicios de salud han ido generando históricamente para que la población no participe?”<sup>57</sup> Desde otra perspectiva, tal como refiere Mac Cormak<sup>58</sup>, la participación es vista como un medio para disminuir los costos del sistema sanitario: “El enfoque

de la participación comunitaria es una manera económica de ampliar el sistema de atención sanitaria a la periferia geográfica y social de un país”.

El fortalecimiento de la participación comunitaria, deviene de entender a la salud como un derecho humano fundamental<sup>59</sup>. No podremos pues, como trabajadores de la salud, despojarnos de la responsabilidad de propiciar la garantía de estos mismos y desencadenar procesos de respuesta articulados con las redes existentes.

Considerar las redes con las que cuentan los sujetos que demandan al efector de salud implica apuntar, no a la mera referencia y contrarreferencia de pacientes, partiendo desde el concepto de una relación jerárquica, sino a articular estos mundos heterogéneos que conforman los diferentes niveles de atención así como las diferentes disciplinas: “Para que exista una red tienen que existir vínculos solidarios, nada que ocurra en un lugar es ajeno a otro”<sup>60</sup>.

## **CONTEXTO DE ESTUDIO (VER ANEXO 1)**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

Tipo de estudio: trabajo de investigación cuanti-cualitativo evaluativo transversal. En el abordaje cuantitativo se utilizara un diseño de tipo descriptivo y en el cualitativo un diseño hermenéutico-dialectico. Ver ANEXO 2: paradigma de los investigadores.

*Según Niremborg, Brawerman y Ruiz, la investigación evaluativa es: “Una actividad programada de reflexión sobre la acción, basada en procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de información, con la finalidad de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables sobre las actividades, resultados e impactos de esos proyectos o programas, y formular recomendaciones para tomar decisiones”<sup>61</sup>*

Universo: Todas las personas que demandan al efector de salud y el personal de salud que se encuentran viviendo y trabajando respectivamente, en forma estable, desde junio del 2012 en el área programática del CIC “El Porteño”.

Muestra: acorde al problema de investigación planteado seleccionamos un muestreo aleatorio simple<sup>62</sup> para las fuentes primarias de datos (registro de historias clínicas) y aleatorio intencionado para las entrevistas en profundidad. Estas se implementaron para personas de diferentes grupos etarios, que concurren a este efector de salud, poseen su historia clínica en el mismo, deciden participar voluntariamente en esta investigación y han efectuado al menos una consulta entre el 1º y el 31º de octubre del 2014. La aleatoriedad fue implementada para la elección del mes a investigar, siendo posibles todos los comprendidos desde la inserción de la residencia de Medicina General (junio del 2012). Se decidió utilizar un período continuo de tiempo para poder evaluar en él las estrategias de seguimiento, en el caso de que estén



preestablecidas. La sujeción a un mes específico de consultas, está dada en correlación con las estadísticas locales que se generan a nivel hospitalario, cuyas planillas de registro y evaluación, se desarrollan mensualmente. En el ANEXO 3, se citan las técnicas que fueron empleadas para obtener la aleatoriedad. Asimismo se implementó un muestreo intencional a priori para el personal de salud del CIC “El Porteño” que trabaja en forma estable en el mismo desde junio del 2012.

### **Técnica de recolección y análisis de datos**

Se realizaron ocho entrevistas en profundidad a personas de la comunidad (ver ANEXO 4). Las mismas fueron seleccionadas en forma aleatoria a partir de las planillas de registro diario (hojas N°2<sup>B</sup>). La cantidad de entrevistas realizadas fue determinada por saturación de datos en las diferentes categorías analizadas. Asimismo, se efectuaron nueve entrevistas en profundidad al personal de salud del CIC “El Porteño” (ver ANEXO 5), dos trabajadores de enfermería, un trabajador social, una odontóloga, una licenciada en obstetricia, un MG y tres RMG. El clínico y la ginecóloga de este establecimiento, no aceptaron participar de esta investigación. Se realizó una grabación digital de audio a 3 consultas médicas realizadas por la especialidad Medicina General, en el período de desarrollo de esta investigación, con fines de evaluar la participación de las personas que demandan al efector del PNA. (ver ANEXO 6). Se evaluaron las historias clínicas de las personas que efectuaron al menos una consulta entre el 1º y 31º de octubre del 2014. (ANEXO 7) Decidimos utilizar el sistema de matrices de datos propuesto por Samaja, entendiendo la perspectiva de complejidad que es preciso traslucir. Considerando, basados en los preceptos de que existe un todo del cual se es parte y a su vez un todo que se disgrega en partes, un nivel de anclaje, en el cual se centra en forma prioritaria la investigación como punto de partida. Existe asimismo, un nivel supraunitario que incorpora los contextos significativos para dicho anclaje y un nivel subunitario definido por aquellos aspectos que requieren un análisis en profundidad, reflejando nuevos “entes” a ser evaluados.<sup>63</sup> (ver ANEXO 8)

### **Variables**

- Resolutividad del primer nivel de atención
- Lineamientos de resolutividad propuestos en la EAPS

---

<sup>B</sup> En los establecimientos públicos de la provincia de Buenos Aires, se utilizan las planillas N°2 de registro mensual de consultas. Las mismas contienen datos referidos a: nombre, apellido, edad y motivo de consulta, por especialidad.

**Unidad de análisis:** palabra expresada oralmente por parte del personal de salud del efector del CIC El Porteño y de las personas que demandan al mismo y palabras registradas por escrito en las fuentes primarias de datos de dicho efector.

**Hipótesis:**

*“La resolutivez de los problemas de salud presentados en el primer nivel de atención que es percibida y objetivada por el personal de salud de dicho efector y las personas que demandan al mismo no queda representada en el 85% de resolutivez esperable según los lineamientos resolutivos propuestos por la OPS para la APS”*

*“La resolutivez que plantea la OPS según la EAPS para el primer nivel de atención no se correlaciona con la resolutivez esperada por las percepciones de los sujetos que demandan al mismo”.*

**Operacionalización de variables**

VARIABLE	DIMEN SION	INDICADORES- PERSONAL DEL EFECTOR DEL PRIMER NIVEL	INDICADORES PERSONA QUE CONCURRE AL PRIMER NIVEL	INDICADORES PARA EL REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS
Resolutivez del primer nivel de atención: <sup>C</sup>	Reconoci miento de las problemát icas que motivan la consulta de los sujetos.	-Presencia/ausencia de manifestaciones orales que expresen la <u>identificación</u> por parte del personal del PNA de las problemáticas que motivan la consulta.(ejemplo: metrorragia, dolor hipogástrico, etc.)  -Presencia/ausencia de expresiones orales que Reflejen los <u>significados</u> que las problemáticas tienen para quienes demandan al efector del primer nivel de atención.(ejemplo: “tengo miedo de tener un cáncer”)  -Presencia de expresiones orales que representen los <u>determinantes</u> <sup>64</sup> que podrían vincularse con las problemáticas percibidas.	-Presencia/ausencia de manifestaciones orales que expresen el reconocimiento por parte del personal del efector de las problemáticas que motivan la consulta  -Presencia/ausencia de manifestaciones orales que reflejen la los <u>significados</u> que tienen las problemáticas planteadas.  -Presencia/ausencia de expresiones orales que reflejen la expresión de aquellos determinantes que se vinculen con las problemáticas presentadas.	-Presencia/ausencia de manifestaciones escritas que expresen la <u>identificación</u> por parte del personal del PNA de las problemáticas que motivan la consulta.(ejemplo: metrorragia) -Presencia/ausencia de expresiones escritas que Reflejen los <u>significados</u> que las problemáticas tienen para quienes demandan al efector del primer nivel de atención.(ejemplo: “tengo miedo de tener un cáncer”) -Presencia/ausencia de expresiones escritas que se refieran a aquellos determinantes de salud que forman parte de la cotidianidad del sujeto -presencia/ausencia de expresiones escritas que se refieran a los determinantes que se vinculan <sup>D</sup> directamente con la/s problemática/s que motivan la consulta.
	Participación en la elaboración de estrategias resolutivas. (serie de acciones encaminadas a resolver la/s	-Presencia/ausencia de expresiones orales que reflejen los niveles de participación de las personas que demandan al efector de salud en la accesibilidad al mismo. -Presencia/ausencia de expresiones orales que reflejen los niveles de participación de las personas que demandan al efector de salud en el planteo de las problemáticas presentadas. -Presencia/ausencia de expresiones orales que reflejen los niveles de participación de las personas que	-Presencia/ausencia de expresiones orales que reflejen los niveles de participación de las personas que demandan al efector de salud en la accesibilidad al mismo -Presencia/ausencia de expresiones orales que reflejen los niveles de participación de las personas que demandan al efector de salud en el planteo de las problemáticas presentadas. -Presencia/ausencia de expresiones orales que reflejen los niveles de participación del personal del efector de salud para la toma de decisiones acordes a los problemas planteados	Niveles de participación escritos para la toma de decisiones respecto al plan de acción frente a la problemática presentada (ejemplo: indico, se sugiere, decide hacer) <sup>E</sup>

<sup>C</sup> Definición propuesta por lxs investigadorxs: capacidad de los efectores del primer nivel de atención para, a partir de las percepciones de las personas que concurren a dicho efector y en relación a las problemáticas planteadas por estas, posteriormente a una priorización participativa de las mismas, garantizando sus derechos y contando con los recursos y conocimientos necesarios; se desencadenan procesos de respuesta articulados con las redes existentes que sean acordes a las expectativas de quien lo plantea, efectuando asimismo un seguimiento longitudinal de la/s situaciones/dolencias/deseos.

<sup>D</sup> Se consideraran aquellos datos que reflejen una anamnesis dirigida a posibles etiologías del motivo de consulta. Ej MC: fiebre: presencia de registros escritos que daten una anamnesis dirigida a otros síntomas, antecedentes y características que podrían orientar al diagnóstico etiológico.

<sup>E</sup> Se utilizara la escala de niveles de participación previamente definida en el marco

problemáticas)	<p>demandan al efector de salud para la toma de decisiones acordes a los problemas planteados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Presencia/ausencia de expresiones orales que reflejen los niveles de participación del personal del efector de salud para la toma de decisiones acordes a los problemas planteados</li> <li>- Determinantes percibidos de los niveles de participación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Presencia/ausencia de expresiones orales que reflejen los Niveles de participación de las personas que demandan al efector de salud para la toma de decisiones acordes a los problemas planteados, reflejadas en las expresiones orales</li> <li>-Determinantes percibidos en los niveles de Participación</li> </ul>	
Identificación del conocimiento necesario	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Percepción de la presencia/ausencia del conocimiento disciplinar necesario para favorecer la resolución de las problemáticas planteadas por quienes concurren al efector del primer nivel de atención.</li> <li>-Percepción de los determinantes vinculados a la Presencia/ausencia de dicho conocimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Percepción de la presencia/ausencia del conocimiento necesario del personal de salud para favorecer la resolución de las Problemáticas planteadas.</li> <li>-Percepción de los determinantes vinculados a la presencia/ausencia de dicho conocimiento</li> </ul>	
Identificación de la disponibilidad de recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Percepción de la presencia/ausencia de los recursos necesarios para resolver las problemáticas planteadas por quienes demandan al PNA.</li> <li>-Presencia/ausencia de expresiones orales y /o escritas que reflejen la elaboración de estrategias para facilitar la disponibilidad de los recursos necesarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Percepción de la presencia/ausencia de los recursos necesarios para resolver las problemáticas planteadas</li> <li>-Percepción de la elaboración/no elaboración de estrategias que faciliten la disponibilidad de los recursos necesarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Percepción de la presencia/ausencia de los recursos necesarios para favorecer la resolución de las problemáticas planteadas por quienes concurren al efector del primer nivel de atención.</li> <li>-Presencia/ausencia de expresiones escritas que reflejen la elaboración de estrategias para facilitar la disponibilidad de los recursos necesarios.</li> </ul>
Gestión de resultados (acciones dirigidas a la búsqueda de resultados)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Presencia de expresiones orales que denoten la articulación interdisciplinar e intersectorial en la búsqueda de resolución</li> <li>-Percepción de los determinantes vinculados a la Concreción de las articulaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Presencia/ausencia de expresiones orales que reflejen la articulación interdisciplinar e intersectorial</li> <li>-Presencia/ausencia de expresiones orales que reflejen la concreción de la articulación interdisciplinar e intersectorial</li> <li>-Percepción de los determinantes vinculados a la concreción de articulaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Presencia de expresiones escritas que denoten la articulación interdisciplinar e intersectorial en la búsqueda de resolución</li> <li>-Presencia de expresiones escritas que hagan referencia a los determinantes vinculados a la concreción de las articulaciones</li> <li>-Porcentaje de consultas en las que se solicitó la articulación intersectorial y/o inerdisciplinar</li> </ul>
Continuidad:	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Percepción de la posibilidad de seguimiento de las problemáticas planteadas.</li> <li>-Percepción de las estrategias implementadas para garantizar el seguimiento de las problemáticas planteadas</li> <li>-Percepción de los obstáculos y facilitadores para la realización del seguimiento de las problemáticas planteadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepción de la posibilidad de seguimiento de las problemáticas planteadas.</li> <li>-Percepción de las estrategias implementadas para garantizar el seguimiento de las problemáticas planteadas</li> <li>-Percepción de los obstáculos y facilitadores para la realización del seguimiento de las problemáticas Planteadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Presencia/ausencia de expresiones escritas que reflejen la posibilidad de localizar georreferencialmete a la persona que demanda al efector de salud. . (por ej: teléfono y domicilio)</li> <li>-Presencia/ausencia de expresiones escritas que reflejen el seguimiento de las sujetos que demandan al efector de salud frente a sus problemáticas ( ej. tiempo transcurrido desde última consulta vs tiempo estipulado en HC si es que se hace referencia)</li> <li>-Porcentaje de consultas registradas en las que no se concreto el seguimiento previsto.</li> </ul>

Lineamientos de "resolutividad" propuestos por la OPS para la APS <sup>F</sup>	<u>Comunicación</u>	-Presencia de expresiones orales que sugieran la elaboración de un/os diagnóstico/s a partir de las problemáticas consultadas  -Presencia de expresiones orales que sugieran la comprensión o incomprensión del dialogo establecido en la consulta.		Presencia de expresiones escritas que sugieran la elaboración de un/os diagnóstico/s a partir de las problemáticas consultadas  -Presencia de expresiones orales que sugieran la comprensión o incomprensión del dialogo establecido en la consulta.
	<u>Manejo de la Información</u>	-Presencia/ausencia de registros que identifiquen los problemas de salud durante la consulta Presencia/ausencia de un análisis de situación de salud (ASIS) en la comunidad -Presencia/ausencia de registros de evaluación de las intervenciones realizadas.		
	<u>Solución en el PNA</u>	-Percepción de la presencia/ausencia de respuestas a las problemáticas planteadas por los sujetos en el PNA. -Percepción de los determinantes vinculados a la presencia/ausencia de respuestas en el PNA -Percepción de las interconsultas requeridas a niveles de mayor complejidad para la resolución	-Percepción de la presencia/ausencia de respuestas a las problemáticas planteadas por los sujetos en el PNA. -Percepción de los determinantes vinculados a la presencia/ausencia de respuestas en el PNA -Percepción de las interconsultas requeridas a niveles de mayor complejidad para la resolución	-porcentaje de consultas que requirieron interconsulta a otra especialidad -porcentaje de interconsulta que requirieron interconsultas a niveles de mayor complejidad. -determinantes vinculados a las interconsultas efectuadas

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS Y VALIDACIÓN (ver ANEXO 9)**

### **RESULTADOS CUALITATIVOS**

(Para ver las tablas completas de resultados, remitirse a ANEXO 10)

El concepto de resolutividad para el PNA fue adoptando concepciones heterogéneas entre el personal de salud y las personas que demandan al mismo. En estas últimas primó la acepción resolutiva en tanto exista solución a los problemas de salud, considerados como enfermedades *"si voy con una enfermedad que no la tenga más"*(M62); lo cual fue referenciado también por parte de algunxs trabajadorxs de la salud.

Se visibilizó, por parte de las personas que demandan al PNA, un requerimiento de un abordaje **unipersonal** para la obtención de una respuesta resolutiva como tal: *"me dan soluciones pero no todas; hay que andar para que se solucione algo. Ir al hospital, ver a varios médicos, a Andrés (trabajador social)"*(S39) que se concretice en el lugar en donde ellxs habitan: *"Si no tengo que salir del barrio se resuelve, sino no"*(M31).

