

Universidad Nacional de Rosario

Centro de Estudios Interdisciplinarios

Instituto de la Salud Juan Lazarte

Maestría de Salud Pública

Título tesis:

Primer nivel de atención y condiciones crónicas de salud

La capacidad de un Centro de Salud de la Municipal de Rosario para producir cuidados longitudinales e integrales en Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

Director: Mg. Néstor Raúl Ponce

Tesista: Juan Maximiliano Herrmann

Año: 2013

Resumen

Desde hace algunos años diferentes actores sociales (autoridades sanitarias, referentes académicos, organismos multilaterales, y movimientos sociales) vienen señalando la falta de adecuación entre la organización de las redes de servicios de salud y los problemas de salud-enfermedad-cuidado (s-e-c) que afectan mayoritariamente a las poblaciones de las sociedades contemporáneas: las enfermedades o eventos crónicos no transmisibles (ENT). Para varios autores los servicios de salud están organizados principalmente para atender condiciones agudas, y parte de su crisis reside en que aun no pueden generar cambios para atender adecuadamente las condiciones crónicas. Los sistemas de salud orientados en la Atención Primaria de la Salud (APS) están en mejores condiciones de producir cuidados siempre y cuando aseguren, además de la accesibilidad, cuidados longitudinales e integrales a los usuarios portadores de ENT. El presente trabajo se propone indagar las capacidades para el cuidado de las condiciones crónicas, tomando como eventos trazadores la Hipertensión arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus tipo II (DBT), de un centro de salud del primer nivel de la red municipal de la ciudad de Rosario.

Palabras clave: condición crónica, salud-enfermedad-cuidados, atención primaria, longitudinalidad, integralidad.

Abreviaturas

ACV: Accidente Cerebro vascular.
AGREE: Evaluación de Guías, Investigaciones y Directrices Clínicas para Europa (del inglés *Appraisal of Guidelines, Reserach and Evaluation for Europe*).
AP: Atención primaria.
APS: Atención primaria de la salud.
ATS: Escala Australiana de Triage (del inglés *Australasian Triage Scale*).
CC: Circunferencia de cintura abdominal.
CCM: Modelo de Atención Crónica.
CdeS: Centro de salud.
CICC: Cuidados Innovadores para Condiciones Crónicas.
COC: Continuidad asistencial (del inglés *Continuity of care*)
CTAS: Escala Canadiense de Triage (del inglés *Canadian Triage Acuity Scale*).
CTP: Carnet de tratamiento prolongado-crónico.
DBT: Diabetes Mellitus.
EA: Evento, enfermedad o problema de salud-enfermedad-cuidado agudo.
ECB: Evento, enfermedad o problema de salud-enfermedad-cuidado crónico de base.
ECG: Electrocardiograma.
ENT: Eventos o enfermedades no transmisibles.
ESF: Equipo salud de familia del SUS.
ESI: Índice de Severidad en Emergencias (del inglés *Emergency Severity Index*).
ET: Enfermedades o eventos transmisibles.
FR: Factor de riesgo.
HCF: Historia Clínica Familiar.
HCT: Diurético tiazídico.
HbA1c: Hemoglobina glicosilada.
HTA: Hipertensión arterial.
KP: *Kaiser Permanente*.
ICM: Índice de Masa Corporal.
MACC: Modelo de Atención de Condiciones Crónicas.
MAT: *Modelo Andorrá del Trialge*.
MDSS: Modelo de Determinación Social en Salud.
MPR: Modelo de la Pirámide de Riesgos.
NHS: Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (del inglés *National Health Services*)
NPH: Insulina absorción lenta.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
OPS: Oficina Panamericana de la Salud.
Pap: Papanicolaou.
PSA: Antígeno prostático específico (del inglés *Prostate-Specific Antigen*)
P s-e-c: Problemas de salud-enfermedad-cuidado.
RAS: Redes de Atención de Salud.
RISS: Redes integradas de servicios de salud.
RRHH: Recursos humanos.
SOMF: Sangre oculta en materia fecal.
SUS: Sistema Único de Salud de Brasil.
TA: Tensión arterial.
UPC: Continuidad del proveedor habitual (del inglés *Usual provider continuity*)
VIH/Sida: Virus inmunodeficiencia humana/Síndrome inmuno deficiencia adquirida.
VVAS: Virosis de vías aéreas superiores.

Índice

Abreviaturas	3
Introducción	7
Capítulo 1: De la situación problemática al problema-objeto de la investigación	9
Organización del capítulo.....	9
La situación epidemiológica en Rosario.....	11
El peso de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT).....	11
La respuesta social a la s-e-c: la adecuación del sistema de salud a los problemas crónicos.....	13
La Atención Primaria de la Salud.....	15
De la “APS” a las APs.....	15
El sistema de salud pública de la ciudad de Rosario.....	17
Condiciones de salud crónicas y agudas.....	23
De enfermedades a condiciones de salud.....	23
Modelos para la atención de las condiciones de salud.....	25
El modelo de las agudas y los modelos para las crónicas.....	25
De estrategias y modelos.....	31
¿Cuál es el problema a investigar?.....	31
El problema objeto y el marco lógico de la investigación.....	31
Capítulo 2: El problema de investigación y los objetivos	34
El problema de investigación.....	34
Objetivos.....	34
General.....	35
Específicos.....	35
Justificación.....	35
Capítulo 3: Abordaje Metodológico	36
Cuestiones de método.....	36
Los aspectos teóricos.....	37
Las Condiciones crónicas.....	37

Los atributos de la APS.....	38
Longitudinalidad.....	39
Integralidad.....	47
Integralidad de los cuidados respecto de la ECB.....	49
Integralidad en los cuidados centrados en la persona.....	52
Caracterización del contexto del estudio.....	55
Características del primer nivel de atención municipal.....	55
Características de la población de responsabilidad.....	56
Los aspectos técnicos.....	57
Fuentes de información.....	57
La selección de las unidades de información.....	57
Arquitectura del diseño.....	58
Plan de análisis.....	59
Capítulo 4: Presentación de resultados.....	60
Organización de la presentación.....	60
Los resultados de la investigación.....	60
Características estructurales y organizacionales del centro de salud.....	60
La población del área de responsabilidad del centro de salud.....	64
Los usuarios portadores de la condición crónica y de las historias clínicas revisadas.....	66
Longitudinalidad del cuidado de la condición crónica.....	71
El Motivo de Consulta.....	72
Continuidad del terapeuta registrante.....	75
Relación entre consultas.....	76
Consulta y Enfermedad crónica de base.....	78
Integralidad del cuidado de la ECB.....	80
El Examen físico y la ECB.	81
Exámenes complementarios y ECB.	82
Interconsultas y ECB.	84
Recomendaciones periódicas para la ECB en un año.....	85
Integralidad del cuidado centrado en la persona.....	87

Prácticas de promoción y prevención según sexo y edad en la consulta.	87
Prácticas de promoción y prevención en un año.....	88
Búsqueda de otros problemas de s-e-c.....	90
Abordaje interdisciplinario.....	91
Capítulo 5: Discusión y conclusiones.....	94
Discusión de los resultados.....	94
Comentarios finales.....	102
Referencias bibliográficas.....	104
Documentación accesoria.....	117
Anexo 1. Operacionalización de términos, Variables y Valores de variables.....	117
Anexo 2. Guía de la entrevista a trabajadores.....	118
Anexo 3. Guía encuesta semiestructurada a trabajadores.....	129
Anexo 4. Instrumento de recolección y análisis de datos de la HCF.....	120

Introducción

Las enfermedades o eventos crónicos no transmisibles (ENT) constituyen una de las primeras causas de la morbimortalidad en la actualidad. Este hecho, según denuncian múltiples actores, no ha sido acompañado adecuadamente por la mayoría de los sistemas de salud, los que persisten en organizar su oferta de servicios para atender principalmente condiciones agudas.

