



EVALUACIÓN DEL TRABAJO DEL EQUIPO EN LA PRÁCTICA DE LA SALUD FAMILIAR

Maestría en Salud Pública
Orientación en Sistemas Municipales

Maestreado
MED. Pedro Silberman

Director
Dr. José María Pagannini

Centro INUS
Facultad de Ciencias Médicas
UNLP



Maestría en Salud Pública
Orientación sistemas municipales

TESIS

Evaluación del trabajo del equipo
en la Practica de la Salud Familiar.

Estudio Preliminar

Maestreado MED. Pedro Silberman
Director Profesor Dr. José María Pagannini

Centro INUS

Facultad de ciencias Médicas

UNLP

2009

Índice

Resumen / 7

Introducción / 9

Justificación del problema y utilización de los resultados / 11

Marco teórico / 13

1. Definición de salud / 14

2. Salud desde una visión clínica ampliada para el equipo de salud familiar / 15

3. Teoría general de sistemas / 18

Sistemas abiertos y cerrados / 18

La familia y la teoría general de sistemas / 19

Teoría de la comunicación / 20

Cuándo pensar en equipos / 22

Grupos pequeños versus grandes / 22

Desempeño de un equipo / 23

Mediciones del trabajo en equipos / 23

Conflicto de equipos / 24

Equipos interdisciplinarios en APS / 25

Trabajo en equipo y salud familiar y colectiva / 27

5. Políticas Públicas / 28

Qué es una política pública / 28

Ciclo de las políticas públicas / 28

Política pública, programa de salud familiar / 30

6. Evaluación de la calidad de la atención en APS / 32

Los actores en la evaluación de la calidad / 33

Indicadores / 34

7. Programa de salud familiar y su base teórica en el sistema de salud (Silos) / 35

Propuesta de los Silos / 36

Propósitos del programa de salud familiar / 37

Ejes conceptuales de la propuesta del PSF / 37

La propuesta del Silos en 4 ejes fundamentales / 40

Objetivo de la investigación / 39

Material y métodos / 39

Ámbito de estudio / 40

Tipo de estudio y diseño / 40

Definiciones teóricas y operacionales de las variables o categorías / 40

Relación entre variables, formulación de hipótesis / 41

Población / 42

Resultados / 45

Bahía Blanca

A. Zona Portuaria

A.I. Centro de salud Leonor Capelli / 49

A.II Centro de salud San José Obrero / 52

A.III Centro de Salud Saladero / 55

B. Zona Norte-Oeste

B.I Centro de Salud Leandro Piñeiro / 58

B.II Centro de salud Maldonado / 61

B.III Centro de Salud Villa Nocito / 64

La Plata

I. Centro Integrador Comunitario El Retiro / 67

II. Centro de Salud 42 / 70

Trenque Lauquen

I. Centro Ramón Carrillo / 73

II. Centro Indio Trompa / 76

Resultados agrupados / 79

Conclusiones / 81

Limitaciones / 82

Discusión / 83

Bibliografía / 86

Anexo / 89

Resumen

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), como un llamado a la integración de los servicios de salud con base poblacional, ha tomado nuevamente un rol protagónico en el escenario de reformas de los sistemas de salud a partir de una evidencia incontestable de la escalada en el gasto en tecnología, de la falta de continuidad y cobertura efectiva de la población y los escasos resultados en salud obtenidos¹. En este marco desde los Sistemas Locales de Salud (SILOS) a la fecha existieron un conjunto de medidas que desde distintos ámbitos han apuntado a fortalecer dicha estrategia, entre ellas el programa de Salud Familiar promovido y ejecutado por el Ministerio de Salud de la Nación (resolución Ministerial 118/2009). Un equipo de salud familiar se debe entender como una expresión concreta de la ejecución de la política de APS, siendo una de sus componentes fundamentales la práctica en un equipo integrado con base poblacional por lo que su evaluación adquiere una importante prioridad en el análisis del avance de dicha estrategia.

Objetivo

Evaluar comparativamente el desempeño de los centros de salud donde se implementó el programa de salud familiar de la ciudad de Bahía Blanca, Trenque Lauquen y La Plata con respecto a aquellos donde no está implementado el programa, durante el año 2009.

Material y Métodos

Se realizó una evaluación comparativa del proceso de trabajo (proceso interno) y los indicadores de salud preventiva (proceso externo), más sensibles al trabajo de los equipos de salud en las localidades referidas y se compraron la misma cantidad de centros de salud donde no se encuentre implantado el programa pero que tuvieran características semejantes de estructura y ubicación.

Resultados

Los Centros de salud de Bahía Blanca, Trenque Lauquen y La Plata con equipos de Salud Familiar tiene similitudes en el cumplimiento de estándares, en Bahía Blanca: las áreas de Recursos Humanos (10 vs. 9); Planta Física (20 vs. 18); Recursos Materiales (33 vs. 28) e Insumos (14 vs. 14); sin embargo, la calificación final fue de 82,24 a 40,17 y los resultados en salud 6 sobre 7 vs. 2 sobre 7. En La Plata, con similitudes en estructura y ubicación, la calificación final fue de 83,9 a 63,96 y los indicadores de salud preventiva 5/7 a 2/7; ambos a favor de los equipos de salud familiar. En Trenque Lauquen se nota una evaluación menor con respecto a los estándares, pero los resultados en salud preventiva son muchos mejores que en el resto de los centros (6/7), con una diferencia importante entre ellos a favor del centro con equipo de salud familiar (vacunación en el 98% contra 89%; 90 contra 63% diabéticos en seguimiento; 75 contra 53% de hipertensos en seguimiento).

Conclusiones

Una política pública apuntada a la APS mejoraría el desempeño de los equipos tanto en los procesos de trabajo como en los indicadores de salud preventiva, independientemente de la estructura y la ubicación del centro de salud. Pareciera importante el impacto del trabajo comunitario en algunos centros en los indicadores de salud preventiva.

1. Ver Zamora Casas, Juan Antonio, "Inversión en Salud y crecimiento económico: una perspectiva de América Latina y el Caribe. División de salud y desarrollo humano", ponencia a XXXV Reunión del Comité asesor de Investigaciones en salud, La Habana, Cuba, 17 al 19 de julio de 2000.

INTRODUCCIÓN

La aplicación del sistema de salud basado en la Atención Primaria de la Salud (APS) requiere de características definidas. Entre los elementos clave para el desarrollo eficaz de tal estrategia se puede mencionar: efectores de salud interdisciplinarios insertos en el seno de la comunidad con recurso humano apropiado, que desarrollen sus acciones con equidad, integralidad, longitudinalidad y plena accesibilidad; un cambio del modelo asistencial convencional promoviendo una mirada hacia y desde la población objetivo, (el concepto de trabajar con una mirada poblacional), responsabilidad nominal y geográficamente delimitada, desde la necesidad y no sólo de la demanda, sumando una articulación intersectorial, trabajo en red, actividades de promoción de salud y participación comunitaria².

En su informe de 2007, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definió a la APS en base a una serie de valores, principios y elementos que deberían regirla³. En efecto, a la hora de considerar la APS debemos tener presente el derecho al mayor nivel de salud posible, equidad, solidaridad (valores); dar respuesta a las necesidades de salud de la población, servicios orientados hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, la participación, la justicia social, la intersectorialidad (principios); la cobertura y acceso universal, el primer contacto, atención integral, integrada y continua, la orientación familiar y comunitaria, énfasis en la prevención y promoción, cuidados apropiados y recursos humanos adecuados (elementos).

Desde esta perspectiva, no podemos analizar a la APS desde una única disciplina. Es preciso verlas, entre otras cuestiones, en un grupo de disciplinas que interactúen constructivamente para analizar y comprender la realidad que afrontan a diario. En este sentido, se hace necesario el trabajo en equipo interdisciplinario. La constitución de equipos interdisciplinarios representa la posibilidad de integrar al ser humano y comprenderlo desde toda su complejidad. Por lo tanto, esta práctica enriquece y complementa a todas las disciplinas intervinientes, pues no sólo promueve un intercambio de saberes sino que también brinda la posibilidad de diseñar intervenciones adecuadas a los problemas a resolver, donde cada disciplina tendrá, según la circunstancia, un liderazgo transitorio que irá mudando según varíen las dimensiones o fenómenos a abordar⁴.

Sin embargo, también hay que tener en cuenta que la gestión de un programa que apunte a focalizar el equipo de salud como práctica, debe comprender que ingresa dentro de un terreno donde seguramente surgirán conflictos. Éstos deberán preverse y resolverse en el transcurso del trabajo diario y ser aprovechado para el crecimiento del propio equipo.

Por último, pensar en la implementación de una política pública que resuelva abordar la problemática de atención primaria debe dar como resultados una mejora sustancial en los procesos de trabajo del mencionado equipo y, consecuentemente, en algunos de los indicadores de salud de la comunidad a la que focaliza su trabajo (aunque se reconoce la dificultad de establecer esto último en forma acabada

2. Ver Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS y OMS, "La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas", documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS y OMS), disponible en http://paho.org/Spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf, 2007.

3. *Ibidem*.

4. Dávila, A., "Comprender íntegramente al ser humano", en Revista de Atención primaria de la salud, Año 4, Número 7, abril de 2007.

y determinante⁵) o al menos en procesos poblacionales de trabajo preventivo que se reconoce como un avance en la estrategia de APS y que están claramente relacionadas a resultados en salud de la comunidad^{6,7,8}. Pero está muy claro que es importante, imprescindible, una evaluación acorde de los procesos de trabajo de los equipos, asegurando un proceso estable, sustentable y consecuente con la política.

5. Starfield B., Shi, Macinko, "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health: The Milbank Quarterly, Vol. 83, N, 3, 2005, pp. 457 - 502. disponible en http://www.jhsph.edu/bin/k/a/2005_MQ_Starfield.pdf

6. Pérez-Cuevas R.; Reyes Morales H.; Vladislavna Doubova, S.; Zepeda Arias, M.; Díaz Rodríguez, G.; Peña Valdoninos, A.; Muñoz Hernández, O., "Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar". *Revista Panamericana de Salud Pública*, Volumen 26 (6), Diciembre 31, 2009, Pág. 511-517.

7. Machado-Alba J.; Moncada-Escobar J.C.; Gaviria H., "Quality and effectiveness of diabetes care for a group of patients in Colombia", *Revista Panamericana de Salud Pública*, Volumen 26 (6), Diciembre 31, 2009. Pag. 529-535.

8. Volpe, F.; Abrantes, M.; Capanema, F.; Chaves, G., "The impact of changing health indicators on infant mortality rates in Brazil, 2000 and 2005" *Revista Panamericana de Salud Pública*: Volumen 26 (6), Diciembre 31, 2009 .pag. 478-484.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA Y UTILIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

Podemos afirmar que en el ámbito de la APS existe un menor desarrollo de la investigación que en otros ámbitos de la medicina^{9,10,11}. Tal es así que la mirada desde la calidad de prestación y, más específicamente, la evaluación de la misma, con contadas excepciones, no ha sido un campo demasiado explorado, sobre todo en países en vías de desarrollo. En el tema que focalizamos en este trabajo, el de la evaluación de la implementación de una política pública, el desarrollo ha sido mucho más importante en ámbitos deportivos, comerciales y/o empresariales, que en el ámbito de la salud y, fundamentalmente, en la APS¹².

Los motivos de esta deficiencia son varios. No obstante, la ausencia, o las dificultades en la implementación, de políticas sanitarias que orienten el sistema hacia este sector y la sustentabilidad de éstas, fue un claro favorecedor del menor desarrollo comparativo de la APS como estrategia sanitaria, haciendo tortuosa toda intención de evaluación de calidad en el sector.

Por ello, ante la eventualidad de una reforma sanitaria sustancial, que corra el eje hacia la APS y, fundamentalmente, lo estructure en equipos en lugar de pensarlo sólo desde lo médico, es importante desarrollar estrategias que puedan sostener y mejorar el proceso y el producto de esta reforma.

Por este motivo, evaluar el impacto de una política pública orientada hacia la estrategia de APS analizando, no sólo la implementación sino también los resultados de los procesos que sensiblemente se modifican desde el trabajo en este sector, es una posibilidad y una necesidad imperiosa para legitimar y promover este tipo de decisiones en el sistema sanitario.

Debemos destacar que programa de Salud Familiar lleva un año de desarrollo, por lo que las modificaciones de tales indicadores se evaluarán en este período.

9. Zurro M., "Investigación en atención primaria", en Argimón Pallás J.M. y Jiménez Villa J., Eds., *Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud*, Doyma, Barcelona, 1991.

10. Pita Fernández, S., "Investigación en Atención Primaria C.S. Cambre. A Coruña: CAD. ATEN. PRIMARIA 2005; 12: 41-44

11. Fernández Fernández, A. Gómez de la Cámara, "Investigación en atención primaria: situación", Fundación Institut Català de Farmacologia (FICF) Guía de investigación clínica para atención primaria. 2005 Eduard Diogène Fadini. 2005 de esta edición Ediciones Mayo, S.A <http://w3.icf.uab.es/ficf/es/bin/view/IAP/GicapCap1>

12. Gervas J. y Pérez Fernández M., "Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo", en *Revista Brasileña de Epidemiología*, volumen 9 número 3, septiembre, São Paulo, 2006.

MARCO TEÓRICO

En América Latina, hasta la década del '90 y conforme con la interpretación de los lineamientos de la declaración de Alma Ata, convocada por la Organización Mundial de la Salud en 1978¹³, el concepto de APS giró entorno a asistencia sanitaria esencial para todos los individuos y familias mediante la participación de la comunidad. La APS se implementó en la mayoría de países de la región como un conjunto de servicios de atención sanitaria mínima, limitada a servicios de baja complejidad, con equipos humanos de profesiones básicas de la salud (médico general, enfermera), y apoyados por técnicos de saneamiento ambiental y la figura de promotores de salud provenientes de la comunidad lo cual fue muy limitada y excluyente. Este modelo de APS (conformado tanto por la definición del conjunto de servicios y los medios para implementarlo) intentó ser relevante para el contexto social, demográfico y epidemiológico de los inicios de ese periodo, caracterizado por una alta fecundidad, alta prevalencia de las enfermedades nutricionales, infecto contagiosas y parasitarias

En la actualidad, un Sistema de Salud Basado en la APS, se entiende como un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud cuyo principal objetivo es el derecho a lograr un nivel de salud lo más alto posible, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad. Un sistema de tal naturaleza debería estar guiado por principios que tengan como objetivo dar respuesta a las necesidades de salud de la población y estar orientado hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad. Para ello resulta esencial la formación de redes integradas de salud y el trabajo en equipo.

Si bien la relación entre la situación socioeconómica y los niveles de salud está documentada, recientes estudios dentro del campo de la epidemiología social han reportado significativas iniquidades en niveles de salud, aún dentro de estratos socioeconómicos similares. La diferencia entre un sistema de salud que funciona adecuadamente y otro que no lo hace puede medirse en muertes, discapacidades, empobrecimiento, humillación y desesperanza¹⁴.

La aplicación del sistema de salud basado en la APS que se intente desarrollar eficientemente, debería incluir: efectores de salud interdisciplinarios insertos en el seno de la comunidad con recursos humanos apropiados, que desarrollen sus acciones con equidad, integralidad, longitudinalidad y plena accesibilidad; un cambio del modelo asistencial convencional promoviendo la mirada sobre la población a cargo, el concepto de trabajar desde la necesidad y no sólo de la demanda, la articulación intersectorial, trabajo en red, actividades de promoción de salud y participación comunitaria.

Las practicas y políticas de salud en el mundo occidental han sido cuestionadas por su adhesión a modelos asistencialistas individualistas, con énfasis en la dimensión curativa de la dolencia, altos costos y baja efectividad¹⁵. Todo esto enmarcado en un mismo modelo biomédico, enfocado casi exclusivamente en los conceptos de dolencia, patología y sus correlatos.

13. Ver Macinko, J.; H. Montenegro; C. Adell Nebot, c. Etienne y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, "La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas", en Revista Panamericana Salud Pública, Año, Número, 2007. pp. 73-84. Ver también AAVV, "United Nations Development Program", Human development report, Nueva York, Oxford University Press, 2003.

14. WHO, The World Health Report. 2000. Health Systems: Improving Performance, Geneva, 2000.

15. Ver Dávila, A., op. cit.

1. Definición de Salud

Una definición del concepto de salud heterogénea y un paradigma dominante homogenizante dificultan abordar el tema de la salud positivamente.

Tal dificultad puede obedecer, entre otras cosas, a la influencia de la industria farmacéutica¹⁶, fundamentalmente porque tiene restringido los intereses de la investigación sosteniendo la concepción funcional de salud como la ausencia de enfermedad, estrategia obvia basada en sus intereses¹⁷.

Por otro lado, y tal vez producto de lo anterior, a este panorama se le suma la división del cuerpo humano, la tecnologización de las prácticas y la fragmentación del saber, así como también el surgimiento de innumerables especialidades médicas que generan reacciones contra la expropiación de la salud que, desde la década del '70, van propiciando un movimiento que busca resucitarla como objeto científico¹⁸.

Plantear estas dificultades, entre otras cuestiones, hace pensar que actualmente no podemos analizar las estrategias de APS únicamente desde una única mirada disciplinar. Es preciso pensar en un grupo de disciplinas que interactúen constructivamente para analizar y comprender la realidad que afrontan a diario. Desde la perspectiva de la Salud Integral como concepción sanitaria, un equipo interdisciplinario en Salud es el dispositivo de trabajo más adecuado, pues permite que las diversas disciplinas aporten al diagnóstico, la comprensión y al diseño de estrategias para intervenir en el proceso salud-enfermedad en el espacio donde opera el equipo¹⁹.

Lo que está claro es que al menos la monodisciplinariedad es una limitación casi invalidante de la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-cuidados que se da en la APS y, por lo tanto, de su abordaje. Por ello, el hecho de pensarla desde los recursos humanos, necesariamente, habría que hacerlo en plural. Es decir, desde el equipo de salud real y, más aun, desde el trabajo interdisciplinario.

Pensar en la interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento básicamente obliga a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Asimismo, corrobora algo que existe previamente: las “importaciones” de un campo disciplinar a otro, la multirreferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas —de diferentes épocas— atravesando distintos saberes disciplinarios. La actividad interdisciplinaria se inscribe en, y requiere la, acción cooperativa de los sujetos. La construcción conceptual común de un problema que implica un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis y su interacción. Las condiciones básicas para que un equipo asistencial interdisciplinario pueda funcionar como tal, requieren de la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. Es importante que sea reconocido el tiempo dedicado a los espacios de discusión, de ateneos, reuniones de equipo, etc., como parte del tiempo de trabajo²⁰.

16. Collazo Herrera, M., “El poder de mercado de la industria farmacéutica”, Revista Cubana Farmacéutica, Centro de Investigación y desarrollo de medicamentos, La Habana, Volúmen 32 Número 2, Enero-Agosto 1997; Villanueva, J., La investigación científica y la problemática de la industria farmacéutica, Academia Iberoamericana de Farmacia Ars Pharmaceutica, 2003. pp 281-301.

17. Villanueva, J. op cit.

18. Illich, 1975

19. Almeida Filho, N., “Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica”, Vol 9, maio-agosto 2002. pp 315-333.

20. Ver Castro Cossío, E., y R. Ramos Guerrero, Los grupos en las organizaciones, Material de estudio de la Maestría Bibliotecología y ciencia de la Información; módulo sobre comportamiento organizado, Facultad de Comunicación, La Habana, 2002.

Pensar en un equipo de trabajo es pensar en plural. Por ello, tampoco debemos pensar en el paciente de manera individual sino que debemos pensar en su familia y la comunidad toda como sujetos activos en el intercambio de saberes que implica la atención de la salud. A su vez ese intercambio se da a través de un vínculo que se debe establecer y ser lo suficientemente efectivo para lograr resultados positivos para todos. En este sentido pensamos en una Clínica Ampliada²¹ como mecanismo para articulación entre el equipo de salud y la comunidad a cargo.

2. Salud desde una visión de la clínica ampliada para el equipo de Salud familiar

Terapéutico deriva del griego *therapeutike* y significa “yo curo”. La terapéutica es una parte esencial de la clínica que estudia y pone en práctica los medios adecuados para curar, rehabilitar, aliviar el sufrimiento y prevenir posibles daños en personas vulnerables o enfermas. Por lo tanto, no se trata sólo de una preocupación humanizadora, sino también del establecimiento de una técnica que califique el trabajo en salud.

Por su parte, “vínculo” es un vocablo de origen latino. Por él se entiende algo que ata o liga a las personas, indica interdependencia, relaciones con líneas de doble sentido, compromisos de los profesionales con los pacientes y viceversa. Uno de los medios adecuados para la práctica de una clínica con calidad es el fortalecimiento de vínculos entre paciente, familias y comunidad con el equipo y con algunos profesionales específicos que les sirvan de referencia.

En efecto, la construcción del vínculo depende de que se movilicen tanto los usuarios como el equipo. Del lado del paciente, el vínculo sólo se constituirá cuando él crea que el equipo puede contribuir, de algún modo, en la defensa de su salud. Del lado de los profesionales, la base del vínculo es el compromiso con la salud de aquellos que los buscan o son por ellos buscados. El vínculo comienza cuando un movimiento de demanda confluye con otro de recepción de esa demandando. La construcción del vínculo depende por lo tanto, del modo en que los equipos se responsabilizan por la salud del conjunto de personas que viven en una microrregión.

Depende, también, del modo en que se afronte cada caso específico que necesite de una atención singular. Un doble movimiento, no siempre fácil de realizar: un compromiso bilateral, en el caso de los profesionales un involucrarse con la salud de una comunidad y con la salud individual, particularmente de aquellos más vulnerables.

Este proceso no es simple. Depende de disposición pero también de conocimientos sobre la interrelación entre las personas que necesitan de ayuda y el equipo con recursos para intervenir. Es importante tanto discutir las dificultades en responsabilizarse por la salud de los otros, como las de encargarse de la construcción de proyectos terapéuticos y del acompañamiento sistemático de casos singulares.

Encargarse del seguimiento de personas concretas, con nombre y apellido, no es una tarea simple.

Un concepto útil para entender los diferentes tipos de vínculos que contraemos a lo largo de la vida es el de “transferencia”. Éste es un concepto originado en el psicoanálisis, pero puede adaptarse para

21. Sousa Campos, G. W., Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud de la familia, disponible en <http://www.alames.org/documentos/reflexgast.pdf>

el trabajo clínico en general. Cuando nos vinculamos con alguien o con alguna institución (un equipo, un centro de salud) acostumbramos transferir afectos hacia estas personas o instituciones. Los afectos son sentimientos imaginarios, apuestas que hacemos apoyados en la historia personal de cada uno y en la imagen que el servicio y el profesional producen. Estos afectos pueden ser positivos o negativos. Cuando son positivos, nos sirven de apoyo para realizar una travesía complicada. No importa mucho si la potencia del apoyo que transferimos al otro es real o no, lo que importa es sí ese Otro consigue ayudarnos a enfrentar algún problema. En el caso de la clínica, buscar un diagnóstico, un cierto esclarecimiento para el sufrimiento que nos aflige o recursos terapéuticos–acciones que nos ayuden a enfrentar el problema de salud. En este sentido, el papel del profesional de salud es actuar sobre el otro que se coloca bajo nuestro cuidado, pero es también el de ayudar a los otros a que se ayuden. Estimular la capacidad de las personas para enfrentar los problemas a partir de sus condiciones concretas de vida.

Al clínico le cabe identificar el tipo de apoyo que cada uno necesita. Están aquellos que necesitaran de estímulo para recordar que están enfermos o con alguna limitación. Otros, por el contrario, deberán ser ayudados a que se olviden un poco del problema de salud, valorizando la vida que todavía tienen. Hay algunos a los que habrá que ofrecerles más atención, a otros habrá que estimularlos a una disminución en el consumismo de procedimientos. A algunos ayudarlos a cuidarse mejor, a mirar más hacia los hijos, familiares, comunidad; a otros, ayudarlos a escapar de la obsesión de controlar el mundo y de hacer todo perfecto. Y realizar todo esto durante la atención clínica normal: consultas, grupos, curaciones, visitas, caminatas, etc....

El profesional debe prestar atención a los patrones de transferencia en curso, pues éstos le ayudan tanto en la atención individual como grupal. Asimismo, las transferencias siempre serán bilaterales. Es decir, los pacientes, los grupos, también despiertan sentimientos positivos o negativos entre los profesionales que los atienden: voluntad de curar o antipatía, deseo de educar o de verse libre del otro. Nadie es de piedra ni absolutamente racional y frío en el trabajo en salud. Somos afectados por el modo de ser de nuestros pacientes. Cuando alguien se percibe desvalorizado, difícilmente adherirá al tratamiento sugerido. Debemos brindar esperanzas sin mentir, sin falsas promesas, resaltando el sentido que puede tener una vida saludable. El desafío para una clínica de calidad es descubrir qué tipo de vínculo es el adecuado para cada caso.

De cualquier modo, la condición básica para la construcción del vínculo está en la capacidad del equipo para responsabilizarse por la atención integral de la salud de aquellos que viven en un territorio dado; y más aún, por la capacidad del equipo de encargarse de todos aquellos casos que exigen una atención especial, sea a causa de enfermedades o de otros factores que aumentan la vulnerabilidad de las personas (edad, gestación, uso de drogas, dificultades existenciales, sociales, etc.).

El equipo de referencia debe responsabilizarse por la salud de una comunidad (entre tres y cuatro mil personas) y, al mismo tiempo, destacar entre esta comunidad aquellos casos que necesitan de una atención individual, encargándose de ello de manera eventual o sistemática. No es fácil establecer criterios prácticos para operar esta selección. Sin embargo, la clínica de calidad solamente será posible si se consigue evaluar riesgos y, en consecuencia, concentrar nuestra atención en familias y personas con mayor vulnerabilidad²². Siempre habrá recursos insuficientes en salud. La demanda tiende a ser

22. Souza Campos, G. W., "Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim", en Sérgio Resende Carvalho Caderno De Textos, Versus, Minas Gerais, Brasil disponible en http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVer_SUS.pdf

infinita. Nadie quiere morir, siquiera sufrir y la medicina y el Sistema de Salud prometen cuidado y atención. Nuestra oferta estimula a las personas a que nos busquen. La salud debe transformarse en un derecho. Algo de este derecho es posible de ser precisado, la otra parte es ambigua. En la práctica, el derecho a la salud es traducido en el acceso a un examen complementario o a un medicamento, pero nunca tendremos todo lo que las personas demandan o lo que los profesionales consideran necesario. Por otro lado, siempre podremos construir un proyecto de intervención que tenga algún efecto terapéutico. Entre ese proyecto que nos imaginamos como ideal –no siempre el más adecuado– y nada, hay una infinidad de posibilidades de intervención. Sin embargo, muchas veces, en nombre del ideal nos quedamos con la nada y esto es un absurdo.

El método PAIDEIA²³ sugiere un modo para atenuar esta pelea entre la demanda infinita y la finitud de los recursos (entre ellos, inclusive, la paciencia de los equipos). Éste consiste en involucrar a los pacientes, familias y comunidad en la producción de su propia salud. Estimular el auto-cuidado, valerse de la educación en salud para aumentar la capacidad de las personas a ser terapeutas de sí mismas.

Considerar cada grupo como agentes de salud de su propia familia y de su propia comunidad. Compartir conocimientos de salud con los pacientes y grupos, estimulando posturas saludables. Descubrir dentro de la propia comunidad personas o grupos de “cuidadores” que ayuden al equipo en el cuidado de casos complejos: voluntarios que apoyen ancianos, vecinas que ayuden madres sobrecargadas, etc...

Notemos que la eficacia de estos métodos de educación en salud depende del vínculo entre equipo y familias: solamente cuando alguien se siente apoyado es que se muestra seguro para arriesgar algunos pasos por cuenta propia. Cuanto más impersonal y burocrático el sistema, más aumenta la dependencia de las personas.

Otro recurso para enfrentar este dilema es definir prioridades, separar entre los millares de pacientes aquellos por los cuales el equipo tendrá un cuidado especial.