<sup>F</sup> Estos lineamientos se medirán en función de las competencias generales para el personal del primer nivel de atención propuestas por la OPS en: "La renovación de la APS en las Américas, estrategias para el desarrollo de equipos de APS.2008" para un primer nivel de atención resolutivo en tanto la capacidad resolutiva es uno de los objetivos de la APS ("Características de la atención primaria de salud definidas por Barbara Starfield. **Orientación comunitaria:** es necesario orientar la atención a la resolución de los problemas de salud de la comunidad a la cual tiene como población diana"). De dichas competencias, se consideró el manejo de la información y la comunicación. Asimismo se incorporó el concepto de resolutividad en tanto: *"Un buen primer nivel de atención debe tener buenos equipos y personal, porque de ser así es capaz de resolver hasta 95% de los problemas de las consultas"*<sup>26</sup> *"no derive cosas innecesariamente"*<sup>27</sup>

<sup>F</sup> Información clínica: aquella que se refiere a los aspectos asistenciales.

Por su parte el personal de salud, marca un antagonismo en este concepto, señalando que la resolutivez se da, primordialmente, en tanto surja el desencadenamiento de un PROCESO ARTICULADO de respuestas CONCRETAS Y ACOMPAÑADAS por los integrantes del PNA, tendientes a la TRANSFORMACION de la situación actual en la que se encuentran los sujetos: *“es un proceso, no siempre definitivo pero tiene que ser concreto y se va dando”* (MG)

Frente a estas percepciones de resolutivez por parte de quienes demandan al efector del PNA, encontramos la unanimidad de respuestas de complacencia en la aplicación de la resolutivez en la práctica cotidiana. Para quienes el personal de salud DA SOLUCIONES Y RESPUESTAS acorde a sus expectativas: *“siempre resuelven todo ustedes”*(M31). Sin embargo, el personal de salud del PNA, no parece percibir la resolutivez en su práctica habitual basándose en las percepciones de quienes demandan al mismo, sino que predomina la focalización en las limitaciones que presentan para su accionar: *“no somos resolutivos porque estamos desbordados por la atención de enfermos”*(enfermero).

### Determinantes de la resolutivez

Los determinantes de la resolutivez que fueron percibidos por el personal de salud y por las personas que demandan al mismo fueron: **temporoespaciales** (relacionados con la presencia de un espacio físico y los horarios disponibles del mismo), la **disponibilidad de recursos tecno farmacológicos y humanos**, la **competencia y/o experiencia** del personal de salud, la **participación**, la **confianza**, la **confidencialidad**, la **interdisciplina** y la **continuidad**.

La ESCASEZ DE UN ESPACIO FÍSICO y la escasa DISPONIBILIDAD TEMPORAL para la asistencia, así como de los RECURSOS TECNOFARMACOLOGICOS y HUMANOS, fueron determinantes negativos para la resolutivez según la percepción del personal del efector del PNA para quienes, frente a tal situación: la presencia de un *“personal capacitado permanente”* (RMGb), la disponibilidad de los *instrumentos técnicos para una mayor resolución* y el desarrollo de *“microgestión en el PNA”*(RMGa) fueron vistas como estrategias faltantes para incrementar la resolutivez. Estos determinantes no fueron percibidos por las personas que demandan al efector del primer nivel, quienes consideran que con lo que hay y de esa forma se da respuesta a sus problemáticas. Identifican la carencia de recursos técnicos mas sin considerarlos una limitación para la resolución: *“faltan cosas, pero con lo que hay podemos mucho”*(P-42).

La competencia y la experiencia para desempeñarse como personal de salud del PNA, fueron identificadas como determinantes de la resolutivez por parte del personal de salud y de las personas que demandan al mismo. La CAPACITACION del personal de salud favorece un abordaje resolutivo cuando está presente en forma continua y lo obstaculiza cuando no lo está,

dificultando el logro de las COMPETENCIAS específicas de cada especialidad: *“A veces la gente me pregunta por cuidados de la salud, métodos anticonceptivos y yo me digo a mi misma: como promotora de salud soy re ignorante”*(PS)

Por parte de las personas que demandan al efector del PNA, aparece como un determinante el CONOCIMIENTO VINCULADO A LA TERAPEUTICA DE LAS ENFERMEDADES, el cual actúa positivamente cuando brinda alguna *mejoría* ante la enfermedad pero negativamente cuando ese saber carece de las **alternativas** que excedan a la medicina tradicional: *“no tienen todo el conocimiento necesario. Tal vez el de la medicina tradicional sí”* (J-25). La carencia de CONOCIMIENTOS DIRIGIDOS A PROBLEMAS SOCIALES se presentó como un determinante para la resolución de determinadas problemáticas, tanto para el personal de salud como para las personas que demandan al mismo: *“no tenemos el conocimiento para abordar por ejemplo violencia de género, consumo problemática de sustancias”* (RMGc). *“Es de salud nomas lo que saben. Lo otro es para escucharme, pero no van a solucionar todos los problemas de mi vida, de mi casa”* (A-34)

La EXPERIENCIA en trabajo en el PNA es percibida, exclusivamente por parte del personal de salud, como un facilitador para un desempeño resolutivo, mientras que, su ausencia dificulta que ellxs mismxs se perciban resolutivxs. La EVALUACION del personal de salud fue percibida por el mismo como un factor favorecedor en la problematización de las competencias adquiridas para mejorar la respuesta resolutiva: *“falta supervisión o devolución”* (RMGb)

La participación aparece como un determinante para la resolutividad tanto por parte del personal de salud como por parte de quienes demandan al efector del PNA. La misma pasa a ser un determinante a partir del reconocimiento o no del otro como un SER AUTONOMO Y SINGULAR y CONTEXTUALIZADO, como un sujeto de derecho, y a partir del CUMPLIMIENTO o no DE ROLES PREESTABLECIDOS que se expresan en el momento resolutivo y actúan facilitando u obstaculizando la participación de los sujetos (tanto para el personal de salud como para las personas que demandan al mismo). En este sentido, los niveles de participación encontrados en los registros de audio analizados, se vinculan, para el personal de salud que se desempeña en el área de Medicina General, con una pseudoparticipación de las personas que demandan, quienes a partir de la invitación o consulta forman parte de decisiones ya tomadas: *“ahora le vamos a poner una inyección que le va a hacer mejor ¿si?”* (RMGc). Sin embargo a partir de sus percepciones de participación, se identifica la singularización de respuestas como eje de la misma: *“se respeta si el otro quiere participar y en qué nivel de participación esta. La participación es singular”* (MG) *“a veces decido tomar yo las riendas y el nivel de participación del otro es 0”* (RMGa). Esto es así

fundamentalmente para el personal de salud que concibe a los sujetos desde un paradigma integral (Medicina General y Trabajo social).

Por parte de las personas que demandan al efector del PNA, el CUMPLIMIENTO DE UN ROL preestablecido, en tanto considerarse *pacientes*, respondedores al saber del médico, es el lugar que sostienen encontrando la respuesta resolutive al posicionarse en ese lugar: *“no participo porque no soy médica” “ustedes me dicen que hacer y yo hago” (A-34).*

Por parte del personal de salud, el cumplimiento de un rol preestablecido en tanto HEGEMONIA MEDICA, y el CUMPLIMIENTO DE ORDENES JERARQUICAS que obstaculizan el desarrollo específico de la profesión característica, aparecen como determinantes negativos en la participación y en la posibilidad de brindar respuestas: *“En general no se la hace participar, sino se le indica” (RMGc), “Participo hasta donde se me permite” (PS).*

El reconocimiento de las personas que demandan al PNA como SINGULARES dentro de un CONTEXTO social determinado, parece ser un punto clave para el abordaje resolutive por parte del personal del efector del PNA: *“Toda su vida influye en lo que le pasa. Nunca te puedes poner en el lugar del otro porque no sos el otro” (TS).* Por su parte, las personas que demandan al PNA perciben el contexto en el que viven cotidianamente, escindido del motivo que desencadena su consulta: *“preguntan otras cosas que no era solo por lo que vine. Pasa porque son humanos y tienen tiempo” (M-31)*

La CONFIANZA fue percibida por el personal de salud y las personas que demandan al mismo como un determinante del proceso resolutive, permitiendo la identificación de los SIGNIFICADOS de aquello que motiva su consulta. *“se dan cuenta de que te pasa porque uno se pone a conversar. A mí ya me notan en la cara enseguida cuando estoy mal porque me conocen” (S-39).* Asimismo ese vínculo de confianza permite una singularización de las respuestas, en función de la persona que demanda *“lo primero que hago es mirar la cara, la actitud. Algunos plantean directamente aquello por lo que viene, otros necesitan otra pregunta más” (RMGa)*

La ausencia de CONFIDENCIALIDAD, al respecto de las situaciones particulares de las personas que concurren al efector del PNA, fue visibilizada, tanto por el personal efector del mismo como por las personas que demandan, como una LIMITACION para un PRIMER CONTACTO de las problemáticas con el centro de salud así como para la CONTINUIDAD de las mismas en dicho efector: *“a veces te enteras de lo que la enfermera decía cuando vos ibas, y después no vas mas con esa” (L-62)*

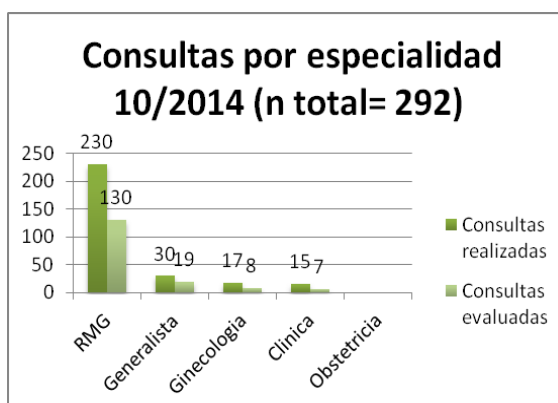
La presencia de un abordaje interdisciplinario es identificada como un factor positivo para la resolutive tanto por parte del personal de salud como por parte de las personas que

demandan al mismo. Para las personas que demandan al efector del PNA, esta es referida como un ACOMPAÑAMIENTO en el proceso resolutivo. Para ambas partes, se ve obstaculizada por las dificultades en la COMUNICACIÓN fundamentalmente con el segundo nivel, donde asientan ausencias en contrarreferencias y seguimientos. Sin embargo en las percepciones del personal de salud también se encuentran obstáculos referentes al diálogo que se establece entre los integrantes del equipo del PNA: *“creo que no hay comunicación entre las personas del equipo”* (obstétrica)

La continuidad es percibida por parte del personal de salud como un determinante para la resolución. Para quienes el REGISTRO escrito y disponer de los medios que favorezcan la localización de las personas, aparece como un instrumento fundamental para su concreción. Frente al registro se expresan dificultades para su realización, relacionadas con la creciente DEMANDA ASISTENCIAL y la necesidad de nuevos instrumentos que permitan hacer un mejor seguimiento. Las personas que demandan al mismo identifican en forma favorable a estrategias de seguimiento, como ser el registro escrito de las problemáticas y el seguimiento de las mismas a través de llamados telefónicos y visitas domiciliarias.

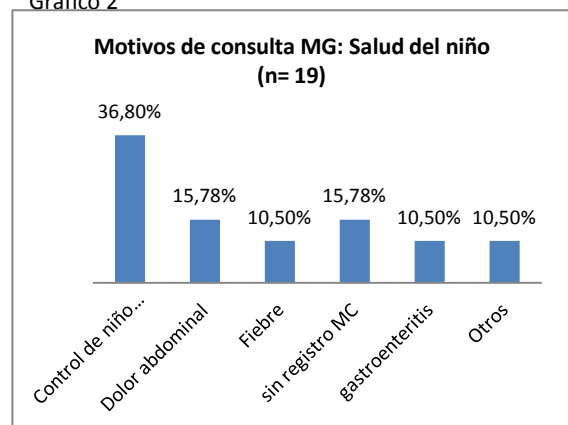
### Resultados cuantitativos: Relevamiento de historias clínicas

Los datos obtenidos a través del relevamiento de las fuentes primarias de registro corresponden a las consultas realizadas durante todo el mes de octubre del 2014 por parte de las diferentes especialidades médicas que se desempeñan en el CIC “El Porteño”. El total de consultas en dicho período fue de 292 (grafico 1), de las cuales el 78,7% (n =230) correspondieron a RMG, 10,2% (n=30) a MG que se desempeña en la atención de la salud



del niño, 5,6% (n= 17) a ginecología y 5,1% (n=15) a clínica. No hubo durante el mes de octubre consultas al personal de obstetricia. De ese total de consultas registradas no fueron evaluadas aquellas que no

Gráfico 2



poseían registro en la historia clínica, o que la misma no se encontraba a disposición.

Respecto a la identificación del problema (gráficos 2-5), no se encontró registrado el motivo de consulta en el 15,75% (n=3) de las consultas de salud del niño, el 37,5% (n=3) de ginecología y el 28%(n=36) de RMG. Por su parte, en el 71% (n=5) de las consultas de clínica no fue posible interpretar el registro. El mayor porcentaje



de consultas a RMG y MG correspondieron a consultas de seguimiento, ya sea de controles de salud o seguimiento de patologías previas. Asimismo el único motivo de consulta identificable en clínica médica correspondió a seguimiento de patología (control de diabetes). Los motivos de consulta identificables en ginecología correspondieron a toma de PAP y trastornos del ciclo menstrual.

Grafico 4

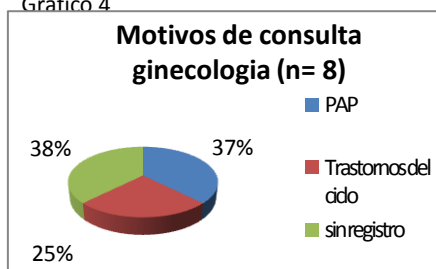


Gráfico 3

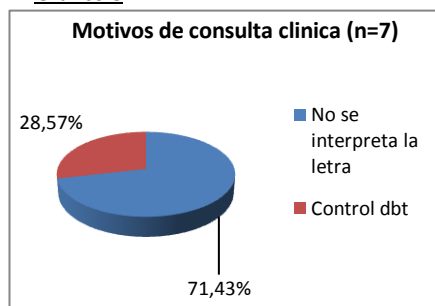
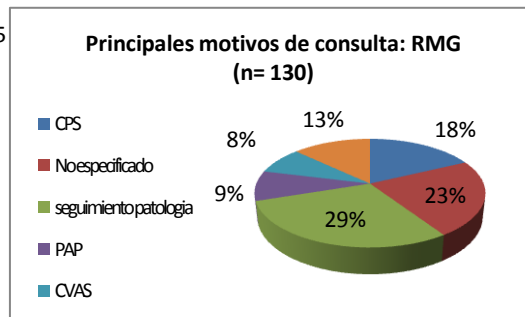
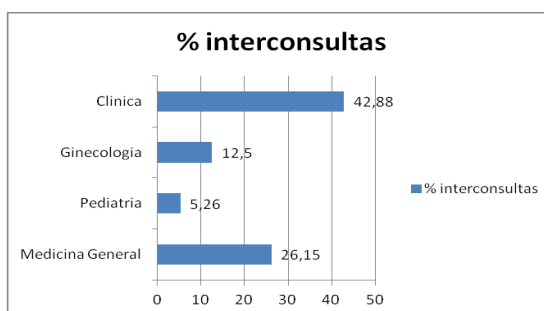


Grafico 5



En contraste con lo referido durante las entrevistas, en donde el personal de salud entrevistado afirmó indagar tanto sobre los *determinantes* como sobre los *significados* del motivo de consulta, estos no se vieron reflejados fehacientemente en los registros escritos. Los primeros fueron registrados en un 47,4% por parte del MG, 38% por la RMG, no encontrándose registro para ginecología y clínica médica. Menor aun fue el número de registros encontrados sobre los significados del motivo de consulta, siendo cercano al 8% en la RMG, y no encontrándose registro en las otras disciplinas,

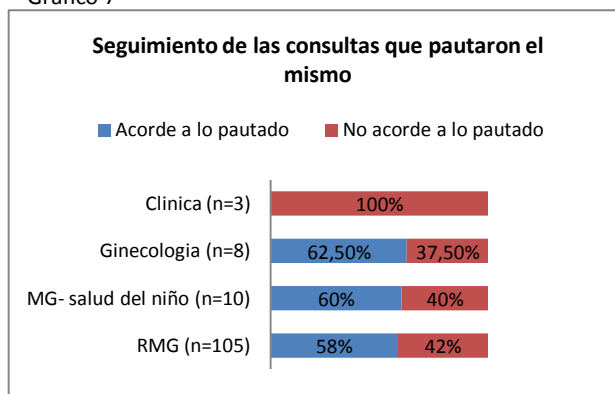
Grafico 6



reflejando las limitaciones que posee dicha forma de registro "No suelo escribir en detalle lo que hablé. Es muy difícil plasmar en la HC todo lo que se habla" (MG). Se identificaron registros como "mi hijo tuvo nefropatía, tengo miedo que ella también" "me preocupa que es, nunca me hice un PAP"(P42) (tabla en anexo10). De igual manera no fue posible, a través de los registros escritos, identificar indicadores que reflejen la presencia o ausencia de participación y de gestión y disponibilidad de recursos. El tiempo fue referido como un factor determinante al momento de responder sobre el registro de dichos datos en la historia clínica: "registro en función de optimizar el tiempo" (MG). En cuanto a la dimensión gestión de resultados, se identificaron las interconsultas realizadas, no siendo en todos los casos, registrado el motivo de la misma. El mayor porcentaje de interconsultas fueron por parte de clínica correspondiendo al 42,8% (n=3) de las consultas, 26,15% (n=34) de RMG, 12,5% (n=1) de ginecología y el 5,26% (n=1) de MG en la atención de salud del niño (ver gráfico 6).