El cambio en los perfiles epidemiológicos y la preeminencia de las ENT no son nuevos. En los países desarrollados se produjo en las primeras décadas del siglo XX, donde las mejoras en las condiciones de vida y los avances en las tecnologías médicas, contribuyeron a disminuir el peso que las transmisibles tenían a inicios de la industrialización. En el caso de los países en vías de desarrollo el cambio se produjo durante la segunda mitad del pasado siglo y como consecuencia del acelerado proceso de transición demográfica, donde las transmisibles coexisten con las ENT y los problemas de salud característicos del tercer momento epidemiológico (problemas de salud mental, adicciones y violencia en sus diferentes formas).

La respuesta social a la enfermedad, plasmada especialmente a través de los sistemas de salud, también presenta cambios. En las tres últimas décadas múltiples factores contribuyeron a modificar los sistemas de salud según los lineamientos de la Atención Primaria de la Salud (APS). Definida como la estrategia más adecuada para dar cuenta de los problemas de salud-enfermedad-cuidado (s-e-c), la misma debe organizar a toda la Red de servicios de salud (RAS) con criterios de universalidad y equidad, organizando la oferta de servicios a modo de garantizar la accesibilidad, la longitudinalidad y la integralidad de los cuidados.

Ahora bien, las modificaciones en los sistemas de salud no han sido suficientes ni homogéneas. La APS ha sido reinterpretada de diferentes maneras al punto de no existir una APS sino varias APs, y el desfasaje de los sistemas respecto de los problemas de s-e-c hace que la situación del siglo XXI sea respondida socialmente con un sistema de atención de salud forjado a mitad del siglo XIX, cuando predominaba las condiciones agudas.

La ciudad de Rosario posee una extensa red de servicios públicos de salud. La red administrada por el Ministerio de Salud de la provincia comparte el territorio con la red

administrada por la Municipalidad. Si bien en sus postulados teóricos ambas adscriben a la APS, diferentes historias, perspectivas y valores han plasmado modelos organizacionales diferentes.

El presente trabajo tiene por objeto indagar las capacidades del primer nivel de atención municipal para producir cuidados adecuados a las condiciones crónicas en términos de longitudinalidad e integralidad.

El primer capítulo introduce a la situación problemática y cierra con la explicitación del objeto-problema de investigación. Durante el mismo se presentan diversos temas, conceptos y perspectivas analíticas como: i) la situación epidemiológica de Rosario y el peso de las ENT; ii) la respuesta social a los problemas de s-e-c y su adecuación a las enfermedades crónicas; iii) la Atención Primaria de la Salud; iv) la historia de la salud pública de la ciudad de Rosario; v) el concepto de condición de salud; y vi) los Modelos de atención propuestos para adecuar la organización de los servicios de salud a las condiciones crónicas.

En el segundo capítulo se presenta en detalle el problema de estudio, la justificación y los objetivos.

El tercer capítulo está destinado a aclarar cuestiones de método, a definir y operacionalizar los conceptos y variables utilizados, y a comentar la arquitectura y el diseño general del estudio.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados, los que son discutidos en el quinto y último capítulo.

Al final del trabajo se presentan las referencias bibliográficas y la documentación accesoria (anexos).

Capítulo 1: De la situación problemática al problema-objeto de la investigación.

ORGANIZACIÓN DEL CAPÍTULO

En este capítulo, destinado a presentar la situación problemática, se exponen los temas y conceptos que hacen posible el recorte del problema-objeto de la investigación.

En un primer momento, con el objetivo de caracterizar la situación epidemiológica de Rosario, se hace mención a: i) las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) y su aporte a los actuales perfiles epidemiológicos, tanto a nivel general como local. Para ello fueron consultadas diversas fuentes epidemiológicas, las que señala el acelerado proceso de transición epidemiológica que caracteriza a la mayoría de las poblaciones, donde Rosario no es la excepción; ii) la respuesta social a los problemas de salud-enfermedad-cuidado (s-e-c) y la adecuación de dicha respuesta a las enfermedades crónicas. Fue revisada la obra de diversos autores del mundo académico, instituciones sanitarias estatales y organismos multilaterales, quienes coinciden en señalar la falta de adecuación de los sistemas de salud, organizados principalmente para dar respuesta a las condiciones agudas, en producir cuidados adecuados a las crónicas.

El segundo momento está dedicado a la Atención Primaria de la Salud (APS). La presentación se hace siguiendo dos ejes: i) lo acontecido con la APS desde que fuera propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como estrategia para alcanzar la meta “*Salud Para Todos en el año 2000*”, donde la evidencia muestra que las realidades socio sanitarias de cada región moldearon la propuesta original al punto que varios autores señalan que no se puede continuar hablando de una APS, sino de varias APs; ii) algunos de los aspectos más sobresalientes de la historia de la salud pública de la ciudad de Rosario, haciendo énfasis en el proceso formativo de los dos sistemas públicos actuales -uno municipal y otro provincial- y en los diferentes proyectos político-sanitarios que dieron sustento a cada uno, lo que explica las marcadas diferencias entre ambos.

En el tercer momento se presenta el concepto de condición de salud. Siguiendo a Mendes (2011; 2012a), se adoptó la noción de condición de salud en lugar de enfermedad.

Dicho concepto tiene la ventaja de centrar la problemática de s-e-c en el encuentro entre el padecimiento de un usuario y los servicios de salud, donde la temporalidad del mismo puede ser corta –condición aguda- o larga –condición crónica-. Al desplazar del centro a la fisiopatología y a la etiología, son asumidos en la misma condición problemas de diferente naturaleza etiológica. A modo de ejemplo, desde esta propuesta, un portador de VIH/Sida ha de ser asumido por el sistema de salud como un usuario con una condición crónica, más allá de tratarse de un evento transmisible (ET), lo que obliga a diseñar un proyecto terapéutico adecuado a su condición, donde el vínculo usuario-servicios es obligadamente largo, “crónico”, de por vida. Esta perspectiva permite emparentar problemas de diferente naturaleza. En tal sentido, es tan crónica la Diabetes (DBT), la Hipertensión arterial (HTA) como el VIH/Sida, y es obligación de los servicios públicos de salud garantizar el derecho a una atención adecuada a los ciudadanos portadores de las mismas.