Hacer clínica es evaluar riesgos y, en función de esto, intervenir con recursos terapéuticos específicos, conforme el caso y su fase: remedio, educación en salud, visita domiciliaria, orientaciones posturales, dietéticas, existenciales, grupos, etc... Un servicio de atención primaria que atiende a todo el mundo que lo demanda y que no consigue distinguir entre los pacientes, no hace clínica de calidad.

Específicamente, el abordaje desde un equipo de salud familiar implica una construcción nueva en nuestro medio. Más orientado a lo plural que a lo singular, pero sin perderlo de vista; aplicado a una comunidad que se involucre desde la planificación hasta su asistencia, con métodos y estrategias claras y democráticas que permitan la bidireccionalidad, la confianza y la adherencia al sistema. También es nueva la concepción de un sistema que priorice una eficiencia social y una evaluación continua de la implementación de un programa sanitario basado en la APS, por lo que un instrumento de evaluación del proceso de funcionamiento del equipo es una herramienta indispensable y asequible que proveerá elementos para el mejoramiento continuo y el análisis temporal de dicha implementación del programa.

23. Souza Campos, G. W., “Paideia y Gestion”, en *Salud Colectiva*, Año 1 Número 1, La Plata, Buenos Aires, enero-abril 2005. pp. 59-67.

3. Teoría general de sistemas

Tanto la familia, que se plantea como unidad de abordaje del programa, como el equipo de salud familiar, que es la herramienta del programa, funcionan en base a un elemento ordenador que es el sistema en el cual se insertan. Además, las reformas en América Latina se han basado también en la teoría general de sistemas, por lo cual es necesario una resumida descripción de tal teoría²⁴.

Sistema deriva de la voz griega *systema*, que significa “conjunto organizado”. La teoría general de sistema fue utilizada por Von Bertalanffy en 1956 y la describió como “un conjunto de unidades en interrelaciones mutuas” y sostuvo que “los sistemas psicológicos y sociales” podrían integrarse como descriptores de su teoría debido a su jerarquía en relación con los sistemas inanimados²⁵. Su teoría fue un proceso que se desarrolló desde los años 40 hasta los 60 donde encontró una gran diversidad de aproximaciones en las diferentes ciencias. Estas aproximaciones tenían un número de características en común. Una de las primeras personas que identificó una nueva “ciencia” fue Norbert Wiener que en su *Cibernética* de 1948 estudió los sistemas y en especial los sistemas recursivos con la noción central del feedback²⁶. En los años siguientes se desarrollaron muchos otros “sistemas”, estos incluían: Teoría Clásica de Sistemas; Informática y simulación (incluido el trabajo pionero de Turing); Teoría de Compartimentos; Teoría de Conjuntos; Teoría de Gráficas; Teoría de Redes; Teoría de Jerarquías; Teoría de Información (Shannon y Weaver); Teoría Matemática de Juegos (Von Neumann y Morgenstern).

Bertalanffy identificó muchos de estos y, bajo el “paraguas” de una “Teoría General de Sistemas” comenzó a organizar un modelo comprensivo²⁷.

Los fines principales de la Teoría General de Sistemas según Bertalanffy son:

- Hay una tendencia general hacia una integración en las varias ciencias, naturales y sociales
- Tal integración parece centrarse en una teoría general de sistemas.
- Tal teoría puede ser un medio importante para apuntar hacia la teoría exacta en los campos no físicos de la ciencia.
- Desarrollando principios unificadores que vayan “verticalmente” por el universo de las ciencias individuales. Esta teoría nos acerca más a la meta de la unidad de la ciencia.
- Esto puede conducir a una muy necesitada integración en la educación científica

Sistemas abiertos y cerrados

Bertalanffy dice, entre otras cosas, de los sistemas abiertos y cerrados²⁸:

- “La física convencional trata únicamente con los sistemas cerrados”.
- “Sin embargo, encontraremos sistemas que por su propia naturaleza y definición no son sistemas cerrados. Todo organismo viviente es, en esencia, un sistema abierto... Evidentemente, las formulaciones convencionales de la física son, en principio, inaplicables al organismo vivo como tal sistema abierto y estado de homeostasis y podemos muy bien sospechar que muchas de las características de los sistemas

24. Hernández, M. Á., “El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina”, en *Revista de la Facultad Nacional de Salud pública*, Año 1 Número 19, 2001, pp. 57-70.

25. Osorio, A. M. F., *Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas*, Departamento de Antropología, Universidad Nacional de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Santiago, Chile, 1998.

26. Wiener

27. Bertalanffy, 1968.

28. Bertalanffy, op cit

vivos que parecen paradójicos según las leyes de la física son una consecuencia de ese hecho.”

Es importante tener en cuenta que la Teoría de Sistemas es tanto un término general como una formulación específica por parte de Bertalanffy. Además, hay un alto nivel de variación en cuanto a qué es lo que se incluye y qué no en su dominio, y en que diferentes autores poseen diferentes definiciones del término.

La familia y la teoría general de sistemas

La “teoría sistémica” incluye conceptos de la Teoría de la comunicación y de la cibernética, como el desarrollado por el citado Wiener²⁹. Tanto Bateson como Jackson comenzaron a aplicar la teoría de los sistemas a sus prácticas con familias³⁰.

Por su parte, en 1973 Kantor y Lehr produjeron un marco conceptual tomando como base dicha teoría sobre la familia

•Un sistema familiar se considera un conjunto de situaciones emocionales, intelectuales, sentimentales, que se organizan en el curso del tiempo en varias generaciones mediante la construcción de selfs más o menos diferenciados. El sistema familiar cuenta con los recursos para regular las que se consideran disfunciones del sistema.

•Es concebida como un conjunto de elementos (individuos) en interacción

•Dado que las familias constituyen sistemas abiertos, sus miembros intercambian continuamente informaciones con su entorno, de la misma manera que con su medio interno.

•La idea de fronteras internas y externas del sistema ofrece la posibilidad de determinar cuál de sus miembros participa en una decisión u operación y quién se excluye o es excluido de ellas.

Las corrientes de pensamiento sistémico, con sus semejanzas y diferencias, postulan la implicación de los miembros del grupo, sus motivaciones, sus aptitudes para ser cuestionados y para cambiar sus modos de funcionamiento. Generalizando, es posible pensar que la familia no podría ser analizada y comprendida en su funcionamiento sin tener en cuenta que es un sistema jerárquicamente ordenado, que incluye subsistemas de otra envergadura y que dicho conjuntos de sistemas está integrado en macrosistemas, es decir, sistemas más amplios³¹.

Haciendo una extensión de esto, podemos pensar en un Equipo de Salud Familiar, como un grupo que interactúa hacia “adentro” y hacia “afuera”; modificando y modificándose permanentemente y, por sobre todas las cosas, que el mismo equipo posee los elementos necesarios para regular las disfunciones.

29. Ver nota 18.

30. Bateson, G., *Pasos hacia una ecología de la Mente*, Paidós, Buenos Aires, 1976; Jackson, D., *Teoría de la comunicación Humana*, Herder, Barcelona, 1995.

31. Giberti, E., *La Familia a Pesar de Todo*, Noveduc, Buenos Aires, 2005.

Teoría de la comunicación

Sin la pretensión de hacer un análisis profundo del tema, no podemos dejar de mencionar la teoría de acción comunicativa de Habermas dado que subraya fielmente el proceso entre los integrantes del equipo y la comunidad³².

Para comprender esta teoría debemos remitirnos al concepto de “entendimiento” que se alcanza como un acuerdo racional entre actores donde se evalúan las “pretensiones de validez” como representaciones simbólicas del saber. Naturalmente, en este proceso existe una tensión de poder entre ellos. Habermas argumenta que en la sociedad los hombres tratan de orientarse en el mundo “cartografiándolo”, pero la sociedad y la vida misma no permiten un proceso de cartografía perfecto, lo cual condiciona a sus miembros a estar aprendiendo constantemente algo sobre ellas.

Habermas, para usar el concepto de mundo para una teoría de la acción comunicativa, lo modifica en tres sentidos:

1. Sustituye el concepto ontológico de mundo por uno más basado en la experiencia (mundo y “mundo de la vida”). El mundo de la vida constituye el trasfondo de la acción comunicativa.
2. Sustituye la versión cognostivista unilateral, superándola con el concepto de “saber cultural”
3. Sostiene que sólo el mundo objetivo se puede entender como correlato de la totalidad de los enunciados verdaderos. Con este sistema de referencia los participantes determinan sobre qué es posible, en general, entenderse.

Habermas emplea la “teoría del tercer mundo” de Popper para explicar los conceptos sociológicos de la acción:

- Acción Teleológica: el actor realiza un fin eligiendo en una situación dada los medios más congruentes y aplicándolos de manera adecuada (se apoya en una interpretación de la situación). Este tipo de acción se amplía y se transforma en “acción estratégica”, al incluir al “otro”.
- Acción regulada por normas: se refiere a los miembros de un grupo social que orienta sus acciones por valores comunes
- Acción dramática: hace referencia a participantes en una interacción que constituye un público ante el cual se ponen a sí mismos en escena
- Acción comunicativa: se refiere a la interacción de por lo menos dos actores capaces de desarrollar un lenguaje y de acción que establecen una relación interpersonal. En este contexto los actores buscan entenderse sobre una situación de acción para poder así coordinar de común acuerdo sus planes de acción y con ello sus acciones. El concepto central es INTERPRETACIÓN. Para que el entendimiento “funcione” como mecanismo coordinador de la acción solo puede significar que los participantes se ponen de acuerdo sobre la validez de las interpretaciones que presentan unos frente a otros.

En éste sentido la teoría de la acción comunicativa plantea una instancia en donde la comunicación articula las relaciones entre los actores sociales, pero ella requiere de una instancia de “validación” en donde cada “mundo” pueda consensuar una visión común, sin ella es poco probable que el trabajo conjunto entre el equipo de salud, y de este con la comunidad, pueda plantearse de una manera productiva para ambos.

32. Habermas, J., Teoría de la acción comunicativa. Irracionalidad de la acción y racionalización social”, Taurus Humanidades, 1999, disponible en <http://www.scribd.com/doc/14009059/jurgen-habermas-teoria-de-la-accion-comunicativa-i>

4. Trabajo en equipo, diferencia con Trabajo en grupos

Un equipo es un pequeño número de personas con habilidades complementarias, comprometidas con un propósito común, un conjunto de metas de desempeño y un enfoque por el que se sienten solidariamente responsables. La esencia del equipo es el compromiso común, sin él los grupos actúan como una acumulación de individuos. Los mejores equipos invierten mucho tiempo y esfuerzo en explorar, perfilar y consensuar el interés que les pertenece, tanto individual como colectivamente. Por el contrario, en los equipos que fracasan, rara vez se desarrolla un propósito común. Sea cuál fuera la razón, no se unen detrás de una aspiración que represente un desafío³³.

Los verdaderos equipos deben respetar una disciplina compuesta por seis elementos: tamaño reducido, habilidades complementarias, niveles compartidos de compromiso con el objetivo de desempeño y sus metas, un enfoque de trabajo claro y un profundo sentido de la responsabilidad frente a los demás³⁴.

El trabajo en equipo, a diferencia de lo que sostiene la creencia popular, no tiene que ver con la convivencia, la capacidad para ceder y el desarrollo de consenso. Tiene que ver con el trabajo intenso y colaborativo, los conflictos, la integración y los resultados colectivos. Tener un conflicto no sólo es saludable sino inevitable en la vida de un auténtico equipo³⁵.

El desempeño de un grupo de trabajo es el resultado de lo que sus integrantes hacen en calidad de individuos. En cambio, en un equipo hay resultados individuales y también lo que llamamos “producto colectivo de trabajo”. Estos representan lo que dos o más miembros deben realizar juntos, como entrevistas, encuestas o experimentos. El producto de trabajo colectivo, cualquiera sea su contenido, refleja el aporte auténtico y conjunto de los integrantes de un equipo.

Veamos en el siguiente cuadro la diferencia entre “Grupos de trabajo” y “Trabajo en equipo”³⁶:

| Grupo de trabajo | Equipo |
|--|---|
| Líder fuerte y una orientación clara | Liderazgo |
| Responsabilidad individual | Responsabilidad individual y colectiva |
| El propósito del grupo coincide con la misión organizacional más amplia | El equipo tiene un propósito específico que cumplir |
| Productos de trabajos individuales | Productos de trabajo colectivos |
| Realiza reuniones eficientes | Alimenta el debate abierto y reuniones activas para resolver problemas |
| Mide su eficacia indirectamente a través de la forma en que influye en los demás | Mide el desempeño de manera directa evaluando los productos de trabajo colectivos |
| Debate, decide y delega | Debate, decide y realmente realiza un trabajo conjunto |

33. Robbins, S.P., *Comportamiento organizacional. Teoría y práctica*, Prentice-Hall Hispanoamericana, San Diego, EEUU, 1999.

34. Katzenbach, J.R. y D.K. Smith, *The Wisdom of Teams: creating the high-performance organization*, Harvard Business School Press, EEUU, 1993.

35. Eisenhardt K.Kahwaj y J.Bourgeois L.

36. Katzenbach, J.R. y D.K. Smith, op. cit.

Cuándo pensar en equipos

Los grupos de trabajo son eficaces en las grandes organizaciones donde prevalece la responsabilidad individual y se unen para compartir información, perspectivas y visiones; para tomar decisiones que ayuden a otro a hacer su trabajo y para fortalecer los niveles de las actuaciones individuales. Pero el énfasis siempre está puesto en las metas y responsabilidades de cada uno. Los integrantes de los grupos de trabajo no son responsables de otros resultados que no sean los propios. Ni tratan de realizar aportes que requieran el trabajo combinado de dos o más miembros.

Los equipos difieren fundamentalmente de los grupos de trabajo en que requieren tanto de la responsabilidad individual como colectiva. A los equipos no les alcanza con la discusión, el debate y las decisiones grupales; tampoco con compartir información y aplicar las normas de las mejores prácticas. Los equipos generan productos de trabajo discretos a través del aporte conjunto de sus integrantes. Esto hace posible niveles de rendimiento superiores a la suma de todos los talentos individuales de sus miembros.

El primer paso seguro para un equipo que esta tratando de delinear un propósito significativo para sus miembros es transformar las directivas amplias en metas de desempeño específicas y mensurables. Las razones de esto son:

- Las metas específicas de desempeño ayudan a definir un conjunto de producto de trabajo que son diferentes de la misión de toda la organización y de los objetivos de trabajo individuales, por lo tanto , el simple hecho de reunirse de tanto en tanto para tomar decisiones no respaldará el desempeño de equipo
- La especificidad de los objetivos de desempeño facilita la comunicación clara y el conflicto constructivo
- La posibilidad de alcanzar metas específicas ayuda a los equipos a mantener el enfoque en la obtención de los resultados
- Los equipos exitosos evalúan como puede cada individuo hacer su mayor aporte a la meta del conjunto y, lo que es más importante , lo hacen en términos de objetivos de desempeño y no del status o personalidad de cada miembro
- Las metas específicas le permiten al equipo alcanzar pequeñas victorias en el tránsito hacia su propósito mayor.

Grupos pequeños versus grandes

Los grupos grandes tienen dificultades para interactuar constructivamente como tales y les cuesta más trabajar en conjunto. Además enfrentan problemas logísticos, tales como encontrar suficiente espacio y tiempo físico para reunirse; y limitaciones más complejas, como los comportamientos típicos de las multitudes que impiden compartir adecuadamente los puntos de vista necesario para crear un equipo. Como resultado, cuando tratan de desarrollar un propósito común, suelen generar “misiones” superficiales y objetivos que, aunque bien intencionados, no se traducen en metas concretas.

Por ello, además de tener un tamaño correcto, los equipos deben desarrollar la combinación adecuada de habilidades, es decir todas y cada una de las aptitudes complementarias necesaria para la tarea que tienen por delante. Los requisitos de habilidades pertenecen a tres categorías claramente diferenciables:

1. Conocimiento técnico o funcional
2. Habilidades para la resolución de problemas y la toma de decisiones. Los equipos deben poder

identificar los problemas y las dificultades que enfrentan, evaluar las opciones que tienen para avanzar y luego sopesar las ventajas y desventajas y las decisiones sobre cómo proceder.

3. **Habilidades interpersonales:** no puede haber un entendimiento y un propósito común sin una comunicación eficaz y sin conflictos constructivos, y esto depende a su vez de habilidades interpersonales, que incluyen entre otras: aceptación de riesgo, la crítica útil, la objetividad, saber escuchar, saber dar el beneficio de la duda y reconocer los intereses y logros de los demás.

Los equipos eficaces desarrollan un fuerte compromiso con un enfoque común, es decir, con la forma en que trabajarán juntos para alcanzar el objetivo. Los integrantes deberán acordar quién hará las tareas específicas; cómo se fijará y respetará el cronograma de trabajo; qué habilidades se desarrollarán; cómo preservarán sus miembros su continuidad en el grupo y cómo tomarán y modificarán las decisiones.

Cuando los individuos encaran una situación de equipo cada uno tiene misiones laborales preexistentes, además de fortalezas y debilidades que reflejan una amplia gama de antecedentes, talentos, personalidades y prejuicios. Un equipo puede desarrollar y coincidir en el mejor enfoque para lograr sus metas sólo a través del descubrimiento y la comprensión conjuntos de cómo aplicar todos sus recursos humanos a un propósito común. Ningún grupo se convierte en equipo hasta que no se siente responsable como tal. La responsabilidad, en tanto, no puede imponerse mediante la coerción, del mismo modo que no puede obligarse a alguien a que confíe en otra persona. Pero cuando un equipo comparte un propósito y metas comunes, y un enfoque, la responsabilidad colectiva surge como contraparte natural. La responsabilidad tiene su origen y se consolida en el tiempo, la energía y el esfuerzo invertidos en descubrir lo que el equipo está tratando de lograr y cómo hacerlo mejor³⁷.

Desempeño de un equipo

Aunque no hay una receta para esto, según observaciones, surgen algunos enfoques comunes y estrategias para un mejor desempeño:

1. Definir la urgencia, exigir patrones de desempeño y fijar el rumbo
2. Seleccionar los miembros según sus habilidades y potencial y no según la personalidad
3. Prestar atención a las primeras reuniones y acciones, las impresiones iniciales tienen un gran peso
4. Fijar reglas de comportamiento claras
5. Definir y adoptar algunas tareas y metas inmediatas orientadas al desempeño
6. Cuestionar al grupo regularmente aportando nuevos hechos e información
7. Pasar mucho tiempo juntos
8. Reconocimiento, feedback y recompensa

Mediciones del trabajo en equipo

El diseño de cualquier sistema de mediciones debería reflejar las premisas operativas básicas de la organización a la que respalda. Las mediciones de resultados le dicen a la organización en qué punto del trayecto hacia sus metas está, pero no cómo llegó allí ni cómo hacerlo de una manera diferente. En

37. Castro Cossío E., R. Guerrero Ramos, op. cit

cambio, las mediciones de los procesos controlan las tareas y las actividades de toda la organización que producen un resultado dado. El propósito abarcador de un sistema de medición debería ayudar al equipo, y no a las altas esferas, a calibrar su progreso. Debería ser una herramienta capaz de informarle en qué momento corresponde tomar una medida correctiva. El propio equipo debería ser el creador de su instrumento de medición y de darle el valor a cada función³⁸. Para crear dichas mediciones en un proceso es aconsejable cumplir una serie de pasos básicos:

1. Definir los tipos de factores (tiempo, calidad, costo, y rendimiento del producto)
2. Graficar el proceso multifuncional utilizado para la obtención de resultados
3. Identificar las tareas y capacidades críticas necesarias para completar exitosamente el proceso
4. Diseñar mediciones que rastreen esas tareas y capacidades

Conflictos de equipos

Los conflictos son naturales en los equipos. No es saludable, para su buen funcionamiento, evitarlos. Sí es importante orientarlos para que sean constructivos. Mucha literatura sostiene que brindar información a los equipos redundante en un “mejor conflicto” basado en cuestiones puntuales que los datos reflejan. Cuando no hay datos fidedignos, la discusión es muy general y termina personalizándose. Algunos recurren a la exaltación de valores propios y a presunciones erróneas formadas sobre cómo podría ser el mundo. Las personas y no los temas se convierten en el foco de la atención de los desacuerdos. El resultado es el conflicto interpersonal.

Hay una relación directa entre dependencia de los hechos y bajos niveles de conflicto interpersonal. En efecto, los hechos permiten que las personas encaren rápidamente los temas centrales que rodean a una opción estratégica. Así, quienes deben tomar las decisiones no se detienen en los argumentos que indican cuáles podrían ser los hechos, de esta manera se despersonaliza el debate.

Otra táctica para morigerar los conflictos es crear una sensación de justicia equilibrando el poder dentro del equipo. El conflicto interpersonal es mínimo en las llamadas “estructuras de poder equilibradas”.

Equilibrar el poder es una de las tácticas para construir el sentido de justicia. Encontrar la manera apropiada de resolver los conflictos es otra, y quizás la más importante. Las decisiones por consenso se asocian, generalmente, a resolverlos en armonía pero en realidad es precisamente lo contrario. El consenso significa que todos tienen poder de veto. Trabajos de investigación en justicia procesal demuestra que la equidad en los procesos, lo que incluye la participación e influencia de todos los involucrados, es muy importante para la mayoría de la gente. Los individuos están dispuestos a aceptar los resultados que le desagradan si creen que el proceso que derivó en esos resultados fue justo³⁹.

38. Ver Salinas-Oviedo, C., J. Laguna-Calderon, M. del R. Mendoza-Martínez, “La Satisfacción Laboral y su papel en la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica”, en *Salud Pública*, Vol. 36 (1), México, 1994, Pp 22-29; Hernandez, J. R., “Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención”, en *Revista Cubana Salud Pública*, La Habana, Cuba, vol.29, no.2, abril-junio 2003. pp.103-110; Brito, P., M. Padilla y F. Rígoli, “Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud”, en *Revista Cubana Educación Media Superior*, 16 (4), 2002.

39. Álvarez, J., *Desarrollando equipos de trabajo en la empresa chilena de hoy*, Universidad de Chile: Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Departamento de Ingeniería Industrial, Santiago, 1997.

También es cierto que, más allá que los equipos resuelvan las situaciones sin o con menos conflictos, no por ello serán siempre las más acertadas. El “groupthink”⁴⁰ ha sido una de las causas más importantes de crisis corporativas y políticas. En promedio, los equipos que no pueden alentar el conflicto constructivo alcanzan un menor desempeño⁴¹.

Equipos interdisciplinarios en APS

Ahora bien, hasta aquí definimos conceptos sobre trabajo en equipo en general; pero en nuestro estudio el enfoque es en equipos de Salud Familiar en particular, por lo que debemos pensar que dichos equipos están conformados por varias disciplinas que, además de interactuar entre sí, lo deben hacer con sus “saberes”, por lo que implica algunas consideraciones que desarrollamos a continuación.

Para los sistemas organizados (hospitales, centros de salud y otros), el cambio hacia el trabajo en equipo interdisciplinario constituye un desafío en la adaptación al entorno, a la pertinencia de la acción concreta que ellos realizan y fundamentalmente a la definición y reformulación del “campo” de acción en el que desarrollarán las actividades.

Por otra parte, el rápido desarrollo de la ciencia y la tecnología hizo inevitable la fragmentación del conocimiento y el surgimiento de la especialización. En este contexto, reaparece la necesidad de relacionar, articular e integrar nuevos conocimientos para abordar al ser humano de manera integral. En este sentido, encontramos en la Interdisciplina una forma de trascender los análisis especializados o particulares.

En la práctica concreta, la concepción del trabajo en equipo propone su aplicación en escenarios complejos con el objetivo de resolver problemas de alcance colectivos que requieren de la intervención de otras disciplinas y de la introducción de nuevas metodologías y estrategias de enseñanza–aprendizaje. Partiendo de la base que no es lo mismo desempeñarse ínter disciplinariamente en el campo científico (investigación) que en la práctica cotidiana de Atención de la Salud. La filosofía que fundamenta los mismos está basada en la necesidad de insistir en la aplicación de estos equipos a los modelos de atención con miras a construir una nueva cultura, en la que el proceso salud–enfermedad sea considerado dinámico y dialéctico; donde la biología es solo una parte de este⁴².

Para ello es necesario el trabajo interdisciplinario que permita una visión integral del proceso de salud–enfermedad, sin olvidar que el eje central de estos modelos son las personas. Esto implica, en las prácticas relacionadas con la salud, cambios que conduzcan a la formación de nuevos sujetos sociales.

Cada profesional de la salud posee una finalidad, una identidad, unos objetos de trabajo y campos de acción que resultan de sus propios desarrollos históricos.

George Gudsorf⁴³ expresa lo difícil que es encontrar un significado a este vocablo (interdisciplinario) ya que es utilizado indiscriminadamente con diferentes sentidos. “Cualquiera apela a la “interdisciplina” y nadie se anima a pronunciarse en su contra. Éxito tanto más brillante cuanto que los mismos que toman partido por la nueva figura del saber se encontrarán en aprietos para definirla”.

40. Fenómeno que tiene lugar cuando un grupo se considera invencible, rechaza las críticas y cree que todos están de acuerdo.

41. Eisenhardt K.Kahwajy J.Bourgeois L., *El Trabajo en Equipo. Ventajas y dificultades*, Granica, 2000.

42. Capra Fritjof, citado por Ander Egg, Ezequiel, *Interdisciplina en Educación*, Magisterio.

43. Gudsorf, *Pasado, presente y futuro de la Investigación en Interdisciplinariedad y Ciencias humanas*, Tecnos/UNESCO, Madrid, 1993.

El término “Interdisciplina” está compuesto por dos vocablos. Inter, “lo que se da entre” y disciplinariedad, “que expresa la calidad de disciplina”.

La Interdisciplina es un intercambio de métodos, conceptualizaciones códigos lingüísticos, técnicas, de cada uno de los que intervienen en el abordaje, que exigen competencias en la disciplina propia, y otras condiciones para su desarrollo que serán mencionadas posteriormente.

Además, para establecer un verdadero trabajo interdisciplinario se requiere de un dominio de los saberes de las restantes disciplinas participantes; que se conozcan los modos propios del lenguaje de los otros, con el fin de lograr un adecuado proceso comunicacional. Existen otro tipo de relaciones entre las disciplinas que, si bien integran conocimientos, no se consideran interdisciplinarios, se refieren a:

- Interprofesionalidad: profesionales de diferentes campos trabajan juntos sobre un mismo objeto o sobre un mismo problema, aportando sus diferentes perspectivas y estableciendo un puente entre conocimientos específicos sin que esto implique que se de la interdisciplinariedad.
- Algunos han definido la interdisciplina como el encuentro mínimo de dos disciplinas para abordar una situación común. Aunque estos acercamientos no alcanzan a serlo es importante recordar que se constituyen en el primer paso para las prácticas interdisciplinarias.
- Multidisciplina: Hecho en que varias disciplinas se ocupan simultáneamente del mismo problema sin que exista entre ellos ninguna relación en cuanto a cruzamiento disciplinares.

En la “multidisciplina” se estudian diferentes aspectos de un problema a partir de las visiones de diversas disciplinas mediante la suma de las competencias específicas de cada una de ellas.

Cada profesional da respuestas desde su propia ciencia. Es un intercambio de información entre dos o más ciencias que resuelven problemas concretos pero que no conlleva ninguna transformación de las disciplinas concurrentes.

- Disciplinariedad cruzada: es otro caso de integración de conocimientos y se puede dar de dos maneras
 1. Cuando la problemática de una disciplina trasciende a otra dando origen a una nueva.
 2. Cuando diferentes disciplinas tienen objetos de estudio semejantes, es decir, disciplinas con zonas fronterizas que se superponen o son difusas, pero conservan su identidad.
- Transdisciplina: es una perspectiva epistemológica que va más allá de la interdisciplinariedad. Se trata de un nivel máximo de integración donde se borran los límites entre disciplinas.

Este acercamiento a los conceptos tiene por finalidad facilitar el abordaje de las actividades en las prácticas cotidianas y remarcar la necesidad de un marco referencial común como una condición de posibilidad del abordaje interdisciplinario.

El marco referencial es importante para que el ejercicio tenga buenos resultados. Permite integrar, articular los aspectos puntuales y fragmentarios que se estudian desde cada una de las disciplinas, evitando así la yuxtaposición de aportes que no poseen conexión pues son el producto de una mirada monodisciplinaria, apoyada en lo específico de cada disciplina.