La dimensión continuidad fue evaluada a través de la presencia de expresiones escritas que reflejen la posibilidad de localizar georeferencialmente a la persona que demanda al efector de salud, y a través de la concreción o no de un seguimiento. Se clasificaron las consultas en función de que se haya o no pactado una fecha de regreso, y en el caso de los primeros a su vez se evaluó, si efectivamente se

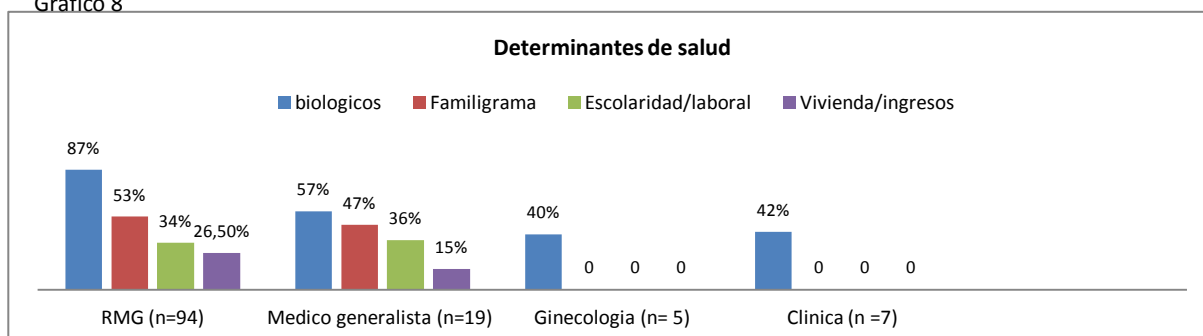
Grafico 7



dio el seguimiento pactado (ver gráfico 7). Para la especialidad de clínica médica, en un 42,8% (n=3) de las consultas, se encuentra registrado una pauta de seguimiento, de las cuales en el 100% no se concretó. En los registros de ginecología, el 100% (n=8) presentan una pauta de seguimiento, habiéndose efectuado esta, acorde a lo pactado, en un 62,5% (n= 5) de las consultas. De igual manera, en las consultas de RMG y MG, en un 80,77% (n=105) y 52,6% (n=10) respectivamente de las consultas evaluadas se pautó un seguimiento, el cual se concreto de la forma acordada, en el 58% en los primeros, y en un 60% en este último.

Para la identificación en los registros escritos, de determinantes de salud (ver grafico 8), se utilizaron algunos de los propuestos por la OMS pasibles de ser registrados y medidos en la historia clínica: Determinantes biológicos, conformación de grupo familiar, estado laboral/escolaridad, características de la vivienda y tipo de ingreso económico. Los porcentajes fueron tomados en función del número total de personas evaluadas y no del número de consultas (94 personas diferentes para la RMG, 19 para MG, 5 para Ginecología y 7 para clínica). Se observa una marcada diferencia entre el registro de quienes se desempeñan en aquella disciplina gestada para el trabajo en el primer nivel de atención, en comparación con el de aquellas de formación y labor hospitalaria, que se encuentran ¿eventualmente? trabajando en el mismo, lo cual impide en forma manifiesta un abordaje integral, el cual es expresado como uno de los ejes de la APS. Se observa en los primeros, MG y RMG, un registro de todos, aunque en distintos porcentajes, los determinantes evaluados. Se objetiva en cambio, en clínica y en ginecología, un registro únicamente de los determinantes biológicos, no siendo registrados, en ninguna de las consultas evaluadas, los restantes determinantes relevados.

Grafico 8



En función de los datos obtenidos y acorde a los lineamientos de resolutivez propuestas por la OPS, se realizó una aproximación al porcentaje estipulado por estos desde la perspectiva de las diferentes disciplinas que forman parte del PNA. Para efectuar dicho cálculo se definieron como resolutivas, a priori, a aquellas consultas efectuadas que no hayan requerido de una interconsulta a otro nivel de mayor complejidad de atención. Los resultados se agruparon entre los correspondientes a MG-RMG: 76,5% y los correspondientes a clínica-ginecología: 73,3%. (74,9% en promedio entre las diferentes especialidades). Con estos, se efectuó la prueba de chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher y Yates (Ver ANEXO 11) para ver si las diferencias observadas eran estadísticamente significativas. El resultado fue la insignificancia estadística:  $p > 0,05$  (0,756) entre ambos. Remarcamos sin embargo, que en función de nuestro paradigma de investigación, estos números son inconsistentes ya que no contemplan la multiplicidad de factores que intervienen en la resolución de una problemática.

## **DISCUSION**

La resolutivez del PNA como es percibida por las personas que demandan al mismo: *“se resuelve acá, no tengo que ir en general al hospital” “la salita resuelve dándome el medicamento”* (A34), parece ser caracterizada en forma semejante a lo planteado por la OPS respecto al contexto georreferencial en donde se lleva a cabo y a la asistencia clínica requerida, siendo la necesidad de una atención de mayor complejidad la causa más común de falta de resolutivez<sup>65</sup>. Sin embargo, cabe preguntarse: ¿de dónde surge ese concepto de resolutivez percibido? ¿Es esa realmente la resolutivez deseable? Y de ser así ¿es deseable por cercanía al lugar en donde habitan las personas que demandan, para la resolución de *enfermedades* y/o por elección de un modelo de abordaje a la salud diferente? Tal vez, algunas de las posibles respuestas a estos interrogantes están reflejadas en la ortodoxa asumida como una verdad sin oposición que se visibiliza en la representación asimétrica de roles que perciben quienes se consideran a sí mismos *pacientes*: *“no participo porque no soy médica” “ustedes me dicen que hacer y yo hago”* (A34). En esas formas de vincularse preestablecidas, existen quienes son poseedores de un saber frente a quienes se someten al mismo: *“¿en qué puedo participar yo? En nada” “el médico decide”* (M62) lo cual parece verse como invariable. Por lo tanto, esa percepción de qué es resolver para las personas que demandan al PNA, aparece como una naturalización del orden social establecido, que determina la resolutivez esperable. En este contexto ortodoxático es que se sitúa el imperativo categórico de la resolución estipulada para el personal del PNA, en quienes se espera que resuelvan el 85% de las consultas brindando soluciones, marcando así la omnipotencia que se genera en ese rol preestablecido. Esto expresa la impotencia, que es vivenciada por el personal de salud: *“depende de la situación si se resuelve o no, tiene que ver con los recursos del lugar, la formación de cada*

uno”(RMGb). *“no somos resolutivos porque estamos desbordados por la atención de enfermos”* (enfermero) sin expresar la omnipotencia normalizada.

Basados en los lineamientos de la OPS, podemos decir que en el PNA se resuelven alrededor del 74,9% de las consultas para el efector evaluado en esta investigación. Estos datos recabados, ¿reflejan necesidades reales de niveles de mayor complejidad y/o la consecución de los límites establecidos que premoldean hasta dónde se puede resolver en el PNA? Los roles asumidos personal e institucionalmente, devenidos de esas premisas normalizadoras de los procedimientos, se convierten en barreras para el accionar del personal de salud: *“me imponían que como promotora de salud hasta ahí puedes saber y no más. Participo en todo lo que se me permite”* (PS). A partir de las percepciones del personal de salud, se deja entrever que dichos porcentajes simplifican y generalizan las respuestas resolutivas, ya que estas son inconmensurables por tratarse de un proceso que compete a personas singulares. La arbitrariedad de dichas cuantificaciones, así como la insignificancia estadística respecto al porcentaje de resolutivez calculado entre las diferentes especialidades del PNA, no refleja la percepción de resolutivez de las personas que demandan al mismo, para quienes el 100 % de las consultas médicas se resuelven en él, fundamentalmente por el abordaje de MG y la RMG: *“las veces que he ido, ustedes me resolvieron todo”*(L62). Esta satisfacción unánime a los preceptos resolutivos que conciben, no es exclusiva a aquellas situaciones que se desencadenan en la cercanía al lugar donde habitan o que están basadas en una respuesta unipersonal: *“si no han podido acá porque no hay algún recurso nos derivan y nos dicen las cosas como son”*(S39). Sin embargo, estar insertos en el contexto real en donde circundan sus vidas, es un determinante para la resolución señalado por estas personas: *“ustedes se ponen a nuestro nivel, entienden cómo vivimos”*(M31) así como para el personal de salud: *“vamos a conocer la casa para ver cómo viven, qué les pasa, así los conocemos más”*(PS). La fuerza significativa que adquiere la determinación social de los problemas para el personal de salud: *“a veces vemos cosas que les faltan y por ahí su problema es otro”*(TS) se refleja en las percepciones de las personas que demandan al mismo.

La brecha entre las percepciones resolutivas del personal de salud del PNA y las personas que demandan al mismo, se refleja en el lenguaje que se establece entre ambos. Los significados que el personal de salud le atribuye a la *resolutivez* parten en su mayoría de preceptos preestablecidos de cómo ésta debe ser según sus percepciones: *“solucionar un problema de salud” “dar educación” “acompañar” “gestionar respuestas”*; sin embargo las voces de las personas que demandan al PNA no fueron contempladas en ninguna de esas significaciones. Ante lo cual, cabe preguntarnos: ¿Por qué no se contempla la satisfacción percibida por las personas que

demandan para definir si se resuelve o no? ¿No es acaso preciso que dicha respuesta resolutive se genere a partir de problemas planteados por estos y cuyas estrategias de abordaje contemplen sus expectativas? La frustración que se genera en el personal de salud por no ser resolutivos según sus preceptos: “es necesario un referente permanente en la sala para ser mas resolutivos” (RMGb) ¿está dada acaso por no responder a las demandas biológicas de las personas que consultan?

Frente a estos interrogantes, se vislumbra que el personal de salud se encuentra inmerso en un *mundo cultural* que no permite comprender a aquel en el que se encuentran las personas que demandan. Estas discrepancias dificultan que, como refiere Merleau Ponty, se desarrolle en la comunicación un sentido común que no parta de las experiencias de cada uno sino que se construya un *mundo cultural* en ese acto: “la comunicación no está fundada en un sentido común de las experiencias de cada uno, sino que funda ese sentido común (Merleau-Ponty, 1966). El sentido común fundado a partir de una mirada de actos expresivos constituirá el llamado mundo cultural.”<sup>66</sup> Sin embargo, la intencionalidad del personal de salud que se encuentra formado para desempeñarse en el PNA, pretende traducir el *lenguaje exacto de el Ser percibido*: “lo primero que hago es mirar la cara, la actitud” (RMGa). Ahora bien cabe preguntarse: ¿Estos actos expresivos son más visibles para los profesionales entrenados en traslucir los significados que subyacen los motivos de consulta, es decir, es una cuestión de paradigma de modelo de atención médico? Vale recordar que en la especialidad MG, un 8% de los registros escritos de las consultas analizadas, expresaron los significados concernientes al motivo de consulta, mientras que en las restantes disciplinas, estos estuvieron ausentes. La escasez de registro escrito de los significados que atañen a las problemáticas presentadas por los sujetos, sugiere ¿es realmente necesario registrar dichos significados?: En lo que respecta a la OPS, el manejo de la información clínica y epidemiológica es una de las competencias para el desarrollo de la EAPS<sup>67</sup>. La utilidad de dicha información, es fundamentada en la identificación de *grupos de riesgo* a partir de los cuales construir indicadores. Partiendo de los datos recogidos de las historias clínicas de la especialidad de Medicina General, no así de las restantes disciplinas, se recabó información pertinente a dichos grupos de riesgo que forman parte de los determinantes de salud de la OMS. Sin embargo, la construcción de indicadores de esta índole permitiría describir exclusivamente una realidad simplificada y plasmada de la connotación normativa que ésta tiene para los organismos internacionales de salud. Es preciso contar con datos que reflejen aquellos caracteres cualitativos que resaltan las personas que demandan al mismo, concernientes a la complejidad circunscripta en la multiplicidad de significancias de las circunstancias que ellxs atraviesan: “mi hijo tuvo

*nefropatía, tengo miedo que ella también*". Los instrumentos de registro actuales son obsoletos para reflejar los significados de los motivos de consulta y no permiten efectuar un seguimiento temporal acorde a los sujetos que demandan. Esto último se visibilizó en el reconocimiento por el personal de salud de la necesidad de contar con datos concernientes a la localización y al abordaje previo de las situaciones presentadas por los sujetos para darle continuidad. ¿es exclusivamente la falta del tiempo necesario para el registro lo que determina que no se concrete? O ¿los instrumentos actuales de registro no permiten reflejar la complejidad presente en las consultas, necesaria al fin para efectuar un seguimiento acorde a los sujetos singulares?

Las diferencias entre las distintas especialidades del PNA en la identificación de los significados relacionados al motivo de consulta, se vinculan con la elección por parte de quienes demandan al PNA, de un *modelo de abordaje a la salud integral* para encontrar una respuesta resolutive, que los reconozca como sujetos de derecho: *"uno está acostumbrado al médico que te sanciona, entonces si ustedes tienen una mirada integral y que no sanciona tienen que aclararla de entrada para que el otro sepa que puede expresarse"* (J-25). El 89% de las consultas efectuadas al PNA fueron abordadas por la especialidad Medicina general, reflejando allí la elección del modelo de abordaje. El hallazgo de una respuesta integral depende de la presencia del personal de salud entrenado para el mismo, no siendo directamente funcional al nivel de complejidad de atención: *"a el clínico no le gusto que yo le diga lo que me parece que tenía, pero para mí era una angina"*. (L-62)

Dentro de este modelo de abordaje a la salud, la disponibilidad de recursos en el PNA, es considerada un factor determinante de la resolutive según la OPS ya que "con los recursos necesarios se es capaz de resolver hasta 95% de los problemas de las consultas"<sup>68</sup>. Sin embargo las personas que demandan al mismo y el personal de salud, identifican dicha presencia como *un facilitador* para resolver, pero destacando que *"con lo que hay podemos mucho"*(P42). Estas limitaciones que señalan como determinantes resolutivos los organismos macrogestivos, quienes disponen qué es lo que estará al alcance y qué no, condicionan la posibilidad de dar respuestas acordes a las heterogeneidades locales. Conceptualmente el personal de salud, reconoce a la gestión de recursos como una necesidad: *"Es necesario tener los datos fundamental y sistematizar la información para generar dispositivos y hacer reclamos a la gestión pertinente. Falta mucho en microgestión"* (RMGa). Por su parte, las personas que demandan al mismo, identifican a la participación comunitaria como uno de los determinantes para la gestión de recursos: *"lo mejor sería que nos organicemos entre los vecinos para conseguirlo"*(J25). Sin embargo existe una brecha entre la identificación de la gestión requerida y la consecución de la misma, que lleva a preguntarnos ¿Por qué no existe esa organización para conseguir los recursos precisos ni un desarrollo microgestivo local? En las historias clínicas

evaluadas, no se encontró ningún registro referido a la disponibilidad de los recursos necesarios para el abordaje resolutivo de las problemáticas planteadas. La falta de registro escrito impide la sistematización de datos y la gestión de los mismos. En consecuencia, no es suficiente la mera identificación de los recursos precisados para desencadenar los procesos de gestión requeridos, con lo cual la perspectiva de la OPS respecto a que la gestión de recursos se asegura en tanto “estén las habilidades para hacer una evaluación del problema específico”<sup>69</sup> es insuficiente.