El cuarto momento está destinado al repaso de los diferentes Modelos de atención propuestos para adecuar la organización de los servicios de salud a las condiciones crónicas. Además de caracterizarlos, se pone especial énfasis en identificar los componentes que cada propuesta le debe a la APS. Si bien la idea de modelo para la atención de las crónicas no está muy difundida en nuestro medio, creemos que dicha reflexión introduce elementos interesantes para repensar la APS y su adecuación al cuidado de las condiciones crónicas.

Finalmente, y cerrando el capítulo, se presenta el problema-objeto de la investigación.

LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN ROSARIO

El peso de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT).

El peso correspondiente a las ENT en el perfil de morbi-mortalidad actual de la población es un hecho ampliamente reconocido (McKeon et. al., 1986: 10-11; Marrugat et. al., 1998). En las sociedades industrializadas, las enfermedades crónicas desplazaron a las enfermedades infecciosas en las primeras décadas del siglo XX, proceso que se consolidó hacia mediados del mismo siglo. Las mejoras generales en las condiciones de vida, en los ambientes de trabajo y el desarrollo de tecnologías sanitarias, en especial inmunizaciones y antibióticos, incrementaron la esperanza de vida al nacer por encima de los 50 años, generando las condiciones para la emergencia de otros problemas de salud-enfermedad minoritarios hasta ese momento.

La situación de salud en países en desarrollo es algo diferente (Mendes, 2012a). El inicio del tercer milenio combina cambios demográficos y epidemiológicos. Un acelerado proceso de transición demográfica, donde sobresalen el envejecimiento y la urbanización de las poblaciones, coexiste con un proceso de transición epidemiológica que se expresa en una triple carga de enfermedad: enfermedades infecciosas aún no superadas, una carga importante de causas externas y una fuerte presencia de ENT.

A nivel mundial, las principales ENT (cardiovasculares, cáncer, enfermedades pulmonares crónicas y diabetes) provocan la muerte de tres de cada cinco personas (Macinko et. al., 2011).

En la región de América Latina y el Caribe, las enfermedades crónicas son hoy la principal causa de enfermedad y muerte, representando el 68% de las muertes y el 60% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Sólo las enfermedades cardiovasculares son responsables del 35% de las muertes, mientras que en su conjunto, el SIDA, la tuberculosis, el paludismo y todas demás las enfermedades infecciosas son responsables del 10% de las muertes. La creciente exposición a factores de riesgo, juntamente a bajos niveles de acceso a una atención preventiva, están aumentando las necesidades de salud insatisfechas. Se calcula que entre el 30 y el 60% de la población no realizan los niveles mínimos recomendados de actividad física y la obesidad está aumentando en forma acelerada. Se estima que esta carga crónica

se incrementará como resultado del envejecimiento de la población y la disminución relativa de la proporción de enfermedades transmisibles, previéndose para las próximas décadas un incremento de tres veces de casos de diabetes, de cardiopatía isquémica y de mortalidad por Accidentes Cerebrovasculares (ACV).

En éste marco, la Asamblea General de Naciones Unidas, convocó en septiembre de 2011 a una Reunión de Alto Nivel para que se trate la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en todo el mundo, pero haciendo especial énfasis en los países en desarrollo (Naciones Unidas, 2011a). Durante la misma, el propio Secretario General del organismo instó a los estados miembro a comprometerse en el control de las ENT, sus repercusiones sociales y económicas, expresando que *“es nuestra oportunidad de concertar un compromiso internacional para ubicar a las enfermedades no transmisibles en el lugar prioritario de la agenda del desarrollo”* (Naciones Unidas, 2011b: p 2).

La importancia respecto del desarrollo social es que si bien las ENT afectan a todos los grupos poblacionales, el impacto es mucho mayor entre los pobres. La mayor prevalencia de factores de riesgo, el menor acceso a los servicios de detección y tratamiento y la menor capacidad para hacer frente a las consecuencias financieras de las enfermedades crónicas, ubican a las familias pobres en situación de mayor vulnerabilidad (Anderson, 2009). Incluso en países ricos, las desigualdades sociales se manifiestan tanto en término de enfermedades transmisibles como no transmisibles. El impacto de las ENT entre los pobres es desproporcionado, situación que se ve agravada por la falta de acceso a servicios sanitarios de calidad destinados a prevenir y controlar sus consecuencias (The World Bank, 2011).

La provincia de Santa Fe no escapa a esta situación. Según la cartera sanitaria provincial, las primeras cinco causas de muerte son atribuibles a las cardiovasculares (23,47%), los tumores (18,2%), las respiratorias crónicas no infecciosas (9,47%), las externas (6,59%) y la diabetes (2,94%), superando conjuntamente en ocho veces al grupo de las transmisibles, patrón que se repite con algunas diferencias cuantitativas en todos los departamentos (Ministerio de Salud de Santa Fe, 2011a). Para el departamento Rosario las cardiovasculares representan el 24%, seguido por los tumores (18,22%), las respiratorias crónicas (11%), las externas (7%) y la diabetes (3,3%).

La respuesta social a la s-e-c: la adecuación del sistema de salud a las ENT.

No obstante el reconocimiento de los cambios epidemiológicos, varios autores y actores señalan la baja adecuación de los sistemas de salud para atender esta pandemia, donde aquellos no han operado aún modificaciones sustantivas para dar una respuesta adecuada a las (no tan) nuevas problemáticas.

El Ministerio de la Protección Social de Colombia, citando a Bárbara Starfield, señalaba hace unos años que:

“... la mayoría de los sistemas de salud en los países desarrollados han orientado sus cuidados en salud hacia las patologías agudas, lo cual conlleva una serie de inconvenientes para abordar adecuadamente el auge de las patologías crónicas. Esta tradicional orientación supone una atención fragmentada, discontinua y con dificultad para la participación de los pacientes en la prevención, promoción y rehabilitación en los diversos estados de salud, así como problemas en la eficiencia y efectividad de los sistemas de salud” (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006: p 6).

Eugênio Vilaça Mendes señala que en tanto respuesta social deliberada, todo sistema de atención de la salud debe guardar coherencia con la situación de salud de la población, llegando a afirmar que para el caso del Sistema Único de Salud brasileiro (SUS), la crisis fundamental reside en esa falta de adecuación:

“... crisis que es fruto del desfasaje entre la velocidad con que avanzan los factores contextuales (la transición demográfica, la transición epidemiológica, la innovación y la incorporación de tecnologías) y la lentitud con la que se mueven los factores internos que representan la capacidad adaptativa del sistema de salud (cultura organizacional, arreglos organizativos...). De ese desfasaje resulta que una situación del siglo XXI está siendo respondida socialmente con por un sistema de atención de salud forjado a mitad del siglo XIX, cuando predominaba las condiciones agudas” (Mendes, 2012a: p 21)¹

El Ministerio de Salud de la Nación, en su Resolución 1083/2009, promueve la Estrategia Integral Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas. El documento señala que para hacer frente al limitado avance en la prevención de las enfermedades crónicas, las que constituyen la principal causa de muerte, la estrategia debe

¹ Original en portugués. Traducción a cargo del autor de la presente tesis de maestría.

desarrollarse en tres líneas de acción: i) La promoción de la salud; ii) La vigilancia de las ENT y Factores de Riesgo (FR); y iii) La reorientación de los servicios de salud basados en la Atención Primaria de la Salud y organizados en redes integradas de servicios de salud – RISS- (Ministerio Salud de la Nación, 2009a: p 10).

