

# “Y... ¡POR LO MENOS A MÍ ME ATIENDEN!”

*Estudio cualitativo sobre la percepción del proceso salud enfermedad atención en usuarios y trabajadores de centros de salud de la provincia de Santa Fe, 2015.*

**Autores:** AMAT, María L. (*Médica*); BONIFACCIO, Luciana (*Psicóloga*); BORDON, Federico L. (*Médico*); BRUMATTI, Fabián (*Médico*); BURGOS, María N. (*Médica*); COLLADO, Mariana A. (*Psicóloga*); CHAMORRO, María V. (*Médica*); DONET, María I. (*Médica*); GARCIA BELTROCCO, Viviana (*Médica*); GHIO, Tania (*Médica*); GIECO, Fiorella (*Médica*); GONZALEZ ACKERMANN, Daniela (*Médica*); KAISER, Evelyn (*Médica*); LUCERO, María M. (*Médica*); PAEZ, Rocío (*Médica*); PETEAN, Andrea C. (*Médica*); SGAVETTI, Cintia (*Médica*); SORIA, Natalia (*Médica*); RAVIOLO, Paula (*Psicóloga*); SOSA, Gisel R. (*Lic. en Trabajo Social*); TORIGGIA, Eugenia (*Lic. en Trabajo Social*).

**Lugar de realización:** Residencia Medicina General y Familiar Hospital Protomédico M. Rodríguez; Zona Rural, Recreo, Santa Fe, CP 3000; tel (0342) 490-5394.

Residencia Medicina General y Familiar SAMCo Ricardo E. Nanzer.

Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental SAMCo R. E. Nanzer: *Azcuénaga y 12 de septiembre, Santo Tomé, Santa Fe, CP 3016. Teléfono: 0342-4743444.*

Mail: [resisantoto@hotmail.com](mailto:resisantoto@hotmail.com)

Fecha de realización: Abril-Julio del 2015

**Tipo de trabajo:** Trabajo de investigación con enfoque cualitativo.

**Categoría Temática:** Gestión/Administración de servicios de salud.

*Trabajo inédito*



---

*Un especial agradecimiento a nuestra tutora, la Dra. María Isabel Donet, “la Negra”, por su tiempo y dedicación en los procesos de formación.*

*Sin sus aportes este trabajo no se habría materializado....*

*Las Residencias.*

<p><b>“Y...¡POR LO MENOS A MÍ ME ATIENDEN!”</b>  <b>ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LA PERCEPCIÓN DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD ATENCIÓN EN USUARIOS Y TRABAJADORES DE CENTROS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, 2015.</b></p>
<p>AMAT, María L.; BONIFACCIO, Luciana; BORDON, Federico L.; BRUMATTI, Fabián; <u>BURGOS, María N.</u>; COLLADO, Mariana A.; CHAMORRO, Verónica; DONET, María I.; GARCIA BELTROCCO, Viviana; GHIO, Tania; GIECO, Fiorella; GONZALEZ ACKERMANN, Daniela; KAISER, Evelyn; LUCERO, Mercedes; PAEZ, Rocío; <u>PETEAN, Andrea C.</u>; SGAVETTI, Cintia; SORIA, Natalia; RAVIOLO, Paula; <u>SOSA, Gisel R.</u>; TORIGGIA, Eugenia.</p>
<p>Residencia Medicina General y Familiar (MGyF)  Hospital Protomédico “M. Rodríguez”; Zona Rural, Recreo, Santa Fe, CP 3000; tel (0342) 490-5394.  Residencia Medicina General y Familiar (MGyF); Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISaM)  Hospital SAMCo “Dr. Ricardo E. Nanzer”; Azcuénaga y 12 de septiembre, Santo Tomé, Santa Fe, CP 3016; tel (0342) 4743444  Mail: resisantoto@hotmail.com</p>
<p>Trabajo de investigación con enfoque cualitativo.</p>
<p>Gestión/Administración de servicios de salud.</p>
<p><b>Introducción:</b> Este trabajo analiza factores que operan en el proceso salud enfermedad atención (PSEA), intentando postular posibles estrategias que den lugar a una atención de calidad.  <b>Objetivo:</b> Indagar la percepción del PSEA de los usuarios y equipos de salud (ES), sus diferencias y similitudes, en nueve Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) del departamento La Capital, Provincia de Santa Fe, entre abril y julio del 2015.  <b>Materiales y métodos:</b> Mediante entrevistas semiestructuradas a usuarios y equipos de salud, procesadas por análisis discursivo-temático, y analizados mediante el método de categorización deductiva.  <b>Resultados y Conclusión:</b> Ambos grupos, más allá de coincidir en una definición amplia de Salud, perciben la satisfacción de la demanda médico asistencial como el principal resultado esperable del PSEA. Reconocen problemáticas similares y perciben la necesidad de promover la participación comunitaria, aunque sin mayores autocríticas, reflejando una asimetría de la relación poder-saber. Se propone generar espacios de reflexión sobre las prácticas cotidianas, para diseñar estrategias de intervención conjunta, deconstruyendo el modelo médico hegemónico, valorando el poder potencial de cada uno de los actores y con la concepción amplia de salud reconocida en lo discursivo.</p>
<p>Palabras claves: <i>Percepción- proceso salud enfermedad atención- usuarios-equipo de salud.</i></p>
<p>Modalidad y Soporte técnico: exposición oral, cañón multimedia.</p>

## **INTRODUCCIÓN<sup>1</sup>**

---

Este trabajo analizará los factores que se encuentran operando en la construcción de la percepción de atención que los usuarios de los servicios de salud reciben, y cómo dicho constructo se relaciona con la percepción que tienen los equipos de salud sobre la atención que brindan.

Nos planteamos como propósito el poder modificar aquellos aspectos susceptibles de ser modificados, para pensar procesos de trabajo, estrategias y articulaciones acordes a las necesidades sentidas de la población con el fin último de incrementar la eficacia de nuestras intervenciones basadas en una relación dialógica de pares, de interlocutores válidos, en el seno del proceso de atención.

## **CATEGORÍA TEMÁTICA**

---

Gestión/Administración de servicios de salud.

## **TEMA**

---

Calidad del proceso de atención.

## **PROBLEMA**

---

¿Cuál es la percepción del proceso de atención que tiene la población que asiste al Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS)?

¿Cuál es la percepción del proceso de atención que tiene el equipo de salud del CAPS?

## **JUSTIFICACIÓN**

---

A partir de encuentros inter-residencias, donde suelen ponerse en común experiencias de trabajo y diferentes inquietudes en relación a la supuesta eficacia de nuestras intervenciones disciplinares, es que surgen estos interrogantes. Nos pone en jaque la aparente discrepancia entre la idea que tiene la población sobre el proceso de atención y aquella que tienen los equipos de salud. Son éstas, ¿realidades tan distintas o comparten miradas similares? ¿Existen posibilidades de encuentro?

---

1 El siguiente trabajo se propone respetar el lenguaje no sexista. No obstante, a fines de facilitar la lectura, no se usaran recursos tales como “/”, “@”, etcétera; y se utilizará el masculino sólo en casos inevitables. En caso de citas textuales, se respetará el lenguaje utilizado por el autor o la autora.