La participación comunitaria, caracterizada por la OPS como un instrumento de “control del desempeño institucional favorecido por el autocuidado de la población”<sup>70</sup>, enmarca los límites en los que ésta puede desarrollarse. Esto se refleja en las percepciones de la comunidad, quienes no se consideran poseedores de ese *control*. Sin embargo frente a esta conducta asumida de las personas que demandan al PNA, quienes participan a modo de oferta/invitación, se visibiliza una expectativa acorde a que la participación sea así: “yo no voy a tomar decisiones, que las tomen los médicos, para algo son médicos, sino me quedo en mi casa”(A34). Con lo cual, ese deseo ¿surge de una aspiración legítima o de una normalización de la misma, a partir de un modelo médico hegemónico internalizado? La autogestión es descripta como el nivel más alto de participación al cual aspirar pero ¿según las aspiraciones de quienes? ¿Para un modelo de abordaje que termina predefiniendo que es mejor la autogestión mas allá de las expectativas de dichos participantes? La singularización de las respuestas en pos de las perspectivas de quien demanda, aparece como un determinante para resolver independientemente del grado de participación que este tenga, tal como es referido por el personal de salud que está formado para desempeñarse en el PNA. Desde la perspectiva de la OPS el “autocuidado” es un concepto similar a la participación, así como el suministro de información a los miembros de una comunidad para permitirles tomar medidas para cuidarse a sí mismos y saber cuándo necesitan buscar ayuda profesional. Esta forma de situar la participación como un medio para conseguir el objetivo de “cuidarse a sí mismo” difiere de aquella concepción del personal del PNA que se encuentra formado para desempeñarse en el mismo (medicina general y trabajo social) para quienes la participación es la representación de la autonomía de los sujetos: “Se respeta si el otro quiere participar y en qué nivel de participación esta” (RMGa)“intento que vea lo que el sistema le pide para hacer lo que quiere”(TS). Sin embargo, aquellas premisas referidas al autocuidado, prevalecen en los integrantes de la comunidad y en aquellos profesionales de la salud que no tienen una formación específica en APS, responsabilizando y culpabilizando a aquellos que no respeten los preceptos estipulados de cuidado y que no *cumplan las ordenes* a las que están adoctrinados a cumplir: “participan cuando hacen lo que les pedimos y vuelven” (enfermero)

El nivel de resolutivez percibido por el personal de salud se vio arraigado a cuán competente o no ellos se perciban para desempeñar las funciones que son parte de su profesión. La estandarización de las competencias necesarias para el desarrollo en el PNA, posteriormente al proceso de identificación de las mismas<sup>71</sup>, no contempla las percepciones de las personas que demandan al PNA, quienes reafirman la competencia del personal de salud cuando se concreta el proceso resolutivo: *“si salgo y me siento mejor es porque saben”*(M31). En este proceso, las personas de la comunidad, incluyen la confianza con el personal de salud y la continuidad temporal como características que reflejan la dimensión actitudinal del personal de salud: *“Me escuchan, me hablan, respetan lo que me pasa y así se dan cuenta” “se acuerdan lo que me pasa y cuando me ven me preguntan”* (J25). Destacan, por lo tanto, las personas que demandan al efector del PNA, las diferencias que encuentran entre los diferentes profesionales del mismo, siendo fundamentalmente la ACTITUD de estos un determinante crucial que condiciona la elección, garantizando o vulnerando, según como esta sea, el derecho a la salud: *“el enfermero me parece un desubicado, anda diciendo de quien es mi hija por el apellido, por eso no voy a la tarde”*(M31) *“el clínico te da cosas de atrás del escritorio y no te mira”*(L62). Desde esta perspectiva se trasluce que la actitud del personal de salud es un determinante de la resolutivez. Considerando que la competencia del mismo también concierne a los conocimientos y habilidades que estos posean ¿es necesario realmente saberlo todo para ser resolutivos? ¿las personas realmente quieren ese grado de omnipotencia?.

La adquisición de competencias específicas se basa en el modelo de educación permanente en salud. Este modelo parece ser la herramienta más certera para un abordaje continuamente resolutivo desde la percepción del personal de salud *“tengo lo necesario porque nunca se termina la educación permanente, sé que puedo encontrar el saber necesario”*(RMGa). La educación permanente tiene un enfoque centrado en la construcción progresiva de saberes. Dicho enfoque contrasta con la percepción de omnipotencia en el rol médico, que fue referida precedentemente, y que se expresa también en las exigencias que el personal de salud tiene para con los conocimientos y habilidades que considera necesario tener: *“yo no se si estoy capacitada para esto, a mi me va a llevar tiempo”*(enfermera) y para las personas que demandan al PNA quienes perciben en ellos las limitaciones de esa omnipotencia esperada que no se efectiviza: *“no tienen todo el conocimiento necesario, de medicina tradicional si pero no nos dan información sobre plantas medicinales”*(J25). Desde esta perspectiva, las competencias necesarias para el personal de salud ¿no deberían ser acordes al contexto en el cual estos se desempeñan laboralmente? ¿es resolutivo un equipo del PNA que no tiene las competencias que necesitan las personas que demandan? Los lineamientos estipulados por competencias preestablecidas y aquellas que



consideran necesarias a adquirir el personal de salud del mismo, son insuficientes para un abordaje resolutivo ya que no contemplan las competencias requeridas por las personas que demandan al PNA.

Entre la heterogeneidad de los integrantes del PNA, no se visibiliza un sinergismo en el equipo de trabajo en las formas de abordaje a las diferentes problemáticas. Esto obedece quizás a la ausencia de propósitos compartidos por los mismos, tal como es referenciado por las personas que demandan: *“no se relaciona como atienden todos, con los generalistas puedo elegir qué hacer, con quién atenderme; con otros y en el ingreso a la sala no”*(J25). Esto dificulta el trabajo en equipo y consecuentemente el desarrollo de la EAPS ya que se parte de concepciones de salud disímiles. Algunas que sostienen a la salud como un derecho: *“siempre se acompaña en lo que ellos tienen”*(TS) y otras que conciben a la misma desde la perspectiva respondedora a los cuidados suministrados por el personal entrenado *“hacen lo que les decimos”*(enfermero).

Estas discrepancias en los propósitos y conceptos resolutivos sugieren la ausencia de un equipo de trabajo constituido como tal, mas sí la presencia de una sumatoria de individualidades que responden a un rol específico y desconexo: *“uno viene cumple un horario y se va”* *“es necesario el trabajo en equipo”*(obstétrica). Sin embargo entre algunos de los profesionales, se vislumbran propósitos compartidos *para quienes resolver es un proceso* y frente a quienes *“es necesario conocer lo que les pasa”*(PS).

La participación y actuación diferencial de los distintos integrantes del equipo nos lleva a preguntar ¿no existe una imposición de un rol desde los niveles en los que se desencadena la contratación de los trabajadores de salud que limita sus posibilidades de actuación? Esto es identificado por algunos integrantes del equipo de salud: *“tengo que ser la secretaria del pueblo, mucama y enfermero”* *“antes podía salir más. Te marcan que hasta ahí puedes, ahora estoy todo el día escribiendo”* (PS) y tal como refiere Mintzberg: *“Toda vez que el trabajo puede ser subdividido en una serie de múltiples tareas de carácter repetitivo y rutinario, es posible desarrollar normas, reglas y procedimientos que en la práctica funcionan como elemento de control”*<sup>72</sup>

La resolutividad deseable, desde el discurso de las personas que demandan al efector del PNA, coincide con aquella que están *habilitados* a esperar según las normalizaciones vigentes. Sin embargo, en sus expectativas se incluye la garantía del derecho a la salud, el reconocimiento de sí mismos como sujetos, la continuidad y la presencia de las competencias y recursos necesarios. Estas últimas características se encuentran dentro de los preceptos resolutivos considerados por el personal de salud que se encuentra formado para desempeñarse

en el mismo, mas no se reflejan numéricamente en un porcentaje arbitrario de resolución basado en la mera presencia o ausencia de interconsultas a otros niveles de complejidad.

### **Conclusiones y propuestas**

El porcentaje estipulado de resolutiveidad para el PNA carece de utilidad práctica ya que no contempla las percepciones resolutivas de las personas que demandan a dicho efector de salud. Estos últimos, si bien naturalizan el rol asumido de pacientes<sup>6</sup>, eligen un modelo de atención integral que los contemple como sujetos. Es preciso desarrollar un abordaje resolutivo que surja como resultado de preguntarnos: ¿resolutivos para quienes? ¿Para quienes nos imponen que es lo que podemos y que no hacer basados en una arbitrariedad mercantilista? ¿o resolutivos con y para la comunidad?. No basta con formar parte de estructuras ideológicas y procedimentales integrales que conciban la subjetividad del otro, si no se establece una identidad resolutiva en el equipo de trabajo. Identidad que se direcciona a la transformación de la realidad desde y cómo esta es percibida por los sujetos, como parte del proceso resolutivo.

En nuestra formación como médicos generalistas y desde el perfil de la Medicina General en sí misma, este trabajo de investigación contribuyó a resignificar las acciones de nuestro ejercicio laboral cotidiano, en pos de las expectativas de las personas que demandan, orientándonos a que cada una de los sujetos pueda realmente estar en el *centro de la atención sanitaria*, porque son quienes deciden qué es lo que concierne para ellos resolver sus problemáticas de salud y cómo.

### **Propuestas**

- *Problematizar con el equipo de salud los instrumentos de registro utilizados como herramienta para el seguimiento de las personas que demandan y como reflejo de los significados que atañen a los motivos de consulta.*
- *Reflexionar, en encuentros periódicos con el equipo de trabajo del PNA, las percepciones de resolutiveidad y las formas de trabajo del equipo de salud, incluyendo las percepciones de los integrantes respecto a la competencia para desempeñarse en el mismo y los obstáculos y facilitadores percibidos para su ejercicio laboral, con objeto de elaborar estrategias que permitanla resolución de las problemáticas percibidas.*
- *Propiciar la construcción de estadísticas locales a partir de la sistematización de los datos por el equipo de salud que contemplen las percepciones de las personas que demandan con el propósito de incorporar los mismos en el desarrollo de las políticas públicas pertinentes*
- *Implementar un instrumento de evaluación de la resolutiveidad (sugerido en el ANEXO 12) en diferentes efectores del PNA propiciando la reflexión posterior de los resultados obtenidos entre los diversos centros de salud.*

---

<sup>6</sup> Rae: "persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención" medica. Concepto que implica una pasividad de las personas que consultan al efector de salud y restrictivo a quienes consultan con procesos biológicos.

## **ANEXO 1: CONTEXTO DE ESTUDIO**

Barrio “El Porteño”, Municipio de Chascomús, Provincia de Buenos Aires.

Está ubicado aproximadamente a 3 km al este del casco urbano de la Ciudad en un área semi rural, conformado por 8 manzanas en las que habitan aproximadamente 1000 personas. Según datos que aporta el ASIS realizado en el año 2013 el índice de NBI es 14,3 %. La pirámide poblacional se describe con una base amplia y una cúspide puntiaguda, característica de poblaciones con una fecundidad alta. Hay un alto predominio de personas jóvenes en el Barrio. La población de adultos mayores tiene su tope entre los 60 y 64 años.

El Barrio está constituido por familias estables con más de 5 años de permanencia en el mismo, provenientes su mayoría de otras partes de la Ciudad de Chascomús, en menor grado de otras ciudades de la Provincia de Buenos Aires y un porcentaje menor son nacidxs en el propio Barrio “El Porteño”.

El nivel educativo predominante de los adultos es el primario completo, encontrando un 3% de deserción escolar entre las edades comprendidas de 5 a 18 años. La situación laboral se describe del siguiente modo: 16,7 % desocupadxs, 25,9 % son asalariadxs formales, asalariadxs informales 15,7 %, trabajo temporario 17,6 %, cuentapropistas 4,6 %, un 17,6 % son jubiladxs y/o pensionadxs y un 5,5 % reciben algún plan social.

La mayoría de las viviendas son casas de material consolidado. No hay sistema de cloacas, por lo que la eliminación de excretas se realiza a través de pozos ciegos. El agua llega a través de conexión de red aunque la mayoría no dispone de conexión a la misma obteniendo el agua para consumo a partir de perforaciones. Cuenta con servicio eléctrico, algunos con medidores y otros con conexiones precarias. En cuanto al suministro de gas, la garrafa es el medio para sustituir la carencia de este servicio. El Barrio cuenta con servicio de alumbrado público. La recolección de basura se realiza en forma periódica.

La mayoría de las calles son de tierra, siendo la calle principal (la cual corresponde al acceso al Barrio) la única que está asfaltada aunque en condiciones de importante deterioro.

Al lugar no accede ninguna línea de colectivo (no existe el transporte público en la Ciudad) siendo el auto propio, la bicicleta o el servicio de remis los principales medios de transporte de l@s habitantes del Barrio.

Dentro de las instituciones se destacan la Escuela primaria y secundaria N°8, un jardín de infantes, el CAPS El porteño y una capilla. El barrio no cuenta con espacios para la recreación ni con un espacio adecuado para el desarrollo de talleres y reuniones sociales siendo utilizada la

capilla para los mismos. Desde el CAPS se han propiciado el desarrollo de talleres de sexualidad y cocina itinerantes en diferentes casas de lxs vecinxs. Recientemente se ha obtenido un terreno el cual va a ser utilizado para la instalación de una plaza.

El CAPS se encuentra en funcionamiento desde hace 15 años. Debe su origen a la propia comunidad del Barrio quien, ante la distancia al Hospital Municipal u otros Centros de Salud, por propia iniciativa y a través de un esfuerzo conjunto impulsaron la construcción del mismo. Hace aproximadamente 5 años trabajan en dicho CAPS diferentes profesionales que integran el programa de médicos comunitarios y además desde hace 2 años también se encuentra presente en el mismo la residencia de Medicina General

## **ANEXO 2: PARADIGMA DE LOS INVESTIGADORES**

Nos apoyamos en el paradigma cualitativo de investigación porque es necesario conocer el entorno real de las personas. Respetando la diversidad cultural que influye en el desarrollo de los estilos de vida particulares y apreciando que no podemos cambiar aquello que no conocemos y de lo que no formamos parte o cuyo conocimiento no parta de la percepción individual de lxs integrantes, a partir de la cual esta realidad problematizada y considerada como opción frente a otras posibles, sea transformada entonces si es sentida como un obstáculo personal. Sin pretender ser nosotrxs quienes cuestionen en función de nuestros parámetros preexistentes, sino quienes reproduzcan las voces y los significados que estas mismas traslucen a partir de sus creencias personales y sus propias pautas culturales.

Pretendemos profundizar en descubrir y visibilizar sus propios “modelos culturales” tomando como referencia a Roy D` Andrade, quien interpreta los esquemas culturales compartidos que determinan las actividades y la toma de decisiones.

*“Habitualmente estos esquemas representan mundos simplificados, haciendo que la adecuación de los términos que se basan en ellos dependa del grado en que estos esquemas encajan con los mundos reales de los objetos que se están categorizando. Dichos esquemas representan no solo el mundo de los objetos y de los acontecimientos físicos, sino también mundos más abstractos de interacción social, discurso e incluso significado de las palabras”.*

## **ANEXO 3: Muestreo**

Una vez identificada y definida la población a evaluar, se procedió a realizar un muestreo

aleatorio simple para la selección del mes a evaluar. Se realizó una lista de las unidades de la misma. Posteriormente se anotó cada uno de los meses comprendidos desde junio del 2012 en un papel hasta completar el universo. Se colocó estos números en un recipiente y se procedió a una “rifa” de los mismos. El mes seleccionado de esta forma fue: Octubre del 2014. Una vez seleccionado el mes y disponiendo de las planillas correspondientes a las consultas efectuadas en el mismo, se procedió a definir la muestra para las entrevistas en profundidad. Para estas se realizó un muestro aleatorio intencionado: “escogiendo un número pequeño de casos con el fin de profundizar en ellos el tema de investigación”<sup>73</sup>. Se procedió con igual técnica, colocando en cada pedazo de papel los nombres de cada una de las personas que consultaron. De todos ellos, se extrajeron 10 unidades. A partir de las cuales, al comenzar a implementar los instrumentos de recolección de datos y realizar la categorización de los mismos, se llegó en la octava entrevista a la saturación de datos en las diferentes categorías analizadas.

#### **ANEXO 4**

##### **Instrumento B PERSONA QUE CONCORRE AL EFECTOR DE SALUD**

¿Qué es para vos ser resolver un problema de salud que te lleve a consultar al CIC? ¿recordás alguna situación en particular en que creas que se haya resuelto alguna de las situaciones que motivaron a que concurras?. De ser así: ¿Cómo fue esa situación? ¿Qué factores crees que favorecieron o dificultaron que eso suceda? De no ser así ¿Qué obstáculos encontrás para que eso haya sucedido?

¿Crees que el personal de salud a quien recurrís ante un problema determinado entiende lo que te pasa? ¿Qué factores crees que favorecen o dificultan que esto suceda? ¿Te animas realmente a decirle que es aquello que te lleva a consultar y como te sentís frente a ello? ¿Por qué crees que esto se da así? ¿Te gustaría que sea de otra manera?

¿Consideras que tenés el tiempo necesario para expresar lo que te pasa?