Desde una perspectiva analítica, y siguiendo a Mendes, los factores que explican la falta de adecuación entre las problemáticas de salud de la población y la respuesta social no solo pueden atribuirse a la estructura y al funcionamiento del sistema, sino también a la “superestructura” de saberes y prácticas desde la cual se asume la salud-enfermedad-cuidados de la población. La concepción hegemónica acerca de la noción de enfermedad busca sus fundamentos en la perspectiva biomédica del fenómeno s-e-c.

Si bien no es el objetivo del presente trabajo profundizar la reflexión en ésta línea, es importante remarcar algunos aspectos y consecuencias que dicha perspectiva genera al momento de organizar las posibles respuestas sociales.

El paradigma biomédico asume la enfermedad como un fenómeno natural y ajeno al devenir existencial de los colectivos y personas. En tal sentido es prioritario determinar las causas, los factores de riesgo, el período de exposición, el período de estado y la etapa de resolución de cualquier evento, dando por sentado que la temporalidad en la que dicho proceso transcurre está claramente establecida y que sus límites han de ser necesariamente precisos. Este modo de asumir la temporalidad subyace a todos los campos de conocimiento y de prácticas en salud, desde la epidemiología, donde el modelo causal tradicional se apoya en los criterios de Bradford Hill (Morabia et. al., 2008: p 64), a la clínica médica, en tanto tributaria de la microbiología, a través de los postulados de Koch (Pumarola, 1988), hasta la Medicina Preventiva, según se refleja en el paradigma de la historia natural de la enfermedad (Andreu Segura, 1998).

En tal sentido, las enfermedades agudas, como es el caso de las transmisibles y las externas, son el modelo sobre las que tradicionalmente se ha planificado la respuesta sanitaria en su conjunto: desde un tratamiento antibiótico para la mayoría de las infecciosas, un tratamiento quirúrgico en caso de apendicitis, hasta una campaña de inmunización para prevenir brotes estacionales de Influenza. Más allá de las diferencias entre cada situación, para todas existe un denominador común: transcurren en un tiempo con un principio y un

fin claramente establecidos, de tal forma que las intervenciones sanitarias son precisas y acotadas. Podría hipotetizarse que asumir la enfermedad como fenómeno bien delimitado en el tiempo, no solo lleva tranquilidad a la racionalidad sanitarista, sino también y de un modo más profundo, a la humanidad toda. Sería interesante indagar hasta que punto estos elementos operan como parte de una “superestructura” que se expresa en las condiciones estructurales y organizacionales de los servicios de salud, y que explican la falta de adecuación entre un perfil epidemiológico dominado por las enfermedades crónica y un sistema de servicios de salud dispuesto para atender eficazmente a las enfermedades agudas.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

De la “APS” a las APs.

En el año 1978, y con la meta “*Salud Para Todos en el año 2000*”, la mayoría de los países miembro de la OMS suscribieron en Alma Atta a la estrategia de Atención Primaria de la Salud. La misma planteaba que para alcanzar los objetivos propuestos respecto de la salud-enfermedad, los sistemas de servicios de salud debían reorganizarse de tal manera que pudiesen ofrecer un abordaje integral, continuo, longitudinal y coordinado de las problemáticas prevalentes, en base a criterios de equidad, universalidad, eficiencia y eficacia, promoviendo además la intersectorialidad y la participación comunitaria.

Desde aquel entonces hasta el presente, la APS ha sido uno de los componentes explícitos más relevantes de las políticas sanitarias en la agenda de los organismos internacionales, nacionales y locales. Este fenómeno, señalado por algunos autores como “*el mayor pronunciamiento internacional en salud que hasta ahora haya tenido lugar en el mundo*” (Nervi, 2008: p 1), queda reflejado en la casi inexistencia de países que no hayan introducido cambios en la organización de los servicios y sistemas de salud siguiendo algunas de las líneas propuestas en el 78’ (OPS/OMS, 2005).

Sin embargo, y más allá de la “mundialización” de la APS, el desarrollo alcanzado por diferentes sistemas de salud es tan disímil que resulta lícito reconocer que APS es un concepto que no posee un significado único. Por ello, es más correcto hablar de “APS” o de

APs, y que su cristalización en sistemas concretos de salud es resultado de procesos complejos, donde intervienen factores económicos, políticos, culturales y sanitarios particulares a cada sociedad.

Esta realidad llevó a identificar diferentes tipologías para describir las APs. Vuori (citado por Zurro et. al., 1999: p 7), identifica cuatro formas posibles de AP:

1. AP como un nivel de atención. Bajo esta acepción, la APS queda reducida a un nivel organizacional, a la puerta de entrada al sistema, al “lugar donde se resuelven la mayor cantidad de consultas”, al “ámbito privilegiado para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad”, de la “baja concentración de tecnologías y de la atención de baja complejidad”, en contraposición al hospital, segundo o tercer nivel, donde se “atiende la enfermedad”, “los problemas complejos”, donde “se concentra la tecnología y las especialidades médicas”.
2. AP selectiva. Su nombre proviene de la propuesta realizada por Warren & Walsh al año siguiente de Alma Atta, quienes planteaban que la propuesta original por “utópica”, debía dar lugar a estrategias más “realistas”, acotadas a los “problemas prevalentes”, a los “grupos prioritarios” y a las intervenciones de “alto impacto” (Grodos, et. al.; 1988). De esta forma, la AP quedaba reducida a una propuesta programática, con claros límites espaciales y temporales. En la experiencia acumulada, se trata de programas focales que brindan prestaciones restringidas, de “prevención y promoción” a poblaciones pobres, donde *“el resultado concreto de ésta interpretación es la definición y desarrollo de programas marginales, con recursos marginales, para poblaciones marginales”* (Bloch, 1988: p 14-15).
3. AP integral o APS. Bajo esta denominación se entiende la propuesta original de Alma Atta, también nombrada como “estrategia de APS” (OPS/OMS, 2005).
4. AP y Derechos Humanos. Durante los últimos años, y a la luz de la resignificación de la salud en tanto derecho inalienable a ser garantizado por los estados, referentes

políticos y sanitarios encolumnados dentro del amplio espectro del “movimiento antiglobalización”, señalan la importancia de avanzar en el desarrollo de la estrategia de APS y en asumir la salud como un derecho humano y como parte del desarrollo sustentable (Movimiento por la Salud de los Pueblos, 2011).