Nuestro interés está centrado en el análisis del proceso salud-enfermedad-atención y consideramos que el indicador para abordarlo en este caso, es la percepción que se tiene sobre el mismo. Se trabajará el concepto de percepción como una experiencia singular y subjetiva, con determinaciones socio-culturales e históricas. Por ello, lo circunscribimos en 9 Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Santo Tomé, Santa Fe y Recreo, donde desarrollamos nuestras actividades laborales.

## **OBJETIVO**

---

Indagar la percepción del proceso de atención de usuarios y equipos de salud, a fin de observar las diferencias, similitudes y sus relaciones, en nueve centros de salud del departamento La Capital de la provincia de Santa Fe, entre abril y julio del 2015

## **PROPÓSITO**

---

A partir del objetivo perseguido nos interesa reflexionar sobre los procesos de trabajo ya establecidos y las expectativas de la población y equipos de salud. Desde aquí pensar estrategias y articulaciones posibles que den lugar a una calidad de atención acorde a la valoración de preferencias de los actores implicados en el proceso de atención.

## **MARCO TEÓRICO**

---

Donabedian (1993) habla de dos modelos de garantía de calidad ambos asociados con el concepto de satisfacción del usuario/consumidor: por un lado, el “**Modelo Industrial**” se centra en el consumidor como garantía final de la calidad regido principalmente por la racionalidad económica costo-calidad; por el otro, el “**Modelo de atención en Salud**” que, también reconoce la importancia de la satisfacción del usuario, pero le da mayor relevancia a la **valoración de las preferencias** no sólo del resultado/producto- a la manera del modelo industrial- sino también y fundamentalmente al “**proceso**” mismo de atención en salud.

Hablar de proceso implica poner énfasis en la relación población- equipo de salud. En este sentido, el trabajo en salud se produce mediante el encuentro (individual o colectivo) entre trabajadores y usuarios y se concreta por medio de la utilización de una combinación de tecnologías: duras, blandas-duras y blandas (Merhy, 1997)<sup>2</sup>.

---

2 Merhy (1997) emplea una metáfora para mostrar cómo el uso de las tecnologías puede impactar en el trabajo en salud, expresando, incluso, el modelo asistencial subyacente. Él utiliza la "imagen" de tres maletines para demostrar didácticamente el arsenal tecnológico de cada profesional de salud, lo que no significa una mirada compartimentada, pues los tres tipos de tecnologías expresan procesos productivos singulares: el primer maletín representa los instrumentos y equipamientos (*tecnologías duras*); el segundo, los saberes “Y...¡POR LO MENOS A MÍ ME ATIENDEN! ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LA PERCEPCIÓN DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD ATENCIÓN EN USUARIOS Y TRABAJADORES DE CENTROS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, 2015”. AMAT, L.; BONIFACCIO, L.; BORDÓN, F. ... PÁGINA 4

Merhy (1997) identifica las **“tecnologías blandas”** como el espacio interrelacional trabajador-usuario: *“...espacio de relaciones entre sujetos, que solamente tiene materialidad en el acto, como es el caso de los procesos de protección, vínculo y responsabilización, considerados como prácticas de intersección en salud”* (Merhy, 1998).

Donabedian, a su vez, fundamenta que el “Modelo de atención en salud” resulta ser complejo porque incluye las **responsabilidades** de los actores en salud, (dentro de ellos encontramos a los equipos de salud), no sólo en cuanto a la relación costo-calidad a la manera del modelo industrial, sino también a la **Responsabilidad hacia los individuos y hacia la sociedad.**

A partir de un enfoque metodológico, la **calidad del servicio de salud** fue entendida como la valoración subjetiva que hacen los usuarios de dichos servicios, sobre el conjunto de características del mismo que logran satisfacer sus necesidades o expectativas. Esto es fundamental a la hora que el usuario decide por un servicio.

De lo anterior se desprende que, **dado que el proceso de atención y cuidado de la salud tiene que ver con aspectos subjetivos, sensibles e importantes de la vida cotidiana de los individuos y las sociedades, estos procesos se encuentran íntimamente atravesados por las percepciones que cada uno de los actores tiene sobre el mismo.**

*“Los conceptos acerca de cómo manejar la relación interpersonal son infinitamente más complejos que los intercambios entre cliente y proveedor en el mundo de los negocios”* (Donabedian, 1993).

Desde nuestra propuesta de trabajo, dentro de estos “conceptos complejos”, en el interjuego de esas “prácticas de intersección en salud” podemos reconocer los conceptos de: percepción, población, equipos de salud, proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado y el concepto mismo de Salud.

### **Percepción**

La percepción es el proceso cognoscitivo que permite interpretar y comprender el entorno. Implica la selección y organización de estímulos del ambiente para proporcionar experiencias significativas a quien los experimenta. La percepción es construida socioculturalmente y tiene implicancias no sólo cognitivo y racionales, sino también

---

estructurados, como la clínica y la epidemiología (*tecnologías blandas-duras*); el tercero, el espacio relacional trabajador-usuario (*tecnologías blandas*).

valorativas y actitudinales. Este proceso es necesariamente selectivo y singular, y está determinado y condicionado por el lugar del sujeto “agente” de esa percepción, es decir, la percepción que cada uno tenga de la realidad se produce de acuerdo al modo, lugar o situación desde donde se mire.

La realidad percibida es realidad en tanto subjetiva y nunca recubre la totalidad del hecho como “lo real”.

En este sentido, el modo y lugar desde donde se percibe el proceso de salud diferirá en tanto nos ubiquemos en uno u otro lado de la continuidad diádica población-equipo de salud

Asimismo, la percepción que los individuos, pertenecientes a una población determinada, tengan del proceso de atención que les brinda determinado equipo de salud condicionará qué acciones y procedimientos realizar, y viceversa; la percepción que los equipos de salud tengan del proceso de atención que ellos brindan determinará también la modalidad de las acciones y procedimientos a realizar.

*“La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y sólo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, atravesado por las condiciones materiales de vida que reflejan de modo singular el espejo de la realidad que cotidianamente vemos”* (Sacchi; Hausberger y Pereyra, 2007).

### **Población**

El concepto de población no sólo admite muchas definiciones sino que es sustancialmente distinto para cada disciplina que lo intenta abordar.

Massimo Livi Bacci (1993), define la población de la siguiente manera:

*“Por población se entiende un conjunto de individuos, constituido de forma estable, ligado por vínculos de reproducción e identificado por características territoriales, políticas, jurídicas, étnicas o religiosas... Una población, pues, se definirá como tal si tiene continuidad en el tiempo y si esta continuidad está asegurada por vínculos de reproducción que ligan padres e hijos y garantizan la sucesión de las generaciones. Finalmente, una población se define también por las características que trazan su perfil y sus límites. Los límites y fronteras de las distintas poblaciones son tales que los agregados así definidos asumen su propia autonomía y estabilidad, reproduciéndose y conservándose en el tiempo”.*

Durante el transcurso del trabajo haremos referencia al usuario, como representante individual de la población destinataria del servicio de salud.