EL personal de salud del CIC ¿te pregunta cómo te sentís con aquella situación que te llevo a consultar? ¿Te pregunta sobre distintas situaciones que vos consideres que se relacionan con aquel problema por el que consultas? ¿Por qué crees que esto pasa?

EL personal de salud del CIC ¿anota aquello que vos le vas contando? ¿Te parece que es necesario ese registro? ¿Por qué? ¿Cómo se desarrolla la consulta en general desde que vos entras al CIC?

¿Crees que existen situaciones/factores/características que sin ser nombradas por vos mismo como lo que te lleva a consultar pueden influir en la problemática presentada? ¿Por qué te parece? ¿Consideras que esto sucede habitualmente en las consultas?

¿Qué entendés vos por participación? ¿Crees que participas de alguna forma desde el momento en que ingresas en el centro de salud? ¿Cómo lo haces?

¿De qué te parece que depende cuando y con quien te puedas atender?/¿quién lo decide?/ ¿crees vos podés decidir cuándo y con quién atenderte? ¿Por qué?

¿Te parece que vos podés elegir, cuándo y cómo decir aquello que motivo su consulta? ¿Por qué?

¿A tu criterio, vos deberían participar a la hora de decidir cómo empezar a resolver aquello que motivo su consulta? ¿Te parece que esto pasa? ¿Por qué? ¿Qué consideras que favorece u obstaculiza que esto pase?

¿Te parece que vos podés elegir la forma y el momento para el seguimiento de aquello que haya hecho que consultes? ¿Por qué? ¿Te gustaría que sea diferente?

¿Crees que el médico participa en las consultas frente a los problemas que vos planteas? ¿De qué forma? ¿Crees que sería necesario que sea diferente? ¿Crees que el personal de salud quiere que participes para que se pueda resolver la situación que llevo a que consultes? ¿Por qué? ¿Qué consideras que favorece u obstaculiza que esto pase?

¿Crees que el personal de salud del CIC cuenta con el conocimiento necesario para abordar las problemáticas planteadas? ¿Frente a cuales consideras que si y que no? ¿Por qué crees que esto pasa? ¿De qué crees que esto depende?

¿Crees se cuenta con los recursos necesarios para resolver las situaciones que se presentan?. En caso negativo ¿Cuál te falta? ¿Por qué crees que pasa esto? ¿Crees que se puede hacer algo para revertir esta situación desde tu lugar? ¿Qué y cómo?

¿Consideras que es necesario conectarse con otras disciplinas o niveles de mayor complejidad en determinadas circunstancias? ¿Por qué? ¿Crees que esto pasa? ¿Qué facilita u obstaculiza que lo hagas y que se concrete?

¿Qué es para vos una comunicación eficaz con la comunidad? ¿Crees que es necesaria? ¿De qué crees que esto depende?

¿Crees que es necesario que se evalúen las actividades que se realizan en el CIC y como estas se hacen? ¿Crees que es necesario que se evalúe al personal de salud del CIC? ¿Por qué te parece?

¿Existen en tu centro de salud algún registro que permita identificar grupos de riesgo? ¿Cuáles?

¿Crees que deberían existir? ¿Cómo serian? ¿Con que finalidad?

¿Se realiza en tu área programática un ASIS? ¿Qué finalidad consideras que tiene?

## **ANEXO 5**

### **Instrumento A PERSONAL DEL EFECTOR DE SALUD: medicxs, trabajador social**

¿Qué entendés vos, como trabajador de la salud del primer nivel de atención, que es ser “resolutivo” en tu lugar de trabajo? ¿Por qué? ¿Te parece que sos una persona resolutiva? ¿Por qué? ¿Qué le modificarías al primer nivel de atención para que sea más resolutivo si es que lo crees necesario?

¿Cómo se inicia la consulta de una persona que vas a ver vos desde que esta llega?

¿Registras en los elementos de registro que utilices los motivos que desencadenan la consulta? - de ser así, ¿de qué forma lo registras y de qué forma lo preguntas? ¿Crees que tiene alguna utilidad? ¿Cuál? ¿Consideras que aquel motivo de consulta que vos registraste y/o preguntaste como tal es “el problema” de aquella persona?

¿Te parece que esos motivos de consulta que vos registras y/o preguntas muestran aquello que siente quien consulta? (por ejemplo situaciones que representan temor, angustia, etc) ¿Por qué? ¿De qué forma lo registras y/o preguntas?

¿Crees que es necesario para la resolución de un problema presentado por un sujeto conocer lo que este significa para sí mismo?

¿Cómo se va desarrollando la consulta después de que las personas relatan aquello que los motivo a venir?

¿A tu criterio, te parece que existen aspectos que sin ser mencionados por la persona que consulta podrían influir en los problemas que presenta? ¿Por ejemplo, cuáles? ¿Preguntás/conoces los determinantes del problema que presenta quien consulta? ¿Por qué? ¿Qué favorece/obstaculiza que puedas preguntar o que conozcas estos determinantes? ¿Contemplas dichos determinantes al momento de pensar en cómo se puede resolver aquel/aquellos problemas que se presentan? ¿Cómo lo haces?

¿Realizas un seguimiento de aquellos problemas que motivaron la consulta? ¿Por qué? Si lo haces, ¿de qué forma lo haces? ¿Qué obstáculos y facilitadores encontrás para hacerlo?

¿Qué entendés vos que es participar? ¿Te parece que las personas que consultan participan de alguna forma desde el ingreso al centro de salud?

¿De qué depende cuándo y con quién se atiende a una persona que consulta? ¿Crees que la persona que consulta decide cuándo y con quién atenderse? ¿Por qué?

¿Te parece que las personas que consultan eligen, cuándo y cómo decir aquello que motivó su consulta? ¿Por qué?

¿A tu criterio, las personas que consultan deberían participar a la hora de decidir cómo empezar a resolver aquello que motivo su consulta? ¿te parece que esto pasa? ¿Por qué? ¿Qué consideras que favorece u obstaculiza que esto pase?

¿Crees que vos participas en las consultas frente a las problemáticas que se plantean? ¿De qué forma? ¿Crees que sería necesario que sea diferente?

¿Crees que contás con el conocimiento necesario para abordar las problemáticas planteadas? ¿En qué ejes temáticos crees que si y en cuales no? ¿Por qué crees que esto pasa? ¿De qué crees que esto depende?

¿Crees que contás con los recursos necesarios para resolver las situaciones que se presentan?. En caso negativo ¿Cuál te falta? ¿Por qué crees que pasa esto? ¿Crees que se puede hacer algo para revertir esta situación desde tu lugar y el equipo de trabajo? ¿Qué y cómo? ¿Cómo actúas vos ante la falta de algún recurso determinado?

¿Qué es para vos la confidencialidad? ¿Cuándo crees que se debe cumplir? ¿Crees que es necesario que en algún caso no se cumpla? ¿En cuáles? ¿Por qué? ¿Hablas con otras personas sobre lo que surge de las consultas?

¿Consideras que es necesario conectarte con otras disciplinas o niveles de mayor complejidad en determinadas circunstancias? ¿Por qué? ¿Lo haces? ¿De qué forma lo haces? ¿Qué facilita u obstaculiza que lo hagas y que se concrete? En caso de concretarse, ¿Qué respuesta soles obtener? ¿De qué crees que depende esta respuesta?

¿Contás con información necesaria para localizar a las personas que consultan? De ser así: ¿queda registrada en algún lado? .En caso negativo: ¿Por qué?

¿Realizás seguimiento de las problemáticas presentadas en las consultas? ¿De qué forma? ¿Crees que todos los sujetos requieren un seguimiento similar en cuanto a frecuencia y a las estrategias a implementar para favorecer el mismo?¿por qué? En el caso que consideren que no todos requieren el mismo seguimiento: ¿Cuáles por ejemplo requerirían un seguimiento más de cerca? ¿lo realizas? ¿Cómo? ¿Crees que es importante? ¿Qué crees que favorece/obstaculiza que se concrete o no el seguimiento?

¿Qué es para vos una comunicación eficaz con la comunidad? ¿Crees que es necesaria? ¿Podes llevarla a cabo en el ámbito de las consultas? ¿De qué crees que esto depende?

¿Crees que la otra persona comprende lo que estas queriendo decir y vos sentís que comprendes lo que esta dice? ¿Crees que es necesario que así sea? ¿Por qué?



¿Consideras que las personas que demandan al efector de salud del primer nivel de atención realizan las estrategias terapéuticas pautadas en la consulta? ¿Por qué?

¿Se realiza alguna evaluación de las intervenciones realizadas en tu actividad como equipo de primer nivel de atención?

¿Existen en tu centro de salud algún registro que permita identificar grupos de riesgo? ¿Cuáles?

¿Crees que deberían existir? ¿Cómo serían? ¿Con que finalidad?

¿Se realiza en tu área programática un ASIS? ¿Qué finalidad consideras que tiene? ¿Lo utilizas en tu práctica habitual?

### **INSTRUMENTO A2 PERSONAL DE SALUD- ENFERMERIA, PROMOTORA DE SALUD**

¿Qué entendés vos, como trabajador de la salud del primer nivel de atención, que es ser “resolutivo” en tu lugar de trabajo? ¿Por qué? ¿Te parece que sos una persona resolutiva? ¿Por qué? ¿Qué le modificarías al primer nivel de atención para que sea más resolutivo si es que lo crees necesario?

¿Cómo se inicia la consulta de una persona que vas a ver vos desde que esta llega?

¿Registrás en los elementos de registro que utilices los motivos que desencadenan la consulta?- de ser así, ¿de qué forma lo registrás y de qué forma lo preguntas? ¿Crees que tiene alguna utilidad? ¿Cuál?

¿Qué entendés vos que es participar? ¿Te parece que las personas que consultan participan de alguna forma desde el ingreso al centro de salud?

¿De qué depende cuando y con quien se atiende a una persona que consulta? ¿Crees que la persona que consulta decide cuándo y con quién atenderse? ¿Por qué?

¿Te parece que las personas que consultan eligen, cuándo y cómo decir aquello que motivo su consulta? ¿Por qué?

¿A tu criterio, las personas que consultan deberían participar a la hora de decidir cómo empezar a resolver aquello que motivo su consulta? ¿Te parece que esto pasa? ¿Por qué? ¿Qué consideras que favorece u obstaculiza que esto pase?

¿Crees que vos participas en las consultas frente a las problemáticas que se plantean? ¿De qué forma? ¿Crees que sería necesario que sea diferente?

¿Crees que contás con el conocimiento necesario para abordar las problemáticas planteadas?

¿En qué ejes temáticos crees que sí y en cuáles no? ¿Por qué crees que esto pasa? ¿De qué crees que esto depende?

¿Crees que contás con los recursos necesarios para resolver las situaciones que se presentan?. En caso negativo ¿Cuál te falta? ¿Por qué crees que pasa esto? ¿Crees que se puede hacer algo para revertir esta situación desde tu lugar y el equipo de trabajo? ¿Qué y cómo? ¿Cómo actúas vos ante la falta de algún recurso determinado?

¿Qué es para vos la confidencialidad? ¿Cuándo crees que se debe cumplir? ¿Crees que es necesario que en algún caso no se cumpla? ¿En cuáles? ¿Por qué? ¿Hablas con otras personas sobre lo que surge de las consultas?

¿Considerás que es necesario conectarte con otras disciplinas o niveles de mayor complejidad en determinadas circunstancias? ¿Por qué? ¿Lo haces? ¿De qué forma lo haces? ¿Qué facilita u obstaculiza que lo hagas y que se concrete? En caso de concretarse, ¿Qué respuesta soles obtener? ¿De qué crees que depende esta respuesta?

## **ANEXO 6**

### **INSTRUMENTO G: REGISTRO DE AUDIO DE CONSULTAS DEL PERSONAL MEDICO: "PARTICIPACION"**

-Niveles de participación de las personas que demandan al efector de salud para la toma de decisiones acordes a los problemas planteados

- **0:sin participación**
- **1: pseudoparticipacion**
- **2:pseudoparticipacion contextualizada**
- **3:cogestion**

-Niveles de participación del personal del efector de salud para la toma de decisiones acordes a los problemas planteados

- **0:sin participación**
- **1: pseudoparticipacion**
- **2:pseudoparticipacion contextualizada**
- **3:cogestion**

**ANEXO 7**

**INSTRUMENTO C: HISTORIA CLINICA**

FE CH A	CODI GO NO MBR E	M C	SIGNIF ICADO MC	DETERMINANTES		RECURSOS NECESARIOS		ARTICULACION		CONTINUIDAD		PARTICIPACION					
				COTIDI ANOS	VINCU LADOa MC.	PRESENCIA/ AUSENCIA	ESTRATE GIAS DISPONI BILIDAD	PRESE NCIA/ AUSE NCIA	DETERM INANTE CONCRE SION	LOCALI ZACION	SEGUI MIENT O REALIZ ADOS vs. PREVIS TOS	S / R	S / P	P S	P S - C	C O	

MC: motivo de consulta

Significado del MC: se considerarán aquellos registros que reflejen el significado que tiene para quienes demandan al PNA, dicho/s motivos de consulta.

Determinantes cotidianos: se considerarán aquellos registros que reflejen los determinantes de salud propuestos por la OMS (2005).

S/R: sin registro S/P: participación 0 PS: pseudoparticipacion PS: pseudoparticipacion contextualizada CO: cogestión

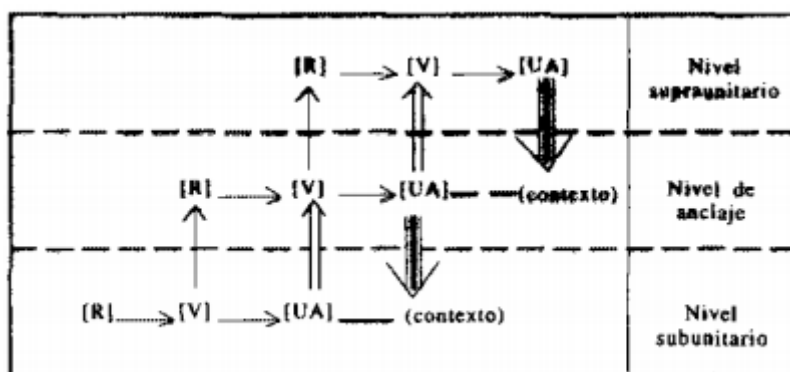
Determinantes vinculados: Se consideraran aquellos datos que reflejen una anamnesis dirigida a posibles etiologías del motivo de consulta. Ej MC: fiebre: presencia de registros escritos que daten una anamnesis dirigida a otros síntomas, antecedentes y características que podrían orientar a el diagnostico etiológico.

Localización: se considerara la presencia/ausencia de registros que permitan localizar a las personas que consultan (domicilio, teléfono, etc.)

Seguimiento: presencia/ausencia de consultas posteriores que daten de la situación actual de la consulta efectuada previamente en caso de ser solicitada y en el tiempo en que fue propuesta. Presencia /ausencia de consultas posteriores a la solicitud de algun examen complementario o interconsulta, que daten la respuesta obtenida.

### **ANEXO 8**

A partir de la matriz de datos diseñada por Samaja<sup>74</sup>, siendo UA (unidad de análisis), V (variables) y R (valores). Se consideraran las relaciones entre las mismas que fueron propuestas (figura 1) adaptándolas a la investigación realizada (tabla 1) sin pretender vislumbrar todos los vínculos lógicos de las mismas sino solo los más importantes.



Nivel supraunitario	UA	V	R	
	TRABAJADORES DE SALUD/ PERSONAS QUE DEMANDAN AL PNA	DIMENSIONES E INDICADORES DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	RESULTADOS OBTENIDOS	
Nivel de anclaje	Contexto	UA	V	R
	PNA	PALABRAS DEL PERSONAL DE SALUD Y DE LAS PERSONAS QUE DEMANDAN AL PNA	RESOLUTIVIDAD: DESDE EL CONCEPTO UTILIZADO POR LOS INVESTIGADORES	¿SE RESUELVE O NO?
Nivel subunitario	Contexto	UA	V	R
	EAPS	PNA EN CONTEXTO GEOGRAFICO Y SOCIOCULTURAL	RESOLUTIVIDAD: DESDE CONCEPTOS NORMATIVOS de OPS	SATISFACCION/INSATISFACCION DE LAS PERSONAS QUE DEMANDAN AL PNA

## **ANEXO 9: CONSIDERACIONES ETICAS Y VALIDACION**

### **Consideraciones Éticas:**

Para las entrevistas se utilizó el formulario de consentimiento verbal recomendado por Family Health International, y basándonos en el informe Belmont y la declaración de Helsinki establecemos como relevante:

- Considerar que la investigación está sujeta a normas éticas que sirven para proteger los derechos individuales de lxs participantes. Para ello es necesario incluir el consentimiento de l@s mismos y excluir todo tipo de coerción que pueda influir en forma directa o indirecta en su libre expresión.
- El consentimiento de lxs participantes se obtendrá a partir del conocimiento del objetivo y el desarrollo de la investigación, brindando la información adicional de la misma según los intereses particulares, y respetando que dicha participación es voluntaria y que cuentan con el debido resguardo de su intimidad y confidencialidad, además de contar con la oportunidad de retirar el consentimiento cuando lo deseen y sin necesidad de explicación alguna.
- Reconocer al objetivo de la investigación como un potencial problema en salud cuyo conocimiento responde a una necesidad en la población en la que se realiza.
- Nos basaremos en tres principios éticos básicos 1) Respeto por las personas: Promover y proteger la autonomía de las personas permitiéndole la libertad de actuar en base a sus juicios personales sin imponer la valoración subjetiva del investigador en su desarrollo. 2) Beneficencia: Asegurando el bienestar de lxs participantes, no causándole daño a lxs mismos, y generando los beneficios que sean posibles durante el desarrollo de la investigación y en la obtención de los resultados. 3) Justicia: Tratar a lxs participantes como SUJETOS de derechos.