Por lo expuesto, es evidente que las diferencias entre las propuestas no se reducen exclusivamente a la esfera sanitaria o a los aspectos técnicos que organizan el sistema de servicios de salud. Las propuestas, de forma explícita o tácita, también expresan diferencias éticas, ideológicas y epistemológicas. Cabe señalar por último, que estas diferencias no son meramente especulativas. Las mismas se expresan de manera concreta a nivel de los resultados y las prácticas en salud (Starfield, 2002a).

El sistema de salud pública de Rosario.

La ciudad de Rosario posee una importante red de servicios públicos de salud, donde dos administraciones diferentes, una provincial y otra municipal, proveen cobertura regular de servicios a los sectores de la población de menores ingresos.

La estructura administrada por el Ministerio provincial se conforma de 5 hospitales (1 hospital pediátrico de mediana complejidad, 1 geriátrico, 1 hospital de salud mental y 2 hospitales generales de gran complejidad) y 30 centros de salud del primer nivel. No están incluidos los establecimientos provinciales de las localidades de Granadero Baigorria y Villa Gobernador Gálvez (Ministerio de Salud, 2011b). Por su parte, la Secretaría de Salud Pública municipal administra una red constituida por aproximadamente 50 centros de salud, 6 hospitales (3 establecimientos especializados de alta complejidad y 3 hospitales generales de mediana complejidad), 1 centro de atención ambulatoria y 1 instituto especializado en rehabilitación (Municipalidad de Rosario, 2012a).

Si bien en el último lustro ambos sistemas comenzaron un proceso de integración funcional, con el objetivo de conformar en algún momento un sistema único e integrado, lo que incluye “... *abordar la cuestión del financiamiento, trabajar fuertemente en el fortalecimiento de los vínculos interinstitucionales, en la formación de los recursos humanos y las prácticas médicas, superando las intervenciones fragmentadas*” (Equipo de coordinación regional del nodo salud Región Rosario, 2010), cada sistema es producto de

procesos políticos y sanitarios muy diferentes, donde el encuentro fue la excepción y la fragmentación la constante. La decisión de avanzar en un sistema integrado coincide con que el mismo partido político gobierna provincia y municipio desde finales de 2007².

La presente investigación no tiene por objetivo estudiar la rica historia de ambos sistemas, no obstante es importante señalar algunos de los muchos momentos transitados para poner en contexto el problema de estudio.

La Dirección de Asistencia Pública municipal, surgida en la últimas décadas del siglo XIX, y con un fuerte compromiso en dar respuesta a los problemas que generaba la creciente actividad portuaria para la salud pública, tomó también bajo su responsabilidad la provisión de servicios médicos a los sectores más pobres de la población y a los grupos con enfermedades consideradas “pasibles de aislamiento” según los conocimientos y prejuicios de la época. De aquel entonces son los actuales hospitales Clemente Álvarez, conocido originalmente como Hospital Rosario, e Intendente Carrasco (Fundación HECA, 2005). Durante las primeras décadas del siglo XX se inauguran un hospital en la zona sur, el Sáenz Peña, y uno en el norte, el Hospital Alberdi. Posteriormente el hospital de niños Vilela y la maternidad Martín, ambos surgidos del primigenio Hospital Rosario como parte del progresivo desarrollo del conocimiento y la especialización médico-sanitaria.

Durante los primeros años de la recuperación democrática, el gobierno municipal de entonces tuvo la firme intención de “desprenderse” de los establecimientos de salud, en consonancia con los discursos que comenzaban a hegemonizar mundialmente la idea acerca del rol del estado, la economía y las políticas sociales (Rovere, 2005).

En la década del 90', un nuevo gobierno local decide tomar el compromiso de garantizar el derecho a la salud de los crecientes sectores empobrecidos, impulsando desde la Secretaría de Salud una clara política basada en el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria. A partir de entonces, el incremento de recursos para el sector salud, que pasó de aproximadamente del 8 al 25% del presupuesto municipal, quedaron plasmados en la

² Para complementar ésta línea ver: Capiello (2010), Fein (2011) y Plan Estratégico Rosario Metropolitana/PER+10 (2012).

progresiva recuperación edilicia de los hospitales, en la ampliación del número de centros de salud (de un par de centros hacia finales de los 80', a más de 50 en la actualidad), en la capacidad resolutive de todos los niveles de tención, especialmente el primer nivel (equipos multiprofesionales, provisión de insumos, extracción de muestras para exámenes complementarios), en la construcción de un segundo nivel que concentra una importante capacidad técnico-profesional y en la formación de recurso humano de posgrado.

Por su parte, el Ministerio de Salud, surgido en la primera mitad del Siglo XX, fue quien tomó bajo su responsabilidad la administración de los grandes hospitales, los que perteneciendo a otras instituciones o administraciones, pasaban a la órbita de la provincia con motivo de las políticas del momento. Es el caso de los actuales hospitales Provincial y Geriátrico. Fundados respectivamente a mediados y finales del siglo XIX por la Sociedad de Beneficencia de Rosario, pasaron a la administración nacional durante el primer gobierno peronista, quien por intermedio de la Dirección General de Ayuda Social tenía por objeto absorber todas las instituciones benéficas del país, para pasar finalmente a la órbita provincial a principio de los 60' (Sociedad de Beneficencia de Rosario, 2012). Por su parte, el Centenario, nacido por iniciativa del "tercer sector" en conmemoración del Centenario de la Revolución de Mayo, estuvo bajo la órbita nacional hasta las últimas décadas del siglo XX, quedando desde entonces bajo la administración provincial (Hospital Centenario de Bicentenario, 2004). Finalmente, el Hospital de Niños Zona Norte, surgido del interés de organizaciones vecinales hacia finales de los 70', fue asumido casi desde sus inicios por el Ministerio.

Respecto del primer nivel de atención provincial, los primeros centros de salud se inauguran en los barrios más pobres de la ciudad hacia principio de los 80'. Conocidos con el nombre de Centros comunitarios, la gestión de los mismos quedaba comprendida bajo el Programa de Atención Primaria. Dependiendo de un hospital "base" y formando parte de "áreas programáticas", su oferta estuvo fuertemente destinada a brindar cobertura a la población materno-infantil (Bloch et. al., 1992). La impronta maternoinfantil estaba reforzada por varios programas (Ministerio de Salud y Medio Ambiente de Santa Fe, 1995). Éstos, focalizando la mirada en los problemas prevalentes de niños y embarazadas (Perinatología; Vacunación; Control Crecimiento y Nutrición; Control Infecciones

Respiratorias Agudas; y Control Enfermedades Diarreicas Agudas), lo que sumado a la pobre oferta de servicios y recursos para la atención de otros grupos (adultos mayores, jóvenes, mujeres no embarazadas), contribuían a reducir los límites de lo posible a la lógica programática (la extracción de muestras para laboratorio y la ampliación del vademécum, por citar algunos ejemplos, fueron implementadas recién en la primera década del presente siglo).