### **Equipo de Salud**

Al hablar de Equipo nos referimos a un conjunto de personas con saberes, funciones y roles diferentes, que comparten un mismo objetivo, responden a una organización y tienen un coordinador (formal o informal).

Un equipo de Salud tendrá la habilidad de brindar colectivamente, - producto colectivo entre las voluntades, habilidades e intereses individuales - un servicio de salud de calidad definido como su objetivo, meta o tarea principal.

Un equipo no es simplemente la sumatoria de las potencialidades de sus miembros, sino que se constituye en un “producto” de los mismos, haciendo referencia al postulado gestáltico “el todo es más que la suma de sus partes”.

Para cumplir con el objetivo de cobertura total de la población a cargo, el equipo de salud define sus tareas teniendo en cuenta las características de la población y sus problemas de salud más frecuentes, pero también revisa las prácticas y los dispositivos de atención como pautas de mejora de la calidad.

### **Procesos de salud enfermedad atención**

Los conceptos de salud y enfermedad no pueden entenderse como dos definiciones separadas, sino que son una unidad dinámica y compleja, constituyendo momentos de un mismo fenómeno. Las modalidades de conceptualizarlos han ido variando históricamente lo cual no hace más que remarcar su carácter de construcción social.

Más allá de poder plantear un concepto acabado de "salud", corresponde preguntarse ¿cuál sería el nivel adecuado de bienestar físico, mental y social que deben alcanzar los individuos y grupos para desarrollar al máximo sus potencialidades en la comunidad en donde viven?

La naturaleza cambiante de los procesos implicados en esta respuesta hace que resulte de mayor pertinencia utilizar el término "proceso de salud-enfermedad".

Afirmando lo anterior, Sacchi, Hausberger Y Pereyra (2007) postulan que *“La construcción del concepto salud-enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad. Cada sociedad, y cada*

*grupo familiar resuelve cotidianamente cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo éste un proceso dinámico no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina” (Gomez Lopez; Rabanaque Hernandez, 2000).*

En este sentido, los procesos de salud-enfermedad están determinados por procesos sociales, económicos, políticos y culturales, que inciden en los modos de vida posibles de las comunidades, la calidad de los estilos de vida familiares e individuales y las relaciones con la naturaleza y el territorio social (Breilh, 2003).

Estos factores configuran los **modos particulares de percibir**, y por lo tanto de pensar y actuar, infundiéndoles significaciones singulares al hecho de estar sano o enfermo, donde atributos tales como el género, la edad, la idiosincrasia, las condiciones materiales de vida, entre otros, tienen una multiplicidad de expresiones.

Existen evidencias investigativas (Squassi, Mercer y Bordoni, 2005) que indican que las diferencias - divergencias o desencuentros- entre las ideas y valoraciones existentes entre los modelos explicativos de profesionales y pacientes son indicios de problemas en la calidad de la atención, y las coincidencia o encuentros pueden generar situaciones de fortalecimiento de la salud. (Pittman, 1999).

Lovgren y colaboradores, en 1998, investigaron el nivel de satisfacción usuarios-trabajadores en un Centro de Primer nivel de atención de Suecia durante un día específico, donde concluyen que la menor satisfacción se asoció a las oportunidades de expresar críticas y de recibir información que los ayudara fuera de la institución.

Timpka, en 2000 con el propósito de aumentar la comprensión de la oferta de servicios de primer nivel basados en equipos de salud. Encontró que el equipo de salud fue vulnerable a las discrepancias entre las políticas de atención y los recursos disponibles, concluyendo que las discrepancias conceptuales eran una importante causa de desbalance en la interacción entre pacientes y equipo de salud.

Van der Waal y colaboradores en 1996, analizaron las diferencias de opinión entre especialistas médicos y pacientes con enfermedades crónicas sobre preferencias de aspectos de la atención vinculados con la calidad, encontrando diferencias significativas entre las opiniones de ambos grupos especialmente sobre el alto valor otorgado a la “continuidad de cuidados” por parte de los pacientes.

Merhy (1997) realiza el mismo planteo en términos de “disputa”, haciendo referencia a que “el encuentro entre usuario-trabajador involucra siempre un cierto grado de disputa entre planes de cuidado”. Plantea que la posibilidad de hacer explícita esta disputa tiene que ver con las posibilidades de ejercicio de autonomía del usuario; la combinación de tecnologías (dura, duras-blandas, blandas) y la disposición del reconocimiento mutuo entre estos actores, lo cual dará como resultados posibles el conflicto o la construcción compartida de un proceso de atención.

Analizar la percepción permite obtener un conjunto de conceptos y actitudes en relación a la atención obtenida/brindada con lo cual se adquiere información que beneficia la entidad de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.

Luego de una extensa búsqueda bibliográfica, hemos visto que lo más frecuente es encontrar estudios de calidad, trabajos de evaluaciones de servicios o programas centrados en la atención asistencial, la efectividad, el costo- beneficio, de corte cuantitativo, con mediciones en escalas numéricas, como supervisiones normativas. Actualmente muchos de ellos, le dan lugar al usuario desde la “satisfacción”, con la misma lógica cuantitativa en la mayoría de los casos.

En este sentido, creemos importante fundamentar algunas elecciones debatidas para la realización de este trabajo.

Por un lado, creemos que indagar en la **percepción** es la mejor forma de expresar las vivencias, los sentimientos, las historias de usuarios y trabajadores, lo cual resulta importante en un quehacer cotidiano basado en la clínica ampliada, el trabajo en red, el trabajo en equipo de salud.

De esta manera, la **metodología cualitativa** resulta ser la mejor herramienta para que las voces de la población y de los trabajadores sean descubiertas y manifestadas.

Por otro lado, con el énfasis puesto en el **proceso de salud-enfermedad-atención** intentamos “superar” la clásica “calidad de la atención”, dando especial lugar a variables de contexto, permitiendo que aparezcan el barrio, la comunidad y su proceso histórico. Dichos procesos atraviesan no solo a los pobladores, sino también a los trabajadores de los equipos de salud que desarrollan su trabajo en esos escenarios. En definitiva, estas elecciones parten

de la concepción que sostenemos acerca de la salud como constructo social e histórico y de considerar a “lo social” como pilar del trabajo en APS.

## **CONTEXTO**

---

Los CAPS en donde se ha realizado este trabajo, integran la región 3 del Nudo Santa Fe<sup>3</sup>.

En términos de la infraestructura regional de servicios, se verifica la existencia de redes troncales de energía eléctrica y gas natural, así como de acueductos y servicios de comunicaciones. Sin embargo, no logran abastecer a la totalidad de los municipios y comunas, existiendo zonas con importantes déficit en materia de agua potable, cloacas y gas natural.

Se localiza en el valle de inundación del río Paraná lo que constituye una amenaza constante de inundaciones, que condicionan el asentamiento territorial y la localización de actividades humanas. Otros temas ambientales de creciente complejidad son aquellos relacionados con el tratamiento de residuos sólidos urbanos, la contaminación de napas freáticas, la ausencia de legislación y control sobre la actividad agrícola, y la inexistencia de programas para el manejo sustentable de los recursos naturales.