Los investigadores no presentan conflictos de interés.

### **Validación:**

Para darle validez a la investigación desarrollada utilizamos la estrategia basada en la triangulación de información, de investigadorxs y de teorías. En relación a la información obtenida, la misma provino de diversos integrantes de los grupos comprendidos: personas que demandan al efector de salud y personal de salud de cinco disciplinas diferentes. Para recabar dicha información intervinieron más de un investigador (dos en total) a través de diversas técnicas de recolección de datos: entrevistas en profundidad, grabación de audio de consultas médicas y análisis del registro de las historias clínicas. Para la interpretación de los resultados se

utilizaron diferentes perspectivas teóricas propuestas por diferentes investigadores (siete en total) a los efectos de contribuir a la validez interna de la investigación.

## ANEXO 10: TABLAS DE RESULTADOS CUALITATIVOS

Percepciones de resolutiveidad como CONCEPTO	
<b>Concepción biologicista</b>	
Personal de salud	Personas que concurren al efector del PNA
"Resolver sería la <u>atención inmediata a alguien enfermo</u> , por ejemplo si tiene fiebre"(Enfermera)	"se trata de que están todos ofreciéndonos la <u>ayuda ante la enfermedad</u> , que me den el remedio justo" (A-34)
"Solucionar la <u>urgencia, el dolor</u> " (odontóloga)	"la salita resuelve <u>dándome el medicamento</u> , porque está en el barrio si tengo que ir al hospital no cuenta" (A-19)
	"si voy con una enfermedad, que no la tenga más" (M-62)
<b>Concepciones vinculadas a un espacio georreferencial limitado</b>	
Personal de salud	Persona que concurre al efector del PNA
	"me dan soluciones pero no todas; hay que andar para que se solucione algo. Ir al hospital, ver a varios médicos, a Andrés (trabajador social)" (S-39)
	"si no han podido acá porque no hay algún recurso, nos derivan y nos dicen las cosas como son"
	"se resuelve acá, no tengo que ir en general al hospital"
	"que no me tengan que mandar a otro lado. Si no tengo que salir del barrio se resuelve, sino no".
<b>Proceso/transformación</b>	
Personal de salud	Persona que concurre al efector del PNA
"Surge de la interacción con el otro. No es algo estanco, <u>precisa acompañar la dinámica de estos sujetos</u> . Tiene que tener necesariamente tres ingredientes: una sensibilidad particular (para darle valor a lo que el otro cuenta a partir de considerar su singularidad), decisión de compromiso de qué hacer con esa escucha e implementarla automáticamente en sentido de tiempos prácticos" (RMGa)	"que se termine el problema o que estén las herramientas para que puedas llevarlo a cabo de la mejor manera posible. Por ejemplo el <u>acompañamiento</u> , el tratamiento del dolor" (J-25)
"resolver es dar respuesta a lo que se plantea, para cambiar algo algunas <u>personas no saben para que esta el centro vienen solo cuando están enfermos para solucionarlo</u> " (obstétrica)	
"es un <u>proceso</u> no siempre definitivo pero tiene que ser concreto y se va dando" "si no se resuelve acá es porque necesitamos de mayor complejidad, pero se gestiona esa respuesta"(MG)	
"que se vaya con una respuesta, <u>acompañarlo</u> " "lo que no puedo resolver lo derivó a otro lado, pero siempre lo acompaño" (TS)	
"Entiendo por resolutiveidad la respuesta que el equipo de salud puede dar en forma <u>íntegra, longitudinal</u> , accesible y acorde a la problemática de salud de la persona/familia, <u>independientemente del nivel de atención que se requiera para su abordaje</u> " (RMGc)	
"dar la mejor respuesta posible con lo que tenemos en la salita o <u>gestionando</u> con el segundo nivel" (RMGb)	
"es buscar soluciones a las problemáticas de salud, o <u>articulando</u> lo que no hay o brindar educación" (enfermero)	

Resolutiveidad en la práctica cotidiana: ¿cómo se expresa?	
Personal de salud	Persona que demanda al efector del PNA
"no somos resolutiveos porque estamos <u>desbordados por la atención de enfermos</u> , antes lo éramos porque podíamos <u>salir más a la calle</u> " "no soy resolutiveo porque lo que hago acá es ser la secretaria del pueblo, mucama, enfermero" (enfermero)	"me dan soluciones pero no todas, hay que andar para que se resuelva" (S-39)
"siempre se atiende y se da respuesta" "yo no soy resolutivea porque no sé y no tengo <u>experiencia</u> " (PS)	"las veces que he ido, ustedes (MG) me resolvieron todo. Con el clínico no me pasa así, no me explica" " <u>el clínico te da cosas de atrás del escritorio y no te mira</u> ". (L-62)
"no hay respuesta afirmativa ni negativa, depende de la situación, tiene que ver con los recursos del lugar, la formación de cada uno. A veces por no tener la <u>experiencia</u> suficiente no se resuelve bien" (RMGb)	"siempre solucionan todo ustedes (MG)" (A-19)
"somos resolutiveos. Yo también, se aprende con la <u>experiencia</u> . En general	"siempre me resuelven salvo que se algo que no se sepa"

todos los médicos somos resolutivos porque tenemos que dar alguna respuesta, a diferencia de otras profesiones" (MG)	que es (MG)" (P-42)
"siempre se resuelve de mi parte, hago todo lo esperable para la sala. Ortodoncia y prótesis no, porque no tengo el material" "habría que salir más a la calle para hacer mejor, pero tengo que atender"(odontóloga)	"siempre resuelven todo ustedes(MG)" (M-31)
"en general se resuelve porque se acompaña siempre" (TS)	"en general si se resolvieron, o están ahí en eso (MG)" (J-25)
"yo intento ser resolutiva, a veces puedo, <u>no sé cómo funciona todo en general</u> " (obstétrica)	"nunca me paso que no se resuelva, el día que sea así cago todo a patadas (MG)" (A-34)
"soy resolutiva, no tengo dudas de eso. Y lo somos porque contamos con recurso humano de personas que estamos formadas para el PNA" (RMGa)	"siempre resuelven porque siempre están ustedes para lo que los necesito (MG)" (M-54)
"siempre se da respuesta. <u>Si no se hace algo, de mi parte es porque no tengo experiencia</u> y no se tampoco como para hacer ciertas cosas" (enfermera)	

Determinantes de la resolutividad	
Temporoespacial: espacio físico para la atención de la salud y horarios disponibles	
Personal de salud	Persona que demanda al efector de PNA
"El espacio nos queda chico y estamos <u>saturados por la demanda</u> , pasamos a ser un consultorio del hospital" "si nos organizáramos mejor, tal vez podríamos hacer más" (enfermero)	"el tiempo no alcanza, a veces necesitas ir y no tenés turno entonces te quedas en tu casa con el problema o los llamas por teléfono" (P-42)
"Para que sea más resolutivo tendría que estar <u>abierto sábado y domingo y todo el día</u> " (PS)	
"Para resolver mas tendría que haber un <u>médico permanentemente</u> , pero no para emergencia, pero si hay que hacer los primeros auxilios" (Enfermera)	
"me gustaría hacer actividades afuera del consultorio pero no tengo tiempo" (odontóloga)	
Determinantes de la resolutividad	
Disponibilidad de recursos tecno farmacológicos- humanos	
Personal de salud	Persona que demanda al PNA
"Es <u>necesario tener los datos fundamentar y sistematizar la información</u> para generar dispositivos y hacer reclamos a la gestión pertinente. Falta mucho en microgestion, compartir saberes intraequipo" "material si falta, equipamiento tecnológico, medicación basada en la realidad" (RMGa)	"Falta espacio físico, una biblioteca y fotocopiadora. Así me podría llevar algo escrito que diga qué tengo y conocerme" "se podrían conseguir proyectos para que nos subsidien lo que falta pero <u>lo mejor sería que nos organicemos entre los vecinos para conseguirlo</u> " (J-19)
"recursos faltan un montón; materiales para trabajar, alimentos" (PS)	"Me faltaría una psicóloga, me gustaría que viniera de vuelta"(S-39)
"Queriendo trabajar se puede y te adaptas. A mí no me daban nada y conseguí los materiales donados. Y lo que no tengo lo traigo de mi consultorio" (odontóloga)	"ojala pudiera ampliarse pero <u>con lo que hay podemos mucho</u> " (P-42)
"Faltan un montón de cosas como para una emergencia, recursos para nosotros mismos faltan" " <u>habría que pedir lo que falta</u> al club de leones, o hacer una nota" (enfermera)	"a veces faltan cosas pero <u>no me paso que no se pueda resolver por eso</u> " (A-34)
"siempre faltan cosas como cuestiones edilicias, calefacción, pero se puede resolver con lo que hay" " <u>hay que recurrir a la vía formal para solicitar lo que falta</u> , pero como no te dan pelota, te cansas" (MG)	"faltan mas consultorios porque a veces no dan a basto. Falta un baño" (M-54)
"se podrían hacer más cosas desde acá si tuviéramos más cosas, laboratorio, ecografía" (obstétrica)	"faltan cosas pero <u>así se hace mucho</u> " (L-62)
"En general los tenemos disponibles para muchos problemas. Dependiendo la problemática hay más cosas que se necesitan pero en general con lo que hay se puede resolver" (RMGc)	
"a veces terminan yendo al hospital o viniendo muchas veces cuando no sería necesario y le evitarías eso a la persona si hubiera un referente permanente acá" "no hacemos notas ni insistimos, <u>hay poca gestión entre nosotros para conseguir lo que falta</u> " (RMGb)	
"Faltan desde tensiómetros, ampollas, medicación, instrumental, mobiliario" (enfermero)	
" <u>hay que meter, informes e hinchar</u> para conseguir lo que falta, involucrarse en la gestión de políticas sociales" (TS)	



<b>Determinantes de la resolutivead</b>	
<b>Competencia/experiencia</b>	
Personal de salud	Persona que demanda al PNA
“por ahí para onar se ve como que yo no tengo voluntad, pero <u>él tiene otros conocimientos, otro estudio, otra experiencia</u> ” “Para mí es una responsabilidad recontra grande hacer un diagnostico de un nene o de un adulto, considerar si necesita atención en el momento o no, <u>yo no sé si estoy capacitada para eso</u> . A mí me va a llevar tiempo. Nunca trabajé así en ninguna sala entonces me va a llevar un poco de tiempo y de temor”(enfermera)	“Todos no tienen el conocimiento, y es <u>de salud nomas lo que saben</u> . Lo otro es para escucharme, pero no van a solucionarme todos los problemas de mi vida, de mi casa” (A-34)
“ <u>yo no tengo lo necesario para resolver porque no tengo experiencia y no sé</u> . Me gustaría saber mas pero <u>antes te imponían que hasta ahí puedes saber como promotora</u> y no más. A veces la gente me pregunta por cuidados de la salud, métodos anticonceptivos y yo me digo a mi misma: <u>como promotora de salud soy re ignorante</u> . Me gustaría capacitarme más para poder hacer” “me encanta la propuesta de Cintia de capacitarnos” (PS)	“me parece que <u>no tienen todo el conocimiento necesario</u> . Tal vez el de la <u>medicina tradicional sí</u> , pero ustedes quieren atender de una manera integral y no tuvieron una formación integral. No nos dan, al menos no siempre o no todos, información sobre plantas medicinales, sobre otras medicinas, diferentes tipos de alimentación” (J-25)
“Tengo mucho por aprender de todo. Es <u>necesario un referente permanente</u> en la sala que te deje tranquilo. <u>Me siento inseguro, intranquilo</u> . Estamos en periodo de aprendizaje y no tenemos a alguien permanente” “ <u>falta supervisión</u> , o devolución, si se hace esta solapada, no me entero. Estaría buena una devolución, un intercambio” (RMGb)	“Yo pienso que saben. Si uno <u>sale con un tratamiento y mejora es porque estaba bien</u> ” (L-62)
“He pasado por muchas instancias que garantizan una formación básica que me permite resolver ciertas problemáticas” (MG)	“se puede resolver si saben, si le dan en la tecla. Cuando no saben es un problema porque ves a uno y otro y otro médico y <u>no solucionan nada</u> ” (P-42)
“Tengo el conocimiento necesario y me capacito en eso. Lo tengo porque sé que nunca se termina la <u>educación permanente</u> , como sé que puedo encontrar el saber necesario, ninguna situación me genera duda” (RMGa)	“ <u>saben más que alguien común</u> y por eso hacen lo que hacen. Son los que estudiaron así que saben lo que hacen” (A-19)
“Tengo el conocimiento, al menos en lo que he tenido hasta ahora, porque estudie e hice cursos” (enfermero)	“ <u>si salgo y me siento mejor es porque saben</u> ” “Es necesario que se evalúe la salita para ver cómo va” (M-31)
“Hay problemáticas que como equipo de salud no tenemos el conocimiento para abordar por ejemplo <u>violencia de género, consumo problemática de sustancias, falta de trabajo, baja autoestima, hacinamiento</u> . Esas cosas que te enfrentas todos los días y exceden nuestra capacidad de respuesta, sabemos que se puede hacer algo, que hay que organizarse y generar una respuesta organizada, gestionar, pero estamos lejos” (RMGc)	“No me resuelven pero me hacen bien. Porque <u>no me pueden arreglar lo que pasa con mi casa</u> ” “cuando la nena está enferma la curan” (S-39)
“a veces se que hacer y cuando no lo <u>averiguo, lo leo, busco</u> ” “serviría tener una <u>supervisión</u> , que otro te ayude a repensar tus prácticas de ello que haces. Eso no se da” “mi jefa me pide a veces alguna evolución pero nunca me dio una devolución de eso, <u>ganás experiencia</u> ” (TS)	“el conocimiento lo tienen porque son médicos. Y <u>cuando uno va, se le va lo que tiene</u> ; es así” (M-54)