Condiciones de posibilidad para obtener resultados en la práctica del trabajo interdisciplinario:

- a- Competencias disciplinares.
- b- Interés (intencionalidad) en el trabajo interdisciplinario
- c- Interiorización del concepto y del enfoque interdisciplinario por parte de los involucrados.
- d- Marco referencial común que encuadre las estrategias del trabajo Interdisciplinario.

- e- Selección de un tema adecuado que sea posible de abordar desde ese modo de trabajo.
- f- Integración de contenidos que aporten de manera significativa al problema.
- g- Apoyo efectivo para el trabajo en equipo en temas concretos.
- h- Seguimiento y Evaluación del trabajo interdisciplinario.

Trabajo en equipo y salud familiar y colectiva

De las especialidades básicas, la Medicina Familiar es una especialidad cuyo objeto de estudio es a un grupo poblacional, a pesar que en la práctica se desenvuelva con modelos individuales. Por ello, pensar en la “salud familiar” es una manera de concentrar los saberes de distintas disciplinas en un conjunto de personas que conviven y se relacionan constantemente a partir de redes que la sostienen y la modifican desde la dimensión individual y la comunitaria. Es entonces que los “equipos de Salud Familiar” deberán hacerse cargo de pensar el proceso de salud–enfermedad desde una perspectiva colectiva, longitudinal, compleja e integral para intentar dar una respuesta al sistema de salud y desde éste a la población interesada. Relacionando las necesidades y las demandas que la población tenga y los recursos con que el sistema cuenta. En definitiva, debe afrontar la salud de la comunidad desde una visión superadora a la actualmente vigente.

Es sabido que en APS los conflictos y las dificultades están originadas o son consecuencia de una íntima relación entre el paciente y el equipo de atención, fundamentalmente con el médico, la enfermera y la administrativa, por lo que mejorar dicha relación enfocando desde un trabajo en equipo es fundamental para asegurarse un mayor éxito en los problemas de salud que la población demanda⁴⁴. De las investigaciones realizadas hasta la actualidad la atención realizada por equipos de salud familiar mejora la relación con los pacientes, la accesibilidad y el conocimiento de los problemas de las personas sin haber demostrado sin embargo, mejoras en los resultados en salud o la relación entre las distintas dimensiones del trabajo en equipo⁴⁵. Pero el desafío de esta propuesta estimula pensarlo desde la mejora en la satisfacción del trabajo en ambos sectores, la población y el prestador del servicio, y seguramente se deberá ver reflejado en algún momento en los resultados en salud. Por lo pronto, es interesante observar el desarrollo del programa e ir describiendo, como en este caso, el trabajo en equipo, las estrategias implementadas y sus efectos en los equipos y en los pacientes y las comunidades.

Hasta aquí fue el detalle de lo que aceptamos como sistema, en éste caso aplicado a la salud, más precisamente al sistema de Salud, el trabajo en equipo como base de la concepción del trabajo en APS y el desafío ahora de desarrollarlo todo como política pública para la implementación. Este programa se presenta como una estrategia superadora de iniciativas anteriores que hasta la fecha parece no haberle dado respuestas certeras a la organización del primer nivel de atención. Es importante ahora analizar desde lo que se conoce como política pública, cuáles son las instancias que éste programa deberá aún transcurrir para lograr resultados satisfactorios en las evaluaciones correspondientes.

44. Girón, M., Begoña Beviá, Elisa Medina y Manuel Simón Talero, “Calidad De La Relación Médico Paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un Estudio Con Grupos Focales”, en Revista española de Salud Pública, Numero 5, Madrid, septiembre - octubre 2002. pp 561-575.

45. Badiia, J.G., et al, “Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output”, en Family Practice Advance Access, noviembre 2006.

5. Política Pública (PP)

En relación al objeto de ésta investigación se considera importante analizar el PSF desde el punto de vista de la aplicación de una política pública. En éste caso, en relación a la Salud, y puntualmente a la Atención Primaria de la Salud. Teóricamente éste programa surge a partir de una necesidad y se estructura en un proceso participativo que incluye ciclos en los cuales se van definiendo y redefiniendo tal política. En éste sentido es importante tomar una dimensión de análisis de las PP que incluya sus efectos en la salud de la población a cargo del equipo de salud familiar.

Inicialmente en éste trabajo observamos que una política pública que se enfoque en el primer nivel de atención como eje vertebrador de un sistema más eficiente y equitativo debiera, en su correlato fáctico, mostrar indicadores que sugieran una mejora en los procesos de trabajo de los equipos y de las actividades sobre la comunidad. Esta evaluación requiere de al menos una descripción de lo que es una PP y sus ciclos de construcción y mejora para luego abordar la respectiva evaluación.

Que es una Política Pública

Una Política Pública (PP), es un conjunto de acciones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del estado en relación a una cuestión que concita el interés y movilización de otros actores de la sociedad⁴⁶ y que dentro de sus características importante se encuentran que cuentan con un respaldo de normas de cumplimiento obligatorio, y en consecuencia, tienen repercusiones en la sociedad afectando la vida de las personas e influyendo en su interpretación de la realidad.

El estudio de una PP permite tener una visión del estado “en acción” a través de las diferentes posiciones con respecto a una determinada cuestión que ha logrado ocupar un lugar en la formación de la agenda de gobierno.

Ciclo de las Políticas Públicas

El ciclo o proceso de las políticas públicas es una construcción conceptual que no tiene por qué ocurrir en la realidad. No todas las PP de los gobiernos siguen ese proceso en todas sus fases, e incluso con frecuencia algunas alteran el orden. Esto es así debido al carácter dinámico que tienen las políticas públicas; por otra parte, porque los problemas en ocasiones son recurrentes y los recursos disponibles para darle solución son cada vez más limitado⁴⁷.

El análisis de política Pública constituye una investigación para la acción. Implica todo el proceso de la política pública que puede centrarse en⁴⁸:

- Los aspectos externos de la administración pública, preocupándose por el problema a tratar, sus dimensiones, la gravedad del mismo, el número de personas a las que afecta.
- La implicación y comportamiento de los actores sociales críticos con intereses en el proceso de política.

46. Oszlak, O., y G. O´Donnell, “Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación”, en Klisberg, B. y J. Sulbrandt (comps.), Para investigar la Administración Pública, INAP, Madrid,1984.

47. Tamayo; M. p 283; 1997

48. Pons; H., González; E.2000.

- Los objetivos y las metas, interesándose por conocer las adecuaciones entre las previsiones y los logros. (Aquí es donde desde la investigación estaríamos centrados sobre el PSF)
- Los medios utilizados- recursos humanos, financieros, organizativos y tecnológicos para desarrollar la política.

El análisis de políticas públicas es anticipativo e incluye en él las posibles alternativas en relación con los numerosos problemas que existen en la sociedad.

A las políticas públicas es importante verlas concatenadas, relacionadas a otras políticas. Por ende no se puede mirar la acción de los actores limitada a un campo particular. La política pública es un proceso que se desenvuelve por etapas y con una dinámica propia, cada una de ellas posee actores, restricciones, decisiones, desarrollos y resultados que se van afectando mutuamente. En la práctica las etapas se superponen, su separación para un mejor análisis no debe ser confundida con una separación real.

Siguiendo a Acuña y Repetto⁴⁹, y a los fines analíticos, se dividirá el proceso en cinco fases:

1. Estructuración del problema público y el ingreso a la agenda gubernamental,
2. Generación de alternativas,
3. Toma de decisión y diseño,
4. Implementación y
5. Evaluación.

1. *Estructuración del problema público y el ingreso a la agenda gubernamental*: Tamayo Sáez, (ver cuadro X) sostiene que en esta fase la primera tarea del analista de política es identificar a los actores con algún tipo de intereses en el problema y reconstruir sus definiciones. Es decir, la forma en que lo ven. Definir el problema implica identificar claramente cuál es; cuáles son sus dimensiones y sus causas; a quién y en qué medida afecta; cómo será la evolución del problema sino actuamos sobre él.

2. *Generación de alternativas*: La etapa posterior al ingreso de un tema a la agenda es la generación de alternativas. Un analista creativo deberá ser capaz de mantener una tensión dialéctica entre lo practicable y lo ideal, entre la investigación de los límites de la política y el esfuerzo por extender el campo de lo políticamente posible. En este marco el analista de políticas debe ayudar a expandir las fronteras de lo posible en el campo de la administración pública. Una alternativa será factible cuando logre superar las restricciones operantes. Se identifican cinco ámbitos de restricción: política, económica, institucional, legal y cultural. Es central que las alternativas de políticas puedan superar las restricciones y generar los menores efectos negativos

3. *Decisión / Diseño*: Cabe mencionar que decisiones se toman a lo largo de todo el ciclo. En esta etapa se toman las decisiones estratégicas, las más importantes. La decisión de política pública es el resultado de la confluencia de diferentes aspectos: problemas públicos, alternativas de solución, actores participantes y oportunidades de elección. Estos son los ingredientes de una decisión en políticas públicas. El interrogante que aparece con más fuerza para la decisión de la alternativa a elegir en esta

49. Repetto, F., "Notas para el análisis de las políticas sociales: una propuesta para el institucionalismo" en *Revista Perfiles Latinoamericanos*, Número 12, FLACSO, México, junio 1998.

etapa es, la viabilidad técnica y política de la alternativa seleccionada. Es importante mirar la etapa de la decisión en términos relacionales de quienes participan en el proceso decisorio. La mayor parte este proceso es inestable, desordenado y caótico. Con reglas pero también con azar. Se podría afirmar que es un proceso dónde hay que reconocer las reglas básicas y tener en cuenta los elementos no racionales y subjetivos de los actores. La formulación de la política incluye el establecimiento de metas y objetivos a alcanzar la detección y generación de los caminos posibles.

4. *Implementación*: Es entendida como la puesta en marcha de la decisión. Tamayo Sáez, identifica dos modelos que permiten entender la implementación de las políticas públicas:

- Modelo Top Down refleja una concepción jerárquica del funcionamiento de las políticas públicas, lo que importa es la decisión, que esta sea acatada y que la burocracia la cumpla en sus propios términos.
- Modelo botton up, el ciudadano entra en contacto con la organización pública. Es el punto de distribución donde la política tiene éxito o fracasa, el problema de la implantación no es el ajuste a la decisión inicial, sino la adaptación de la decisión inicial a las características locales y al contexto en que se produce. Una buena implementación requerirá de un diseño sencillo. Entre los interrogantes que aparecen con mayor fuerza en esta etapa podemos encontrar, quién es el responsable de la implantación, y qué medios se usan para asegurar que la política se lleva a cabo de acuerdo al plan previsto

5. *Evaluación*: Es la última fase del proceso (pero también la primera, por el carácter cíclico del mismo). Es un proceso de aprendizaje que hacen todos los involucrados. Si bien hay un rol protagónico de los expertos, no puede pensarse como un proceso técnico específicamente, es también un mecanismo político. Tamayo Saez nos dice que en los sistemas democráticos los productos de la evaluación tendrán diferentes utilidades políticas; se tendrá que rendir cuenta de los actos, explicar las decisiones a los ciudadanos; presentar los logros alcanzados y legitimar con resultados las decisiones.

Como objetivo general de la evaluación se identifica generar información que permita orientar las decisiones futuras de la política pública. Tamayo Saez, identifica nueve modelos de evaluación, a los que relacionará con las diferentes fases del ciclo de la política pública:

- a) Evaluación anticipativa,
- b) Evaluación de la evaluabilidad,
- c) Evaluación de necesidades,
- d) Evaluación teoría y diseño,
- e) Evaluación de viabilidad política,
- f) Evaluación de implantación,
- g) Estudios de seguimiento de programas,
- h) Evaluación de impacto,
- i) Evaluación de calidad.

Política Pública: Programa Salud Familiar

En este sentido, el diseño del PSF debe haber estado inmerso en una estructura como la desarrollada anteriormente. Lo que se intenta en este sentido es evaluar en qué medida el PSF se constituyó como

Cuadro X: análisis de las fases del ciclo de políticas públicas

| Fases | Características |
|--|---|
| Identificación y Definición problema | <p>Los analistas buscan la esencia del problema, las causas que lo originaron, así como las consecuencias que pudieran darse de no existir una correcta definición del mismo. Los gestores de política deben de ser conscientes de que su visión del problema es sólo una de las posibles y no tiene por qué ser siempre la más correcta. La definición constituye un sistema de vigilancia central o mecanismo de control que impacta el éxito de todas las fases subsecuentes del análisis de políticas públicas</p> |
| Formulación de alternativas | <p>La definición constituye un sistema de vigilancia central o mecanismo de control que impacta el éxito de todas las fases subsecuentes de análisis de políticas públicas. La fase de formulación es una tarea exclusiva de los actores públicos, la responsabilidad sobre la decisión final y el diseño de la política permanece en manos del gobierno. Ordenar las alternativas de modo que se pueda saber cuál es la adecuada.</p> |
| Adopción de una alternativa | <p>La adopción de una alternativa es el momento en que se tiene en cuenta si técnicamente, políticamente, socialmente la alternativa seleccionada es viable. Se da solución al problema que la generó. Si responde a los objetivos y metas trazadas teniendo presente un costo mínimo en su implementación. Si el impacto de la alternativa seleccionada no trae efectos negativos para el entorno en que fue adoptada.</p> |
| Implantación de la alternativa seleccionada | <p>En esa fase se tiene en cuenta quién es responsable de la implantación. Cuando un ciudadano entra en contacto con la organización pública y es responsable de distribuir los bienes y servicios de una política concreta. es importante que los gobiernos tengan presente la participación popular en el proceso de toma de decisiones, así como los instrumentos de política a utilizar. Aquello deviene en que las políticas han de ser especificadas en términos de objetivos concretos y de definición de resultados.</p> |
| Evaluación de los resultados obtenidos | <p>La evaluación es la última fase del proceso de política pública y puesto en el proceso cíclico constituye la primera revisión del problema que puede dar lugar al diseño de una nueva política o cambios en la existente. Lo más común en la evaluación es la introducción de variaciones en la política o la adopción de otra. En esta fase se conoce si el problema que motivó dicha política se solucionó. La evaluación de una política está determinada por la apreciación de los efectos resultantes de una intervención del gobierno en un campo de la vida social y el entorno físico. La evaluación proporciona la información viable y válida sobre la actuación de la política, es decir, hasta qué punto se han comprendido las necesidades, valores, y oportunidades a través de la acción pública.</p> |

Fuente: Elaboración a partir de Manuel Tamayo Sáez "El análisis de las políticas públicas" 1997, La nueva Administración pública, Alianza Universidad, Madrid, 1997.

efectivamente se planeó en cuanto a resultados en salud, puntualmente en indicadores relacionados a sus objetivos primarios, que incluyen todos aquellos relacionados a la Atención Primaria de la Salud. Aquí tal vez la evaluación tenga que ver con el resultado de la aplicación de la PP, su impacto en la población receptora, sobre todo en esta instancia en la cual tenemos la posibilidad de comparar con equipos que no integran el programa y trabajan con poblaciones similares en condiciones parecidas.

6. Evaluación de la calidad de la atención en APS

El logro de la calidad de la atención es un imperativo prioritario en la gestión de salud actual.

Para nuestro propósito definimos “calidad de la atención” como sinónimo de resultado. A su vez, definimos al resultado como el “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”⁵⁰.

Dentro de este esquema, el análisis de las estructuras y los procesos de los sistemas y servicios son de gran importancia ya que permiten conocer de qué forma y con qué eficiencia se logran los resultados de la atención.

En este sentido, es totalmente inaceptable la distinta calidad de atención recibida por la población en relación a su condición económica, social, educacional, cultural y de forma de financiación; constituyéndose esta desigualdad en uno de los problemas máximos a afrontar en la atención de la salud actual.

Todo esfuerzo para lograr una mayor calidad tiene, por lo tanto, justificaciones prestacionales; económico sociales y de la ética social y comunitaria.

Debemos entender que mejorar y asegurar la calidad de la atención en el primer nivel es una necesidad imperiosa si entendemos que dicha condición asegura la equidad en todo el sistema de salud. Esta circunstancia se basa en la obligación ética de dar respuesta a las reales necesidades de salud de la población y satisfacer a las expectativas de las personas.

En general, cuando se intenta definir calidad de atención, nos referimos a “la capacidad de los servicios de dar respuesta aptas, adecuadas y en correspondencia con las expectativas, las necesidades y las demandas de salud”⁵¹. Esta definición demasiado general, poco puede especificarnos sobre para quién, definida por quién y para qué. Por lo tanto, la manera más práctica de operacionalizar este concepto es a través de sus componentes.

Los componentes de la calidad pueden o deben basarse en las siguientes variables⁵²:

Efectividad: el grado en que se alcanzan las mejoras del proceso de atención en relación con el actual desarrollo de la tecnología.

Eficiencia. Relación entre el impacto real de un servicio o programa y su costo de producción.

Adecuación. Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población.

Accesibilidad. Posibilidad que un usuario tenga el servicio que necesita, en el momento y lugar que necesita; en suficiente cantidad y a un costo razonable.

Calidad científico técnica. Nivel de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles actualmente.

Continuidad. Posibilidad de que el usuario ingrese al sistema accediendo al nivel que requiere para satisfacer su necesidad.

50. Paganini, M.d., J.M. Ph, *Las estrategias para la calidad y eficiencia en salud*, Centro Inus.

51. Quality improvement in primary health care. A practical guide. Quality improvement in primary health care. A practical guide. Quality improvement in primary health care. A practical guide. El Cairo 2004 :1-334 Disponible en:<http://www.bvsalud.org/php/index.php?lang=es>

52. Vouri, H.V., *El control de calidad en los Servicios Sanitarios*, Masson S. A. y S.G. Editores, Barcelona, 1998.

Satisfacción del usuario y del prestador: satisfacción del usuario con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados

Los actores en la evaluación de la calidad

Se podrían identificar cuatro actores en salud interesados en el control de calidad. Estos son los usuarios; el personal de salud; los administradores y los empresarios. Asimismo, muchas veces existen posiciones excluyentes entre los intereses de cada uno.

En cuanto al enfoque de la evaluación de la calidad se pueden reconocer (enfoque sistémico) tres componentes: estructura-proceso-resultado⁵³.

Si bien existen distintas opiniones en cuanto a la importancia de cada uno, las metodologías que analizan las tres esferas permiten una evaluación multidimensional ayudando a identificar claramente los puntos débiles del sistema y especifica la acción correctora.

En general, las metodologías de evaluación desarrollan las siguientes etapas:

- Elección de los componentes a evaluar (efectividad, eficiencia, accesibilidad, adecuación, calidad científico- técnica, continuidad, satisfacción del usuario y el prestador)
- Elección del enfoque (estructura, proceso y resultado)
- Elección del fenómeno a medir
- Formulación de los estándares o criterios con los cuales comparar
- Obtención y análisis de la información
- Propuesta de medidas correctoras

En cuanto al enfoque, este trabajo esta orientado a los resultados para analizar en qué medida se alcanzan los objetivos de la atención de la salud en los equipos de salud familiar. En cuanto a la promoción, prevención, curación, limitar la progresión, el restablecimiento de la capacidad funcional y en el alivio del dolor o el sufrimiento.

Esta evaluación de resultados consiste en medir los cambios producidos en individuos o poblaciones atribuibles a la atención de la salud y compararlos con centros e salud en donde no este implementada la estrategia, entre ellos los siguientes:

- Nivel de salud alcanzado mediante indicadores de mortalidad, morbilidad y de estado de salud (indicadores positivos)
- Adquisición de conductas de los individuos o familias que pueden influir en la salud futura
- Satisfacción de los individuos y las familias con la atención y los resultados
- Satisfacción de los prestadores

53. Donabedian, A., *La calidad de la Atención Médica*, La Prensa Médica Mexicana, México D.F., 1984; Paganinni, J.M., "La gestion integral de la calidad, una estrategia para la equidad en salud", en *Revista CIDCAM*, Número 1, Septiembre 2005.

Indicadores

Se denominan indicadores de salud a todos aquellos que proveen información sobre lo que se llama en su conjunto “sector salud”. Para referirse al sistema de salud se utilizan indicadores de estructura y de procesos. En tanto, para referirse a la situación de salud, se utilizan indicadores de resultados⁵⁴.

En cuanto a estos últimos, en el marco de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), los países industrializados decidieron desde 2003 abordar la selección de los indicadores más apropiados para representar el desempeño de los sistemas de atención médica, de modo que permitan la comparación cuantitativa entre los países, es decir, el benchmarking internacional. Se determinaron cinco áreas o dominios prioritarios, dentro de los cuales habrían de seleccionarse los indicadores, por considerarlos representativos de la calidad de la atención médica prestada⁵⁵.

Estos cinco dominios o áreas son: atención cardiológica, diabetes, salud mental, seguridad del paciente y atención médica primaria/prevención.

Mediante este proceso se arribó a la selección de 86 indicadores correspondientes a: 21 para seguridad del paciente, 27 para atención médica primaria/prevención, 9 para diabetes, 12 para salud mental y 17 para atención cardiológica. El modelo conceptual empleado fue producto del consenso previo del panel de expertos específico para este capítulo, integrado por 11 investigadores y funcionarios de salud provenientes de nueve países de la OCDE. Los componentes nucleares de la categoría “atención primaria” son:

- Promoción de la salud: estrategias poblacionales destinadas a eliminar factores de riesgo de enfermedades y a cambiar conductas no saludables.
- Prevención: prestación sistémica y sistemática de servicios masivos como vacunación, chequeos y atención prenatal.
- Atención médica primaria: conjunto de actividades diagnóstico-terapéuticas inherentes al 1er nivel de atención médica.

Los indicadores potenciales para ese área fueron extraídos de las siguientes fuentes: Corporación RAND, Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) y la AHRQ de US, el Centro Nacional de Investigación y Desarrollo de la Atención Primaria (NPCRDC) de UK y el CIHI de Canadá. No obstante se limitaron indicadores vinculados a otras áreas —como diabetes y cuidados cardíacos— que ya estaban previstos en este proyecto.

De este modo se seleccionaron 27 indicadores (Marshall y col., 2006):

1. Promoción de la salud:

- prevalencia de obesidad
- actividad física
- tasa de fumadores
- prevalencia de diabetes
- tasa de gonorrea/Clamidia
- tasa de abortos.

54. Tobar F., “Herramientas para el análisis del sector salud”, en *Medicina y Sociedad*, Vol. 23, Número 2. Septiembre 2000. Pp. 349-363
55. Arce H., “Proyecto Sobre Indicadores de Calidad”, en *Salud De La OCDE*.

2. Prevención de enfermedades:

- tipificación de grupo sanguíneo y factor Rh para pacientes prenatales
- chequeo de HIV para pacientes prenatales
- chequeo de bacteriuria para pacientes prenatales
- condiciones de inmunización
- tasa de recién nacidos de bajo peso
- inmunización de adolescentes
- chequeo de anemias para mujeres embarazadas
- chequeo de gonorrea cervical para mujeres embarazadas
- chequeo de hepatitis B para mujeres embarazadas
- documentación de hepatitis B en historia clínica al momento de la atención
- inmunización de hepatitis B para grupos de alto riesgo
- vacunación antigripal para grupos de alto riesgo
- vacunación anti-neumocócica para grupos de alto riesgo.

3. Diagnóstico y tratamiento primarios:

- tasa de re-citaciones por insuficiencia cardíaca congestiva
- primera visita en primer trimestre
- medición de la presión arterial
- re-medición de la presión arterial en pacientes con alta presión
- determinaciones iniciales de laboratorio para hipertensión
- hospitalización por condiciones de riesgo en pacientes ambulatorios.

7. Programa De Salud Familiar⁵⁶ y su base teórica en el “Sistema local de salud” (SILOS)

El Programa de Salud Familiar toma su marco conceptual de la propuesta de Sistema Local de Salud (SILOS). En él se propone un énfasis en promoción y prevención; la interdisciplinar; el trabajo en equipo; la base geográfico poblacional; la responsabilidad por la atención integral; la búsqueda de coberturas efectivas; la programación local participativa; la integración de redes de servicios con niveles de mayor complejidad, sistemas de información que permitan evaluación de proceso y resultados.

La XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS⁵⁷, en su Resolución XV, aprobada en septiembre de 1988, sienta las bases para la descentralización y subraya la urgente necesidad de acelerar la transformación de los sistemas nacionales de salud mediante el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS) como táctica operativa de la estrategia de atención primaria que se considera clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

El proceso de establecimiento y desarrollo de los SILOS⁵⁸ fue una política social en la que los aspectos relacionados con las estructuras de poder y las políticas de gobierno se entrelazan con factores culturales, de financiamiento y desarrollo económico, y de organización y administración del Estado en general y de los sistemas de salud en particular.

56. Resolución Ministerial 108/2009. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

57. OPS/OMS, *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud*, SILOS-10, Resolución XV-XXXIII Consejo Directivo, 1991.

58. Paganini, J.M., *Los sistemas locales de salud: una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud* <http://amro.who.int/spanish/ad/dpc/cd/AIEP14-2.pdf>

El cambio de la estructura del sector de la salud deberá basarse en la consideración de las aspiraciones actuales, y las previsibles, de la sociedad en su conjunto y, en especial, de los grupos más necesitados. Para que esto sea factible, es esencial que la reforma se lleve a cabo de manera tal que todas las fuerzas sociales puedan manifestarse. Por lo tanto, el componente territorial fundamental de los SILOS será el espacio político en donde se concreta la descentralización del Estado.

- Cada sistema local deberá coincidir por lo menos con la menor unidad político-administrativa reconocida en el país (municipio, cantón, departamento, etc.).

- En el ámbito municipal (o su equivalente) se encuentran las bases constitutivas del poder local en las formas no sólo legítimas, sino también legales, de expresión.

- La dimensión de un SILOS puede ser mayor que la menor unidad político-administrativa, si refleja la voluntad expresa de sus integrantes. Se trata, en este caso, de la cooperación concertada entre unidades con autonomía relativa suficiente para definir el mejor modo de resolver sus problemas.

- En el área de la salud, los problemas se pueden analizar desde dos puntos de vista. Uno se concreta a las condiciones de salud; el otro, a los recursos destinados específicamente a la atención de salud. Estas dos perspectivas permiten detectar problemas que condicionan fuertemente la formulación y el desarrollo de estrategias para la atención de salud individual y colectiva.

“Se persiste, en general, en la utilización de modelos de atención que no responden a la realidad social sanitaria, lo que redundo en insatisfacción tanto para los usuarios como para el personal de salud. La ociosidad, la ineficiencia e ineficacia, el desperdicio de recursos en medio de la escasez y la penuria, la atención deshumanizada, la oferta de servicios innecesarios frente a la carencia de aquellos que el perfil de salud y de necesidades de la población exige, son quejas constantes expresadas igualmente por la población y por los propios prestadores de los servicios de salud”.

Propuesta de los SILOS⁵⁹

Esta propuesta, que tuvo un gran avance en otros países, sobre todo en Latinoamérica. Aquí sirvió como marco conceptual del PSF, tal como se muestra en la propuesta de SILOS y más adelante su implementación en el programa bajo estudio.

- Un sistema local de salud constituye una propuesta de división del trabajo dentro de los sistemas nacionales de salud, basada en un criterio geográfico-poblacional, en zonas urbanas o rurales.

- La propuesta geográfico-poblacional depende de las necesidades de la población, definidas en función de daños y riesgos, y se basa en las divisiones políticas administrativas del país.

- La responsabilidad de los sistemas locales de salud es atender a los individuos, familias, grupos sociales, comunidades y ambiente. Coordinar todos los recursos disponibles, tanto del sector salud como extrasectoriales, y facilitar la participación.

- Los sistemas locales de salud permiten integrar los recursos de salud, incluidos los hospitales, centros y puestos de salud, en una red de servicios interrelacionados con niveles de atención acordes con las necesidades de salud de la población.

59. HHS/SILOS 34 Desarrollo y Fortalecimiento de los SISTEMAS LOCALES DE SALUD Salud de los Pueblos indígenas división de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Organización Panamericana de la Salud. OMS.

- Los sistemas locales de salud son parte fundamental del sistema nacional de salud al cual vigorizan y confieren nueva dirección; por lo tanto, los SILOS deben verse como unidades básicas organizativas de una entidad global plenamente articulada: el sistema nacional de salud.