Una de las mayores problemáticas sociales de la región son los aglomerados urbanos vulnerables, en los cuales la situación de niños y niñas en riesgo es especialmente delicada.

La inseguridad ciudadana es considerada una problemática de resolución prioritaria en toda la región. El fenómeno de la violencia reviste una gran complejidad; su abordaje debe ser integral, considerando problemáticas paralelas como el desempleo, las adicciones y los altos niveles de pobreza e indigencia existentes.

En las pequeñas localidades se verifica un déficit relevante en materia de atención primaria de la salud, situación que refuerza la centralización y la sobrecarga de demandas en los hospitales públicos de la ciudad de Santa Fe. El acceso y el cuidado de la salud se ven favorecidos por un fuerte compromiso de los recursos humanos que desarrollan sus tareas

---

3 Los nodos son los núcleos de articulación, concentración y distribución de capacidades, información y recursos. En esos núcleos o ciudades se ubican los servicios de mayor complejidad y las sedes administrativas y logísticas del gobierno provincial, entre ellas las del Ministerio de Salud. La Red de Servicios Público/Estatal está conformada por centros de atención provinciales y por centros dependientes de los municipios. Incluye efectores sin internación (centros de salud, centros de atención ambulatoria, centros de diagnóstico o tratamiento), servicios con internación (hospitales con tres niveles de complejidad), una red de unidades móviles para atención a las urgencias y emergencias, y redes de soporte para el proceso de atención.

en el área, pero aun así es necesario ampliar la dotación de personal disponible.

Los centros de salud representan el primer nivel de atención, y tienen un rol clave para la estrategia de Atención Primaria de la Salud, habilitando un acercamiento del sistema al lugar donde las personas viven y trabajan.

Los centros de salud donde se realizó esta investigación se ubican en la Ciudad de Santo Tomé (CAPS Hipólito Irigoyen, CAPS Alicia Moreau de Justo, CAPS R.R. Alfonsín, CAPS Eva Perón, CAPS Lisandro de la Torre); en la ciudad de Santa Fe (CAPS Padre Gasparotto, CAPS Padre Cobo, CAPS Abasto) y en la ciudad de Recreo (CAPS Mocoví).

## **MÉTODO**

---

**Tipo de trabajo:** Trabajo de investigación sobre gestión/administración de servicios de salud, con enfoque cualitativo.

**Fecha y lugar de realización:** Fue realizado durante los meses de abril a julio de 2015 en 9 Centros de Salud de las ciudades de Santa Fe, Santo Tomé y Recreo, caracterizados por ser cede de la Residencia de Medicina General y Familiar y/o de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental.

### **Definición de unidad de análisis:**

- Un integrante del equipo de salud de cada CAPS que cumpla con el criterio de tener más de un año de antigüedad en su puesto de trabajo, y...
- Un usuario vinculado al CAPS a través de procesos de salud-enfermedad-atención, sea por una prestación asistencial o preventiva o por la participación en cualquier dispositivo.

### **Muestreo:**

- El integrante del equipo de salud del CAPS fue elegido por conveniencia, tratando de incluir la mayor variedad de trabajadores (enfermería, servicio de ordenanza, psicología, administración, servicio social, odontología, agente comunitario, medicina general, clínica médica, etc).
- El usuario fue elegido también por conveniencia, pretendiendo abarcar la mayor amplitud de motivos de vinculación al CAPS.

**Método de recolección de datos:** Se realizaron 18 entrevistas semiestructuradas,

dos por CAPS, una a un miembro del equipo y la otra a un usuario. Las mismas fueron realizadas por los residentes en el CAPS, domicilio del usuario, etc. Tuvieron una duración de 20-30 minutos aproximadamente; fueron grabadas y luego transcritas textualmente.

**Características de la muestra:**

<b>CAPS</b>	<b>Trabajador</b>	<b>Usuario</b>
Padre Gasparotto	Médica Clínica	Hombre, 54 años
Abasto	Servicio General de Limpieza	Mujer, 18 años
Mocoví	Servicio Social	Mujer, 60 años
Padre Cobo	Psicóloga	Trans, 30 años
Alfonsín	Enfermera	Mujer, 30 años
Las Vegas	Médica Generalista	Mujer, 40 años
Chaparral	Agente Sanitario	Mujer, 30 años
Libertad	Odontólogo	Mujer, 30 años
Adelina Este	Administrativo	Hombre, 56 años

**Procesamiento de datos:** Se utilizó un análisis temático, a partir de los discursos de los entrevistados.

Se definieron 3 categorías previo a la obtención de las entrevistas (categorización deductiva).

Las unidades de análisis de cada uno de los CAPS fueron procesadas en conjunto (las entrevistas a integrantes del equipo de salud por un lado, y las entrevistas a usuarios por el otro).

Las categorías analizadas fueron<sup>4</sup>:

- ✓ Respuestas a las necesidades del barrio/población
- ✓ Relación persona-equipo-comunidad
- ✓ Percepción acerca de la infraestructura

<sup>4</sup> Para obtener mayor información en cuanto a las categorías analizadas ver cuadro en anexo.

## RESULTADOS

---

### **Primer eje: Respuesta a las necesidades del barrio/población**

Los usuarios desconocen las funciones y actividades que se realizan en el CAPS, así como su organización, por lo cual las opiniones respecto a los horarios son diversas: algunos están de acuerdo y otros demandan algunos cambios. Su discurso deja entrever que el tiempo de espera debe ser contemplado a la hora de planificar “los horarios”.

*“me parece que deberían atender las 24hs”.*

*“venía la doctora a las 8hs de la mañana, nos hacían ir antes para pesar 7.30hs y eran las 11hs y todavía no nos atendían...”*

Los trabajadores del equipo de salud, coinciden en que los horarios y la organización del CAPS son acordes a las necesidades o las conveniencias del equipo, y no de la población. Consideran que el horario debería extenderse por la tarde, sin embargo no se contemplan las horas de espera dentro de la atención, siendo a veces esto causa de la inaccesibilidad al sistema de salud.

*“me parece que los horarios son funcionales a los trabajadores, la población tiene horarios de preferencia, pero por la mayoría de las consultas considero que estamos abriendo demasiado temprano”*

*“no podría definir los horarios de atención sin buscar la participación de la comunidad, si creo que debería ser flexible, no algo estático, sino según la necesidad”.*

Se desprende de algunas respuestas de los usuarios que existe cierta conformidad en relación a las prácticas médicas y de enfermería. No obstante, no hacen referencia a otras disciplinas, lo cual no es menor ya que si bien reconocen su presencia, dejan entrever que sólo su demanda puede ser respondida por el médico o el enfermero. En el imaginario de las personas los únicos que brindan una respuesta satisfactoria, acorde, o que tenga un asidero en lo real son éstos últimos, ya que históricamente fueron los representantes que se han legitimado en el territorio.

*“siempre se resuelven las necesidades en el centro, para el control de los chicos y sobre todo cuando están enfermos”.*

Esto hoy se pone en crisis dado que los equipos se han diversificado en el plano

disciplinar para responder de forma más específica en concordancia con la complejidad que se aborda.