La articulación entre los niveles de atención, si bien demandó una importante cuota de trabajo para los responsables de la gestión de los servicios (coordinadores de Centros comunitarios y de áreas programáticas), se veía continuamente dificultada por los marcos regulatorios nacionales a los que la provincia adscribía. En éste sentido, la implementación del Régimen del Hospital Público de Autogestión de 1993, reemplazado luego por el de Gestión Descentralizada (Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, 2000), atentaba claramente con la posibilidad de conformar redes integradas de salud, no solo entre centros y hospitales, sino también entre los mismos hospitales, donde cada uno en una carrera por proveerse de recursos, trataba por igual las demandas provenientes de un establecimiento público o de la seguridad social, situación señalada incluso por observadores ajenos a la realidad socio sanitaria local (Howard, 2005).

Por su parte, y en el mismo momento, la estrategia municipal concebía desde sus inicios al centro de salud como eje de la red. Débora Ferrandini, por entonces Directora de Atención Primaria, expresaba en una entrevista que la propuesta tenía que ver con:

“... un cambio cultural profundo,... que tiene tres líneas directrices: equidad, o igual utilización de servicios a igual necesidad; clínica contextualizante,... privilegiar el ámbito domiciliario-ambulatorio y considerar a los sujetos en su historia y contexto, promoviendo su autonomía,... y participación, donde la población-objetivo es toda la población de la ciudad, pero con criterios que contribuyan a identificar a los grupo más vulnerables” (citada en Rovere, 2005; p 156)

La estrategia municipal promueve que los equipos del primer nivel, “equipos de referencia”, con una población bajo su responsabilidad, adquieran autonomía suficiente para organizar el proceso de trabajo, con una mirada clínica ampliada y un enfoque epidemiológico como herramientas básicas para el conocimiento y la acción. La clínica a

desarrollar es la que no pierde de vista al sujeto, la que no divide a la salud de la enfermedad, la prevención de la recuperación, sino aquella que es capaz de abordar de manera efectiva e integral los problemas de las personas y familias.

Para acompañar esta reorganización del trabajo se ponía a disposición de los equipos:

“... dispositivos técnico-burocráticos adecuados, tales como: historias clínicas, carné infantil perinatal y de planificación familiar, formularios de interconsulta e implementación de la referencia y contrarreferencia, normas de entrega de alimentos, turno programado para las actividades de prevención y control terapéutico, talleres como instancias de formación y coordinación” (citado en Rovere, 2005; p 156)

La relación entre los “equipos de referencia” y la población usuaria, dispositivo conocido como “adscripción”, no se organiza según criterios administrativos. La misma debe ser construida desde el vínculo y ha de sostenerse aun cuando el usuario precise interconsultas o cuidados en otro nivel, asegurando la continuidad y la integralidad del proceso de atención. Con el desarrollo de la estrategia surgieron prácticas innovadoras, como:

“... las visitas y la internación domiciliaria, el hospital de día, la cirugía ambulatoria, la gestión de turnos desde el centro de salud. Eso redefiniendo el vínculo con las familias y hacia el interior del sistema” (citado en Rovere, 2005; p 156)

Otros elementos directrices de la estrategia municipal, y que complementan a la práctica clínica, son la promoción de la salud y al funcionamiento de los establecimientos en red. El portal digital de la Secretaría de Salud dice:

“... la estrategia de atención primaria y en este marco, el modelo de promoción de la salud aportan una visión dinámica, donde la salud se entiende como un recurso para la vida cotidiana más que una meta final. Esto implica trabajar cotidianamente en un proceso que permite a las personas tener mayor autonomía sobre su propia vida y al mismo tiempo mejorarla.” (Municipalidad de Rosario, 2012a)

Por su parte, el funcionamiento en red *“centra sus acciones sobre las necesidades del paciente, y exige la actualización permanente de muchos conceptos perimidos de la práctica médica”*. La red está conformada por:

“El primer nivel,... espacio de mayor resolutiveidad,... conformado por los Centros de Salud Municipales y algunas vecinales, distribuidos estratégicamente en todo el municipio y organizados distritalmente. El segundo nivel de atención,... constituido por tres hospitales: “Dr. Roque Sáenz Peña”, “Intendente Gabriel Carrasco” y “Juan Bautista Alberdi”, un servicio de Internación domiciliaria pediátrica y de adultos, dos maternidades, un Instituto de Rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR). El tercer nivel,... constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad, con el Hospital de Niños “Víctor J. Vilela”, la Maternidad Martin y el Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez” (HECA). Esta red se completa con la distribución gratuita de medicamentos y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), con ambulancias para traslados y emergencias.” (Municipalidad de Rosario, 2012a)

En base a lo expuesto queda claro que más allá de compartir un mismo territorio, los diferentes procesos históricos que impulsaron el desarrollo de cada sector, gestaron sistemas públicos de salud diferentes, diferencias que habría que indagar también en término de resultados.

Donabedian (2005), en su clásica propuesta evaluatoria, explica los resultados producidos en función de la estructura y los procesos, diferenciando a los resultados en dos tipos o niveles: intermedios y finales. Entre los últimos, pueden situarse la “cura” y la “prevención”. Lo que caracteriza a este tipo de resultados es que están vinculados al fin último de la producción de servicios en salud. Por su parte, los intermedios actúan “intermediando” la estructura y los recursos con el fin de lograr los resultados finales. Dicho “intermediador” se manifiesta en los procesos, o mejor dicho, es el proceso: de atención, de gestión, etc. El hecho de que el proceso no garantice necesariamente un resultado final habilita a diferenciar ambos niveles de resultados.

Para Starfield (2002a), un sistema de salud centrado en la APS puede ser caracterizado según el logro de ciertos atributos (resultados intermedios): integralidad, longitudinalidad, continuidad, accesibilidad y primer contacto. Dichos atributos

caracterizan tanto al sistema de salud como un todo (sistemas centrados en la APS), como al proceso de atención de los usuarios (atención integral de los problemas del usuario).

CONDICIONES DE SALUD CRÓNICAS Y AGUDAS

De enfermedades a condiciones de salud.

La noción de enfermedad, en tanto objeto de saber y de práctica, es una categoría central del campo de la salud. Si bien se la puede abordar desde múltiples perspectivas, la visión biomédica es la que de modo hegemónico ha impuesto sus premisas respecto de otras perspectivas. Cabe señalar una vez más que el interés por la reflexión conceptual no es meramente especulativo, sino por el contrario, tiene profundas implicancias sobre la práctica. Es así que las formas en que cada sociedad explica y comprende la salud-enfermedad, conlleva a diferentes respuestas para atenderla, conformando lo que Menéndez denomina diferentes Modelos de atención de los padecimientos (Menéndez, 2004).

Entre los rasgos más sobresalientes de la biomedicina cabe destacar el biologicismo:

“... en tanto núcleo de formación del médico,... el aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos,... (Siendo) excluidos los procesos y factores históricos, sociales y culturales del proceso s-e y de otras formas de atención consideradas por la biomedicina como formas culturales, y en consecuencia excluidas o por lo menos subalternizadas” (Menéndez, 2004: p 25)

Samaja diría (2004a), que la biomedicina limita su campo de saber y de práctica al nivel de la reproducción biológica de la vida de los colectivos.