- La participación de la comunidad, mediante el establecimiento de una relación de responsabilidades recíprocas, es de fundamental importancia para contribuir a activar movimientos locales a favor del bienestar y el desarrollo.

En esencia, la propuesta del PSF es integrar equipos interdisciplinarios de APS con población nominal a cargo y en un área georreferenciada. En este sentido, se desarrolla una estrategia sanitaria que procure mejores condiciones de salud para la población comenzando por los grupos más vulnerables y haciendo eje en la implementación de propuestas locales que garanticen la activa participación de la comunidad y prioricen las acciones de prevención y promoción de la salud.

Se propone entonces desarrollar una nueva modalidad de atención centrada en el abordaje de los problemas de salud prevalentes, un enfoque de riesgo como plantea SILOS evitando programas verticales. Entre tales problemas se puede señalar la desnutrición, la anemia carencial, las adicciones, la violencia familiar, inmunizaciones, control de embarazo precoz, mortalidad materno infantil y demás situaciones problemáticas, las cuales adquieren condiciones más dramáticas a medida que la pobreza y la exclusión social se profundizan en las distintas regiones de nuestro país.

Propósitos del Programa de Salud Familiar (PSF)

- Proporcionar una atención primaria de alta calidad, prestando cuidados integrales de salud desde la perspectiva biopsicosocial de la persona, la familia y la comunidad.

- Valorar a la promoción de la salud como una herramienta fundamental de las prácticas sanitarias interdisciplinarias.

- Realizar un abordaje interdisciplinario del individuo, la familia y la comunidad.

- Proporcionar cuidados de salud, en forma continua, integral e integrada a la población a cargo bajo su responsabilidad.

- Realizar una atención integral de la salud durante todas las etapas del ciclo vital familiar.

- Adquirir habilidades y destrezas para resolver la mayoría de los problemas de salud de la población nominal bajo su responsabilidad en un área geográfica determinada.

Ejes conceptuales de la propuesta del PSF

La propuesta del PSF de integrar equipos interdisciplinarios de APS con población nominal a cargo y en un área georreferenciada, se fundamenta en la necesidad de desarrollar una estrategia sanitaria que procure mejores condiciones de salud para la población comenzando por los grupos más vulnerables y haciendo eje en la implementación de propuestas locales que garanticen la activa participación de la comunidad y prioricen las acciones de prevención y promoción de la salud.

Se propone entonces desarrollar una nueva modalidad de atención centrada en el abordaje de los problemas de salud prevalentes, tales como la desnutrición, la anemia carencial, las adicciones, la violencia familiar, inmunizaciones, mortalidad materno infantil y demás situaciones problemáticas, las cuales adquieren condiciones más dramáticas a medida que la pobreza y la exclusión social se profundizan en las distintas regiones de nuestro país.

La propuesta se asienta en cuatro ejes fundamentales:

1. Abordaje familiar y comunitario: esta perspectiva de abordaje de la problemática de salud se fundamenta en el hecho de que la familia y la comunidad constituyen el ámbito biopsicosocial en el que se juegan las condiciones de salud y enfermedad. En este sentido facilitar y garantizar la activa participación de la comunidad constituye un eje vertebrador y fundamental en el desarrollo de un sistema local de salud.

2. Promoción y prevención de salud: a partir de la convicción de que el compromiso fundamental de los equipos de salud debe ser con la salud de las personas antes de que se encuentren enfermas, el desarrollo de estrategias individuales, familiares y comunitarias de prevención y promoción adquiere un lugar relevante en la prácticas de salud.

3. Atención continua, integral y global: el compromiso de los ESF y la atención de salud que brindan se extiende a todas las etapas del ciclo vital familiar, contemplando en su desempeño los aspectos físicos, emocionales, familiares y sociales de en todo el proceso salud-enfermedad y su abordaje y manejo.

4. Trabajo interdisciplinario e intersectorial: significa enriquecer la perspectiva de comprensión del proceso salud enfermedad con el aporte de conocimientos y competencias diferentes guiados por un objetivo común.

La *Declaración de Sevilla* “Comprometidos con la salud de la población “ (CIMF / OPS / WONCA Sevilla, España, 14-17 de Mayo 2002) propone:

- El Sistema de Salud debe asegurar una atención longitudinal (continuada a lo largo de la vida del ciudadano), integrada, global y eficiente, ofreciendo servicios accesibles, descentralizados, polivalentes y permanentes.

- El papel de la Atención Primaria de Salud (APS) es fundamental para lograr estas características. Asimismo, se debe asegurar la continuidad de los cuidados entre niveles de atención, los cuales deben tener unas funciones bien definidas y trabajar de forma coordinada. La Atención Hospitalaria, para ser eficiente, deberá definirse como complementaria del primer nivel.

- El primer nivel de atención debe estar a cargo de Equipos de Atención Primaria interdisciplinarios. Para ello es esencial que asuman la responsabilidad de la atención a la salud de las personas, integren la información sanitaria, promuevan la participación de la comunidad y oferten una cartera de servicios amplia y bien establecida, que tenga en cuenta, cuando sea pertinente, la necesidad de desarrollar modelos de atención interculturales.

Conforme a estos principios se propone una estrategia de trabajo centrada en la conformación de equipos interdisciplinarios, con población vulnerable a cargo, utilizando como criterio de elaboración de sus cursos de acción el Enfoque de Riesgo y la Estrategia de Programación Local Participativa en un marco de Educación Permanente en Servicio.

Como se ve, el programa hace base en una lógica de trabajo en equipo desde el proceso de trabajo hasta la obtención de resultados que implican necesariamente el trabajo colaborativo. Este trabajo toma dimensión en función de lograr establecer una medida cercana a la realidad de su desempeño en la obtención de resultados en los procesos de trabajo internos y externos, del equipo de salud propuestos y verificarlos comparándolos con otros espacios de APS donde esta estrategia no está incorporada, al menos desde este programa, lo cual intenta ser útil para establecer una dimensión de evaluación del programa y establecer metas de mejora continua.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

General

Evaluar los Centros de Salud de las ciudades de La Plata; Trenque Lauquen y Bahía Blanca que implementaron el programa de salud familiar en el año 2009.

Específico

Comparar los procesos de trabajo durante el año 2009 entre los Centros de Salud de las ciudades de La Plata, Trenque Lauquen y Bahía Blanca que implementaron el programa de salud familiar con aquellos que no lo hicieron.

Comparar los indicadores de salud preventiva durante el año 2009 en las comunidades a cargo de los centros de salud en las ciudades de La Plata, Trenque Lauquen y Bahía Blanca donde se implementó el programa de salud familiar con aquellos que no lo hicieron.

MATERIAL Y METODOS

Ámbito de estudio

El estudio se realizó en los centros de salud de las ciudades de La Plata, Trenque Lauquen y Bahía Blanca, que se incorporaron al programa de salud familiar desde principios del 2009 y contaban con un equipo de, al menos, tres personas con responsabilidades diferentes (enfermera, médico y promotor). El centro elegido debía estar en la jurisdicción de la municipalidad de las distintas ciudades y tener un espacio para reuniones dentro del mismo. Para el grupo control se tomaron el mismo número de centros de salud en las mismas ciudades que tuvieran al menos tres profesionales de distintas disciplinas y que se encontraban en ubicaciones sociodemográfica similares.

Tipo de estudio y diseño

El estudio es analítico-transversal. Se lo realizó con metodología cuali-cuantitativa para la evaluación comparativa de los equipos de atención primaria y los incorporados al programa de Salud Familiar. Se utilizó un instrumento para el análisis y evaluación de los efectores del primer nivel construido y validado (Centro Inus. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata). La aplicación del mismo se realizó en cada centro de salud con un observador entrenado. Para analizar los resultados de salud preventiva se utilizaron las fuentes disponibles (Encuesta Permanente de Hogares, Censos, Datos de las Universidades, estadísticas que posea la Secretaria de Salud de cada municipio).

Los resultados se analizaron y se compararon con los obtenidos en el grupo control. Se describen también los resultados de la evaluación de estructura y de cuatro variables sociodemográficas para controlar y/o disminuir posibles sesgos en la comparación. Para la comparación de las variables de estructura y proceso se categorizaron los datos lo que permitió utilizar chi cuadrado (Test de Fisher) asumiendo una diferencia como significativa con una probabilidad de azar (Ver anexo).

DEFINICIONES TEÓRICAS Y OPERACIONALES DE LAS VARIABLES O CATEGORÍAS

Teniendo en cuenta las características sociodemográficas se aplicó la misma evaluación en todos los centros de salud donde está implementado el programa, y en aquellos en los cuales no lo está pero que cuentan con profesionales y cumplen sus funciones en áreas similares. Entre ellas:

- Las características poblacionales (estructura poblacional). Las definimos por tipo de pirámide poblacional. Los distintos tipos de pirámides de población que elegimos son: **progresiva** de base ancha y cima pequeña; **regresiva** de base más estrecha que el centro y cima relativamente ancha, y **desequilibrada**, cuando existía una desproporción tanto en lo que respecta a la composición según sexo, como en lo que respecta a las edades o ambas. La pirámide definida como progresiva la subdividimos en A y B, según índice de envejecimiento, la proporción de mayores de 65 años sobre la de menores de 19. (A para las comunidades con un índice mayor de 6%, B para las menores de 6 %))

- Cantidad de NBI (según EPH), en números relativos

- Características de las viviendas (% de tipo A, toda de material, B, material y chapa, o C chapa u otro material no convencional)

- Servicios (infraestructura y transporte): solamente se analizó si tenían agua corriente, gas natural por red, cloacas y transporte público en el barrio. Definimos como positivo el tener Servicios de Agua corriente, Gas natural y Cloacas en más del 50 % de la población. La existencia o no de transporte se definió a partir de la llegada o no al barrio un medio de transporte público que lo conecte con el centro con un intervalo menor de media hora.

- Distancia a centro de salud de mayor complejidad: Lo definimos como una distancia menor o mayor a 2 Km. A cualquier centro de mayor complejidad de que tiene ese centro

- Proceso de trabajo: el proceso de trabajo se evaluará por medio del instrumento mencionado anteriormente e incluye las siguientes dimensiones dentro de las cuales figuran las variables de estructura que nos sirvieron para el control de sesgos en la comparación de centros (ANEXO1):

Se evaluaron:

1. Conducción y Gestión
2. Recursos humanos
3. Registros e información
4. Actividades de organización
5. Normas de atención
6. Actividades del equipo
7. Participación social
8. Referencia y contrarreferencia
9. Planta física
10. Recursos materiales
11. Insumos
12. Capacidad docente

- Para las variables de salud preventiva: se tuvieron en cuenta en función de los datos disponibles como elementos trazadores y plantean actividades del equipo de prevención primaria y secundaria. Se establecieron éstos por considerarlos más sensibles y de real impacto en la salud de la población, aunque ésta no podamos establecerla:

1. Porcentaje de vacunación en menores de 12 años es positivo mayor del 80% (se estableció en un 80 % como positivo teniendo en cuenta la prevalencia de vacunación nacional para menores de 12 años de Hepatitis B)⁶⁰
2. Detección precoz de embarazo (% de embarazos detectados antes de las 12 semanas de gestación) positivo por encima del 60%. Se estableció como punto de corte un 60 % para el primer año del programa.
3. Porcentaje de bronquiolitis internadas (sobre el total de atendidas), positivo por debajo del 10%
4. Porcentaje de diabéticos en seguimiento (numero de DBT en seguimiento sobre la población de DBT según prevalencia en esa población), positivo por encima del 33%
5. Porcentaje de hipertensos en seguimiento (numero de HTA en seguimiento sobre la población de DBT según prevalencia en esa población), positivo por encima del 33% Para los indicadores de seguimiento de enfermedades crónicas se estableció arbitrariamente un punto de corte de un tercio de la prevalencia local, considerando esto suficiente para un programa que lleva un año de desarrollo) la prevalencia para HTA es del 30 % aproximado^{61,62} y DBT 20 %^{63,64}
6. Porcentaje de RN de bajo peso, positivo por debajo del 5% Argentina⁶⁵ y en Latinoamérica ⁶⁶
7. Número de controles de embarazo (promedio), positivo por encima de 4 (Se establecieron como punto de corte para controles de embarazo 4 controles mínimo, según prevalencia de controles prenatales en Argentina)⁶⁷

Relación entre las variables, formulación de hipótesis

En este trabajo se intentó demostrar que en los centros de salud, a través del diseño y la implementación de una Política Pública concreta; promoviendo y apoyando el trabajo del primer nivel los resultados en los procesos de trabajo y en los indicadores de salud preventiva que corresponden a la APS, mejoran en relación a otros centros de salud que quizás compartan la misma estructura, los mismos recursos y la misma población pero que no son apuntalados por una política pública concreta en función de resultados también concretos.

60. Ver http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tscoveragebycountry.cfm?C=ARG

61. The Framingham Study: An epidemiological investigation of the cardiovascular disease: Sect. 27. Washington DC. US Government Printing Office Kannel WB Gondon T Editors, 1971

62. Echeverría, R. F; Camacho, R. O; Carbajal, H. A; Salazar, M. R; Mileo, H. N; Riondet, Beatriz; Rodrigo, H. F; Gregalio, R. "Prevalencia de la hipertensión arterial en La Plata / Prevalence of systemic hypertension in La Plata, Argentina". Medicina (B.Aires); 48(1):22-8, 1988. Tab

63. Gagliardimtsac j, Charaskmtsac A, Higmatsac, BlancoP, Dini A, Tajermtsac C, Sarmiento R: "Infarto agudo de miocardio en la República Argentina. Análisis comparativo en los últimos 18 años. Resultados de las Encuestas SAC., por los Investigadores del Consejo de Emergencias Cardiovasculares y Área de Investigación SAC. <http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v75n3/v75n3a04.pdf>

64. Nicanor R. S. Pinto, Laércio J. Franco, José E. C. Moncau. "Comparación de cinco métodos para estimar la prevalencia de diabetes mellitus en estudios de base poblacional" .Rev Panam Salud Publica vol.2 n.4 Washington Oct. 1997

65. Mahoko Kamatsuchi Las Disparidades En América Latina Y El Caribe Evaluación Rápida De La Situación De Nutrición. Sección De Nutrición Oficina Regional Para América Latina Y El Caribe (Tacro)

66. CLAP-OPS-OMS: http://www.clap.ops-ms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/%201054-06.pdf

67. Schwarcz R,Uranga A, Lomuto L,Martinez I, Galimberti,García O, Etcheverry M"Guía Para La Práctica Del Cuidado Preconcepcional Y Del Control Prenatal". Ministerio de Salud de la Nación.2001

Para demostrarlo, elegimos centros con equipos de salud familiar y centros que no los tienen. A ambos les describimos las poblaciones y aplicamos el instrumento “para el análisis y evaluación de los efectores del primer nivel” (desarrollado en el Centro INUS, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata), luego recogimos los resultados de los indicadores de trabajo del equipo de salud de APS y los comparamos para confirmar o refutar nuestra hipótesis.

Población

a. Unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión. La unidad de análisis son los centros de salud con equipos de salud familiar compuestos por al menos tres integrantes que incluyen a la enfermera, el médico y el promotor. Quedaron excluidos aquellos equipos de salud familiar que no cuenten al menos con uno de éstos integrantes. Para el grupo control se utilizaron los centros de salud que también cuenten con al menos un médico una enfermera y un administrativo, que esté ubicado en zonas de características socio sanitarias similares a las elegidas para el grupo intervención.

b. Población accesible. Muestra. Selección y tamaño de la muestra. Análisis de sesgos. La selección de la muestra se realizó “por caso típico”, determinando atributos para obtener una proporción del total. La alternativa de grupos ideales no se tuvo en cuenta, ya que se pierde la oportunidad de una comparación sesgada. Para los casos típicos se pidió una nómina de localidades donde comenzaban con el programa, de ellas se sortearon las mismas quedando las localidades de La Plata y Trenque Lauquen, eligiéndose arbitrariamente el de Bahía Blanca por cercanía para el análisis. Luego se solicitó una nómina de centros de salud y se pidió que desde el nivel local se elijan centros con equipos de Salud Familiar que comiencen con el programa y centros con similares características sin Equipos de Salud Familiar. Se propusieron 20 centros de salud en total y se eligieron 10 (“por caso típico” para cada localidad, que incluía la conformación del equipo, la comunidad donde se asentaba y las características del centro de salud), con 5 equipos de Salud Familiar (Ingeniero White, Boulevard y Nocito en Bahía Blanca; CIC, en La Plata; Indio Trompa en Trenque Lauquen) y 5 sin programa (Piñeiro, Saladero y Maldonado, en Bahía Blanca; Centro de salud 42, en La Plata; y Ramón Carrillo en Trenque Lauquen). Los sesgos de población se intentaron disminuir a partir de un análisis socioeconómico de cada comunidad.

Selección de técnica e instrumento de recolección de datos. Fuentes primarias y secundarias.

El instrumento que se utiliza es el ya mencionado, validado por centro INUS. Para los datos de características de las comunidades se utilizaron datos oficiales y no oficiales (trabajos de la universidad, del centro de salud, etc.), para aquellos datos requeridos para los indicadores de salud preventiva se obtuvieron de la información del centro de salud, de la dirección correspondiente de la municipalidad o en aquellos que se encuentren en la región sanitaria correspondiente. Se recolectaron los datos en una planilla de cálculo y se procesará por el STATA versión 10.

RESULTADOS

Los resultados se ordenaron respetando las siguientes instancias:

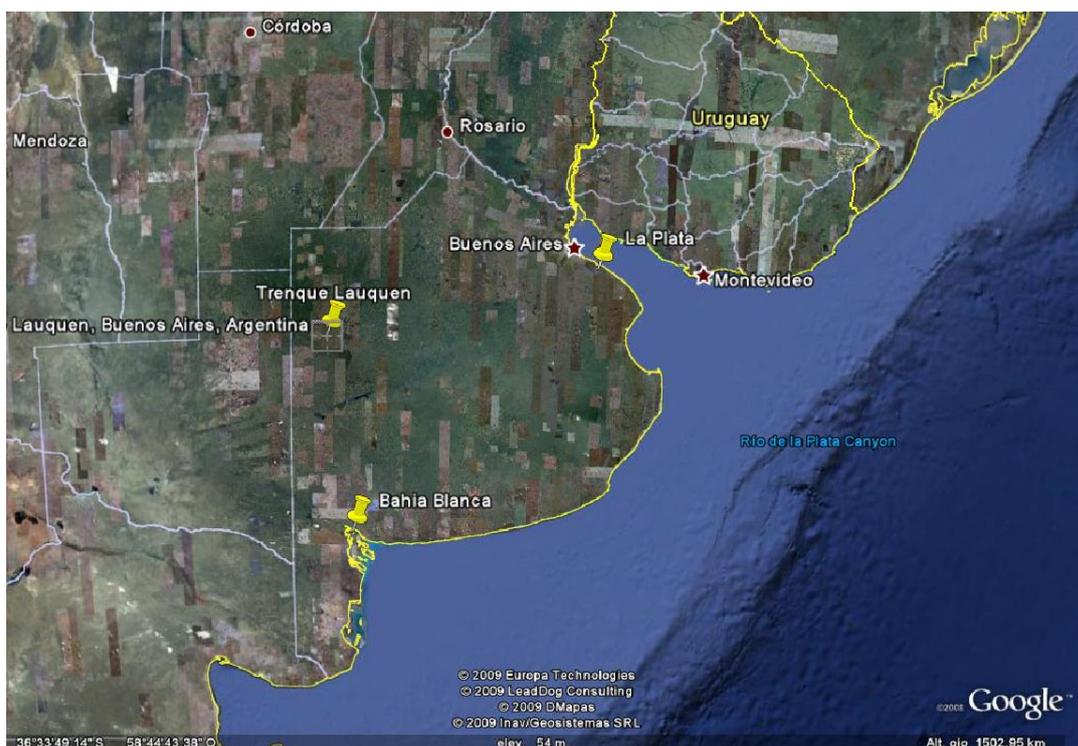
- 1: Ubicación de los Centros de salud (ciudades, barrios, CAPs)
- 2: Descripción de los mismos según indicadores establecidos (% de NBI, infraestructura, tipo de viviendas y distancia a centro de mayor nivel)
- 3: Datos de la evaluación y resultados de salud en cada comunidad

Ubicación y Descripción de los Centros de Salud

Bahía Blanca

Se muestran en la imagen 1 la provincia de Buenos Aires con los tres centros seleccionados para la evaluación de los equipos de los centros de salud. Bahía Blanca, La Plata y Trenque Lauquen.

La ciudad de Bahía Blanca cuenta con 350.000 habitantes aproximadamente. Está ubicada al sur de la Provincia, a 700 km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Posee un desarrollo industrial en la zona peri portuaria; pero la región es agrícola Ganadera. El gobierno Municipal tiene una Secretaria de Salud con un Hospital de Agudos con 120 camas y una gestión autónoma (Hospital de Autogestión) y 50 Unidades Sanitarias distribuidas en 7 áreas programáticas. También posee un Hospital Interzonal, el "HIGA José Penna" que, por tamaño y desarrollo, es el más importante del sur Argentino. Brinda atención al ciudadano Bahiense y de la región. El servicio de obstetricia que es el único de carácter público de la ciudad



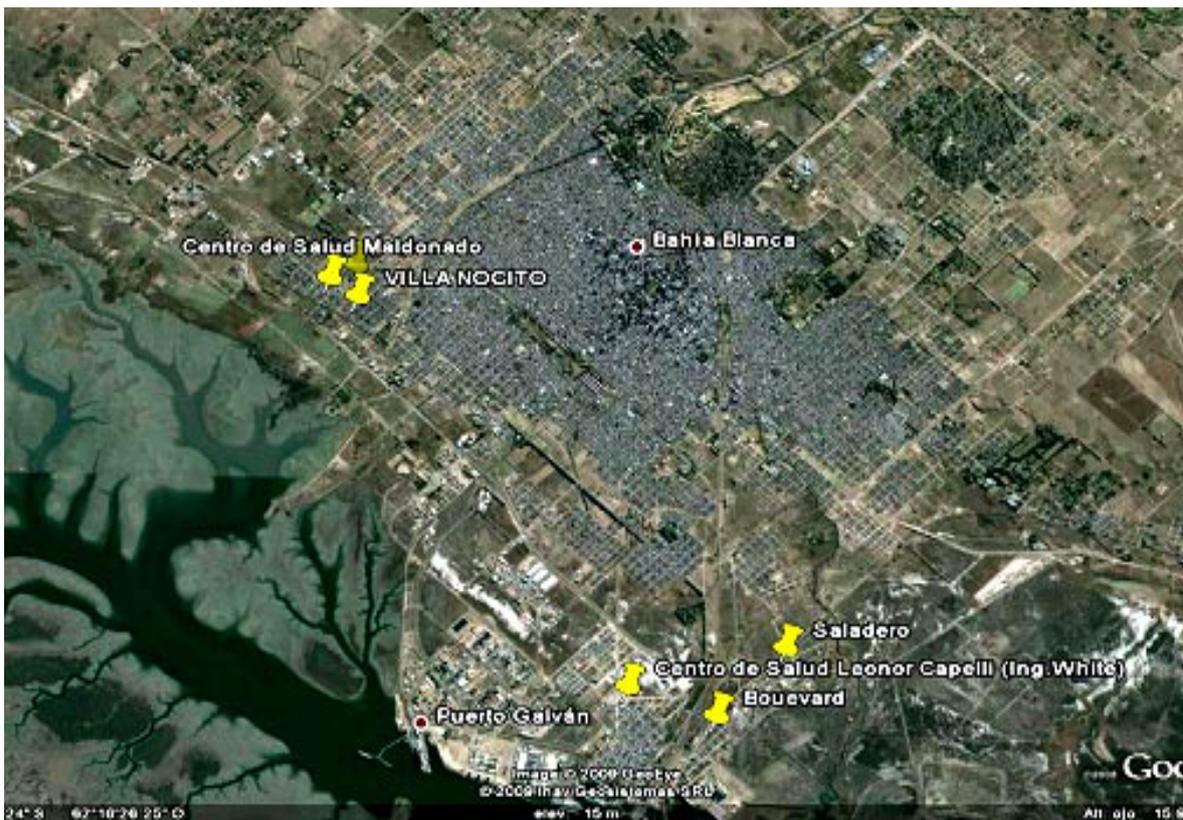
Se eligieron para la investigación 6 centros de salud (Unidades Sanitarias) los cuales se encuentran en la zona periférica a la ciudad. Tres en la zona portuaria y tres en la zona Norte-Oeste, también cercana a la costa marítima, donde se encuentra emplazada una parte de la zona industrial y una importante cantidad de frigoríficos.

A. Los centros de la zona portuaria son:

Centro de Salud Leonor Capelli
Centro de Salud San José Obrero
Centro de Salud Saladero

B. Los centros de salud de la zona Norte-Oeste son:

Centro de Salud Leandro Piñeiro
Centro de Salud Maldonado
Centro de Salud Villa Nocito



De ellos, poseen equipos de salud familiar los centros de Salud Leonor Capelli, San José Obrero y Villa Nocito. Los demás a pesar de contar con médicos de familia (Leandro Piñeiro y Maldonado) funcionan de manera desagregada y no coordinada. El centro de Salud Saladero a pesar de funcionar sin equipo de salud familiar funciona una subse de la residencia de Medicina Familiar.

La Plata

La Plata es la capital de la provincia de Buenos Aires. El principal estado argentino tiene una superficie aproximada de 940,38 Km² y cuenta con alrededor de 599 mil habitantes, con una densidad de 585,2 habitante por Km². Está ubicada sobre la pampa húmeda, a 56 kilómetros al sudeste de la ciudad de Buenos Aires, a 34 55' de latitud Sur y a 57 17' de longitud Oeste. Tiene una superficie de 940,38 Km² y se encuentra a 9,87 metros sobre el nivel del mar.

Es una de las pocas ciudades del mundo proyectadas antes de construirse. Su diagramación representa el pensamiento imperante en la época, puede afirmarse que es la primera construida en el mundo de acuerdo a las ideas republicanas, en medio del afianzamiento de la revolución industrial, la consagración de la ciencia positiva y el nacimiento de la utopía de una vida social más armónica y una concepción ambientalista sustentable. Esta ciudad es un modelo de planificación urbana de avanzada del Siglo XIX. Su fundación se concretó el 19 de noviembre de 1882.

Además de ser ciudad dapital del primer Estado argentino, el más populoso y desarrollado; asiento de sus autoridades; la ciudad cuenta con tres Universidades prestigiosas en Latinoamérica, y con una historia sumamente rica en el campo de la cultura, el debate de ideas y de la investigación científica.

Se caracteriza por tener un sistema estatal de salud en el que conviven un primer nivel de atención a cargo del gobierno municipal y un sistema hospitalario que opera bajo la órbita del gobierno provincial. Éste último es heterogéneo ya que cuenta con hospitales zonales de segundo nivel para coordinarse con el primer nivel Municipal y establecimientos hospitalarios de tercer nivel que son de referencia provincial. Esta división no es tan clara ya que si bien hay establecimientos con servicios desarrollados en una complejidad correspondiente a un tercer nivel en algunas especialidades médicas, lo son de segundo nivel en lo que respecta al resto de los servicios.

Trenque Lauquen

El partido de Trenque Lauquen se encuentra al oeste de la Provincia de Buenos Aires, distante 444 Km. de la Ciudad Autónoma por la Ruta Nacional N° 5, a 80 Km. de la Provincia de La Pampa y a 500 de La Plata. Tiene una extensión de 5.500 Km² y una población de aproximadamente 45.000 habitantes.

Al hallarse en la intersección de las Rutas Nacionales 5 y 33, está ligado por ésta última a los puertos de Bahía Blanca y Rosario. Por la Red ferroviaria se comunica a ambos puertos mediante el corredor Rosario-Puerto Belgrano. Al puerto de Buenos Aires lo liga la Ruta N° 5 y la red ferroviaria.

Su paisaje es de llanura pampeana. Tiene un clima continental: la temperatura media anual es de 16 grados centígrados. Cuenta entonces, con excelentes condiciones para la producción agropecuaria, y ésta se basa en la carne, leche, trigo, maíz, soja, girasol, cebada y sorgo.