Los equipos de salud coinciden en que se da una respuesta a la demanda del usuario o en caso de ser necesario se los referencia a otros centros. Existe cierta certeza en que se arbitran todos los medios necesarios y se da una respuesta acorde a la demanda explicitada.

Los trabajadores no siempre se interpelan acerca del tipo de respuesta que dan ni interpretan adecuadamente la demanda de la población. Nos preguntamos si existe una instancia de análisis que permita la construcción de un proyecto terapéutico conjunto, o si sólo se prioriza lo inmediato.

*“cuando hay algo que no está a mi alcance, lo consulto con algún profesional que está en el CAPS, o lo derivo al Samco, siempre se va con alguna respuesta”*

De lo discursivo surge que es difícil correrse de las políticas clientelares y asistencialistas, donde el único resultado esperable es la satisfacción de una demanda específica, quedando todo reducido a una práctica meramente asistencial.

En relación a los espacios alternativos los relatos de los usuarios son diversos. Un grupo desconoce su existencia, pero por otro lado, se reconoce la importancia y presencia de estos espacios. Se considera en general que están escasamente difundidos, dado que no existe una sola forma de lograr la tan mentada participación comunitaria, eje fundamental en la génesis de los mismos.

*“todos los años se hacen cosas nuevas...no participo, pero me parece que está bueno”.*

*“no hay nada, me gustaría que haya, pero conociendo a la gente de acá, no participarían”.*

Los equipos de salud reconocen la importancia de espacios alternativos al consultorio haciendo hincapié en su utilidad tanto como herramienta de trabajo, y como un medio para lograr un vínculo con la población.

*“los talleres son necesarios para estimular el vínculo, generar confianza, para sacar datos, para tener otra mirada más allá de lo que el profesional pueda decir”*

*“es fundamental construir estos espacios para generar intervenciones a fin de superar miradas asistenciales e individuales”*

Visualizan en general, una dificultad para lograr una participación comunitaria activa

y la prolongación en el tiempo de ciertos encuentros extra-consultorio. Desde lo discursivo ponen de relieve su existencia, pero pareciera que son ellos mismos los que se ponen obstáculos a la hora de llevarlos a cabo o promover su continuidad.

Se reconocen las frustraciones que pueden encontrarse al trabajar con la comunidad, pero esto debería ser tomado como un disparador para pensar si realmente se están generando espacios que respondan a los usuarios o a las propias demandas de los trabajadores.

*“lo único que podemos estar dando, y con sus limitaciones, es el espacio de consultorio”*

Ambos grupos entrevistados consideran conceptualmente a la salud de manera integral y compleja, reconociendo sus dimensiones psíquicas, sociales, culturales, ambientales, biológicas. La cual está atravesada por los diferentes aspectos que involucran a la vida cotidiana.

*“la salud para nosotros, los pueblos originarios, incluye lo físico, lo mental, lo emocional y lo espiritual y también las relaciones entre las personas, las comunidades, la sociedad y principalmente la naturaleza” (usuario)*

*“salud es todo, es comer, andar” (usuario)*

*“considerando que la salud no solo da cuenta de la aparición de enfermedad, sino que es la condición de toda persona, gozar de bienestar físico mental y social” (trabajador)*

Los usuarios, acorde a esta perspectiva de Salud, consideran al barrio como no saludable debido al contexto en el que viven. A su vez, no ven los espacios alternativos como una respuesta que contribuya positivamente a la salud. Desde el equipo de salud se reconocen las problemáticas que atraviesan los habitantes del barrio, pero aparece una limitación a su práctica como sujetos de cambio sobre éstas problemáticas.

*“creo que no es saludable, viven quemando cosas, basura, pastos...no hay luz, para mi toda eso forma parte de la salud” (usuario)*

*“la inseguridad, no es un problema que se pueda resolver desde el centro” (trabajador)*

## **Segundo eje: Relación persona-comunidad-equipo de salud**

Al interrogar si se sienten parte del CAPS, se vislumbra conformidad con la cantidad de personal que trabaja en los mismos, resaltándose la calidad, y limitando ésta a si

responde a las demandas particulares.

*“y...por lo menos a mí me atienden”*

En su mayoría, quienes utilizan los servicios que el CAPS les ofrece, se sienten parte del mismo. Esa participación que enuncian parece referirse a sentir cierto reconocimiento, vinculado a la historia personal de pertenencia al barrio.

*“Me atienden bien, me reconocen... Ahí viene la Yami dicen. Me conoce toda la gente, vivo hace 35 años”*

Reconocen al CAPS en tanto se dé una respuesta a la demanda, en tanto *“me ayudan”, “me dan leche”*. Las demandas tienen que ver con asistencialismo médico<sup>5</sup>, poniendo de relevancia una vez más el modelo médico hegemónico que, entre otras cosas, ubica a los usuarios en un rol de pasividad, solo de *“recibir”*.

De esta manera parecen sentirse parte del CAPS en tanto respondan a su demanda. Esta mirada casi de *“beneficencia”*, fragmentada, asistencialista, atenta contra el propio concepto de salud como un derecho humano, a la vez que imposibilita la verdadera participación de la ciudadanía en las instituciones como propone la APS.

Respecto a la confianza, los usuarios manifiestan confianza sobre todo en médicos, respetando el trabajo y las indicaciones, pero sin visualizar el equipo de salud. Aparece así la confianza sólo en el poder implícito en el saber del médico, *“poder/saber”*<sup>6</sup>, sin plantearse la posibilidad de interpelar ni cuestionar. Por un lado esto lo analizamos como positivo, en la construcción de un vínculo que favorecería la adherencia. Como negativo, y desde la perspectiva médica hegemónica, vemos explicitada la construcción social del saber como poder, en donde quien consulta no cuestiona ni exige, ubicándose en un rol pasivo.

Por otra parte, cuando se realizaron las entrevistas a quienes integraban los equipos de salud, no se indagó acerca de si la persona entrevistada consideraba que los usuarios sentían confianza en este equipo, sino que las respuestas variaron en la confianza que cada trabajador tenía en su equipo (intraequipo).

Sobre la violencia/maltrato, la respuesta general de usuarios en un principio es la

---

5 Siguiendo a Norberto Alayón el asistencialismo involucra dos ideas: “El no reconocimiento (ocultamiento) de los problemas sociales como derechos humanos suprimidos o restringidos y la dación escasa (la mínima posible) para solo atenuar y controlar la conflictividad social que genera la carencia extrema”.

Para profundizar lo anterior se sugiere consultar: “Asistencia y asistencialismo ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza?”, Norberto Alayón, 2008.

6 “...el saber es intrínsecamente poder... Poder y saber son las dos caras de la misma moneda: todo poder genera saber y todo saber proviene de un poder”.

Consultado en “La dialéctica saber/poder en Michel Foucault: un instrumento de reflexión crítica sobre la escuela”, Anastasio Ovejero Bernal y Juan Pastor Martín.

negativa de no haber presenciado situaciones, pero al indagar un poco más y repreguntar surgen situaciones violentas naturalizadas que tienen que ver con lo discursivo, que al no ser físico se desestima. Y aunque son pocos quienes lo cuestionan, suelen relativizarlo.