<b>Determinantes de la resolutivead: Participación</b>	
<b>Reconocimiento de seres autónomos, singulares y contextualizados</b>	
Personal de salud	Persona que demanda al efector del PNA
“se respeta si el otro quiere participar y en qué nivel de participación esta. La <u>participación es singular</u> ” “a veces decido tomar yo las riendas y el nivel de participación del otro es 0, limito las posibilidades resolutiveas. Pero decidir quien toma las riendas, ¿no es una forma de participación? para resolver hay que conocer el significado que tiene esto para el otro, conocer sus expectativas” (RMGa)	“participo <u>cuando decido por mi misma</u> que hacer, y tengo la información que yo necesito para hacer lo que me parece mejor” (J-25)
“Tienen un espacio de participación permanente. Nosotros lo tenemos en cuenta. <u>Hay personas que prefieren un lugar más paternal</u> , que hacen lo que se les dice y otras que no. Cuando puede entender más la información de lo que le pasa, <u>puede participar más</u> ” (MG)	“si no quiero que me atienda un hombre les digo, y sí decido, con una mujer y con la que tenga más confianza” (A-19)
“hay que pensar para no decidir por otros” “Yo no resuelvo nada a nadie, <u>ellos son autónomos yo acompaño</u> ” “No insisto para que elijan. Intento explicarle. No me gusta la palabra concientizar. Intento que vea lo que el sistema le pide para poder hacer lo que quiere” (TS)	
“no me gusta tomar decisiones sola, <u>yo les cuento lo que yo sé y ellos elijen</u> ” (obstétrica)	
“diciéndonos sus problemas, cuando hay confianza participan, y <u>cumpliendo el tratamiento que se les diga</u> . Se respeta al que no quiere decirlos” (enfermero)	
“que puedan contar lo que les pasa depende de la persona que tengan adelante, si es abierto o no y agarran confianza <u>con ustedes (RMG) porque no los van a retar</u> ” (PS)	
“ellos me dicen qué se quieren arreglar y yo hago lo que puedo con lo que tengo para eso que tienen” (odontóloga)	
“se resuelve según lo que el otro puede y quiere, sus deseos y sus recursos” (RMGc)	
<b>Contextualización</b>	
Personal de salud	Persona que demanda al efector del PNA
“A veces nosotros vemos cosas que les faltan y por ahí su problema es otro” “ <u>Toda su vida influye en lo que le pasa</u> . Nunca te puedes poner en el lugar del otro porque no sos el otro. Para conocerlo no tenes que ser imperativo en que tiene que hacer, al estar en la casa te acercas	“preguntan otras cosas que no era solo por lo que vine. Pasa porque son humanos y temes tiempo” “ <u>ustedes se ponen a nuestro nivel, entienden cómo vivimos</u> ” (M-31)

más y la confianza ayuda”( (TS)	
“es <u>necesario salir al barrio</u> para ver qué le pasa a la gente” (enfermero)	“preguntan de todo, de donde estamos, como estamos y con quienes” (A-19)
“vamos a <u>conocer la casa para ver cómo viven</u> , qué les pasa, así los conocemos mas” (PS)	“conocen como vivimos <u>porque vienen a nuestras casas</u> ” (L-62)
“nada es por azar, la mayoría de las veces no lo explicitan su realidad. En muchos conozco sus <u>determinaciones y determinantes sociopoliticoculturales</u> por estar hace un tiempo trabajando acá, lo que hay que saber es como se imprimen estos en esa persona singular” (RMGa)	“vienen a ver cómo vivimos y como estamos” (A-34)
“Generalmente los <u>motivos de consulta son el resultado de un conjunto de problemas o determinantes</u> , por ejemplo podemos poner como motivo de consulta “me pica todo” o prurito y llegar al diagnostico de escabiosis y atrás de ese motivo de consulta está el problema del hacinamiento, la falta de agua caliente para bañarse, la falta de accesibilidad a medicación” (RMGc)	
“es importante conocerlo y el contexto por la patología que pueden llegar a tener por ejemplo si es HIV para saber sobrellevarlo a él y cuidarte a vos también” (odontóloga)	

### Cumplimiento de un rol preestablecido

Personal de salud	Persona que demanda al efector del PNA
“Participo dentro de lo que se, lo que puedo y lo que me deje el otro, yo <u>tampoco me quiero hacer de la obligación de ciertas cosas</u> . Porque por hacerle el favor a veces a alguien se termina haciendo obligación” “yo <u>hago lo que creo que me corresponde y no más</u> ” “si viene una embarazada un miércoles, se las pongo a ustedes para que la vean más rápido, pero si ustedes ya están siguiendo 4 o 5 se la pongo a Sole” (enfermera)	“ <u>no participo porque no soy medica</u> ” “ustedes me dicen que hacer y yo hago” (A-34)
“yo participo <u>en todo lo que puedo y se me permite estar</u> . Me gusta hacer cosas, no me gusta quedarme quieta” “antes podía salir mas. Te marcan que hasta ahí puedes, ahora estoy todo el día escribiendo” (PS)	“¿en qué puedo participar yo? En nada, en lo que al médico le pueda decir nada más” “yo <u>soy muy obediente</u> , me dicen que me va a hacer bien esto y lo tomo. Me gusta que me avisen que es” (M-64)
“ <u>hago lo que está estipulado que tengo que hacer acá</u> ” “elegir no pueden mucho más que eso, yo soy la única que esta acá y sólo en este horario, el que no le gusta puede no venir”(odontóloga)	“yo de afuera no voy a tomar decisiones, que las tomen los médicos, para algo son <u>médicos</u> , sino para eso me quedo en mi casa” (PC) “el personal de salud busca que yo participe” (A-34)
“participo haciendo de todo, pero <u>no soy resolutivo porque soy mucamo, enfermero, secretaria del pueblo, y no puedo así salir a hacer seguimientos</u> en las casas” “cuando ponemos un tratamiento y lo hacen, participan” (enfermero)	“ellos <u>deciden</u> como tratarme, después que lo haga o no depende de mí” “una vez al clínico no le gustó que yo le diga lo que me parece que tenia, pero para mí era una angina”(L-62)
“Elhecho de ir al centro, si no fue obligado, es una forma de participar por ejemplo en la recuperación de su salud, un inicio lamentablemente <u>y en general no se la hace participar, sino se le indica</u> lo que debe y no debe hacer sin preguntarle demasiado.” “Nos enseñaron a prescribir, indicar, tratar, recetar...a no perder mucho el tiempo porque hay que facturar. Son pocos los profesionales que se detienen a preguntar y escuchar la experiencia de vida de la persona que tiene adelante, a conocer sus herramientas y experiencias para valorarlas y respetarlas” (RMGc)	“No te dicen con quien puedes atenderte, salvo que vayas directo para alguien en particular, <u>no te dan opciones</u> ” “yo elijo cuando y como decir lo que me pasa y qué decir, pero no creo que todos puedan hacerlo porque me parece que no cae de maduro que así sea, porque <u>uno está acostumbrado al médico que te sanciona, entonces si ustedes (RMG) tienen una mirada integral y que no sanciona tienen que aclararla de entrada para que el otro sepa que puede expresarse</u> ” (PC) “con algunos me pasa que en realidad no decido el tratamiento porque las opciones que me dan son pocas. No me dan todas las alternativas que necesito” (J-25)
	“¿Cómo no van a participar los médicos, sino para que consulto? Yo puedo entender que no participen las personas, ¿pero los médicos?” (A-19)
	“las <u>decisiones las toma el médico, yo las cumplo</u> ” (P-42)

### Registro de audio de consultas de MG: Niveles de participación de las personas que demandan al PNA en la toma de decisiones

Sin participación
“le vas a dar este 1 cada 12hs.” (RMGc) “le vamos a pedir una ecografía para ver bien como esta” (MG)
Pseudoparticipacion
“entonces nos vemos a los 5 meses para el control, ¿sí?” (MG) “estos son los horarios que tenemos nosotros si querés llama antes por si no estamos” “lo madurativo y todo está bien, ahí te hago la notita para que la vea el traumatólogo y acordate de llevarla para las vacunas que le faltan” (RMGc)
Pseudoparticipacion contextualizada
“tiene que tomar esto, ¿tenés posibilidades de comprarlo vos?” (RMGc)

Confianza	
Personal de salud	Persona que demanda al efector del PNA
"A veces vienen por algún recurso puntual y después conversando salen otras cosas. <u>Trato de ver más allá</u> , sino sería solo un dispensario" (TS)	"si se dan cuenta de lo que me pasa porque les cuento y ustedes me escuchan" (M-31)
"si es muy evidente lo que tienen me doy cuenta, pero sino no me meto mucho mas por las dudas <u>si no me cuenta será porque no tiene confianza</u> " (enfermera)	"se dan cuenta de que te pasa porque uno se pone a conversar. <u>A mí ya me notan en la cara</u> enseguida cuando estoy mal porque me conocen" (S-39)
las personas no creen que el médico esta para cosas que no sean orgánicas, asique es difícil que alguien se presente con motivo de consulta angustia o temor, sin embargo <u>si le damos la posibilidad de hablar y repensar su situación tal vez manifieste algo que no tenga que ver solo con lo físico</u> , sino con lo que siente y como le afecta esa situación" (RMGc)	" <u>yo siento confianza entonces les digo todo</u> . Ellos te conoces, saben que te pasa, es un problema si no están más" (L-62)
"lo primero que hago es mirar la cara, la actitud. Algunos plantean directamente aquello por lo que viene, otros necesitan otra pregunta más"(RMGa)	"me escuchan, me hablan respetan lo que me pasa y así se dan cuenta" (J-25)
"cuando se lo escucha, se toma en cuenta lo que dice, me intereso en conocer su situación y me comprometo en la solución de la misma" (RMGb)	"si no me preguntan directamente, yo les cuento y después me preguntan mas, igual <u>se dan cuenta de todo</u> " (A-34)
	"me preguntan y yo respondo, y <u>saben porque vengo porque van preguntando cuando le vas contestando</u> , capaz que en otro lado te preguntan porque venís y nada mas entonces si no le decís todo de una después no saben más" (A-19)

Determinante de la resolutivead: Confidencialidad	
Personal de salud	Persona que demanda al efector del PNA
"En general me cuentan lo que les pasa. Tienen que tener <u>confianza</u> , si vos después agarras y se lo contas a todo el mundo no te va a decir más nada" (enfermera)	"hay gente que se queja de que <u>se la pasan chusmeando</u> . Respeto hay siempre me trataron bien" (A-34)
"A veces se viola la confidencialidad sin justa causa, en la sala de espera. Hay que cuidar lo que se dice y como se dice en función de lo que el otro quiere" (MG)	" <u>que no te falten el respeto cuando no das confianza</u> . El enfermero me parece un desubicado, anda diciendo de quien es mi hija por el apellido, por eso no voy a la tarde" (M-31)
"me hace ruido contarle a todo el equipo en las reuniones situaciones tan personales cuando sabes que al otro no le gusta. Creo que hay que preguntarles antes de hacerlo" (RMGb)	"los médicos si son respetuosos, no tanto el resto. Porque <u>la intimidad es parte del respeto</u> y no hay. Informarte es parte de respetarte también" (J-25)
"si andamos cantando lo que dice en las historias clínicas, después no vienen mas" (PS)	"a veces <u>te enteras de lo que la enfermera decía cuando vos ibas</u> , y después no vas mas con esa" (L-62)
"a veces rompemos la confidencialidad por un bien mayor, pero a veces no se cuidan las formas, lugares, momentos, creyendo que el fin justifica los medios sin estar a expensas de lo que el otro quiere" (RMGa)	"para <u>romper ese secreto</u> tendrían que preguntarme. Si te cuento es para que no lo digas" (S-39)

Interdisciplina	
Personal de salud	Persona que demanda al efector del PNA
"creo que <u>no hay comunicación entre las personas del equipo</u> , reconozco que no dije que me molestaba y que estuve mal en nunca acercarme a hablar con ustedes, se podría trabajar mejor si trabajamos juntos" "vine a las reuniones de equipo y me sentí sapo de otro pozo" "es necesario un trabajo en equipo, uno viene cumple un horario y se va"(obstétrica)	"es necesaria porque sino cada uno hace lo que quiere porque no se comunican y uno termina dando vueltas con todos que te dicen cosas diferentes. " (A-34)
" <u>Falta escucha entre nosotros</u> .es un obstáculo el ego porque no nos permite encontrarnos verdaderamente" (RMGa)	" <u>acá estamos tan acompañados, que cuando vamos al hospital si ustedes no se hablan con ellos, nos sentimos muy solos</u> " (M-31)
" <u>no tenemos buena devolución de otros niveles</u> "(MG)	"nos sentimos <u>solos cuando vamos al hospital</u> , porque ellos no hablan con ustedes" (J-25)
Mi participación es casi nula ahí lo manejan mas los médicos, salvo que me digan que les pida la comunicación con otro" "yo veo en ustedes, que por eso también los buscan, que tratan de solucionarle ese problema también por ejemplo el turno con la dermatóloga. Le sirven más a la gente. Es una forma de mostrarle interés " (enfermera)	"esta bueno. Pasa cuando voy a gimnasia y la profesora me dice que vea también a los médicos para controlarme" (M-54)

“La interdisciplina es necesaria para una derivación continua con acompañamiento y gestión” “el trabajo en equipo facilita la acción” (TS)	“es necesario estar comunicado con el hospital porque es el que manda los medicamentos para conseguirlos” (P-42)
“INTERDISCIPLINA, INTERSECTORIALIDAD, Redes, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN SERIO Es <u>imposible estar solo y ser resolutivo</u> ” (RMGc). “	“es importante que hablen entre los médicos para ver que me hacen”(L-62)
“es necesaria para ingresar un paciente al hospital o trabajar con el agente sanitario o trabajador social para hacer un seguimiento” “no tenemos buena devolución de otros niveles. Y yo me contacto en forma personal y la respuesta depende de que te conozcan y sepan lo que haces porque así te respetan” (enfermero)	“ustedes hacen todo junto , se mueven en conjunto, hablan todo el tiempo de nosotros para ver qué hacer”(A-19)
“es fundamental para entender las múltiples aristas del problema, trabajar con psicólogos, trabajadores sociales. El hospital es puntual para una consulta específica” (RMGb)	

<b>Continuidad</b>	
Personal de salud	Persona que demanda al efector del PNA
“intento <u>registrar</u> todo ahora para poder darle una respuesta. Es útil por si viene otro en mi lugar también y <u>para así poder seguir</u> la situación” “sería necesaria otra forma de registro, tengo datos aislados en mi cuaderno” (TS)	“es importante que <u>anoten para que se acuerden</u> la próxima” (M-31)
“ <u>no registro mucho, es una cuestión egoísta</u> porque así el otro no lo va a entender y no va a poder hacer el mismo seguimiento” “siempre están los datos en la historia clínica para localizar a las personas” “registro en función de optimizar el tiempo” (MG)	“si <u>anotan para acordarse</u> después que tenía” (A-34)
“es útil <u>registrar para poder seguirlo</u> ” (odontóloga)	“sirve que anoten porque así cuando sos mas grande se acuerdan y te vuelven a preguntar como estas” (A-19)
“soy muy desorganizado con <u>seguimiento pero es importante registrarlo</u> . Con algunas personas es más fácil por conocimiento o cercanía. Estaría bueno tener algún sistema para que no se nos escapen los casos y que todos conozcan las situaciones vulnerables.” “no me fijo sistemáticamente si tiene o no teléfono y después cuando lo necesitas te das cuenta por ahí que no está” (RMGb)	“se acuerdan lo que me pasa y cuando me ven me preguntan. Antes la psicóloga <u>hasta me llamaba</u> cuando no iba, me hacía sentir protegida así”(L-62)
“ <u>Escribir</u> me ayuda a recordar lo que me dijo y al recordarlo le estamos diciendo que nos importó lo que nos compartió. También es importante <u>para el seguimiento</u> la comunicación con el equipo” (RMGc)	“se anotan y <u>te llaman por teléfono</u> para ver como estas e ir viendo que hacer” (P-42)
“cito para una x fecha y lo registro en mi cuaderno, si no viene el día pautado, la llamo por teléfono” (obstétrica)	“ <u>me vienen a ver</u> cuando no voy o me <u>llaman</u> cuando pasa algo” (S-39)
“por la vorágine cotidiana y los tiempos, a veces el seguimiento en lugar de ir yo a buscarlos, ellos vienen y me lo recuerdan. Me resulta anotarme en la agenda situaciones particulares y dar el teléfono. Aprendí también a respetar el no regreso a consultar” (RMGa)	
“me gustaría salir a la calle y poder seguir haciendo seguimientos pero estamos saturados por la demanda y ya no se puede salir” (enfermero)	

## ANEXO 10: SIGNIFICADOS DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA: ESPECIALIDAD MG Y RMG

“ mi hijo tuvo nefropatía, tengo miedo que ella también”(A-43)	“me siento débil cuando estoy así”(B-67)
“estoy preocupada porque no me venga” (F-19)	“me bajoneo y me duele más” (A-62)
“me parece que el dolor es por patear tanto la moto”(L-32)	
“a veces pienso que si tuviera un revolver podría resolver todo esto”(N-60)	
“estoy desarmada así”(N-60)	
“me bajonea, estoy más triste”(P-40)	
“me preocupa que es, nunca me hice un PAP”(S-21)	
“el dolor es igual al que tuve cuando murió mi mamá”(C-32)	

## **ANEXO 11: significancia estadística del % de resolutivez según especialidad**

Observad	Resuelve	No Resuel	Total	Calculo de	Resuelve	No Resue	Total
Generalista (I	114	35	149	Generalista (	0,001650352	0,00528959	0,00693994
No Generalis	11	4	15	No Generalis	0,016393496	0,05254326	0,06893675
Total	125	39	164	Total	0,018043848	0,05783285	0,07587669
	0,762195122	0,237804878	1,				0,
Esperado	Resuelve	No Resuel	Total	Chi cuadrado	0,0758		
Generalista (I	113,5670732	35,43292683	149	Grado de libertad	1		
No Generalis	11,43292683	3,567073171	15	Nivel de confianza	0,05		
Total	125	39	164				
	0,762195122	0,237804878	1,				

## **ANEXO 12: INSTRUMENTOS SUGERIDO PARA LA EVALUACION DE LA RESOLUTIVIDAD EN EL PNA**

Estos instrumentos fueron diseñados posteriormente a la obtención y análisis de datos de esta investigación. Se dejaron aquellas preguntas que midieron aquello que inicialmente se propuso y se realizaron modificaciones pertinentes a los resultados obtenidos.