A pesar de estar ubicado en una zona eminentemente agrícola ganadera y de haberse convertido en la mayor cuenca lechera de la Provincia, el partido se ha perfilado como un polo de desarrollo de actividades industriales y comerciales.

Del total de las 600 hectáreas urbanizadas, 400 de ellas corresponden a Trenque Lauquen. La característica principal de la ciudad es el trazado, con amplísimas calles y gran cantidad de bulevares,

plazas y parques, lo que asegura una alta proporción de espacio verde por habitante.

Tras 132 años de su fundación (12 de abril de 1876) Trenque Lauquen se destaca como una ciudad pujante y organizada. Cuenta con los servicios básicos que contribuyen a una buena calidad de vida: agua potable para el 100% de los vecinos, red cloacal con planta depuradora, pavimento, alumbrado público, gas natural, planta de reciclado de residuos, servicios educativos para todos los niveles y una eficiente atención de salud a través de prestaciones públicas y privadas.

Evaluación de los centros

En primera instancia, los centros de Salud son evaluados, en cuanto a su estructura y proceso de funcionamiento que, sobre todo éstos últimos, se ven modificados por la implementación de una política pública, como veremos más adelante.

Inicialmente presentamos los centros de salud con una breve descripción geográfica y luego una también breve, descripción de la comunidad en donde se inserta, para luego mostrar los resultados de la implementación del instrumento de evaluación de estructura y proceso y, finalmente, los resultados en 7 indicadores TRAZA de resultados en salud preventiva en la comunidad.

Cabe destacar que, para éste trabajo, se mostrarán los resultados de la evaluación del instrumento resumida, sobre todo en lo que respecta al cumplimiento de los estándares ponderada y a la calificación global del establecimiento.

BAHÍA BLANCA

A. Zona Portuaria

A.I. Centro de Salud Leonor Capelli

El Centro de Salud Leonor Capelli, también llamado “hospitalito”, se encuentra en el casco viejo de la localidad de Ing.White, barrio de la ciudad de Bahía Blanca con aproximadamente 10 000 habitantes.

Por su ubicación en zona portuaria presenta las situaciones propias de esta, trabajo de pescadores y prostíbulos; pero también al estar el polo industrial emplazado en el sector, sufren las consecuencias de éste en cuanto a la contaminación del medio.

El centro es cabecera del área programática, posee guardia de 24 horas (el único en el casco urbano de la ciudad); ambulancia equipada con médico y una residencia de Medicina Familiar y de Psicología comunitaria de 10 años de trayectoria.



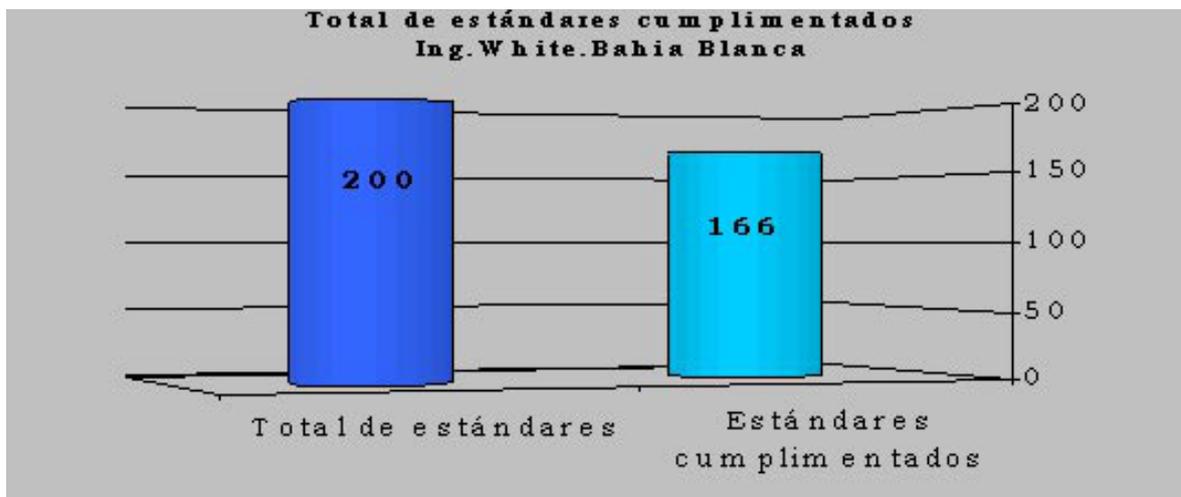
A.I.1. Características socioeconómicas

| | |
|---|---|
| Características poblacionales (estructuras poblacional) | Progresivo A |
| Cantidad de NBI (según EPH) | 25% |
| Características de la vivienda (% de tipo A, B, C) | A: 70% B: 10% C: 20% |
| Servicios (infraestructura y transporte) | Agua: sí Gas: sí Cloaca: no Transporte: sí |
| Distancia a centro de salud de mayor complejidad | Mayor a dos Km. |

A.I.2. Evaluación del Centro de Salud (*)

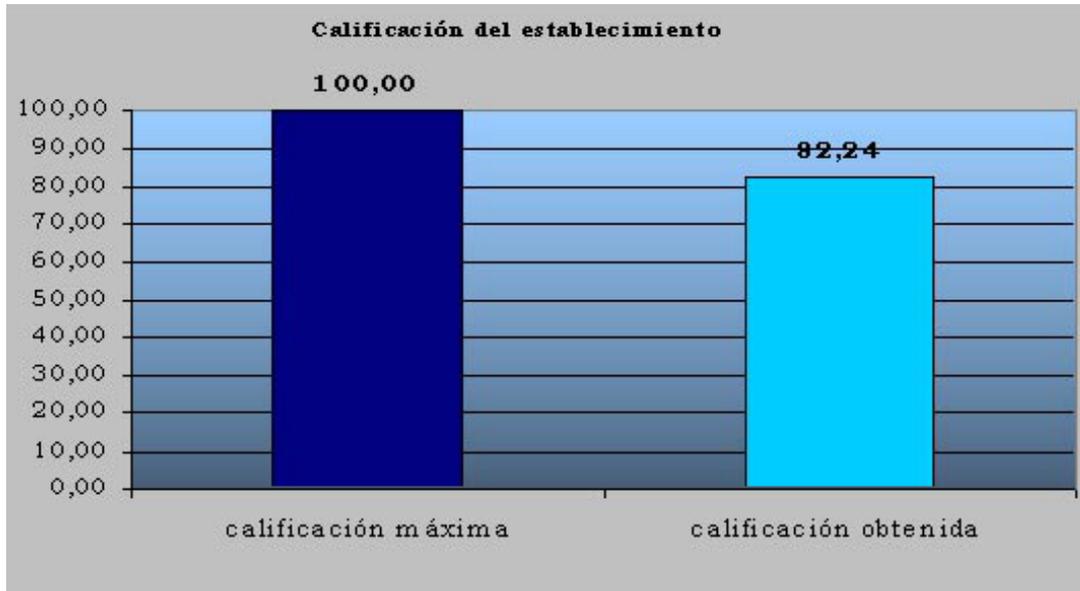
a) Total de STANDARES

| Áreas de evaluación | Total de estándares por área | Estándares cumplimentados por área | Cumplimiento de cada área % |
|---|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Conducción de gestión | 19 | 17 | 89 |
| 2. Recursos Humanos | 16 | 10 | 63 |
| 3. Registros e información | 29 | 16 | 55 |
| 4. Actividades de organización | 12 | 11 | 92 |
| 5. Normas de atención | 24 | 19 | 79 |
| 6. Actividades del equipo de salud sobre la comunidad | 16 | 15 | 94 |
| 7. Participación social | 4 | 4 | 100 |
| 8. Referencia contrarreferencia | 10 | 7 | 70 |
| 9. Planta física | 22 | 20 | 91 |
| 10. Recursos naturales | 34 | 33 | 97 |
| 11. Insumos | 14 | 14 | 100 |
| | 200 | 166 | 83 |



(*) Datos completo en Anexo

b) Calificación total del establecimiento



A.I.3. Resultados de Indicadores en salud preventiva

Leonor Capelli

| | |
|--|-----|
| Porcentaje de Vacunación Completa (menores de 12 años) | 78% |
| Control Precoz de embarazo (numero de embarazos atendidos antes de la 12 semana/Número de embarazos atendidos) | 66% |
| Porcentaje de Bronquiolitis internadas | 3% |
| Porcentaje de Diabéticos en seguimiento (Número de DBT en seguimiento/Número potencial de DBT en la población) | 40% |
| Porcentaje de HTA en seguimiento | 39% |
| Porcentaje de RN de bajo peso | 10% |
| Número de controles de embarazo (promedio) | 5,1 |

Fuente de datos: Censo Estudiantes Medicina y Centro de Salud

A.II. Centro de Salud San José Obrero (Boulevard)

El Barrio Boulevard esta ubicado al este de Ing. White, casi en la zona costera. Posee aproximadamente 1200 habitantes. Tiene una rica historia ya en el siglo pasado fue un sector próspero contando con el ferrocarril, LA Junta Nacional De Granos y la Usina Eléctrica. Todos desaparecieron en su momento quedando una población envejecida y con muchas necesidades socioeconómicas. Poseen obra social (ferroviarios) pero sin cobertura real.



A.II.1. Características socioeconómicas

| | |
|---|---|
| Características poblacionales (estructuras poblacional) | Progresivo A |
| Cantidad de NBI (según EPH) | 30% |
| Características de la vivienda (% de tipo A, B, C) | A: 60% B: 20% C: 10% |
| Servicios (infraestructura y transporte) | Agua: sí Gas: sí Cloaca: no Transporte: sí |
| Distancia a centro de salud de mayor complejidad | Menor a dos Km. |

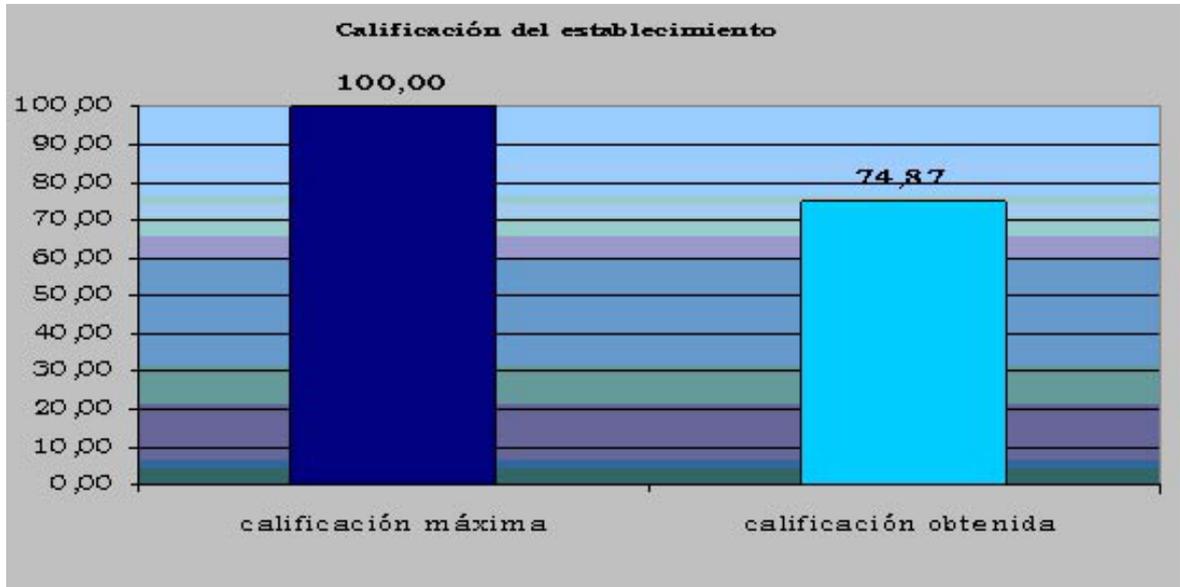
A.II.2. Evaluación del Centro de Salud (*)

a) Total de STANDARES

| Áreas de evaluación | Total de estándares por área | Estándares cumplimentados por área | Cumplimiento de cada área % |
|---|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Conducción de gestión | 19 | 16 | 84 |
| 2. Recursos Humanos | 16 | 7 | 44 |
| 3. Registros e información | 29 | 16 | 55 |
| 4. Actividades de organización | 12 | 10 | 83 |
| 5. Normas de atención | 24 | 15 | 63 |
| 6. Actividades del equipo de salud sobre la comunidad | 16 | 15 | 94 |
| 7. Participación social | 4 | 4 | 100 |
| 8. Referencia contrarreferencia | 10 | 6 | 60 |
| 9. Planta física | 22 | 19 | 86 |
| 10. Recursos naturales | 34 | 26 | 76 |
| 11. Insumos | 14 | 13 | 93 |
| | 200 | 147 | 74 |



b) Calificación total del establecimiento



A.II.3. Resultados en indicadores en salud preventiva

San José Obrero

| | |
|--|-----|
| Porcentaje de Vacunación Completa (menores de 12 años) | 83% |
| Control Precoz de embarazo (numero de embarazos atendidos antes de la 12 semana/Número de embarazos atendidos) | 65% |
| Porcentaje de Bronquiolitis internadas | 2% |
| Porcentaje de Diabéticos en seguimiento (Número de DBT en seguimiento/Número potencial de DBT en la población) | 47% |
| Porcentaje de HTA en seguimiento | 44% |
| Porcentaje de RN de bajo peso | 10% |
| Número de controles de embarazo (promedio) | 5 |

Fuente de datos: Censo Estudiantes Medicina y Centro de Salud

A.III. Centro de Salud Saladero

El Saladero es una población separada de Boulevard por una ruta que utilizan los camiones de carga que ingresan al puerto de Ing. White. Posee una población de aproximadamente 350 personas que viven del pelado de camarones, los granos que caen de los camiones (los venden en forrajerías) y trabajo informal. El centro de salud funciona con el personal de la Municipalidad pero además una subsección de la residencia de medicina familiar.



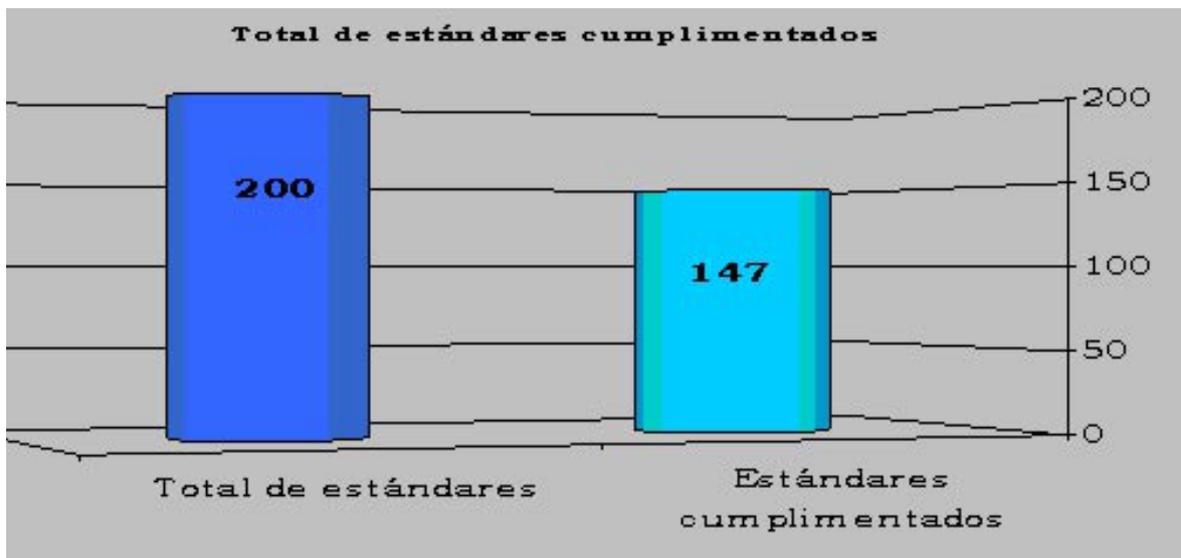
A.III.1. Características socioeconómicas

| | |
|---|---|
| Características poblacionales (estructuras poblacional) | Progresivo B |
| Cantidad de NBI (según EPH) | 70% |
| Características de la vivienda (% de tipo A, B, C) | A: 25% B: 45% C: 30% |
| Servicios (infraestructura y transporte) | Agua: sí Gas: no Cloaca: no Transporte: sí |
| Distancia a centro de salud de mayor complejidad | Menor a dos Km. |

A.III.2. Evaluación del Centro de Salud (*)

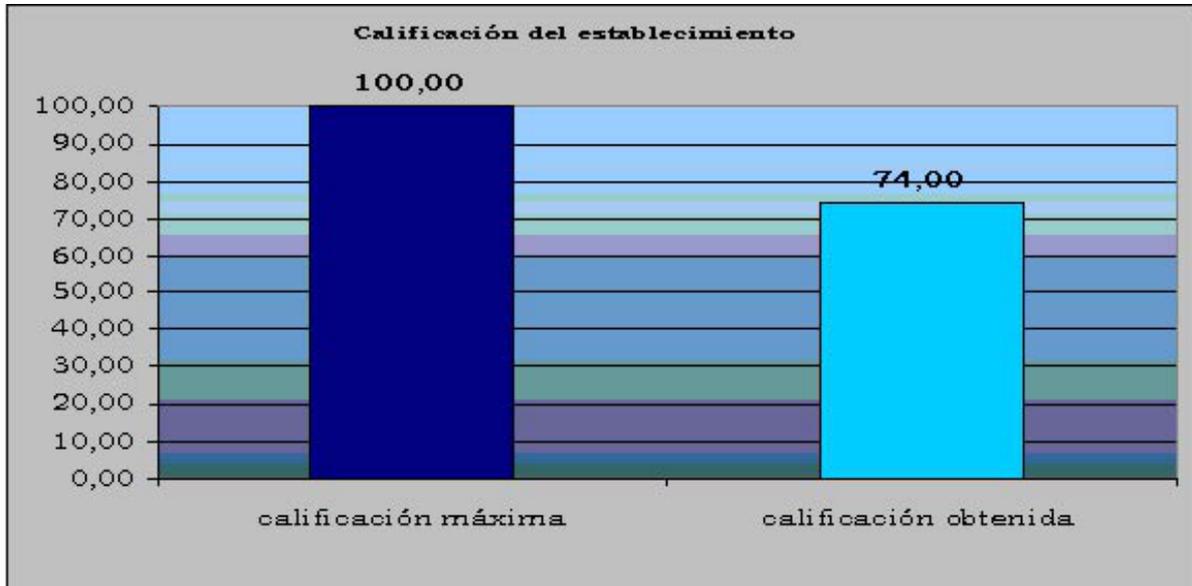
a) Total de STANDARES

| Áreas de evaluación | Total de estándares por área | Estándares cumplimentados por área | Cumplimiento de cada área % |
|---|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Conducción de gestión | 19 | 13 | 68 |
| 2. Recursos Humanos | 16 | 5 | 31 |
| 3. Registros e información | 29 | 13 | 45 |
| 4. Actividades de organización | 12 | 7 | 58 |
| 5. Normas de atención | 24 | 12 | 50 |
| 6. Actividades del equipo de salud sobre la comunidad | 16 | 9 | 56 |
| 7. Participación social | 4 | 2 | 50 |
| 8. Referencia contrarreferencia | 10 | 6 | 60 |
| 9. Planta física | 22 | 15 | 68 |
| 10. Recursos naturales | 34 | 27 | 79 |
| 11. Insumos | 14 | 13 | 93 |
| | 200 | 122 | 61 |



(*) Datos completo en Anexo

b) Calificación total del establecimiento



A.III.3. Resultados en indicadores en salud preventiva

Saladero

| | |
|--|-----|
| Porcentaje de Vacunación Completa (menores de 12 años) | 87% |
| Control Precoz de embarazo (numero de embarazos atendidos antes de la 12 semana/Número de embarazos atendidos) | 57% |
| Porcentaje de Bronquiolitis internadas | 12% |
| Porcentaje de Diabéticos en seguimiento (Número de DBT en seguimiento/Número potencial de DBT en la población) | 54% |
| Porcentaje de HTA en seguimiento | 66% |
| Porcentaje de RN de bajo peso | 15% |
| Número de controles de embarazo (promedio) | 3 |

Fuente de datos: Censo Estudiantes Medicina y Centro de Salud

B. Zona Norte-Oeste

B.I. Centro de Salud Leandro Piñeiro

Este centro de salud se encuentra ubicado en el área del Barrio Vista Alegre, región de la ciudad ubicada al nor-oeste, en una zona de desarrollo industrial y de algunos frigoríficos. La población trabaja fundamentalmente en estos espacios en carácter de obreros y mayormente en negro (datos Censo Estudiantes de Medicina 2008). Tiene un área de cobertura de aproximadamente 6000 habitantes y es el centro de referencia de los centros de la zona.



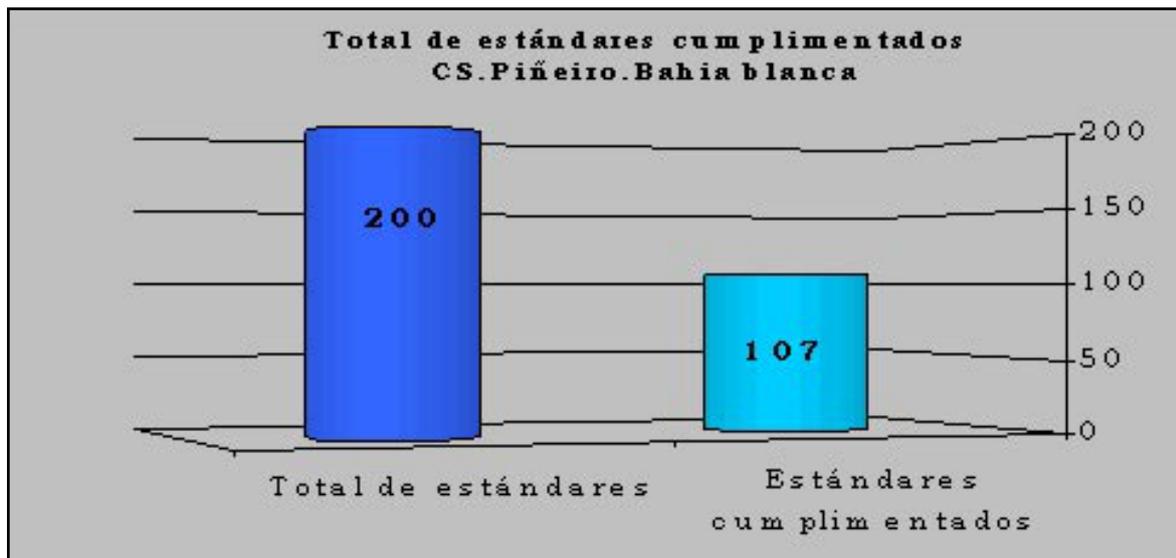
B.I.1. Características socioeconómicas

| | |
|---|---|
| Características poblacionales (estructuras poblacional) | Progresivo A |
| Cantidad de NBI (según EPH) | 32% |
| Características de la vivienda (% de tipo A, B, C) | A: 60% B: 30% C: 10% |
| Servicios (infraestructura y transporte) | Agua: sí Gas: sí Cloaca: no Transporte: sí |
| Distancia a centro de salud de mayor complejidad | Mayor a dos Km. |

B.I.2. Evaluación del Centro de Salud (*)

a) Total de STANDARES

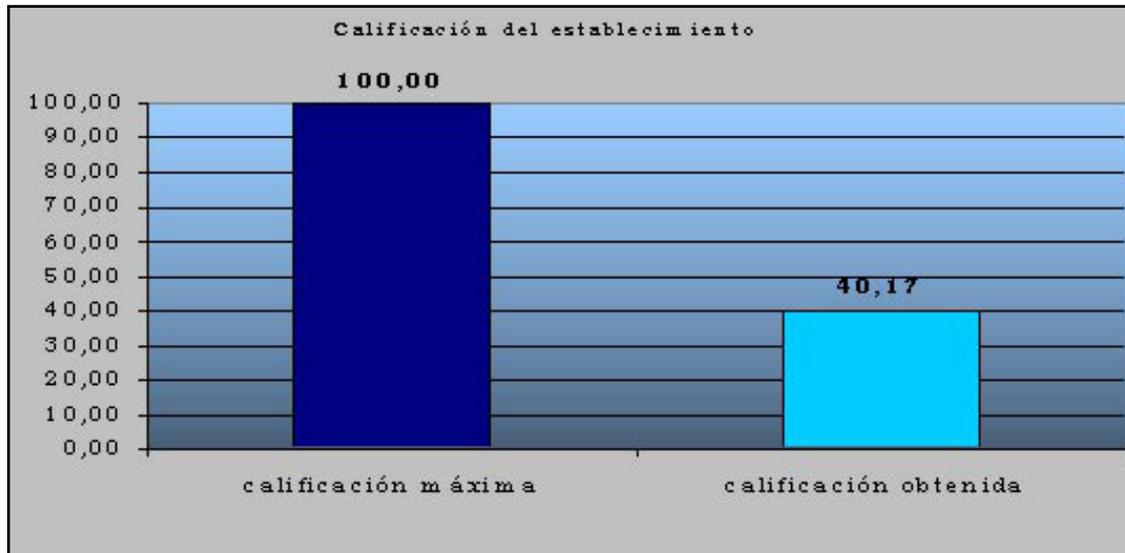
| Áreas de evaluación | Total de estándares por área | Estándares cumplimentados por área | Cumplimiento de cada área % |
|---|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Conducción de gestión | 19 | 3 | 16 |
| 2. Recursos Humanos | 16 | 9 | 56 |
| 3. Registros e información | 29 | 9 | 31 |
| 4. Actividades de organización | 12 | 6 | 50 |
| 5. Normas de atención | 24 | 6 | 25 |
| 6. Actividades del equipo de salud sobre la comunidad | 16 | 9 | 56 |
| 7. Participación social | 4 | 0 | 0 |
| 8. Referencia contrarreferencia | 10 | 5 | 50 |
| 9. Planta física | 22 | 18 | 82 |
| 10. Recursos naturales | 34 | 28 | 82 |
| 11. Insumos | 14 | 14 | 100 |
| | 200 | 107 | 54 |



(*) Datos completo en Anexo

b) Calificación del Establecimiento

GRAFICO 4



B.I.3. Resultados en indicadores en salud preventiva

Leandro Piñeiro

| | |
|--|-----|
| Porcentaje de Vacunación Completa (menores de 12 años) | 82% |
| Control Precoz de embarazo (numero de embarazos atendidos antes de la 12 semana/Número de embarazos atendidos) | 52% |
| Porcentaje de Bronquiolitis internadas | 4% |
| Porcentaje de Diabéticos en seguimiento (Número de DBT en seguimiento/Número potencial de DBT en la población) | NP* |
| Porcentaje de HTA en seguimiento | NP* |
| Porcentaje de RN de bajo peso | 12% |
| Número de controles de embarazo (promedio) | 5,8 |

*NP: no se poseen datos

Fuente de datos: Censo Estudiantes Medicina y Centro de Salud

B.II. Centro de Salud Maldonado

El centro de Salud Maldonado se ubica en el barrio del mismo nombre, ubicado periféricamente al Centro de Salud Leandro Piñeiro, a 6 cuadras del mismo y al cual referencia. Tiene una población aproximada de 2000 habitantes con dos zonas bastantes diferenciada, una parte llamada “antigua” con mejor infraestructura y una zona de reciente asentamiento (aprox. 2001) donde las condiciones de vida son mucho más deficientes.