*“A veces me han tratado tan mal, que me han dado ganas de decirles: tengo título terciario, ¿Por qué me tratás como un perro?”*

Las situaciones vividas hacen referencia al contacto con el personal administrativo, esto nos lleva a pensar la función de dicho personal como barrera o facilitadores del acceso (primer encuentro equipo/usuario). Aquí se plantea un debate que creemos interesante, incluso para pensar al interior de los equipos de salud: El papel de administrativos que muchas veces ocupan ese lugar sin la correspondiente formación, sin mayores compromisos ni involucramientos con la gente. Si bien sucede lo mismo con otros integrantes del equipo de salud, al ser el personal administrativo la cara visible del equipo y no ser reconocidos como poseedores del “poder/saber”, son los primeros cuestionados por los usuarios.

En cuanto a la respuesta de trabajadores del CAPS, visualizan maltrato intra y extra equipo, explicitando en algunos casos la violencia institucional que los usuarios no logran identificar. Hay un reconocimiento de la falta de empatía.

*“hay una desigualdad entre lo que uno pretende como ciudadano y lo que uno ofrece como trabajador de la salud”*

Los obstáculos, las trabas, las barreras al acceso vinculadas a lo administrativo, la burocracia inserta en el proceso de atención, y quizás la no contemplación de las diferentes situaciones particulares de cada usuario es leída en algunos casos como maltrato/violencia. Muchas veces “puertas para adentro” entre los compañeros no se mide lo que se dice, se violenta con el discurso.

*“me extrañó que tal enfermero diga (...) a una paciente que vino a tomarse la tensión arterial a enfermería: dale, dale, apurate, fletala, fletala”.*

Por otra parte, existe una naturalización y una estigmatización en relación a los horarios de los turnos, acerca del humor de los usuarios cuando se acaban los mismos, que algunos no leen como violencia. Circula el imaginario de sobre exigencia, de que se hace todo lo que se puede, pero no se pone en cuestión qué se hace como trabajadores para generar dichas situaciones, lo que no permite replantear las prácticas.

*“creo que es la expresión de la gente la que lleva a que tengamos esas asperezas, si*

*le estamos dando todo lo que podemos”*

*“los pacientes me lo dicen, que vivieron situaciones de maltrato, le dijeron directamente: y bueno, si te querés quejar, andá a quejarte en la tv o en la radio”*

Referido a la negación de la atención, usuarios/as manifiestan que no se les ha negado, pero se da en ciertas condiciones que no se cuestionan. Surge el tiempo de espera como queja, y el propio esfuerzo de los usuarios como condición naturalizada y aceptada para ser atendida. Solo un entrevistado entiende que la atención no es un favor, pero no en términos de derechos sino en el deber ser de un equipo de salud como trabajadores.

*“No le están haciendo un favor a la gente, es su trabajo, hay que atender y bien”*

Debemos remarcar que la atención es casi siempre entendida como sinónimo de consultorio médico, notando una vez más la visión acotada por parte de los/as usuarios/as del proceso de atención.

En relación a las respuestas a las demandas, por parte de los equipos de salud, la percepción generalizada es que siempre se les da a los usuarios una respuesta. A veces se tarda más, o tienen que esperar pero en general coinciden en tener la voluntad de solucionar los problemas, incluso planteando derivaciones a un segundo nivel de atención cuando no es posible resolver determinadas situaciones en el primer nivel, aunque reconocen en algunos casos que la falta de turnos dificultan dar una respuesta adecuada.

*“cuando hay algo que no está a mi alcance o no sé lo consulto con otro profesional del CAPS o lo derivo al Samco (...) siempre trato de darle una respuesta (...) el tema de los turnos a la hora de dar una respuesta es un problema”*

Se hace referencia también a las limitaciones profesionales, y el discurso denota la necesidad de poder trabajar algunas cuestiones con los compañeros de equipo, vinculadas a los roles, funciones y el compromiso desigual dentro del mismo.

*“me gusta la respuesta que damos todos, pero ella (la enfermera) no es como nosotros, no se preocupa, no te consulta (...) Yo a veces salgo y hago lo que debería hacer el agente sanitario”*

Sobre los cambios, los usuarios visualizan la incorporación de las Residencias como una presencia con “mejor actitud, más paciencia”, la existencia de espacios de salud mental y presencia de otros profesionales (NO médicos/as). A nivel de infraestructura, notan que algunos de los CAPS han crecido, que están más arreglados. Además refieren una mejoría

vinculada a la administración, turnos, rapidez en la atención.

El equipo de salud coincide ampliamente con los cambios visualizados por el grupo de usuarios. Se perciben cambios en relación a la presencia de residentes, quienes renuevan las ganas y la creatividad en los equipos. No sólo por ser personas nuevas en los equipos sino por una cuestión generacional. Comentan sobre las mejoras edilicias, la ampliación de los horarios de atención que la relacionan directamente con una mejora en la accesibilidad. Por otro lado se menciona también el aumento de los profesionales como algo positivo.

*“...la relación ha cambiado en cuanto en la calidad que es mejor, porque antes la hiperconsulta hablaba de algo insatisfecho. Y hoy siento que ha mejorado todo eso (...) considero que se va creciendo como equipo, que se consolida”*

Por otro lado los/as trabajadores/as de la salud vislumbran la necesidad de seguir apostando a la participación de la población, ya que la misma es escasa, aunque no hay autocrítica a la hora de pensar las causas que así lo determinan:

*“...la relación es buena pero la gente no se integra para otra cosa, vienen a atenderse.”*

Al indagar sobre las problemáticas del barrio, las respuestas del grupo de usuarios hacen referencia a:

- Inseguridad.
- Problemáticas delictivas.
- Consumo y venta de drogas.
- Basura y su disposición en el barrio.

En general reconocen que los equipos se involucran planteando talleres sobre las problemáticas enunciadas, comprometiéndose con las situaciones complejas, aunque se perciben como voluntades individuales. También relatan que algunas/os profesionales recorren los barrios. Aparecen las limitaciones en cuanto a la resolución de las problemáticas desde el CAPS o entendiendo a la salud solo como la necesidad de la respuesta a una demanda de enfermedad.

*“el problema es la inseguridad, pero es un problema de todos los barrios, y no creo que se pueda resolver desde el Caps”*

El equipo de salud reconoce de manera similar las problemáticas del barrio. En algunos equipos existe un reconocimiento de la complejidad de las mismas, y un no

reconocimiento de los trabajadores como agentes de cambio.

De esta manera, y habiendo analizado como el grupo de usuarios entiende la salud desde la respuesta a una demanda de enfermedad, los equipos limitan su accionar a satisfacer esta demanda específica.

*“hay muchas cosas que se conocen (...) para mí no se hacen cosas, acá nadie se mete”*

*“nos falta un montón en el agendar ciertas problemáticas que todavía nos parecen ajenas”*

Llama la atención, que a pesar de nombrar dificultades en el “vínculo” que tienen los equipos con los usuarios, ninguno de los grupos lo mencionan como un problema del barrio.