Cabe agregar también que no solo son excluidos los procesos históricos y sociales, sino cualquier determinación o nexo que la sitúe en una realidad concreta. Es así como la enfermedad adquiere entidad propia, al modo de un objeto natural, totalmente aislada del contexto, estática, siempre igual a sí misma, operación que niega la dimensión procesual del fenómeno la salud-enfermedad. Desde ésta perspectiva, el paradigma de enfermedad son las transmisibles, eventos donde puede identificarse un agente externo, generalmente de

curso corto y bien delimitado, y donde la salud es asumida como la ausencia de enfermedad a partir de la curación o la prevención.

En el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles, la reflexión sobre la enfermedad no puede hacerse sin simultáneamente incluir la salud. Canguilhem (2005) señala la importancia de la fisiopatología en la construcción del objeto-modelo en la historia de la medicina moderna. Otorgando un lugar central a la disfunción, al desorden, a la anomalía, en fin, a lo patológico, la medicina no solo profundiza el conocimiento de dichos fenómenos, sino que también es el lugar desde donde se define lo normal. La fisiopatología, y la medicina, definen primero lo anormal para luego arribar a lo normal. Asumida como polos de un continuo, la diferencia entre salud y enfermedad sería de magnitud, de cuantos, y no de fenómenos cualitativamente diferentes. Citando a Claude Bernard, padre de la fisiopatología, Canguilhem señala respecto de la diabetes:

“... solo existe una glicemia, la que es constante, ya sea durante la diabetes, ya sea fuera de ese estado mórbido. Simplemente tiene grados: por debajo de 3 a 4 por mil no produce glucosuria; pero por encima, esta aparece... el paso del estado normal al patológico es imposible de captar...”

(Canguilhem, 2005: p 45)

En fin, luego de establecer que es lo patológico, se designa la normalidad, y de acá se desliza la noción de salud.

Mendes (2012a), desde una perspectiva diferente a la de la epistemología, la sociología y la antropología, también realiza críticas acerca de la centralidad otorgada al concepto enfermedad en salud pública. Partiendo de reconocer la falta de adecuación entre la respuesta social y los problemas de salud-enfermedad prevalentes, el autor señala que los servicios de salud, tradicionalmente organizados para dar respuesta a los eventos agudos, deben producir cambios para dar respuesta a los crónicos. Seguir asumiendo la enfermedad al modo de la biomedicina, aislada del sujeto individual y colectivo que la padece, de las determinaciones sociales e históricas, negando su dimensión procesual y la respuesta social, torna difícil producir los cambios organizacionales que permitan a los equipos adquirir las herramientas necesarias para lidiar con procesos de larga duración, con condiciones crónicas, trabajado a la vez sobre la promoción de salud y la prevención de la enfermedad.

Mendes define condición de salud como:

“... las circunstancias en la salud de las personas que se presentan de forma más o menos persistente y que exigen respuestas sociales reactivas o proactivas, episódicas o continuas, fragmentadas o integradas, de los sistemas de atención de salud, de los profesionales y de los usuarios. La categoría condición de salud es fundamental en la atención de la s-e porque solo se agrega valor para las personas desde los sistemas de atención cuando se enfrenta una situación de salud mediante un ciclo completo de atención.” (Mendes, 2012a: p 31)³

Las condiciones agudas, son en general de curso corto, inferior a tres meses de duración, y tienden a autolimitarse. Al contrario, las condiciones crónicas tienen un período de duración más o menos largo, y en el caso de muchas enfermedades crónicas, son definitivos o permanentes (Mendes, 2011).

La noción de condición, al contemplar los modos adoptados por la respuesta social, posibilita pensar en término de acompañamiento longitudinal, de continuidad y de integralidad en la atención, atributos todos de la estrategia de APS. Permite también repensar la clínica: desde una clínica centrada en la enfermedad, a una clínica centrada en el sujeto, ampliada y reformulada (de Sousa Campos, 2001).

MODELOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD

El modelo de las agudas y los modelos para las crónicas

La bibliografía destinada a analizar la falta de adecuación entre la respuesta social a los problemas de s-e-c de una población y la real problemática epidemiológica es muy vasta. Como muestra de ello se puede revisar los señalamientos que vienen realizando diferentes organismos multilaterales (Organización Panamericana de la Salud, 2007; Naciones Unidas, 2011a y 2011b; The World Bank, 2011), ministerios de salud (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006; Ministerio de Salud de la Nación, 2009a y 2012) y autores del mundo académico y servicios de salud (Wagner, 1998; Terol et. al.,

³ Original en portugués. Traducción a cargo del autor de la presente tesis de maestría.

2001; Anderson, 2009; de Andrade Goulart, 2011; Macinko et. al., 2011; Mendes, 2011 y 2012a; Barceló et. al. 2012; Cavalcanti et. al. 2012).

A pesar de las diferencias entre cada fuente consultada, se puede señalar algunos denominadores: el reconocimiento explícito de la prevalencia de condiciones crónicas; el “desajuste” entre sistema de servicios de atención y el perfil epidemiológico; la importancia de avanzar en el desarrollo de AP; y la necesidad de revisar los modelos de atención vigentes, desarrollados para dar respuesta principalmente a las condiciones agudas, en pos de implementar modelos más adecuados a las crónicas.

De manera genérica, y siguiendo a Mario Bunge, un modelo puede definirse como:

“Una representación simplificada, generalmente en términos matemáticos, de una determinada realidad...”, “los modelos son sistemas hipotético-deductivos que se diferencian de las teorías en tres aspectos. En primer lugar, los modelos tienen un dominio (o clase de referencia) más angosto que las teorías; en segundo lugar, los modelos son representaciones muy idealizadas (simplificadas) de la realidad; y en tercer lugar, a diferencia de las teorías, los modelos pueden no contener leyes”,... “en términos metodológicos, un modelo ocupa una posición intermedia entre la realidad y las teorías”. (Enciclopedia económica, 2012)

Si bien la reflexión original es en torno a la economía y a los modelos económicos, la definición es adecuada al uso que se hace de él en salud. En éste sentido cabe agregar que en tanto representación, un modelo también sirve para guiar la práctica. En el caso salud, es el sustento lógico que organiza la respuesta social para atender los problemas de salud-enfermedad-cuidados.

Para Mendes, los modelos de atención en salud

“... son sistemas lógicos que organizan el funcionamiento de las Redes de Atención de Salud (RAS), articulando de forma singular las relaciones entre los componentes de las redes y las intervenciones sanitarias, definidos en función de la visión prevalente en salud, de la situación demográfica y epidemiológica, y de los determinantes sociales de la salud, vigentes en determinado tiempo y sociedad”. (Mendes, 2012b: p 52)⁴

⁴ Original en portugués. Traducción a cargo del autor de la presente tesis de maestría.

El autor diferencia a los modelos de atención en modelos para condiciones agudas y modelos para condiciones crónica.