B.II.1. Características socioeconómicas

| | |
|---|---|
| Características poblacionales (estructuras poblacional) | Progresivo A |
| Cantidad de NBI (según EPH) | 36% |
| Características de la vivienda (% de tipo A, B, C) | A:70% B:10% C: 20% |
| Servicios (infraestructura y transporte) | Agua: sí Gas: sí Cloaca: no Transporte: sí |
| Distancia a centro de salud de mayor complejidad | Menor a dos Km. |

B.II.2. Evaluación del Centro de Salud^(*)

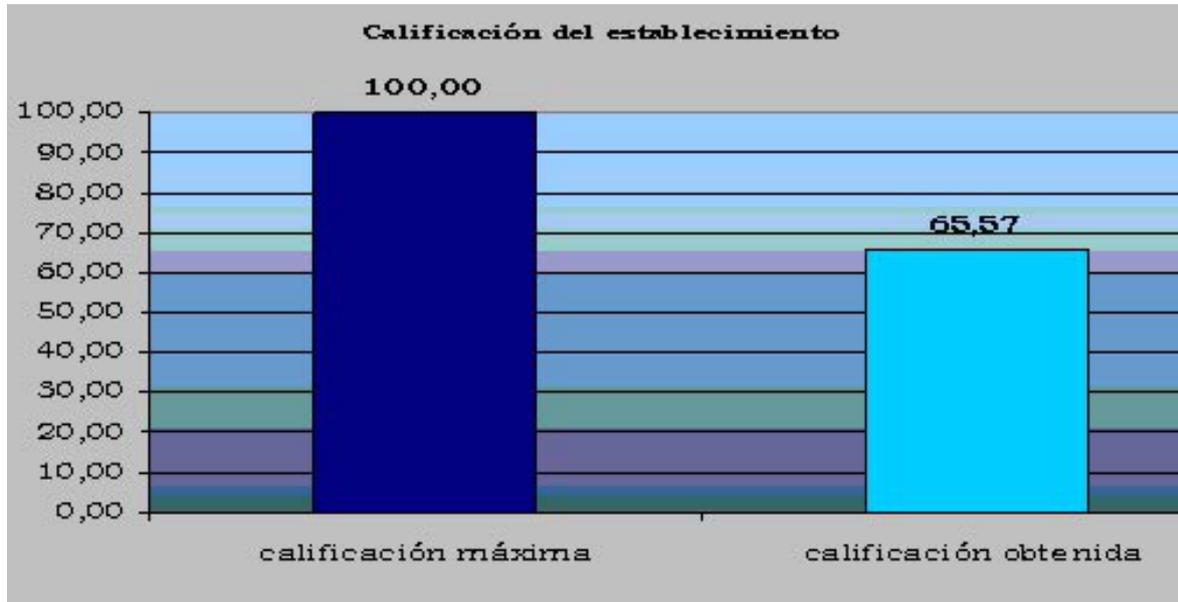
a) Total de STANDARES

| Áreas de evaluación | Total de estándares por área | Estándares cumplimentados por área | Cumplimiento de cada área % |
|---|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Conducción de gestión | 19 | 8 | 42 |
| 2. Recursos Humanos | 16 | 8 | 50 |
| 3. Registros e información | 29 | 12 | 41 |
| 4. Actividades de organización | 12 | 9 | 75 |
| 5. Normas de atención | 24 | 16 | 67 |
| 6. Actividades del equipo de salud sobre la comunidad | 16 | 13 | 81 |
| 7. Participación social | 2 | 2 | 50 |
| 8. Referencia contrarreferencia | 10 | 6 | 60 |
| 9. Planta física | 22 | 18 | 82 |
| 10. Recursos naturales | 34 | 27 | 79 |
| 11. Insumos | 14 | 13 | 93 |
| | 200 | 134 | 67 |



(*) Datos completo en Anexo

b) Calificación total del establecimiento



B.II.3. Resultados en indicadores en salud preventiva

Maldonado

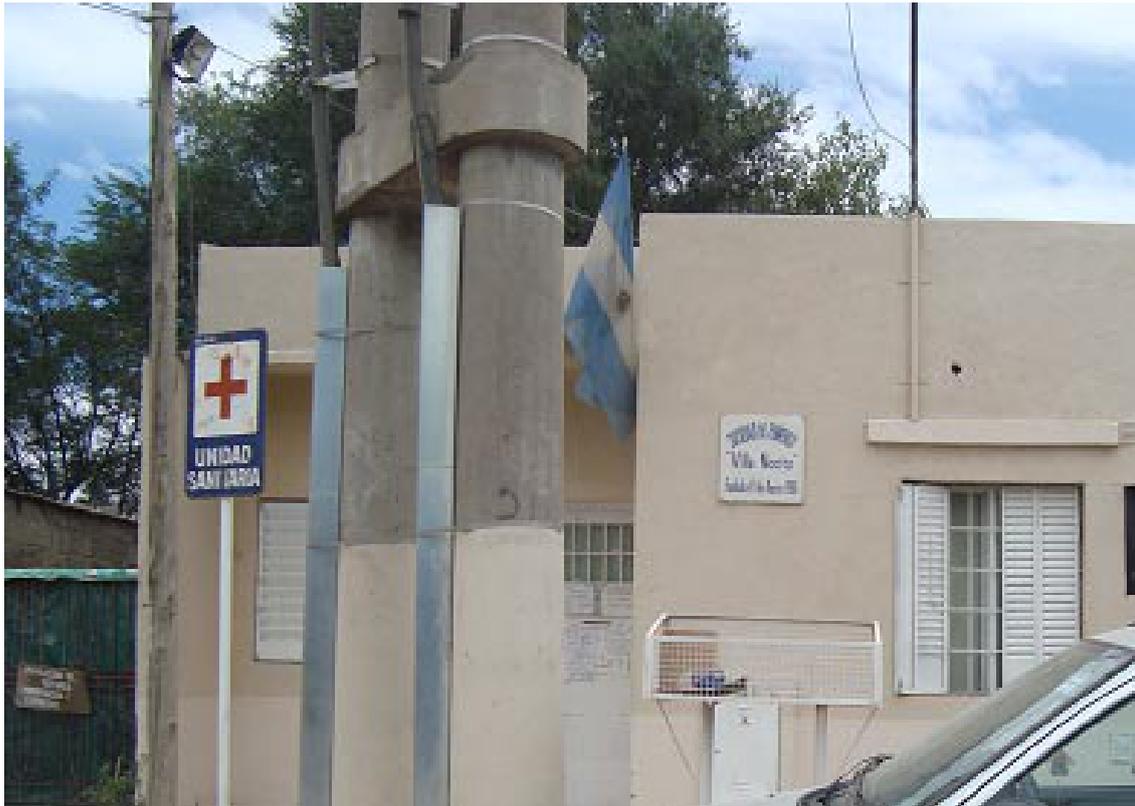
| | |
|--|-----|
| Porcentaje de Vacunación Completa (menores de 12 años) | 82% |
| Control Precoz de embarazo (numero de embarazos atendidos antes de la 12 semana/Número de embarazos atendidos) | 52% |
| Porcentaje de Bronquiolitis internadas | 4% |
| Porcentaje de Diabéticos en seguimiento (Número de DBT en seguimiento/Número potencial de DBT en la población) | NP* |
| Porcentaje de HTA en seguimiento | NP* |
| Porcentaje de RN de bajo peso | 12% |
| Número de controles de embarazo (promedio) | 5,8 |

*NP: no se poseen datos

Fuente de datos: Censo Estudiantes Medicina y Centro de Salud

B.III. Centro de Salud Villa Nocito

El centro de Salud de Villa Nocito se ubica en el sector del mismo nombre, una población de 3500 habitantes, ubicado también en la región nor oeste de la ciudad, a 1 Km. de la costa marítima, posee una estructura de asentamiento con irregular división de tierras, con varias viviendas en el mismo terreno. La población trabaja fundamentalmente con changas y cirujeo. El lugar es un centro de formación de residentes y de estudiantes de Medicina. Obtuvo la financiación del Ministerio de Salud (Salud Investiga) por el trabajo comunitario realizado.



B.III.1. Características socioeconómicas

| | |
|---|---|
| Características poblacionales (estructuras poblacional) | Progresivo A |
| Cantidad de NBI (según EPH) | 52% |
| Características de la vivienda (% de tipo A, B, C) | A: 40% B: 30% C: 30% |
| Servicios (infraestructura y transporte) | Agua: sí Gas: no Cloaca: no Transporte: sí |
| Distancia a centro de salud de mayor complejidad | Menor a dos Km. |

B.III.2. Evaluación del Centro de Salud (*)

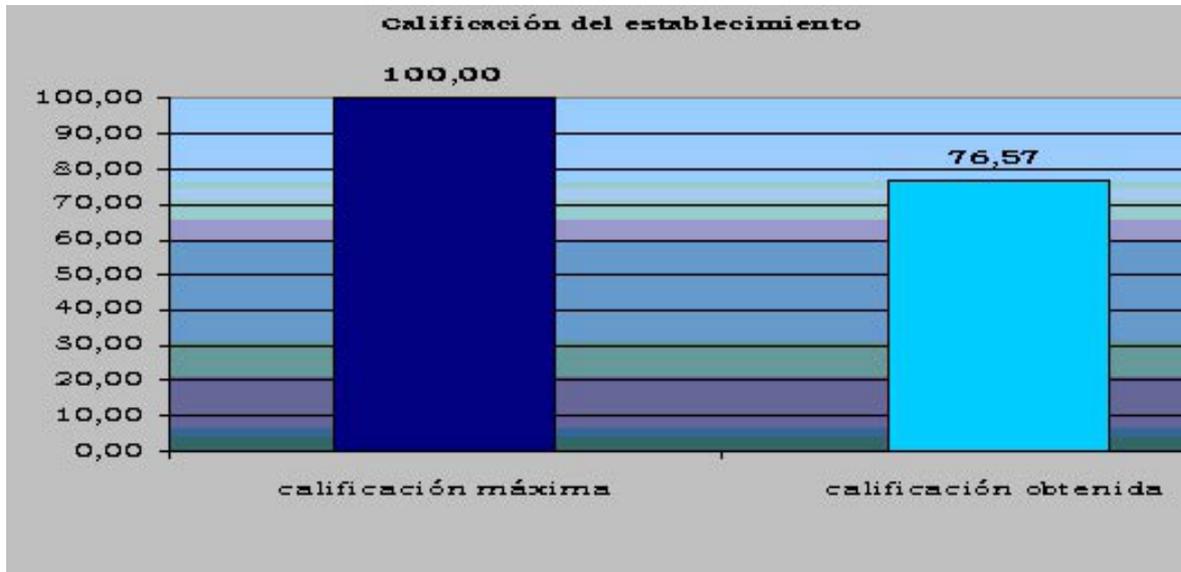
a) Total de STANDARES

| Áreas de evaluación | Total de estándares por área | Estándares cumplimentados por área | Cumplimiento de cada área % |
|---|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Conducción de gestión | 19 | 18 | 95 |
| 2. Recursos Humanos | 16 | 9 | 56 |
| 3. Registros e información | 29 | 13 | 45 |
| 4. Actividades de organización | 12 | 10 | 83 |
| 5. Normas de atención | 24 | 15 | 63 |
| 6. Actividades del equipo de salud sobre la comunidad | 16 | 15 | 94 |
| 7. Participación social | 4 | 4 | 100 |
| 8. Referencia contrarreferencia | 10 | 6 | 60 |
| 9. Planta física | 22 | 17 | 77 |
| 10. Recursos naturales | 34 | 25 | 74 |
| 11. Insumos | 14 | 13 | 93 |
| | 200 | 145 | 73 |



(*) Datos completo en Anexo

b) Calificación total del establecimiento



B.III.3. Resultados en indicadores en salud preventiva

Villa Nocito

| | |
|--|-----|
| Porcentaje de Vacunación Completa (menores de 12 años) | 90% |
| Control Precoz de embarazo (numero de embarazos atendidos antes de la 12 semana/Número de embarazos atendidos) | 65% |
| Porcentaje de Bronquiolitis internadas | 3% |
| Porcentaje de Diabéticos en seguimiento (Número de DBT en seguimiento/Número potencial de DBT en la población) | 45% |
| Porcentaje de HTA en seguimiento | 40% |
| Porcentaje de RN de bajo peso | 14% |
| Número de controles de embarazo (promedio) | 4,7 |

Fuente de datos: Censo Estudiantes Medicina y Centro de Salud

LA PLATA



I. Centro Integrador Comunitario (Cic) El Retiro

Es una población con características de barrio de clase baja, urbanizado, con divisiones territoriales adecuadas. Posee una fábrica de plásticos donde varios habitantes trabajan, el resto vive de empleos informales y en la construcción.



I.1. Características socioeconómicas

| | |
|---|---|
| Características poblacionales (estructuras poblacional) | Progresivo A |
| Cantidad de NBI (según EPH) | 43% |
| Características de la vivienda (% de tipo A, B, C) | A: 50% B: 40% C: 10% |
| Servicios (infraestructura y transporte) | Agua: sí Gas: no Cloaca: no Transporte: sí |
| Distancia a centro de salud de mayor complejidad | Mayor a dos Km. |

I.2. Evaluación del Centro de Salud (*)

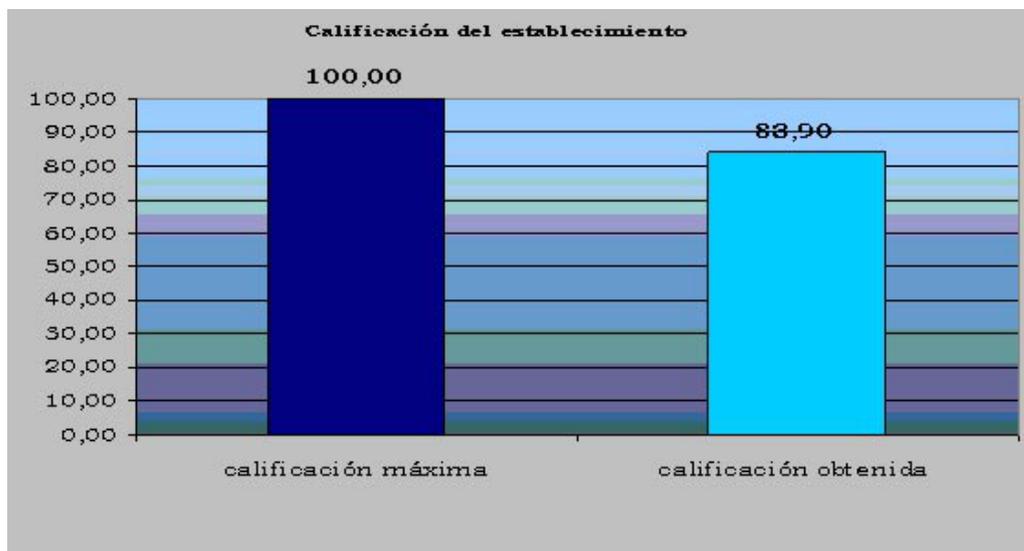
a) Total de STANDARES

| Áreas de evaluación | Total de estándares por área | Estándares cumplimentados por área | Cumplimiento de cada área % |
|---|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Conducción de gestión | 19 | 18 | 95 |
| 2. Recursos Humanos | 16 | 13 | 81 |
| 3. Registros e información | 29 | 18 | 62 |
| 4. Actividades de organización | 12 | 11 | 92 |
| 5. Normas de atención | 24 | 15 | 63 |
| 6. Actividades del equipo de salud sobre la comunidad | 16 | 15 | 94 |
| 7. Participación social | 4 | 4 | 100 |
| 8. Referencia contrarreferencia | 10 | 7 | 70 |
| 9. Planta física | 22 | 20 | 91 |
| 10. Recursos naturales | 34 | 30 | 88 |
| 11. Insumos | 14 | 13 | 93 |
| | 200 | 164 | 82 |

(*) Datos completo en Anexo



b) Calificación total del establecimiento



I.3. Resultados en indicadores en salud preventiva

CIC

| | |
|--|------|
| Porcentaje de Vacunación Completa (menores de 12 años) | 74% |
| Control Precoz de embarazo (número de embarazos atendidos antes de la 12 semana/Número de embarazos atendidos) | 67% |
| Porcentaje de Bronquiolitis internadas | 2,8% |
| Porcentaje de Diabéticos en seguimiento (Número de DBT en seguimiento/Número potencial de DBT en la población) | 38% |
| Porcentaje de HTA en seguimiento | 44% |
| Porcentaje de RN de bajo peso | 17% |
| Número de controles de embarazo (promedio) | 5,9 |

Fuente de datos: Secretaría de salud, Municipalidad de La Plata.

II. Centro de Salud 42

El centro se inserta en una comunidad muy heterogénea donde se destaca una comunidad Toba, un asentamiento y el una población más antigua ordenada territorialmente. La comunidad Toba, a partir de un plan de vivienda lograron construirse las mismas. En general sus fuentes de ingresos se reparten entre planes sociales, trabajo informal (changas) y la construcción.



II.1. Características socio económicas

| | |
|---|---|
| Características poblacionales (estructuras poblacional) | Progresivo B |
| Cantidad de NBI (según EPH) | 70% |
| Características de la vivienda (% de tipo A, B, C) | A: 60% B: 25% C: 15% |
| Servicios (infraestructura y transporte) | Agua: sí Gas: no Cloaca: no Transporte: sí |
| Distancia a centro de salud de mayor complejidad | Mayor a dos Km. |

II.2. Evaluación del Centro de Salud (*)

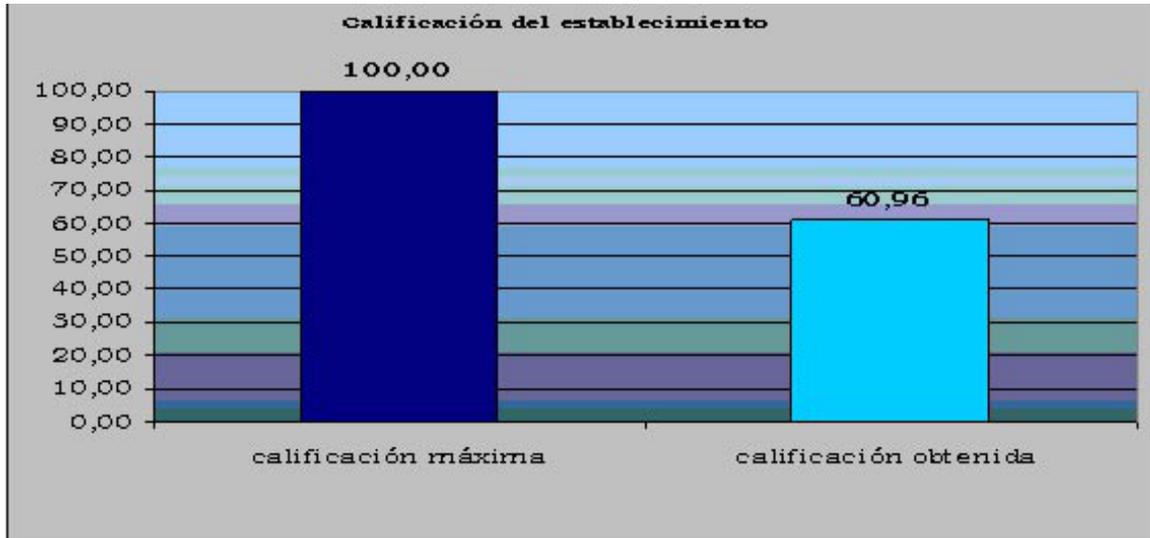
a) Total de STANDARES

| Áreas de evaluación | Total de estándares por área | Estándares cumplimentados por área | Cumplimiento de cada área % |
|---|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Conducción de gestión | 19 | 12 | 63 |
| 2. Recursos Humanos | 16 | 11 | 69 |
| 3. Registros e información | 29 | 9 | 31 |
| 4. Actividades de organización | 12 | 9 | 75 |
| 5. Normas de atención | 24 | 9 | 38 |
| 6. Actividades del equipo de salud sobre la comunidad | 16 | 13 | 81 |
| 7. Participación social | 4 | 2 | 50 |
| 8. Referencia contrarreferencia | 10 | 5 | 50 |
| 9. Planta física | 22 | 17 | 87 |
| 10. Recursos naturales | 34 | 28 | 82 |
| 11. Insumos | 14 | 13 | 93 |
| | 200 | 128 | 64 |



(*) Datos completo en Anexo

b) Calificación total del establecimiento



II.3. Resultados en indicadores en salud preventiva

CS24

| | |
|--|-----|
| Porcentaje de Vacunación Completa (menores de 12 años) | 67% |
| Control Precoz de embarazo (número de embarazos atendidos antes de la 12 semana/Número de embarazos atendidos) | 65% |
| Porcentaje de Bronquiolitis internadas | 2% |
| Porcentaje de Diabéticos en seguimiento (Número de DBT en seguimiento/Número potencial de DBT en la población) | 34% |
| Porcentaje de HTA en seguimiento | 28% |
| Porcentaje de RN de bajo peso | 12% |
| Número de controles de embarazo (promedio) | 4,8 |

Fuente de datos: Secretaría de salud, Municipalidad de La Plata.

TRENQUE LAUQUEN

I. Centro de Salud Ramón Carrillo



I.1. Características socioeconómicas

| | |
|---|---|
| Características poblacionales (estructuras poblacional) | Progresivo A |
| Cantidad de NBI (según EPH) | 45% |
| Características de la vivienda (% de tipo A, B, C) | A: 80% B: 15% C: 5% |
| Servicios (infraestructura y transporte) | Agua: sí Gas: sí Cloaca: no Transporte: sí |
| Distancia a centro de salud de mayor complejidad | Menor a dos Km. |

I.2. Evaluación del Centro de Salud (*)

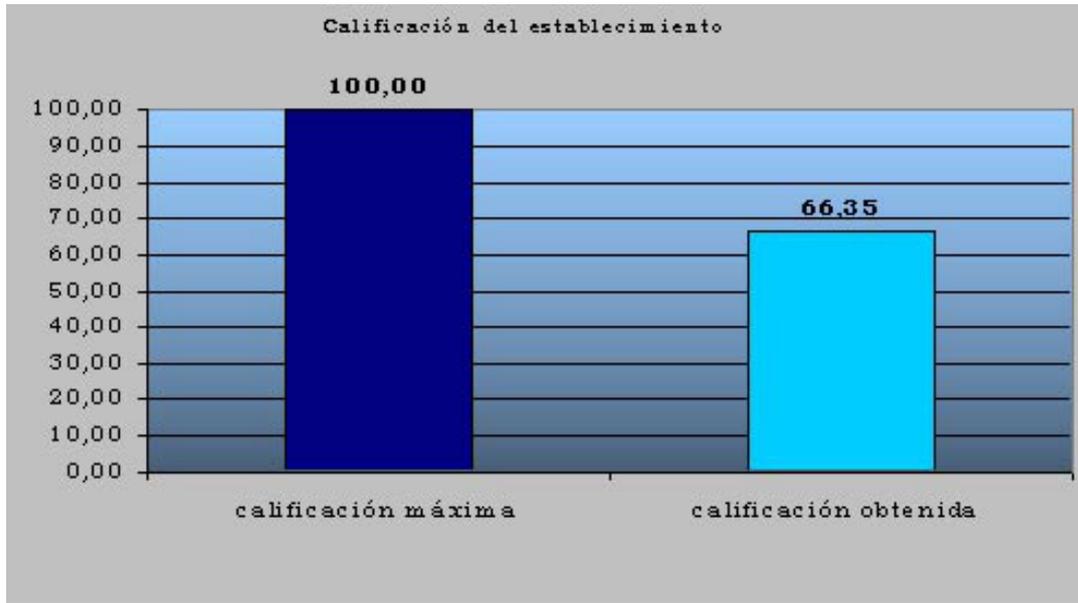
a) Total de STANDARES

| Áreas de evaluación | Total de estándares por área | Estándares cumplimentados por área | Cumplimiento de cada área % |
|---|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Conducción de gestión | 19 | 12 | 63 |
| 2. Recursos Humanos | 16 | 10 | 63 |
| 3. Registros e información | 29 | 10 | 34 |
| 4. Actividades de organización | 12 | 8 | 67 |
| 5. Normas de atención | 24 | 3 | 13 |
| 6. Actividades del equipo de salud sobre la comunidad | 16 | 22 | 138 |
| 7. Participación social | 4 | 2 | 50 |
| 8. Referencia contrarreferencia | 10 | 6 | 50 |
| 9. Planta física | 22 | 15 | 68 |
| 10. Recursos naturales | 34 | 25 | 74 |
| 11. Insumos | 14 | 14 | 100 |
| | 200 | 127 | 64 |



(*) Datos completo en Anexo

b) Calificación del establecimiento



I.3. Resultados en indicadores en salud preventiva

CS Ramón Carrillo

| | |
|--|-------|
| Porcentaje de Vacunación Completa (menores de 12 años) | 89% |
| Control Precoz de embarazo (número de embarazos atendidos antes de la 12 semana/Número de embarazos atendidos) | 87,5% |
| Porcentaje de Bronquiolitis internadas | 10% |
| Porcentaje de Diabéticos en seguimiento (Número de DBT en seguimiento/Número potencial de DBT en la población) | 63,3% |
| Porcentaje de HTA en seguimiento | 57% |
| Porcentaje de RN de bajo peso | 10% |
| Número de controles de embarazo (promedio) | 8,5 |

Fuente de datos: HCOP del CAPS, ficheros y cuadernos de vacunación del CAPS, archivos del Servicio de Vacunación y del Servicio de Estadística del Hospital Municipal Dr. Pedro T. Orellana.

II. Centro de Salud Indio Trompa



II.1. Características socioeconómicas

| | |
|---|---|
| Características poblacionales (estructuras poblacional) | Progresivo A |
| Cantidad de NBI (según EPH) | 45% |
| Características de la vivienda (% de tipo A, B, C) | A: 80% B: 15% C: 5% |
| Servicios (infraestructura y transporte) | Agua: sí Gas: sí Cloaca: no Transporte: sí |
| Distancia a centro de salud de mayor complejidad | Menor a dos Km. |

II.2. Evaluación del Centro de Salud (*)

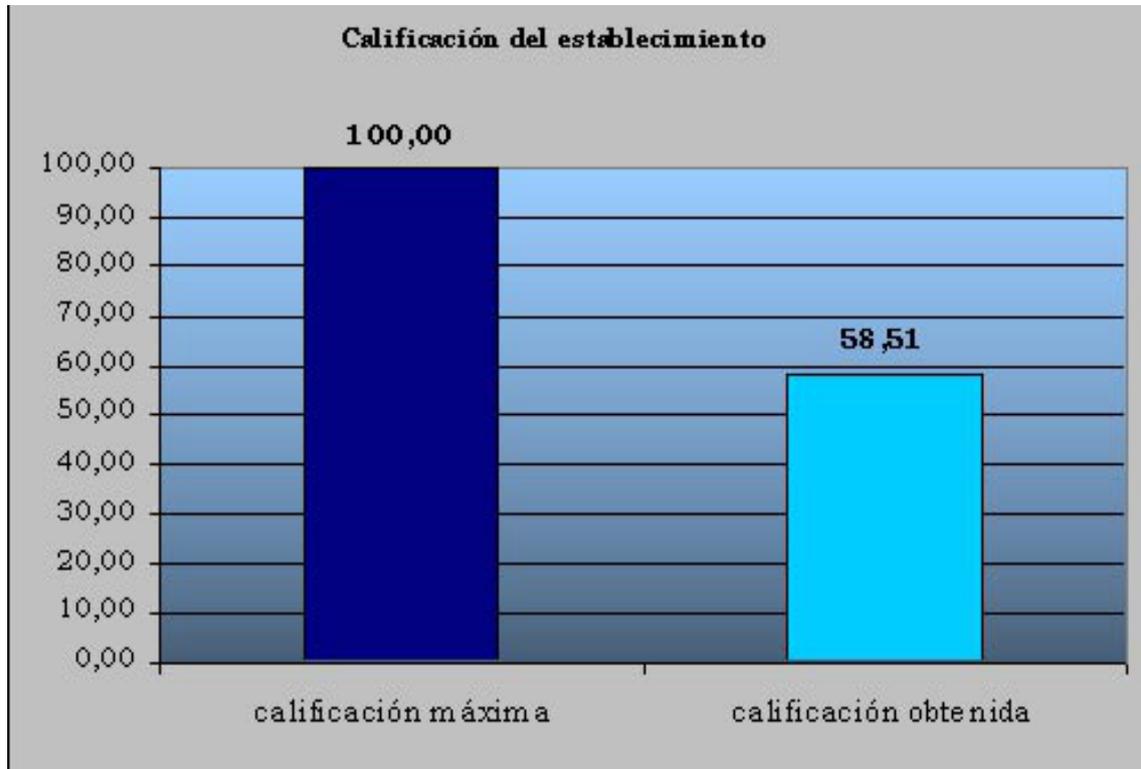
a) Total de STANDARES

| Áreas de evaluación | Total de estándares por área | Estándares cumplimentados por área | Cumplimiento de cada área % |
|---|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Conducción de gestión | 19 | 11 | 58 |
| 2. Recursos Humanos | 16 | 9 | 56 |
| 3. Registros e información | 29 | 10 | 34 |
| 4. Actividades de organización | 12 | 9 | 75 |
| 5. Normas de atención | 24 | 2 | 8 |
| 6. Actividades del equipo de salud sobre la comunidad | 16 | 13 | 81 |
| 7. Participación social | 4 | 3 | 75 |
| 8. Referencia contrarreferencia | 10 | 5 | 50 |
| 9. Planta física | 22 | 15 | 68 |
| 10. Recursos naturales | 34 | 28 | 82 |
| 11. Insumos | 14 | 14 | 100 |
| | 200 | 119 | 60 |



(*) Datos completo en Anexo

b) Calificación del establecimiento



II.3. Resultados en indicadores en salud preventiva

Indio Trompa

| | |
|--|--------|
| Porcentaje de Vacunación Completa (menores de 12 años) | 98,2% |
| Control Precoz de embarazo (número de embarazos atendidos antes de la 12 semana/Número de embarazos atendidos) | 77,5% |
| Porcentaje de Bronquiolitis internadas | 18,42% |
| Porcentaje de Diabéticos en seguimiento (Número de DBT en seguimiento/Número potencial de DBT en la población) | 90% |
| Porcentaje de HTA en seguimiento | 74% |
| Porcentaje de RN de bajo peso | 6,25% |
| Número de controles de embarazo (promedio) | 6,58 |

Fuente de datos: HCOP del CAPS, ficheros y cuadernos de vacunación del CAPS, archivos del Servicio de Vacunación y del Servicio de Estadística del Hospital Municipal Dr. Pedro T. Orellana.