### **Tercer eje: Percepción acerca de la infraestructura**

Usuarios y trabajadores coincidieron en que la infraestructura los CAPS es en general inadecuada:

El personal de salud remarcó que no se cuenta con los espacios suficientes para las consultas médicas, denotando una visión médico-centrista y acotada de las actividades que allí pueden realizarse. Se hizo referencia también a la falta de espacio para el encuentro de los trabajadores en reuniones de equipo, lo que podría relacionarse con problemas en la comunicación entre los miembros del mismo. Aunque se reconocen algunas remodelaciones prevalece la percepción de que quedan muchas cosas por hacer.

Los usuarios expresaron cierto nivel de conformidad reconociendo, a diferencia del equipo, la necesidad de contar con otros espacios para realizar “otras actividades” ajenas a la atención médica.

*“podrían hacer (...) algo más de patio, para sembrar plantitas medicinales, algo de lo nuestro”*

Relacionaron el nivel de confort a los siguientes factores:

- 1) Cercanía del CAPS a la vivienda (accesibilidad geográfica),
- 2) Higiene (según refieren, en general deficiente) y
- 3) Espacio.

También coincidieron en que, a pesar de que las condiciones de la infraestructura

no son las óptimas, terminaron por adaptarse a los espacios con los que cuentan. Los equipos de salud manifestaron que, en general, es clave la organización para lograr una buena dinámica de trabajo. En los usuarios, por su parte, surge nuevamente el conformismo, aceptando las condiciones del servicio sin cuestionamiento.

*“no sé si es adecuado o cómodo, es lo que hay”*

*“y... es chico... con un consultorio más...”*

*“la ubicación es espectacular, yo vivo a dos cuadras de acá, cualquier cosa sabes que te venís y listo”*

Respecto a los Insumos, entre los usuarios la percepción es diferente:

Por un lado, existe una queja en cuanto a la falta de medicación, aunque se desconoce la causa. En solo una ocasión se reclamó en busca de una solución, demostrando cierto grado de empoderamiento.

En oposición, la otra parte refiere que no faltan insumos, tomando como referencia solamente los medicamentos.

*“no sé qué pasa que no vienen las cosas”*

*“lo compraba yo por mi cuenta porque no llegaba, y me fui a hablar con el director (del hospital)”*

En algunos CAPS surge la inquietud sobre el déficit en la higiene, si bien la población lo relaciona, más que con la falta de insumos, con la falta de personal (se hace referencia puntualmente a la falta de personal de limpieza y de secretaría). En contraste, otros usuarios manifiestan su conformidad en cuanto a la cantidad de personal, resaltando por sobre todo la calidad, y limitándose a evaluar si se responde a sus demandas particulares.

*“Por lo menos a mí me atienden”*

Desde su perspectiva, el personal de salud coincide en que los insumos son acordes a la demanda, aunque haciendo referencia únicamente al instrumental médico. No se visualiza la higiene del CAPS como un problema, a diferencia de lo que sucede con los usuarios.

## CONCLUSIÓN

---

A modo de conclusión y en relación al objetivo planteado se presentan las siguientes reflexiones.

Si bien la concepción de salud que aparece, tanto en la comunidad como en los equipos de salud, es desde una mirada integral que abarca lo social, psicológico, histórico, biológico, cultural; a la hora de pensar en los procesos de atención se hace desde una perspectiva médico-centrista que valora el saber del profesional médico sobre las cuestiones referidas a salud.

Aparece como dificultad la posibilidad de pensar espacios diferentes al consultorio médico o de enfermería, así como también de reconocer las necesidades de recursos humanos (por ejemplo psicólogos, trabajadores sociales); en consecuencia la demanda-respuesta es el tratamiento médico del dolor y la enfermedad y no se reconoce como función prioritaria del CAPS alojar otro tipo de demandas.

La participación comunitaria queda así condicionada en el modo en que son definidos los problemas de salud y elaboradas las estrategias para abordarlos. En el caso de los espacios alternativos (talleres, reuniones...) se hace visible la dualidad de que por un lado los equipos de salud diagraman y planifican espacios según lo que ellos consideran como problemas para la población; responsabilizando a la comunidad de no participar. Y por otro lado la población no se siente convocada y responsabiliza al equipo de salud por la escasa difusión tomando una posición pasiva respecto de su participación. Es decir, pocas veces existe un trabajo previo y conjunto, entre los equipos de salud y la comunidad, para definir y diagramar estrategias de intervención a los problemas de salud del barrio.

De este modo, la participación aparece como reflejo de la desigualdad propia de las relaciones de poder implícitas en lo que al saber sobre salud refiere. Las diversas percepciones sobre el proceso de atención se encuentran atravesadas por la naturalización del lugar del médico como poseedor del saber y el del usuario como paciente pasivo en cuanto a la gestión de salud.

## PROPUESTAS

---

A partir de esta investigación se considera importante la generación de espacios de reflexión, análisis y discusión sobre los temas de salud, en los que participen la población y los equipos de salud, para de esta manera definir y elaborar estrategias de intervención conjunta.

A su vez, se desprende de la misma la importancia de trabajar sobre la posibilidad de que el equipo de salud y la población pueda materializar en las prácticas cotidianas el concepto de salud amplio e integral que reconocen desde lo manifiesto del discurso. Para ello aparece como necesaria la deconstrucción del saber médico como único autorizado, y la reconfiguración de los ideales de salud que se reproducen, para alcanzar un posicionamiento otro que pueda valorar el poder potencial de cada uno de los actores.

## BIBLIOGRAFÍA

---

De Carvalho LC , Camargo MC , Feuerwerker L , Merhy EE. Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. [sede web] Salud colectiva; 2007; vol. 3 (n. 3) [acceso el 2015-06-06], pp. 259-269. Disponible en: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S185182652007000300004&lng=es&n](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652007000300004&lng=es&n)>

De Salazar L , Díaz Grajales C . La evaluación-sistematización: Una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(3):545-555.

Donabedian A . Conferencia Magistral. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad Salud Pública de México [sede web] México: 1993, 35 (mayo-junio) [acceso: 11 de junio de 2015] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10635302>> ISSN 0036-3634 .

Figueroa de López S . Proceso de salud-enfermedad desde la perspectiva de salud pública. Texto elaborado para fines docentes. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas: Unidad didáctica de salud pública; 2012.

Gómez López L , Rabanaque Hernández MJ. Concepto de salud. En: Colomer Revuelta C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2000.

Hospital Universitario del Valle, HUV, “Evaristo García”. Calidad de la atención en Salud. Percepción de los usuarios. Colombia: ESE Cali; 2010.

Merhy EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde. En: Teixeira SF, organizadora. Movimento sanitário: 20 años de democracia. San Pablo: CEBES; 1998.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. En: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. San Pablo: Hucitec, Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.

Merhy EE. Salud: Cartografía del Trabajo Vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.

Merhy EE. Em Busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de

trabalho na busca da qualidade das ações de saúde. En: Cecílio de Oliveira LC, organizador. Inventando a mudança na saúde. San Pablo: Hucitec; 1994.-24.