### **Instrumento A: PERSONAL DEL EFECTOR DE SALUD**

¿Qué entendés vos, como trabajador de la salud del primer nivel de atención, que es ser “resolutivo” en tu lugar de trabajo? ¿Te parece que sos una persona resolutiva? ¿Por qué? ¿Qué le modificarías al primer nivel de atención para que sea más resolutivo, si es que lo crees necesario?

¿A tu criterio, las personas que consultan deberían decidir cómo empezar a resolver aquello que motivo su consulta? ¿Te parece que esto pasa? ¿Por qué? ¿Qué consideras que favorece u obstaculiza que esto pase?

¿Les preguntas a las personas que consultan como se sienten con aquello que motiva su consulta? ¿Por qué? ¿Preguntás como quieren abordar aquello que les pasa? ¿Por qué?

¿Crees que contás con el conocimiento y habilidades necesarias para abordar las problemáticas planteadas? ¿De qué crees que esto depende? De no ser así, ¿Qué saberes te parecen relevantes adquirir?

¿Crees que contás con los recursos necesarios para resolver las situaciones que se presentan? En caso negativo ¿Cuál te falta? ¿Crees que se puede hacer algo para revertir esta situación desde tu lugar y el equipo de trabajo? ¿Qué y cómo?

¿Consideras que es necesario conectarte con otras disciplinas o niveles de mayor complejidad en determinadas circunstancias? ¿Por qué? ¿Lo haces? ¿De qué forma lo haces? ¿Qué facilita u obstaculiza que lo hagas y que se concrete? En caso de concretarse, ¿Qué respuesta soles obtener? ¿De qué crees que depende esta respuesta?

¿Realizas seguimiento de las problemáticas presentadas en las consultas? ¿De qué forma? ¿Qué crees que favorece/obstaculiza que se concrete o no el seguimiento? ¿Contás con información necesaria para localizar a las personas que consultan?

### **Instrumento B: PERSONA QUE CONCURRE AL EFECTOR DE SALUD**

¿Qué es para vos resolver un problema de salud que te lleve a consultar al CIC? ¿Te parece que en el centro de salud se resuelven tus problemas de salud? ¿Qué factores crees que favorecen o dificultan que se puedan resolver? EL personal de salud del CIC ¿te pregunta cómo te sentís con aquella situación que te llevo a consultar?

¿Crees vos podes decidir cuándo y con quién atenderte? ¿Por qué?

¿Te parece que vos podes elegir, cuándo y cómo decir aquello que motivo tu consulta? ¿Por qué? ¿Decidís cómo empezar a resolver aquello que motivó tu consulta? ¿Consideras que es importante que sea así? ¿Qué considerás que favorece u obstaculiza que esto pase?

¿Crees que el médico participa en las consultas frente a los problemas que vos planteas? ¿De qué forma? ¿Crees que sería necesario que sea diferente?

¿Crees que el personal de salud del CIC cuenta con el conocimiento necesario para abordar las problemáticas planteadas? ¿Frente a cuáles consideras que si y que cuáles que no? ¿De qué crees que esto depende?

¿Crees que se cuenta con los recursos necesarios para resolver las situaciones que se presentan? En caso negativo ¿Cuál/es falta/n? ¿Crees que se puede hacer algo para revertir esta situación desde tu lugar? ¿Qué y cómo?

## **INSTRUMENTO C: RELEVAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS**

FEC HA	CODIG O NOMB RE	M C	SIGNIFIC ADO MC	DETERMINANTES		RECURSOS NECESARIOS		ARTICULACION		CONTINUIDAD	
				COTIDIA NOS	Vincul ado MC.	PRESENCIA/AU SENCIA	ESTRATEGI AS DISPONIBIL IDAD	PRESEN CIA/ AUSENC IA	DETERMIN ANTE CONCRESI ON	LOCALIZA CION	SEGUIMIE NTO REALIZAD OS vs. PREVISTO S

*Este instrumento presenta semejanzas con el utilizado en la investigación. Sin embargo, no se propone emplearlo para evaluar la participación, ya que la misma por un lado contempla muchos caracteres que exceden al registro escrito y por otro lado considerándose a la historia clínica como un instrumento fundamental para el abordaje resolutivo ya que favorece el seguimiento de las personas que consultan, la participación en este escenario no es considerada un factor crucial para el mismo.*

*Si bien en el instrumento utilizado en la investigación no se logró medir la disponibilidad de recursos ni las estrategias para garantizar su acceso así como los significados vinculados al motivo de consulta,*

*consideramos que esto se dio fundamentalmente por fallas en la modalidad de registro de las historias clínicas. Sin embargo estos dos indicadores son cruciales para poder hacer un seguimiento acorde a las personas que demandan.*



## CITAS BIBLIOGRAFICAS

---

<sup>1</sup> Starfield, B. (2001). Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. *Revista Gerencia y políticas de salud*.

<sup>2</sup>Chapela, Ma del C. En debate: Diabetes en Mexico. Departamento de atención a la salud.

<sup>3</sup> Bello, J. (2009). Referencia y contrarreferencia de pacientes en redes locales de salud. *Medicina y sociedad revista trimestral. Año 28, Nº3*.

<sup>4</sup> Figuerola, M., Gonzalez, M. J., Ponsa, A., Riera, R. M., Zurro, A., M. (2003). Proyecto MPAR-5. Mejora de los procesos de evaluación en atención primaria

<sup>5</sup> Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia social. (2012). *Modelo de atención integral en salud*. Werner Ovalle, W.

<sup>6</sup> Gervas, J. (2013). Rev bras med fam. Atención primaria fuerte es aquella que dispone de instrumentos que le permiten medir la calidad que ofrece. 8:223-4.

<sup>7</sup> Rodríguez Zoya, L G. (2013). *El espacio controversial de los sistemas complejos*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas Instituto de Investigaciones Gino Germani

<sup>8</sup> Caminal Homar, J., Zurro, A. M., y el Grupo del Acuerdo de Bellaterra. (2005). Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutoria del sistema de salud y su medición. *Aten primaria, 36(8):456-61*

<sup>9</sup> Kroeger, A. & Luna, R. (1992). *Atención primaria de la salud principios y métodos* (2ª edición) Guatemala: Organización Panamericana de la Salud y Editorial Pax Mexico

<sup>10</sup> Chapela, Ma del C. (2008). Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social. Capitulo uno: *Una definición de salud para promover la salud*. México D.F.: Serie académicos BVS

<sup>11</sup> Freire, P. (1997/2007). *Cartas a quien pretende enseñar*. (4ª reimpresión). Buenos Aires: Siglo XXI.

<sup>12</sup> De Souza Minayo, MC. (2005). *Evaluación por triangulación de métodos*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

<sup>13</sup> Paganini, J. M. (2009). *Las estrategias para la calidad y eficiencia en salud*. La Plata, Argentina: Facultad de ciencias medicas, Universidad Nacional de La plata.

<sup>14</sup> Luraschi D., Pessino C., Fernandez Galvez, G. (2009, octubre) *Evaluación de la calidad de atención en consultorios externos pediátricos en una institución privada*. Trabajo libre presentado en 35ª Congreso Argentino de Pediatría. Rosario, Argentina.

- 
- <sup>15</sup> Caminal Homar, J., Zurro, A. M., y el Grupo del Acuerdo de Bellaterra. (2005). Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutoria del sistema de salud y su medición. *Aten primaria*, 36.
- <sup>16</sup> Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. Remediar+redes. *Manual de planificación, monitoreo y evaluación*. Buenos Aires: Cerezo, L., Fernandez Prieto, A.
- <sup>17</sup> Altamirano Raminger, C. et al. (2014, Noviembre). *Salud conocida Vs. Salud real. ¿Cuál es cual?: Trabajo de investigación presentado en el XIX Congreso Nacional de Medicina General y Equipos de Salud. La pampa, Argentina*.
- <sup>18</sup> Caminal Homar, J., Zurro, A. M., y el Grupo del Acuerdo de Bellaterra. (2005). Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutoria del sistema de salud y su medición. *Aten primaria*, 36.
- <sup>19</sup> Altamirano Raminger, C. et al. (2014, Noviembre). *Salud conocida Vs. Salud real. ¿Cuál es cual?: Trabajo de investigación presentado en el XIX Congreso Nacional de Medicina General y Equipos de Salud. La pampa, Argentina*.
- <sup>20</sup> Gervas, J. (2013). *Rev bras med fam. Atención primaria fuerte es aquella que dispone de instrumentos que le permiten medir la calidad que ofrece*.
- <sup>21</sup> Organización Mundial de la Salud. (2008). *La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra
- <sup>22</sup> Matus, C. (1980). *Planificación de Situaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- <sup>23</sup> Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. (2005). *Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria: Pira Barros, Ma del C. et al*.
- <sup>24</sup> Bo, A., et al. (2010). *Evaluación de sistemas de salud y la estrategia de APS. Revista Argentina de Salud Pública, Vol 1, nº 2*.
- <sup>25</sup> Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Proceso de reposicionamiento político-estratégico y técnicoprogramático de la cooperación técnica de la OPS/OMS en Brasil – 2011-2012. Serie Estrategia de Cooperación Técnica de la OPS/OMS con la República Federativa de Brasil, 2008-2012*. Brasilia: All type assessoria editorial Ltda
- <sup>26</sup> Siede, J. (2012). *Foro de Atención Primaria CIPESA Y OPS/OMS*. Disponible en: <http://www.paho.org>
- <sup>27</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México*. México, D.F. : Biblioteca de la OPS/OMS

- 
- <sup>28</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México. México, D.F. : Biblioteca de la OPS/OMS
- <sup>29</sup> Organización Mundial de la Salud. (2008). La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra
- <sup>30</sup> Altamirano Raminger, C. et al. (2014, Noviembre). *Salud conocida Vs. Salud real. ¿Cuál es cual?: Trabajo de investigación presentado en el XIX Congreso Nacional de Medicina General y Equipos de Salud. La pampa, Argentina.*
- <sup>31</sup> Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. Remediar+redes. *Manual de planificación, monitoreo y evaluación*. Buenos Aires: Cerezo, L., Fernandez Prieto, A.
- <sup>32</sup> Román, O. (2011). Resolución clínica en la atención primaria de salud *Rev med Chile*, 139: 1240-1241
- <sup>33</sup> Román, O. (2011). Resolución clínica en la atención primaria de salud *Rev med Chile*, 139: 1240-1241
- <sup>34</sup> Sanso Soberats, F.J. (2001). Hacia una mayor capacidad resolutive y calidad de la atención en nuestra medicina familiar *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(3):213-5.
- <sup>35</sup> Silberman, P. (2009). *Evaluación del trabajo del equipo en la práctica de la salud familiar*. Maestría en Salud Pública Orientación en Sistemas Municipales Maestreado MED.
- <sup>36</sup> España, Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 Proyecto AP-21
- <sup>37</sup> Hall J, Milburn M, Epstein MA. (1993). *A causal model of health status and satisfaction with medical care*. *Med Care*;31:84-94.
- <sup>38</sup> Vuori H. (1987). *Patient satisfaction-An attribute or indicator of the quality of care?*. *QRB*, Marzo: 106-8.
- <sup>39</sup> Berra, S. (2012). *El estudio de las funciones de la APS*. Adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en Argentina. Conicet.
- <sup>40</sup> Berra, S. (2013). Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Publica* vol.33 n.1
- <sup>41</sup> Giovanella, L., Magalhães de Mendonça, M H. Atención primaria de salud
- <sup>42</sup> Berra, S. (2013). Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Publica* vol.33 n.1

- 
- <sup>43</sup> El estudio de las funciones de la APS. Adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en Argentina. Silvina Berra. Conicet 2012.
- <sup>44</sup> Minayo MC. (1995). *El Desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- <sup>45</sup> ROVERE, M. (1999). *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- <sup>46</sup> Pérez-Cuevas R. et al. (2009). Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. *Revista Panamericana de Salud pública* 26, 511-517.
- <sup>47</sup> Puig, P. et al. (2014). Procedimiento para medir la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud. *Revista cubana de salud pública*, 40.
- <sup>48</sup> Figuerola, M., Gonzalez, M. J., Ponsa, A., Riera, R. M., Zurro, A., M. (2003). Proyecto MPAR-5. Mejora de los procesos de evaluación en atención primaria.
- <sup>49</sup> Borrell, M. (2005). La educación médica de postgrado en la Argentina: El desafío de una nueva práctica educativa: Organización Panamericana de la Salud
- <sup>50</sup> Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2002). Competencia laboral. *Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el Sector Salud*. Montevideo: Irigoien, M. & Vargas, F.
- <sup>51</sup> Borrell, M. (2005). La educación médica de postgrado en la Argentina: El desafío de una nueva práctica educativa: Organización Panamericana de la Salud.
- <sup>52</sup> Chapela, Ma. C. (2011). *Pensar el futuro de Mexico. La salud en Mexico.*: Universidad Autonoma Metropolitana.
- <sup>53</sup> Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Publica*. Vol 31.
- <sup>54</sup> Breilh, J. (2008). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. *Asociacion latinoamericana de medicina social. Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud*: Mexico D.F: ALAMES.
- <sup>55</sup> Robins, S. (2004) *Comportamiento organizacional*. Mexico: Pearson educación.
- <sup>56</sup> Argentina, Ministerio de Salud de la Nacion. (2011). Salud y participación comunitaria. Posgrado en salud social y comunitaria: Programa médicos comunitarios.
- <sup>57</sup> ROVERE, M.(1999) *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*,Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte

---

<sup>58</sup> Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. (2011). Salud y participación comunitaria. Posgrado en salud social y comunitaria: Programa médicos comunitarios.

<sup>59</sup> ROVERE, M.(1999) Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte

<sup>60</sup> ROVERE, M.(1999) Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad,Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión)

<sup>61</sup> Niremberg, O (2008). *Aportes de la evaluación para el desarrollo de las organizaciones de la sociedad civil. Buenos aires, Argentina: Ceadel*

<sup>62</sup> Alvarado, E. I., Canales, F. H., Pineda, E. B. (1994). *Metodología de la investigación (2ªEd)*. Serie Paltex.

<sup>63</sup> Ros, C. (2008). La perspectiva de la complejidad y los niveles de integración del objeto de estudio. *Revista Diagnósis N°5*. Buenos Aires.

<sup>64</sup> Bo, A., et al. (2010). Evaluacion de sistemas de salud y la estrategia de APS. *Revista Argentina de Salud Publica*, Vol 1, nº 2.

<sup>64</sup> Merleau-Ponty, M. (2006). A fenomenologia de Maurice e a pesquisa em comunicação, publicado originalmente en Revista Fronteiras –Vol. viii, nº 3, pp. 223-232. Unisinos, São Leopoldo, RS, Brasil

<sup>64</sup> CIPESA Y OPS/OMS realizan Foro de Atención Primaria. El Dr. Julio Siede, Asesor en Protección Social y Seguridad Social en Salud del Área de Sistemas de Salud Basados en APS de la Oficina Regional de OPS.

<sup>64</sup> Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y 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.

<sup>64</sup> Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y 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.

<sup>64</sup> Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2002). Competencia laboral. *Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el Sector Salud*. Montevideo: Irigoín, M. & Vargas, F.

<sup>64</sup> Garcia Cerda, A. Chapela, Ma C. (2009). Acontecimiento, sentido y referencia. Claves para comprender la experiencia de los sujetos en procesos globales. Mexico: “Argumentos” vol 22

---

<sup>64</sup> Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva hoy?. La Habana: Revista cubana de Salud Pública.

<sup>64</sup> Alvarado, E. I., Canales, F. H., Pineda, E. B. (1994). *Metodología de la investigación (2ªEd)*. Serie Paltex.

<sup>64</sup> Samaja, Juan (2004). *Epistemología y metodología*. Buenos Aires: Eudeba

<sup>65</sup> Bo, A., et al. (2010). Evaluación de sistemas de salud y la estrategia de APS. *Revista Argentina de Salud Pública*, Vol 1, nº 2.

<sup>66</sup> Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenología de la percepción*: Planeta Agostini

<sup>67</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México. México, D.F. : Biblioteca de la OPS/OMS

<sup>68</sup> CIPESA Y OPS/OMS realizan Foro de Atención Primaria. El Dr. Julio Siede, Asesor en Protección Social y Seguridad Social en Salud del Área de Sistemas de Salud Basados en APS de la Oficina Regional de OPS

<sup>69</sup> Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y 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.

<sup>70</sup> Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y 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.

<sup>71</sup> Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2002). Competencia laboral. *Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el Sector Salud*. Montevideo: Irigoin, M. & Vargas, F.

<sup>72</sup> Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva hoy?. La Habana: Revista cubana de Salud Pública.

<sup>73</sup> Alvarado, E. I., Canales, F. H., Pineda, E. B. (1994). *Metodología de la investigación (2ªEd)*. Serie Paltex.

<sup>74</sup> Samaja, Juan (2004). *Epistemología y metodología*. Buenos Aires: Eudeba