Resultados agrupados

| Ciudad | Centro de Salud | Equipo SF | Total Stand % | Calificación CAPS % | Resultados comparados Salud preventiva |
|-----------------|-----------------|-----------|---------------|---------------------|--|
| Bahía Blanca | Leonor Capelli | Si | 83 | 82,24 | 6/7 |
| | Leandro Piñeiro | No | 54 | 40,17 | 2/7 |
| | Nocito | Si | 73 | 76,57 | 6/7 |
| | Maldonado | No | 67 | 65,57 | 2/7 |
| | Saladero | No | 61 | 55,12 | 3/7 |
| | Boulevard | Si | 74 | 74,87 | 6/7 |
| La Plata | CIC | Si | 82 | 83,90 | 5/7 |
| | Cs24 | No | 64 | 60,96 | 2/7 |
| Trenque Lauquen | Ramón Carrillo | No | 59 | 59,67 | 6/7 |
| | Indio Trompa | Si | 60 | 58,51 | 6/7 |

Conclusiones

Como desarrollamos anteriormente, el trabajo en equipo, sobre todo en equipos pequeños progresan hacia objetivos comunes y cuando está claro dicho objetivo los resultados pueden observarse independientemente de otras variables que muchas veces se priorizan en los escenarios de trabajo, por ejemplo si comparamos al Centro de Salud Leonor Capelli y el Leandro Piñeiro las diferencias son ostensibles (estadísticamente significativa con una $p < .005$), aún cuando la estructura y el número de recurso humano son similares en número y calidad. Se puede observar que en cuanto al cumplimiento de estándares se ven similitudes en el área de Recursos Humanos (10 vs. 9), Planta Física (20 vs. 18), Recursos Materiales (33 vs. 28) e Insumos (14 vs. 14), todas con un $p < .05$, en cambio se observa diferencia estadísticamente significativa en el resto de las áreas evaluadas (gestión, actividades de organización, normas de atención, participación social (ésta con un $p < .01$), sin embargo la calificación final fue de 82,24 a 40,17 ($p < .05$) y los resultados en salud 6 sobre 7 vs. 2 sobre 7. Esto muestra una diferencia entre los dos centros a partir, probablemente, de la incorporación de una PP apoyando y afianzando la actividad del mismo. También estos valores agregan contenido a las presunciones iniciales sobre el desempeño de grupos y equipos, ya que se nota que en éstos dos centros las actividades de organización y gestión parecieran de mejor desempeño en el centro con mejor calificación y mejores indicadores, por lo que coincidiría con la teoría inicial sobre equipos que para ser eficaces deben desarrollar un fuerte compromiso con un enfoque común, es decir, con la forma en que trabajarán juntos para alcanzar el objetivo. Debiendo acordar quién hará las tareas específicas; cómo se fijará y respetará el cronograma de trabajo; qué habilidades se desarrollarán; cómo preservarán sus miembros su continuidad en el grupo y cómo tomarán y modificarán las decisiones

El programa de Salud Familiar coloca el énfasis en un mejoramiento en el PROCESO de trabajo, y no tanto en el aumento de la estructura para lo cual apunta a la conformación de equipos con disciplinas diferentes e incorpora la figura del promotor de salud. En los resultados comprobamos que cuando comparamos Boulevard y Saladero, las diferencias significativas con una $p < .05$ se observan en las áreas actividades de organización y las comunitarias y la participación social, por lo cual es probable que éstas sean las causas de los resultados en los indicadores de salud que son 6/7 para Boulevard y 3/7 para Saladero.

En la comparación de Nocito y Maldonado vemos diferencias en todos los estándares pero solo en el de conducción y gestión es estadísticamente significativo, pero en cuanto a resultados en salud se observa el cumplimiento de 6/7 de trazadores, en Nocito vs. 2/6 en Maldonado, lo que plantea el trabajo sobre prevención desarrollado en el primer lugar a partir de la propuesta del programa de Salud Familiar pudo haber mejorado éstos indicadores

En los Centros de Salud de La Plata se observa el mismo cuadro de situación con una mejora ostensible en calificación del centro (83,90 vs. 60,96) y resultados en indicadores de salud preventiva (5/7 vs. 2/7) aún manteniendo una similitud en los estándares de Recursos Humanos, Insumos, Planta Física y Recursos Materiales. En cambio se observaron diferencias estadísticamente significativas en las áreas de conducción y gestión, registros, actividades comunitarias, y participación social, todas ellas con una $p < .05$

En los centros de Salud de Trenque Lauquen se da una situación particular. En principio el cumplimiento de estándares es menor que los centros de las ciudades de Bahía Blanca y La Plata, a

expensas del componente I (conducción y gestión, RRHH, registros e información y actividades de organización y normas de atención), pero con resultados en indicadores externos de salud preventiva mucho mejores que en los demás centros evaluados (6/7 en ambos) y con valores relativos superiores a la media de aquellos, sobre todo en Indio Trompa.

Puede pensarse también aquí que, como se plantea anteriormente sobre el trabajo en equipo (Pág. 16), el hecho de la multidisciplinariedad que se nota con mayor variedad en éstos centros sea un factor que mejore dichos resultados (Indio Trompa tiene 8 disciplinas diferentes en el equipo vs. 4 en Ramón Carrillo y tres en los centros de Salud de Bahía Blanca y La Plata), aunque se debería plantear una nueva investigación de tipo cualitativa para comprender y demostrar tal afirmación, pero seguramente un equipo con mayor oferta de disciplinas y un trabajo coordinado generan resultados tanto internos como externos de mayor riqueza y mayor profundidad como lo demuestran otras investigaciones.

Esto último agrega contenido a la descripción del Método Paideia donde incorpora los procesos de educación comunitaria como estrategia para que la propia comunidad se auto proteja en los propios problemas de salud. Se puede pretender en un equipo de salud, sobre todo con distintas disciplinas una mejor llegada-comunicación entre el equipo y la comunidad.

Aquí es importante destacar que en los centros donde está el programa de Salud familiar los estándares de participación social son de muy alto cumplimiento comparado con aquellos centros donde no está el programa (La Plata 100 % vs. 50 %, Trenque Lauquen 75 % vs. 50% y en Bahía Blanca 100 % en White, Nocito, Boulevard y Saladero vs. 0 % en Piñeiro, 50 % Maldonado)

En cuanto a los indicadores de Salud Preventiva es importante destacar el cumplimiento de todos los efectores en valores aceptables y sin demasiadas diferencia entre ellos. Es importante aclarar que en ninguno de los centros dicha practica la realiza los profesionales médicos. El indicador con menor cumplimiento fue el de porcentaje de bajo peso (indicador que probablemente requiera de mayor tiempo para modificarse) y el de seguimientos de pacientes crónicos (Diabéticos e Hipertensos), proceso que requiere seguramente de un análisis de los propios equipos y que está estrechamente vinculado al trabajo conjunto.

En todos los casos las comunidades que fueron comparadas presentaron similitudes en las características socioeconómicas que fueron evaluadas y comparadas no encontrándose diferencias que puedan por sí plantear sesgo entre los indicadores. Igualmente es probable que existan diferencias si el análisis se profundiza pero al menos los indicadores elegidos no lo muestran.

Limitaciones

Los resultados pudieron ser de mayor confiabilidad si se evaluaban los 20 centros de salud propuestos por las localidades sorteadas, pero también demandaba mayor despliegue de evaluadores y en primera instancia no era el objetivo resultados estadístico sino realizar un análisis comparativo que luego diera la posibilidad de nuevas investigaciones, por ello los centros se sortearon, para asegurarse la aleatoriedad y luego por caso típico.

Los centros de salud que fueron evaluados se eligieron de manera no aleatoria sino por casos típicos. Esto, por un lado, permitió comparar centros con algunas similitudes; pero, por otro, tiene la debilidad propia de la no aleatoriedad. Tampoco el número de casos fue demasiado importante como para poder trabajar con márgenes estadísticos valederos, pero el objetivo era obtener

una descripción general de las diferencias para luego orientar futuras investigaciones en ese sentido.

La imposibilidad de establecer si los resultados se daban previo a la incorporación del PSF no es una barrera para el análisis, ya que los centros evaluados se incorporaron con el programa y en los que existía previamente un equipo de salud familiar (Centro Leonor Capelli) el programa acompañó el proceso de trabajo y mejoró los indicadores previos.

Existen igualmente estudios realizados en la Provincia de Buenos Aires⁶⁰ donde advierten las dificultades en los procesos de trabajo en los centros de salud y las deficiencias en la estructura y procesos de trabajo en Atención Primaria de la Salud

Tanto en las Ciudades de La Plata como en Trenque Lauquen, las comunidades no contaban con equipos de salud previa al programa de Salud Familiar, por lo que la evaluación de dichos resultados podría pensarse que son secundarios al proceso del equipo de Salud Familiar.

Sí debiera establecerse una instancia de evaluación sostenible en el tiempo para poder detectar si los resultados sufren un amesetamiento y si éstos se deben también al deterioro del trabajo del equipo.

Con Respecto al Centro Leonor Capelli donde ya existía el trabajo del equipo de salud familiar, los resultados fueron mejores a los obtenidos años previos según los resultados que refieren de la dirección de dicho centro, aunque los datos no se encontraban correctamente sistematizados.

Discusión

La implementación de una PP incide necesariamente en el desarrollo de la actividad de los centros de salud y de las comunidades a cargo. Muchas veces ésta incidencia es poco cuantificable debido a la ausencia de evaluaciones en éste sentido. Una de las explicaciones de la “volatilidad” de estos intentos en APS es justamente la deficiencia del cumplimiento de las etapas que componen el ciclo de PP, en éste caso la evaluación. En este sentido, afirmarse en los objetivos y metas de la misma es de fundamental importancia en la sustentabilidad de cada uno de los programas ejecutados.

Según Tamayo Sáez la implementación de una política Pública puede guiarse bajo dos modelos, Top Down y Botton up, el primero se basa en una concepción jerárquica del funcionamiento de la PP, mientras que la segunda, el ciudadano se incorpora a la discusión de la misma y la implementación deja de ser el ajuste a la decisión inicial y pasa a ser la adaptación de la decisión inicial a las características locales y al contexto en el que se produce. En la implementación del PSF se observa una realidad local que pareciera haberse adaptado al programa de acuerdo con las características locales y a pesar de las diferencias en recursos y estructura se habrían logrado hipertrofiar las potencialidades locales para obtener resultados similares. Un ejemplo es Trenque Lauquen, donde hubo un gran desarrollo de trabajo comunitario y de participación social (componente II) gracias a la amplia oferta de disciplinas en el equipo y al compromiso y trabajo con la comunidad.

En términos generales los resultados, las dimensiones de estructura, que tiene que ver con la superficie del lugar, el número de recursos humanos, los insumos, los recursos materiales, por sí mismos no generarían mejoras en los procesos de trabajo ni en los resultados en los indicadores de salud preventiva desarrollada en la comunidad.

Tampoco los escenarios económicos parecieran incidir en los resultados evaluados, ya que en la comparación se eligieron centros de salud con características similares en éstos aspectos.

En la bibliografía reciente, a partir de trabajos publicados sobre la calidad de la Atención Primaria de la salud en la provincia de Buenos Aires ⁶⁸ muestran serias dificultades en la calidad, tanto de los procesos como de los resultados, en ese estudio también se analiza y se evalúan los indicadores planteados en este trabajo mostrando similitudes con los centros de salud donde no existe el programa, lo cual hace pensar que ésta evaluación de la PP muestra una realidad generalizada. Llama la atención que en aquel estudio logran rescatar los datos de los indicadores solo en un 13 % de los centros evaluados, mientras que en nuestro estudio, en aquellos centros donde funcione el programa el 100 % de ellos poseían el registro de los datos requeridos. De los indicadores evaluados en aquel estudio también muestran una detección precoz de embarazos (6,9 %), vacunación (63,6 %) muy por debajo del promedio de los indicadores de los centros donde existe el programa de salud familiar.

La estrategia de evaluación de una PP excede la cuestión política que una administración requiere para justificar el sostenimiento presupuestario del programa, incluye también la idea de generar información que permita orientar las decisiones futuras de la política pública.

En cuanto a los indicadores seleccionados para éste trabajo de investigación se desarrolló a partir de un consenso planteado desde 86 indicadores en el seno de países industrializados (OCDE) estableciendo finalmente los indicadores utilizados para el sector de la APS. Otros modelos fueron utilizados en distintos programas de evaluación de la Calidad en la APS, como el modelo DOPRI utilizado en 6 centros de salud de Colombia⁶⁹ pero éstos están más orientados al análisis de la interacción de la comunidad con el servicio de salud y no como nosotros que evaluamos justamente lo contrario.

Existen sin embargo estudios donde apuntan a medir resultados de procesos externos, aunque dentro de una gran batería de indicadores orientados a resultados de salud de la población, con lo cual dificulta la comparación de nuestros resultados. Es el caso del trabajo realizado por Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, México salud pública de México / Vol.44, no.4, julio-agosto de 2002 quienes desarrollaron 71 indicadores para resultados de salud, entre ellos: número de controles de embarazo de 4,4, similar a los equipos de Salud Familiar, luego el porcentaje de vacunación es de 98 %, pero reduce dicho indicador a menores de 1 año, los cuales seguramente son datos que se pueden obtener en nuestros centros evaluados.

Existe numerosas evidencias de la pertinencia de la definición geográfico-poblacional de los equipos de salud para el establecimiento de un sistema local de salud (SILOS), lo que mostraría este estudio es que una política pública enfocada a un equipo y adecuada por éste a al contexto donde está establecido genera resultados en procesos de prevención de la salud muy importantes y se supone que en mediano o largo plazo redundará en resultados en salud.

68. Marin, G; Silberman, M; Sanguinetti, C. "The quality of primary care health centres in Buenos Aires, Argentina", *Quality in Primary Care*, Volume 17, Number 4, August 2009, pp. 283-287(5)

69. Roldan P, Vargas C, Giraldo C: "Evaluación de la Calidad de la Atención de la Salud. Un estudio de Caso". *Colombia Médica*, año/vol 32, n1. Universidad del Valle .Cali. Colombia pp14-32.2001

También es de suponer que la satisfacción de la población a cargo del equipo será mayor que en aquellos lugares donde no está implementada, pero para confirmar dicha hipótesis hará falta posteriores estudios.

Es importante recalcar la importancia del equipo en éste proceso. Trabajar en salud, cediendo el foco en el médico y poniéndolo en el equipo, o más aún en la interacción entre éste y la comunidad es un desafío y a la vez un planteo paradigmático, a la vez retirar el énfasis en la enfermedad y colocarlo en la salud y en los procesos que conlleva mantenerla, también significa un nuevo posicionamiento de la Salud Pública. Por ello es evidente que en los países donde esto está sucediendo los indicadores de salud son mejores y la satisfacción del trabajador y del paciente es mayor también.^{70,71}

Además del equipo de salud, es importante, como lo mostramos en este trabajo, el valor agregado que tiene la multidisciplina, sobre todo si logra integrarse en un saber común incluyendo el llamado “saber popular” que proviene del usuario, es decir de la comunidad, eso, que Morin llama Transdisciplina, es un desafío que los equipos de salud pueden aspirar, al menos, pensarlo y discutirlo, como camino a recorrer.

Que las actividades de Promoción, sobre todo de educación para la salud y de la participación comunitaria generarían, de manera eficiente, mejores resultados en salud, pero reforzar dichos emblemas de la APS a la luz de los resultados obtenidos forma parte de evitar las oportunidades perdidas para su difusión y recomendación a los gestores sanitarios.

Seguramente habrá otras dimensiones que también juegan un rol en los procesos de mejora del trabajo y de los resultados que serán necesarios tomarlos en cuenta en futuras investigaciones. Entre ellos la “calidad” de los recursos humanos, en cuanto a disciplinas, formación, motivaciones para trabajar en APS, etc., la satisfacción del equipo y de sus integrantes, y por supuesto la satisfacción de los destinatarios de los procesos de mejora de las Políticas Públicas.

Evidentemente es un tema complejo, pero imprescindible en la consecución y mejora de un programa, sobre todo si enfoca hacia la APS, ya que los países que estructuran su sistema en ella generan mejores resultados a corto y largo plazo a un costo más accesible y con una satisfacción mayor de la comunidad.^{72,73,74}

Seguramente habrá otras dimensiones que también juegan un rol en los procesos de mejora del trabajo y de los resultados que serán necesarios tomarlos en cuenta en futuras investigaciones, como la “calidad” de los recursos humanos, en cuanto a disciplinas, formación, motivaciones para trabajar en APS, etc.

70. Barbara Starfield. “The Primary Solution Put doctors where they count”. Nov.Dec.R2005 Boston Review Archives

71. Barbara Starfield Contribution of Primary Care to Systems and Health. Johns Hopkins University, New York University

72. Based on data in Starfield & Shi, Health Policy 2002; 60:201-18.

73. Macinko et al, Health Serv Res 2003; 38:831-65.

74. Roetzheim et al., 1999; 48:850-8

Bibliografía

- ALMEIDA FILHO, N., “Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referencia científica”, Vol 9 (2); 315-33, maio-ago, 2002.
- ÁLVAREZ, J., *Desarrollando equipos de trabajo en la empresa chilena de hoy*, Universidad de Chile: Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Departamento de Ingeniería Industrial, 1997.
- ARCE, H., *Proyecto Sobre Indicadores de calidad en salud de la OCDE*.
- ARNOLD, M., OSORIO F., *Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas*, Departamento de Antropología, Universidad Nacional de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, 1998.
- BATESON, G., *Pasos hacia una ecología de la Mente*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1976.
- BRITO, Pedro E., Mónica Padilla y Félix Rígoli, “Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud”, en *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 2002;16(4).
- CASAS ZAMORA, J.A., “Inversión en salud y crecimiento económico: una perspectiva de América Latina y El Caribe”, ponencia en *XXXV Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud División de Salud y Desarrollo Humano*, La Habana, Cuba 17 Al 19 De Julio 2000 Washington, DC, Abril 2000
- CASTRO COSSÍO, E., Guerrero Ramos, R., “Los grupos en las organizaciones”, en *Material de estudio de la Maestría Bibliotecología y Ciencia de la Información: Módulo sobre comportamiento organizacional*, Facultad de Comunicación, La Habana, 2002.
- COLLAZO HERRERA, Manuel M., “El poder de mercado de la industria farmacéutica”: Centro de Investigación y Desarrollo de Medicamentos Rev Cubana Farm v.31 n.2 Ciudad de la Habana ene.-ago. 1997.
- DÁVILA, A., “Comprender Integralmente al Ser Humano”, en *Revista de Atención Primaria de la Salud*, Año 4 - número 7, Abril de 2007.
- DE SOUZA CAMPOS, G. W., *Paideia y Gestión. Salud Colectiva*, La Plata 1 (1) 59-67, enero-abril 2005.
- DE SOUZA CAMPOS, G. W., “Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim”, Minas Gerais Sérgio Resende Carvalho, Caderno de Textos – Versus Brasil http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf
- DONABEDIAN, A., *La calidad de la Atención Médica*, La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- EISENHARDT, K., Kahwajy, J., Bourgeois, L., *El Trabajo en Equipo, ventajas y dificultades*, Granica, 2000.
- GIBERTI, E., *La Familia a pesar de todo*, Noveduc, 2005.
- GIRÓN, Manuel, Begoña Beviá, Elisa Medina y Manuel Simón Talero; “Calidad De La Relación Médico Paciente Y Resultados De Los Encuentros Clínicos En Atención Primaria De Alicante: Un Estudio Con Grupos Focales” *Rev. Esp. Salud Pública* 2002; 76: 561-575 N.º 5 - Septiembre- Octubre 2002.
- HABERMAS, J., *Teoría de la acción comunicativa, Irracionalidad de la acción y racionalización social*, Taurus Humanidades 1987, 1988, 1992, 1999, disponible en: <http://www.scribd.com/doc/14009059/jurgen-habermas-teoria-de-la-accion-comunicativa-i>
- HERNANDEZ, Jorge Román. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario

y secundario de atención. Rev. Cubana Salud Pública, abr.-jun. 2003, vol.29, no.2, p.103-110. ISSN 0864-3466

HERNÁNDEZ, Mario, El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina Publicado en la Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2001; 19(1): 57-70

JACKSON, D.: "Teoría de la comunicación Humana". Barcelona, Herder.1995

Joan Gene -Badiaa,b,c, Carlos Ascasod, Georgia Escaramis-Babianod, Laura Sampietro-Colome, Arantxa Catala ´n-Ramosa, Mireia Sans-Corralesa,f and Enriqueta Pujol-Riberaa. "Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output" Family Practice Advance Access published on 1 November 2006

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 Pública. 2007; 21(2/3):73-84.

ROBBINS, SP., *Comportamiento organizacional. Teoría y práctica*, Prentice-Hall Hispanoamericana, San Diego State University, 1999.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, "La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas", documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).2007 http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf

OSZLAK, Oscar y O ´DONNELL, Guillermo (1984) "Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación" en Klisberg, Bernardo y Sulbrandt, José (comp.) "Para investigar la Administración Pública", INAP, Madrid.

PAGANINI, Md, Dr. Ph José María, "Las estrategias para la calidad y eficiencia en salud", Centro Inus.

PAGANINI, JM., "La gestión integral de la calidad, una estrategia para la equidad en salud", en *Revista CIDCAM*, N1, septiembre 2005.

REPETTO, Fabián, Notas para el análisis de las políticas sociales: una propuesta para el institucionalismo en "Perfiles Latinoamericanos Nro.12 Revista de la FLACSO -México; junio, 1998.

SALINAS-OVIEDO, C., M.C. Javier Laguna-Calderon, M.C., M.S.P, María Del Rosario Mendoza-Martínez, M.C., M.I.S.S, "La Satisfacción Laboral y su papel en la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica", en *Salud Pública*, México, Vol. 36(1):22-29, 1994.

United Nations Development Program. Human Development Report. New York: Oxford University Press, 2003.

VILLANUEVA, J., "La investigación científica y la problemática de la industria Farmacéutica". Academia Iberoamericana De Farmacia *Ars Pharmaceutica*, 44:3; 281-301, 2003

VOURI, H.V., *El control de calidad en los Servicios Sanitarios*, S.G. Editores, Barcelona, 1998.

KATZENBACH, J.R., Smith DK., *The Wisdom of Teams: creating the high-performance organization* 2, Harvard Business School Press, 1993.

Anexo (*)

(*) Aquí sólo se presentarán los modelos de cuadros que se utilizaron para el relevamiento de datos; del mismo modo, los gráficos que se incluyen son sólo de carácter ilustrativo. Los datos completos están contenidos en el CD que acompaña este trabajo.