Laurell AC. La Salud-Enfermedad como proceso social. Revista Latinamericana de Salud. 1982; vol. 2: 7-25.

Livi Bacci M . Introducción a la demografía. Barcelona, España: Ariel; 1993

Gobiernos de la Provincia de Santa Fe. Plan Estratégico Provincial [sede web] Santa Fe: 2015 [acceso el 06 de junio de 2015]. Disponible en <https://www.santafe.gov.ar/archivos/PEP.pdf>

Sacchi M , Hausberger M , Pereyra A . Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. Salud colectiva [sede web]. 2007, vol.3, (n.3) [acceso en 06 de junio de 2015], pp. 271-283. Disponible en: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S185182652007000300005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652007000300005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1851-8265.).

Silva Junior AG , Mascarenhas MT. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade Aspectos Conceituais e Metodológicos. En: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. San Pablo: Hucitec; 2004.

Squassi A , Mercer H , Bordoni N . Evaluación de calidad de los procesos de atención de salud bucal empleando el método basado en la semiótica de los enunciados. Revista de la Maestría en Salud Pública. 2005; Vol. 5.

Villegas del Carpio O , Castillo Martinez A , Montero Chacón D , Holthuis K, Álvarez Mora A , Freer Vargas J , Vázquez Lizano F . Bases para la Atención Médica Integral. Curso especial de posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. 1ª edición: San José, Costa Rica: 2003.

## ANEXO 1

### GUIA DE PREGUNTAS

USUARIO	PERSONAL DEL CAPS
¿Se siente <b>parte</b> del centro de salud? ¿Se siente cómodo/integrado/reconocido? ¿Lo reconocen cuando viene al centro? ¿Se toma en cuenta su opinión? ¿Por qué?	¿Se siente parte del centro de salud? ¿Por qué? ¿Siente que forma parte de un equipo? ¿Se siente escuchado?
¿ <b>Confía</b> en el equipo? ¿Puede contar con él/ se siente tranquilo de contar sus problemas? ¿Por qué?	¿Siente confianza en el equipo de salud? ¿Por qué? ¿Cuenta con el apoyo del equipo? ¿Puede delegar y compartir funciones? ¿Puede participar en la toma de decisiones?
¿Considera que los horarios de atención del Centro de salud son <b>acordes</b> a sus <b>necesidades</b> ? ¿Por qué? ¿En qué horarios debería estar abierto el centro de salud? (Horario de sacar turno/Presencia de profesionales)	¿Considera que los horarios de atención del Centro de salud son acordes a la necesidad de la población? ¿Por qué? ¿Qué horarios de atención propondría?
¿Alguna vez vivió/presenció una situación de <b>maltrato</b> en el centro de salud? ¿Cómo fue esa situación? ¿Qué tipo de maltrato? (Verbal/físico/ignorancia)	¿Alguna vez vivió/presenció una situación de maltrato en el centro de salud? ¿Qué tipo de maltrato? (Intraequipo/extraequipo)
¿Alguna vez se le <b>negó</b> la <b>atención</b> o se ha sentido expulsado? ¿Por qué motivo? ¿Cómo se sintió? Vivencia de la situación (vergüenza, incomodo, asimetría de poder?)	¿Alguna vez no pudo brindar atención a un paciente/no dio respuesta a la inquietud de un paciente/usuario en el momento que éste concurre? ¿Por qué motivo? ¿Pudo referenciarlo/recitarlo? ¿Qué conducta tomó?
¿Se va con una <b>respuesta</b> cuando concurre al centro? ¿Se va satisfecho/conforme? ¿Tuvo que concurrir a otra institución para resolverlo?	¿Considera que las personas que concurren al CAPS pueden irse con alguna respuesta a sus necesidades? ¿Por qué? ¿Han tenido que concurrir a otra institución para resolverlo? ¿Se siente conforme con el tipo de rta q se da en el CAPS?
¿Considera que la <b>infraestructura</b> del centro de salud (ubicación, cantidad de consultorios, cantidad de baños, sector de enfermería, higiene, tamaño de sala de espera) es adecuados/cómodos? ¿Qué haría falta? ¿Por qué?	¿Considera que la infraestructura del centro de salud (ubicación, cantidad de consultorios, cantidad de baños, sector de enfermería, tamaño de sala de espera) son adecuados? ¿Por qué? ( Sala común de trabajadores)
¿Conoce otros <b>espacios alternativos</b> a la consulta? ¿Participa de ellos? ¿Le parecen útiles para usted y el barrio? ¿Le sirven a la comunidad? ¿Por qué? (Talleres, charlas, reuniones, festejos)	¿Existen espacios alternativos al consultorio? ¿Considera que son útiles para la comunidad? ¿Cree que hacen falta algún/más espacios de este tipo? ¿Por qué?
¿Considera que el centro de salud cuenta con <b>personal e insumos</b> (materiales) necesarios? (Medicamentos/vacunas/leche/variedad de profesionales) ¿Qué le parece que falta? ¿Por qué?	¿Considera que el centro de salud cuenta con el personal e insumos (materiales) necesarios? ¿Son acordes a la necesidad de la población?
¿Hace cuánto que usted viene a atenderse? En todo este tiempo: ¿Nota algún <b>cambio</b> ? (el personal/horario/trato/relación/infraestructura/formas de trabajo/trabajo del equipo para y con la gente)	¿Visualiza algún cambio en cuanto a la relación que tiene el equipo de salud con la comunidad? ¿Por qué? Desde cuándo? (Positivo o negativo).
¿Qué es <b>salud</b> para Ud? ¿Considera que el barrio es sano? ¿Por qué?	¿Considera que el nivel de salud del barrio es el adecuado? ¿Es este un barrio saludable? ¿Qué considera "salud"? ¿Por qué?
¿Qué <b>problemáticas</b> ve en el barrio? ¿El equipo de salud las conoce? ¿Hizo algo por eso? ¿Por qué?	¿Considera que el equipo de salud conoce y está involucrado en las problemáticas del barrio? ¿Por qué? Mencionalas.

## ANEXO 2

### CATEGORIAS DE ANALISIS

Percepción acerca de la relación persona-comunidad-equipo de salud	Percepción acerca de la infraestructura	Percepción acerca de la respuesta a las necesidades del barrio/población
¿Se siente parte del CAPS?		
Confianza en el equipo		
		Horarios acordes a las necesidades de la población
¿Vivió/vio alguna situación de maltrato?		
		Tiempo de espera
¿Le han negado la atención? ¿Se ha sentido expulsado?		
		¿Se resolvió la situación por la que buscó ayuda?
		Tuvo que recurrir a otro lugar? Recorridos institucionales
	Infraestructura acorde a las necesidades	
		Espacios alternativos al consultorio. ¿Conoce? ¿Participa? ¿Son útiles?
	En relación a los recursos	
	En relación a los insumos	
¿Qué cambios visualiza?	¿Qué cambios visualiza?	¿Qué cambios visualiza?
		¿Cómo ve la salud del barrio?
¿Considera que el equipo conoce y está involucrado en las problemáticas del barrio?		