Identificación del efector

NOMBRE Y/O NUMERO:

CODIGO REMEDIA

DIRECCIÓN:

BARRIO:

LOCALIDAD:

PARTIDO:

PROVINCIA:

TELÉFONO:

MAIL:

FECHA:

NOMBRES Y CARGOS DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD QUE PARTICIPARON EN LA DISCUSIÓN Y LLENADO DE ESTE INSTRUMENTO:

| | | |
|---|------------------------|---|
| Estructura | Nº | |
| Cantidad de consultorios (médicos y no médicos) | | |
| Metros cuadrados cubiertos | | |
| Producción | Nº | |
| Cantidad mensual de consultas médicas | | |
| Cantidad mensual de consultas/prácticas de consultas no médicas (psicología, odontología, trabajo social, etc.) | | |
| Cantidad mensula de prácticas realizadas por enfermeros | | |
| RRHH - Especialidad - Disciplina | Cantidad de individuos | Carga horaria semanal de la especialidad o disciplina |
| Médico generalista | | |
| Médico clínico | | |
| Médico pediatra | | |
| Médico obstetra / ginecólogo | | |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| Odontólogo | | |
| Psicólogo | | |
| Trabajador social | | |
| Obstétrica | | |
| Lic. en enfermería | | |
| Enfermeros profesionales | | |
| Auxiliar de enfermería | | |
| Enfermeros empíricos | | |
| Técnico | | |
| Administrativos | | |
| Otros | | |
| Total | | |

AREAS DE EVALUACION Y SUS ESTANDARES

Luego de decidir el cumplimiento (SI) o incumplimiento (NO) de un estándar, complete en el casillero que corresponda con el número 1. De esta forma se obtendrán los resultados de la evaluación en la solapa tablas y gráficos

| | Cumplimiento | |
|---|--------------|----|
| | Sí | No |
| 1. Conducción y Gestión | | |
| ¿Está definida el área programática? | | |
| ¿Se conocen los datos geográficos del área (zonas inundables, etc)? | | |
| ¿Se conocen los datos demográficos de la población del área? (estructura poblacional, etc) | | |
| ¿Se conocen los datos socioeconómicos de la población del área? (características de las viviendas, NBI, analfabetismo, desocupación, inmigración, presencia de etnias, etc) | | |
| ¿Se conocen los datos sanitarios de la población del área? (existencia de agua potable, contaminación de fuentes de agua, presencia de fábricas, basurales, etc) | | |
| ¿Tiene identificados los grupos vulnerables según características geográficas, demográficas, socioeconómicas y sanitarias que actúan como determinantes de la salud? | | |
| ¿Dispone de mapa del área programática con identificación de línea de cloacas y agua potable? | | |

| | | |
|---|--|--|
| ¿Dispone de mapa del área programática con identificación de los grupos vulnerables según características geográficas, demográficas, socioeconómicas y sanitarias? | | |
| Dispone de información de otras organizaciones del área? (escuelas, ONG, iglesias, grupos de autoayuda, clubes, etc) | | |
| ¿Las actualizaciones de los datos y mapas mencionados se realizan por lo menos una vez al año? | | |
| ¿El personal del centro, realiza un censo poblacional por lo menos una vez al año? | | |
| ¿La población del área programática está nominalizada? | | |
| ¿Se identifican problemas prioritarios según necesidades y grupos vulnerables, y en base a estos se diseñan por escrito PROGRAMAS LOCALES ESPECÍFICOS, en donde se definen actividades concretas, responsables, resultados esperados, cobertura efectiva y otros indicadores de monitoreo y evaluación del impacto? | | |
| ¿Los Programas locales son integrales y se basan en la estrategia de atención primaria? | | |
| Los Programas locales definen como fin último la búsqueda de equidad y calidad de la atención? | | |
| El diseño de los Programas se realiza de manera participativa con todo el equipo de salud? | | |
| El diseño de los Programas se realiza de manera participativa con otras organizaciones? | | |
| ¿Se analiza de manera sistemática el cumplimiento de las acciones, de los resultados esperados y la evolución de los indicadores de monitoreo y evaluación definidos en los Programas? | | |
| Existe articulación sistemática con los niveles de conducción local? | | |
| | | |

| 2. Recursos humanos | Cumplimiento | |
|--|--------------|----|
| | Sí | No |
| ¿Existe una persona responsable de la dirección? | | |
| ¿El jefe del centro ha recibido un curso de administración en salud? | | |
| ¿Fue designada por concurso? | | |
| ¿El concurso tiene caducidad? | | |
| Se cuenta con un profesional médico durante todo el horario de funcionamiento? (excluye guardia) | | |

Evaluación del Trabajo del Equipo en la Práctica de la Salud Familiar

| | | |
|---|--|--|
| ¿Se cuenta con personal de enfermería en todo el horario de funcionamiento? | | |
| ¿Tiene acceso diario a odontólogo? | | |
| ¿Tiene acceso diario a trabajador social? | | |
| ¿Tiene acceso diario a la atención en salud mental? | | |
| ¿Posee personal administrativo capacitado para hacer circular eficientemente al paciente por el sistema? | | |
| ¿Se realiza evaluación de desempeño por lo menos una vez al año? | | |
| ¿Se define un Programa de educación permanente para todo el personal? | | |
| Todos los miembros del personal han recibido algún tipo de capacitación en APS? | | |
| ¿Se lleva algún tipo de registro individual (legajo o similar) de cada integrante del equipo de salud, que incluya información sobre sus avances laborales y de capacitación? | | |
| ¿Se utiliza algún mecanismo de motivación para el personal? (reconocimiento, incentivo económico, promoción, etc) | | |
| ¿Existe algún mecanismo para que los miembros del equipo de salud puedan realizar sugerencias a nivel centro de salud y/o a nivel de conducción local? | | |
| | | |

| 3. Registros de información | Cumplimiento | |
|---|--------------|----|
| | Sí | No |
| Se lleva registro de la atención de los pacientes en historias clínicas? | | |
| Los formularios son estandarizados? | | |
| Se lleva en la historia clínica registro de la atención del paciente de manera integral? (atención interdisciplinaria, visitas domiciliarias, vacunación, derivación, etc) | | |
| Se utiliza la historia clínica electrónica? | | |
| Se utiliza la Historia clínica familiar en la que se registra la información clínica de todos los integrantes de la familia? | | |
| Cuenta con un ordenamiento único de historias clínicas que permita el acceso oportuno a las mismas? | | |
| Se incorporan los datos de la historia clínica perinatal al Sistema Informático Perinatal Ambulatorio- SIPA- del Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires? | | |
| Se registran las actividades diarias de asistencia a la demanda? (consultas médicas, odontológicas, visitas domiciliarias, vacunación, entrega de medicamentos, derivaciones) | | |

| | | |
|--|--|--|
| Se utiliza fichero cronológico o sistema de registro similar para controlar la periodicidad de los controles de niños y mujeres? (control niño sano, control embarazada, PAP, etc) | | |
| Se emplea un registro para el seguimiento de derivaciones, interconsultas y/o prácticas? | | |
| Se utiliza una codificación única de morbilidad en todos los registros (incluyendo HC)? | | |
| Se lleva un registro de actividades comunitarias? | | |
| Se lleva registro de cumplimiento del calendario de vacunación de los pacientes? | | |
| Se confeccionan indicadores de morbilidad según edad y género? | | |
| Se confeccionan indicadores de morbilidad según grupos vulnerables? | | |
| Se confeccionan indicadores de cobertura de control prenatal? | | |
| Se confeccionan indicadores de cobertura de control de puerperio? | | |
| Se confeccionan indicadores de cobertura de control ginecológico? | | |
| Se confeccionan indicadores de cobertura de control de niño sano? | | |
| Se confeccionan indicadores de cobertura de control de enfermedades crónicas (HTA, DBT, etc)? | | |
| Se confeccionan indicadores de cobertura de otros grupos vulnerables? | | |
| Se confeccionan indicadores de cobertura de inmunizaciones por tipo de vacuna? | | |
| Se confeccionan indicadores de cobertura de Programas específicos? | | |
| Se confeccionan indicadores para posibilitar la medición del cumplimiento de los resultados esperados y el impacto de Programas locales específicos? | | |
| Se confeccionan indicadores de captación temprana de mujeres embarazadas? | | |
| Se confeccionan indicadores para conocer el % de pacientes con cronograma completo de controles establecidos por norma? | | |
| Se confeccionan indicadores que permitan evaluar la participación comunitaria? | | |
| Se confeccionan indicadores sobre satisfacción del personal? | | |
| ¿Los resultados de estos indicadores están disponibles por lo menos semestralmente? | | |
| | | |

| | Cumplimiento | |
|--|--------------|----|
| | Sí | No |
| 4. Actividades de organización | | |
| ¿Se realizan reuniones periódicas del equipo de salud? | | |

Evaluación del Trabajo del Equipo en la Práctica de la Salud Familiar

| | | |
|--|--|--|
| ¿Se confecciona un orden del día para tratar en las reuniones? | | |
| Se registran los temas tratados y decisiones tomadas en actas? | | |
| El horario de atención de especialidades es de 8 a 17 horas? | | |
| El centro está abierto las 24 horas? | | |
| El centro dispone de una grilla de horarios por servicio y por profesional, en lugar visible, para que los pacientes se informen sobre los mismos? | | |
| Se otorgan turnos (consultas programadas) para control de niño sano, embarazadas, enfermos con patologías crónicas? | | |
| Se planifican acciones para disminuir el tiempo de espera del paciente en el centro? | | |
| Se lleva al día la libreta sanitaria de todos los niños? | | |
| Existe la posibilidad de colocar cualquier vacuna en el momento que se necesite, suprimiendo días especiales según tipo de vacuna? | | |
| Se realiza control de stock y de vencimientos de fármacos? | | |
| Se calculan los insumos necesarios según población del área programática? | | |
| | | |

Cumplimiento

| 5. Normas de atención | Cumplimiento | |
|--|--------------|----|
| | Sí | No |
| ¿Las siguientes normas de atención están a la vista para ser utilizados por el personal de salud ? | | |
| Norma para la atención integral del niño - primer año de vida | | |
| Norma para la atención integral del niño - del año en adelante | | |
| Norma para la atención integral del adolescente | | |
| Normas para el control del embarazo normal y la atención del embarazo de bajo riesgo | | |
| Normas para la evaluación del crecimiento | | |
| Normas de vacunación | | |
| Normas para el tratamiento de IRA | | |
| Normas para el tratamiento de diarrea | | |
| Normas para el tratamiento de la anemia en la población materno infantil | | |
| Normas para la alimentación del niño enfermo | | |
| Normas para el tratamiento de la adicción al tabaco | | |

| | | |
|--|--|--|
| Normas de detección, asistencia, intervención a mujeres y niños víctimas del maltrato | | |
| Normas de nutrición en APS | | |
| Normas de actividad física en salud y enfermedad | | |
| Normas de lavado de manos | | |
| Normas de organización y funcionamiento | | |
| Normas de actividades mínimas para responsables de efectores primer nivel | | |
| Normas para el registro de un conjunto mínimo de datos para la identificación de los pacientes | | |
| Normas para indicadores de cobertura | | |
| Normas sobre el manejo de residuos biopatológicos de unidades de atención a la salud | | |
| Norma de notificación obligatoria de enfermedades | | |
| Norma sobre instituciones de salud libres de humo de tabaco | | |
| La dirección promueve su uso? | | |
| Se realiza revisión sistemática de normas y/o protocolos? | | |
| | | |

| | Cumplimiento | |
|---|--------------|----|
| | Sí | No |
| 6. Actividades del equipo de salud sobre la comunidad | | |
| ¿Se realizan actividades para captación o recaptación de mujeres embarazadas, niños y personas con enfermedades crónicas para su control y/o tratamiento? | | |
| ¿Se realizan estrategias de captación de familias a partir del control del niño? | | |
| ¿Se realiza detección, seguimiento, derivación sistemática ante casos posibles de adicciones? | | |
| ¿Se realiza detección, seguimiento, derivación sistemática ante casos posibles de violencia familiar? | | |
| ¿Se realiza detección, seguimiento, derivación sistemática ante casos posibles de patología mental? | | |
| ¿Se realiza detección, seguimiento, derivación sistemática ante casos posibles de trastornos alimentarios? | | |
| ¿Se realiza detección, seguimiento, derivación sistemática ante casos posibles de negligencia (abandono) infantil? | | |
| ¿Realiza actividades regulares de promoción y prevención en escuelas pertenecientes al área? | | |
| ¿Realiza articulación con instituciones para la captación, atención, seguimiento y evaluación del riesgo? | | |

Evaluación del Trabajo del Equipo en la Práctica de la Salud Familiar

| | | |
|---|--|--|
| ¿Realiza actividades comunitarias orientadas a la problemática de salud reproductiva? (prevención del embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, etc) | | |
| ¿Realiza acciones dirigidas a la población adulta mayor? | | |
| ¿El centro organiza grupos de autoayuda? | | |
| ¿Se realizan visitas domiciliarias? | | |
| ¿Se fomenta la actividad física? | | |
| Se realizan actividades para resolver las problemáticas del medio ambiente (contaminación, presencia de insectos, roedores, etc)? | | |
| Utilizan mecanismos formales de evaluación de la cobertura y el impacto de las actividades desarrolladas en el centro? | | |
| | | |

Cumplimiento

| 7. Participación social | Sí | No |
|--|-----------|-----------|
| ¿La comunidad tiene la posibilidad de participar en identificación y jerarquización de problemas? | | |
| La comunidad tiene la posibilidad de participar en la definición de los Programas específicos? | | |
| Utiliza mecanismos formales para conocer la opinión de los pacientes? (buzón para recoger sugerencias, libro de quejas o similar, etc) | | |
| Cuenta con evidencia de que estas opiniones han sido tomadas en cuenta? | | |
| | | |

Cumplimiento

| 8. Referencia contrarreferencia | Sí | No |
|--|-----------|-----------|
| Se conoce la oferta sanitaria del área? (efectores de salud estatales o privados, ubicación, servicios que prestan, complejidad) | | |
| Existe documentación donde se explicita la red de derivación de su centro? | | |
| Se efectúan reuniones de coordinación con hospitales, otros centros, laboratorios, etc? | | |
| Se registra en actas? | | |
| Se dispone de acceso semanal a laboratorio, con obtención de resultados como máximo 10 días posteriores a lo solicitado? (excluye urgencias) | | |

| | | |
|--|--|--|
| Se dispone de acceso semanal a imágenes, con obtención de resultados como máximo 10 días posteriores a lo solicitado? (excluye urgencias) | | |
| El centro cuenta con procesos escritos de referencia- contrareferencia consensuados con hospital, otros centros de salud, laboratorios, etc? | | |
| Se consiguen los turnos para los pacientes desde el centro? | | |
| El formulario de referencia contrareferencia es completado por ambos efectores? | | |
| El informe de contrareferencia se archiva en HC? | | |
| | | |

| | Cumplimiento | |
|--|---------------------|-----------|
| 9. Planta física | Sí | No |
| El acceso al CAPS posibilita el ingreso del público sin dificultades (rampas, iluminación, señalización, etc) | | |
| Se dispone de agua apta para consumo? (agua potable, bidones, etc) | | |
| Los consultorios poseen adecuada temperatura ambiental todo el año? | | |
| El resto del edificio posee adecuada temperatura ambiental todo el año? | | |
| Cuenta con adecuada ventilación? | | |
| Dispone de iluminación óptima durante todo el horario de funcionamiento? | | |
| La sala de espera posee sillas suficientes según demanda? | | |
| Cada consultorio dispone de lavamanos? | | |
| El consultorio de ginecología dispone de baño propio? | | |
| Los consultorios aseguran debida privacidad? (habitación cerrada, aislamiento visual y sonoro, con puertas que traben desde adentro) | | |
| Posee baño para el público en buen estado de mantenimiento y limpieza? | | |
| Posee baño exclusivo para el personal? | | |
| Posee baño para discapacitados? | | |
| Cuenta con espacio preparado para vacunación? | | |
| Cuenta con espacio físico en condiciones para almacenar fármacos y leche? | | |
| Cuenta con sala de estar para el personal? | | |

Evaluación del Trabajo del Equipo en la Práctica de la Salud Familiar

| | | |
|---|--|--|
| Se dispone de salón de usos múltiples con capacidad mínima para 20 personas? | | |
| Cuenta con matafuegos en buen estado, en circulaciones y en aquellos sectores donde exista factores de riesgo? | | |
| El personal conoce el uso de los matafuegos? | | |
| Se dispone de carteles donde se difunda el concepto de espacio libre de humo, la prohibición de fumar, etc | | |
| Se realiza limpieza general por lo menos una vez al día? | | |
| El centro tiene acceso a los medios necesarios para realizar mantenimiento preventivo y correctivo de la planta física? | | |
| | | |

Cumplimiento

| 10. Recursos materiales | Sí | No |
|---|-----------|-----------|
| El centro de salud, cuenta con los siguientes recursos materiales al efecto de posibilitar la adecuada atención de los pacientes? | | |
| Escritorio y 2 sillas (por consultorio) | | |
| Camillas (1 por consultorio) | | |
| Tallímetro para adultos | | |
| Balanza calibrada adultos | | |
| Balanza calibrada lactantes | | |
| Pediometro | | |
| Cinta métrica inextensible | | |
| Termómetro/s | | |
| Estetoscopio | | |
| Estetoscopio auscultación fetal (Pinard) | | |
| Tensiometro adulto calibrado | | |
| Tensiometro infantil calibrado | | |
| Otoscopio | | |
| Gestograma | | |

| | | |
|---|--|--|
| Martillo de reflejos | | |
| Carro de emergencias equipado | | |
| Fotosforo | | |
| Ambou | | |
| Laringoscopio | | |
| Silla de ruedas | | |
| Esterilizador o método adecuado para esterilización | | |
| Camilla ginecológica | | |
| Colposcopio | | |
| Material para ginecología (especulo, pinza, etc) | | |
| Heladera exclusiva para vacunas | | |
| Cartilla agudeza visual | | |
| Sillón odontológico | | |
| Turbina odontológica | | |
| Instrumentos de odontología | | |
| Computadora | | |
| Impresora | | |
| Acceso a internet | | |
| Sistema de comunicación en funcionamiento (teléfono, radio)? | | |
| Acceso a ambulancia o similar para transporte de pacientes durante todo el horario de funcionamiento? | | |
| | | |

| |
|---------------------|
| Cumplimiento |
|---------------------|

| | | |
|--|-----------|-----------|
| 11. Insumos | Sí | No |
| Actualmente cuenta con recepción periódica y en cantidad suficiente de: | | |
| Vacunas | | |
| Medicamentos esenciales disponibles según patologías prevalentes (antibióticos, antitérmicos y antiinflamatorios, hipotensores, hipoglucemiantes, etc) | | |

Evaluación del Trabajo del Equipo en la Práctica de la Salud Familiar

| | | |
|--|--|--|
| Hierro | | |
| Leche | | |
| Métodos anticonceptivos (ACO - DIU - INYECTABLES) | | |
| Sales de rehidratación oral | | |
| Material de enfermería (gasas, algodón, alcohol, jeringas, agujas, etc) | | |
| Guantes | | |
| Ropa limpia y/o material descartable (toallas - cubrecamillas - cubrebalanzas) | | |
| Papelería en cantidad suficiente | | |
| Elementos para limpieza | | |
| Tubo de Oxígeno | | |
| Aerocámaras con válvulas | | |
| Material toma de PAP | | |
| | | |

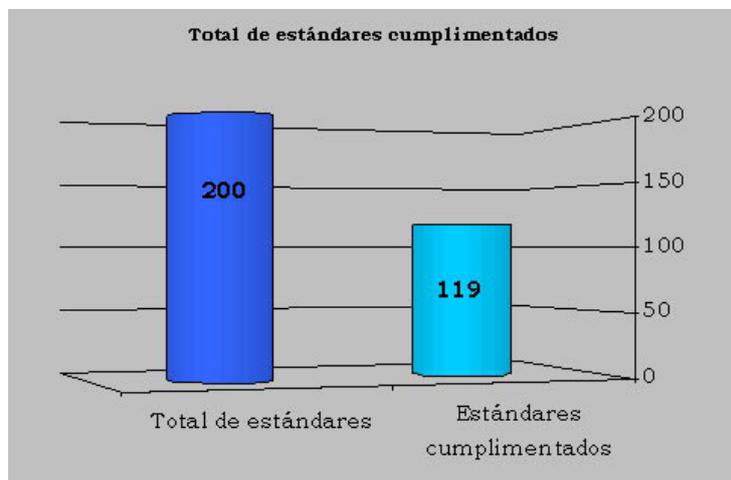
Cumplimiento

| 12. Capacidad docente | Sí | No |
|--|-----------|-----------|
| ¿El diseño de la planta física permite la presencia de por lo menos tres alumnos en el centro? | | |
| ¿Cuenta con disponibilidad física para el desarrollo de actividades docentes teóricas? | | |
| ¿Cuenta al menos con un integrante del equipo de salud que pueda dedicarle tiempo a actividades docentes, sin alterar la organización del efector? | | |
| ¿El potencial docente tiene formación docente o disposición para capacitarse? | | |
| ¿El potencial docente, tiene formación en Atención Primaria de la Salud? | | |
| ¿El potencial docente, tiene residencia o curso de posgrado acreditado en Medicina general? | | |
| ¿El potencial docente pertenece a la Facultad de Ciencias Médicas? | | |
| Otros integrantes del equipo colaboran como apoyo disciplinar en el abordaje de las problemáticas | | |
| En el último año, al menos un profesional de la salud ha participado en algún congreso de su especialidad? | | |
| En el último año, al menos un profesional de la salud ha presentado trabajo de investigación en algún congreso de su especialidad? | | |
| Se realiza algún tipo de investigación protocolizada en el centro? | | |

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Existen actualmente en desarrollo programas docentes de pregrado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Existen actualmente en desarrollo programas docentes de posgrado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estos programas docentes incluyen actividades en terreno? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Estándares totales

| | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Total de estándares | Total de estándares | Total de estándares |
| 200 | | |



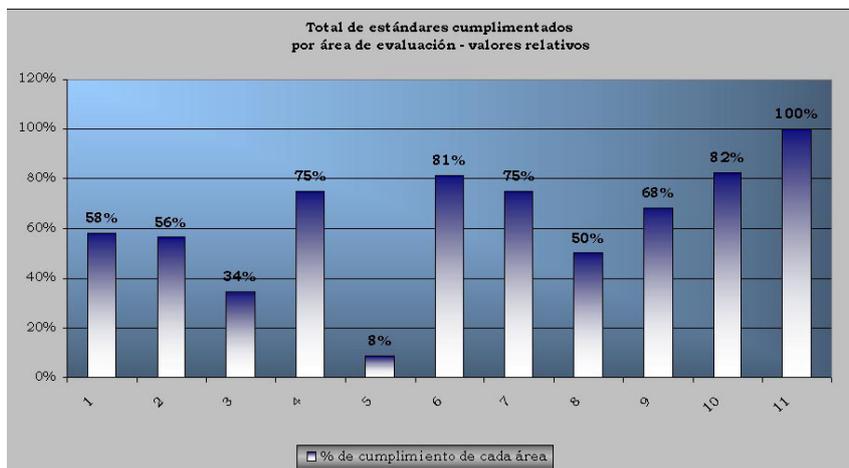
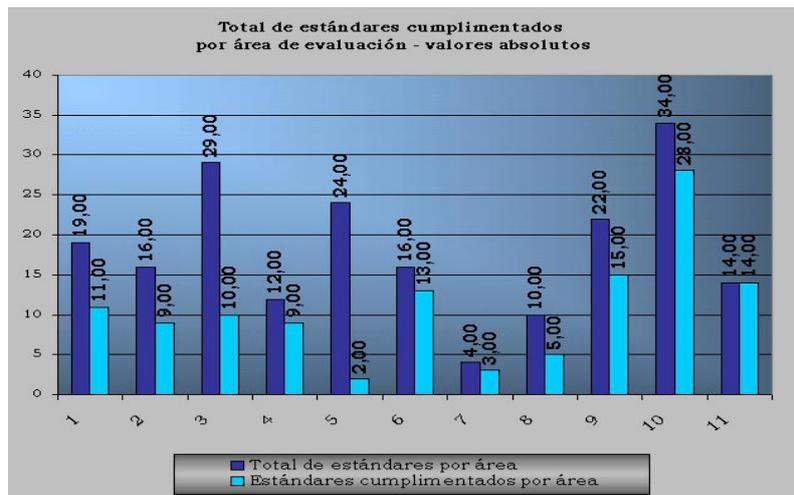
Estándares por área

| Áreas de evaluación | Total de estándares por área | Estándares cumplimentados por área | Cumplimiento de cada área % |
|---|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Conducción de gestión | 19 | | |
| 2. Recursos Humanos | 16 | | |
| 3. Registros e información | 29 | | |
| 4. Actividades de organización | 12 | | |
| 5. Normas de atención | 24 | | |
| 6. Actividades del equipo de salud sobre la comunidad | 16 | | |
| 7. Participación social | 4 | | |
| 8. Referencia contrarreferencia | 10 | | |

Evaluación del Trabajo del Equipo en la Práctica de la Salud Familiar

| | | | |
|------------------------|------------|--|--|
| 9. Planta física | 22 | | |
| 10. Recursos naturales | 34 | | |
| 11. Insumos | 14 | | |
| | 200 | | |

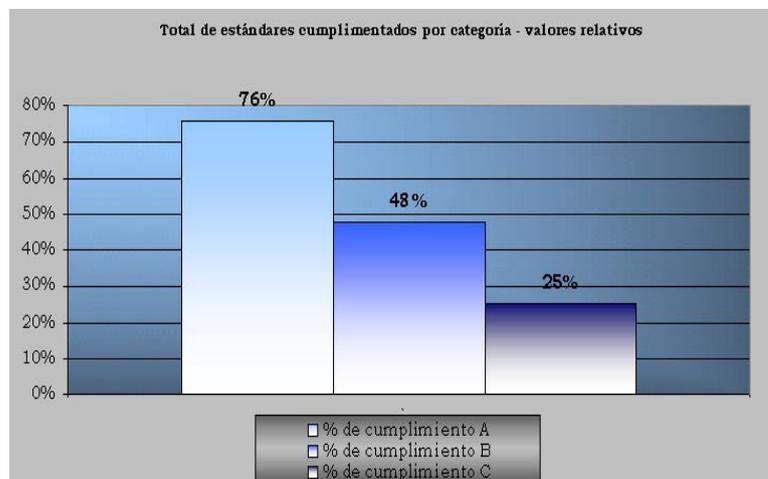
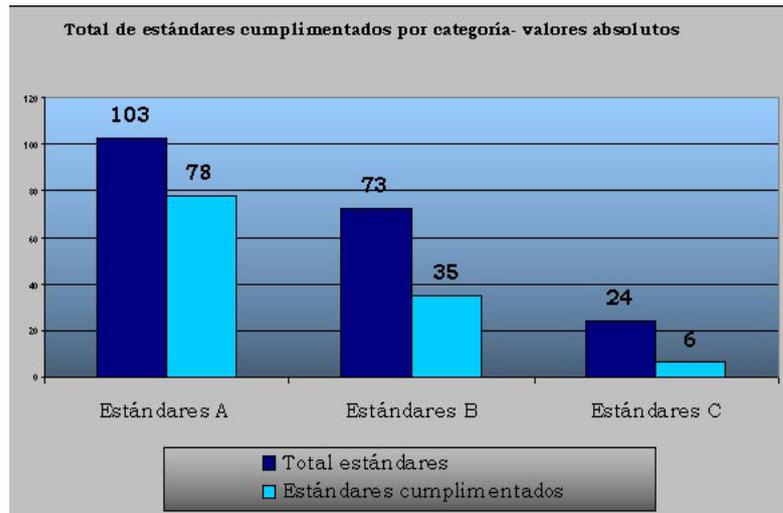
| Componente de evaluación | Total de estándares | Estándares cumplimentados | % de cumplimiento |
|--------------------------|---------------------|---------------------------|-------------------|
| I (áreas 1+2+3+4+5) | 100 | | |
| II (áreas 6+7) | 20 | | |
| III (área 8) | 10 | | |
| IV (área 9+10+11) | 70 | | |
| | 200 | | |



Estándares por área y categoría

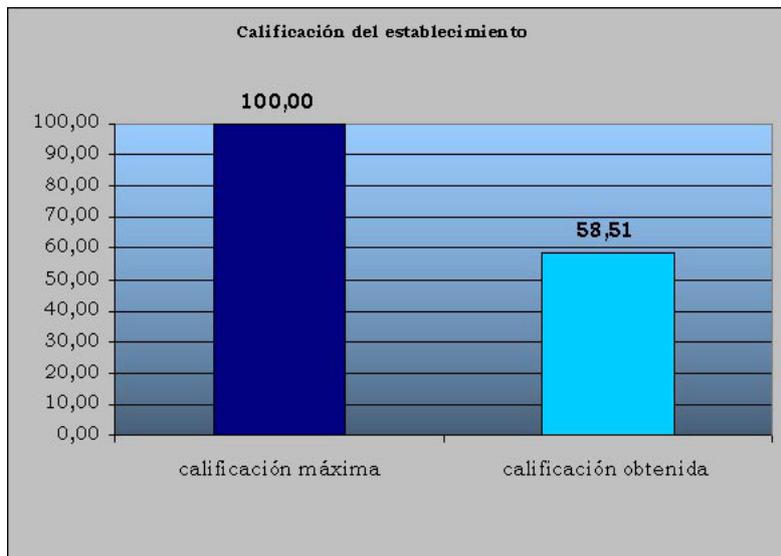
| Áreas de evaluación | Total de estándares A | Estándares A cumplimentados | % de cumplimiento A | Total de estándares B | Estándares B cumplimentados | % de cumplimiento B | Total de estándares C | Estándares C cumplimentados | % de cumplimiento C | Total de estándares | Estándares cumplimentados | % de cumplimiento |
|---|--------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------------|---------------------|---------------------|---------------------------|-------------------|
| | 1. Conducción de gestión | | | | | | | | | | | |
| 2. Recursos Humanos | | | | | | | | | | | | |
| 3. Registros e información | | | | | | | | | | | | |
| 4. Actividades de organización | | | | | | | | | | | | |
| 5. Normas de atención | | | | | | | | | | | | |
| 6. Actividades del equipo de salud sobre la comunidad | | | | | | | | | | | | |
| 7. Participación social | | | | | | | | | | | | |
| 8. Referencia contrarreferencia | | | | | | | | | | | | |
| 9. Planta física | | | | | | | | | | | | |
| 10. Recursos naturales | | | | | | | | | | | | |
| 11. Insumos | | | | | | | | | | | | |

| Componentes de evaluación | Estándares A | | | Estándares B | | | Estándares C | | |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|
| | Total de estándares A | Estándares A cumplimentados | Cumplimiento en % | Total de estándares B | Estándares B cumplimentados | Cumplimiento en % | Total de estándares C | Estándares C cumplimentados | Cumplimiento en % |
| I (áreas 1+2+3+4+5) | | | | | | | | | |
| II (áreas 6+7) | | | | | | | | | |
| III (área 8) | | | | | | | | | |
| IV (áreas 9+10+11) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |



Calificación global teniendo en cuenta el peso relativo de cada área

| Áreas de evaluación | Peso relativo | % de cumplimiento de cada área | Calificación obtenida área |
|---|---------------|--------------------------------|----------------------------|
| 1. Conducción de gestión | | | |
| 2. Recursos Humanos | | | |
| 3. Registros e información | | | |
| 4. Actividades de organización | | | |
| 5. Normas de atención | | | |
| 6. Actividades del equipo de salud sobre la comunidad | | | |
| 7. Participación social | | | |
| 8. Referencia contrarreferencia | | | |
| 9. Planta física | | | |
| 10. Recursos naturales | | | |
| 11. Insumos | | | |
| | | | |



Capacidad docente

| Área de evaluación | Total de estándares A | Estándares A cumplimentados | Cumplimiento en % | Total de estándares B | Estándares B cumplimentados | Cumplimiento en % | Total de estándares C | Estándares C cumplimentados | Cumplimiento en % | Total de estándares | Estándares cumplimentados | Cumplimiento en % |
|--------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------|---------------------------|-------------------|
| Capacidad docente | | | | | | | | | | | | |