A pesar de ciertas similitudes no ha confundirse el concepto de modelo de atención con el término anglosajón *Disease Management* o Gestión de Enfermedades (Terol et. al., 2001). Acuñado y difundido en los Estados Unidos durante los 90' por la *Boston Consulting Group*, quién lo define como proceso de optimización en la provisión de cuidados mediante la coordinación de todos los recursos a lo largo del sistema de salud y durante todo el ciclo de vida de la persona y su enfermedad, basando las decisiones en evidencia cierta, orientado a mejorar la calidad y los resultados clínicos y económicos al menor costo posible. Conceptos y denominaciones íntimamente ligadas a la Gestión de Enfermedad son: *Case Management* (Gestión de casos), *Care Management* (Gestión de atención o cuidados) y *Care Coordination* (Coordinación de cuidados).

El modelo de atención para las condiciones agudas está organizado para dar respuesta a eventos agudos, de corta duración, entre los que se puede incluir las re-agudizaciones de las condiciones crónicas. Tiene por objeto identificar en el menor tiempo posible la gravedad de la situación de una persona. El paradigma de atención de condiciones agudas son los dispositivos diseñados para dar respuesta en situaciones de emergencia y catástrofe. En base a señales fácilmente reconocibles, estratifican según riesgo de vida y necesidad de atención (*Triage*), con el objetivo de dar la mejor respuesta en el menor tiempo posible. El desarrollo de éste tipo de modelos tiene una larga historia que va de la propuesta pionera de la *Australasian Triage Scale* (ATS) de mediados de los 80', pasando por los modelos canadienses y norteamericanos, *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS) y *Emergency Severity Index* (ESI) respectivamente, hasta llegar al más actual y difundido entre los servicios de emergencia, el modelo *Andorrá del Triage* (MAT). Puede decirse que la variable crítica en juego es el tiempo de respuesta del sistema y por ello la necesidad de clasificar por riesgos (Marques et. al., 2010; Mendes, 2012c).

Fuera del ámbito de la urgencia y la emergencia, la estratificación de riesgo para dar una pronta respuesta a los problemas de salud de los usuarios, también viene siendo ampliamente implementada en hospitales y en el primer nivel de atención. Muchos equipos de AP de la ciudad de Rosario implementaron dispositivos para dar respuesta de “atención

rápida” a la demanda de usuarios que difícilmente pueda resolverse a través de la solicitud de turnos programados. Más allá de que no involucra a servicios de emergencia, la misma naturaleza de los problemas de s-e-c los transforma en modelos para la “pronta atención” de situaciones agudas.

Respecto de las crónicas, las primeras propuestas de cambio para la atención de las mismas datan de finales de la década del 90.

La primera fue el Modelo de Atención Crónica (CCM, del inglés *Cronic Care Model*). Reconociendo la alta prevalencia de las ENT y la fragmentación del sistema de salud estadounidense, sus promotores proponían cambios con el objeto de brindar atención de mejor calidad. El cambio de modelo no solo produciría mejores resultados sanitarios, sino también la disminución de los costos (Wagner, 1998). Según la propuesta, los cambios deben involucra tanto al sistema atención como a la población usuaria. Respecto de los servicios, los cambios deben apuntar a la re-organizar en función de los problemas de los usuarios, tanto en su dimensión “*soft*” como “*hard*”; apoyar las decisiones clínicas en la mejor “evidencia científica”, y en acuerdo con los usuarios; introducir registros clínicos adecuados, que funcionen como recordatorio y que sean de rápido acceso; promover el autocuidado mediante el “empoderamiento de pacientes”. Respecto de la “comunidad”, propone otorgar a ésta mayores cuotas de control sobre los servicios.

Como variante del CCM, la Organización Mundial de la Salud en 2003 presentó su propuesta de Cuidados Innovadores para Condiciones Crónicas (CICC). La misma, destinada especialmente a los países en desarrollo, propone mejorar la atención de la salud a nivel macro, meso y micro, por intermedio de “*apoyos en los cambios en el paradigma; gerenciar un ambiente político; desarrollar un sistema integrado de atención de la salud; articular las políticas sectoriales en salud; aprovechar mejor los RRHH en salud; centralizar los cuidados de salud en la familia; apoyar a los usuarios en su comunidad*” (Organização Mundial da Saúde, 2003: p 8-9)⁵, haciendo énfasis en la prevención de la enfermedad.

Hacia el 2007, la misma OMS invita a ampliar la perspectiva, introduciendo, aunque de un modo no exento de críticas, la noción de *determinantes de la salud* (OMS, 2007 y

⁵ Original en portugués. Traducción a cargo del autor de la presente tesis de maestría.

2008). Partiendo del modelo explicativo de Dahlgren and Whitehead, la propuesta, conocida como Modelo de Determinación Social en Salud (MDSS), define a los determinantes sociales de la salud como aquellas condiciones en las que las personas viven y trabajan, donde la vida transcurre. Mendes, de un modo gráfico, resume la idea de determinante social como “las causas de las causas”, donde la

*“... salud de los más pobres, el gradiente de salud dentro de un mismo país y las grandes desigualdades sanitarias entre los países, son provocadas por una distribución desigual de la riqueza, comprobable tanto a nivel mundial, nacional como regional”,... “distribución desigual de experiencias perjudiciales, que no son un fenómeno natural, sino que están socialmente determinados” (Mendes, 2012c; p 164)*⁶

Corregir todas estas injustas desigualdades no solo hace a la justicia social, sino que es también un imperativo ético. Para ello ha de trabajarse en cinco líneas de acción: mejorar las condiciones de vida de la población; luchar contra la distribución desigual del poder y de los recursos; medir la magnitud del problema, con el objetivo de evaluar las intervenciones y ampliar los conocimientos; capacitar al personal de salud en determinantes sociales de salud; y sensibilizar a la opinión pública.⁷

Con una mirada más acotada, otra de las propuestas para atender las condiciones crónicas es el Modelo de la Pirámide de Riesgos (MPR) o *Kaiser Permanente* (KP), en alusión a la operadora estadounidense de planes de salud que tuvo mucho que ver en su formulación (Porter et. al., 2008; Mendes, 2012c). El modelo plantea que la necesidad de atención de una persona portadora de una condición crónica debe ser definida en términos de una tríada conformada por: la duración de la condición, las posibilidades y recursos del sistema, y la capacidad de autocuidado de quien padece la condición. Estos criterios permiten estratificar según riesgo en tres grupos: portadoras de condición crónica leve y con gran capacidad de autocuidado; portadores moderados; y portadores de condición crónica con un desarrollo severo o inestable y con baja capacidad para autocuidado. Dicho agrupamiento permite disponer los recursos del sistema en función de las necesidades, las que están determinadas no solo por el desarrollo de la condición crónica, sino también por

⁶ Original en portugués. Traducción a cargo del autor de la presente tesis de maestría.

⁷ Para revisar las críticas a la propuesta del Modelo Modelo de Determinación Social en Salud de la OMS, consultar en: Movimiento por la Salud de los Pueblos (2011) y Alfaro Porras (2009).

la capacidad de auto cuidarse. La propuesta genera un importante impacto racionalizador de la agenda de los profesionales. En teoría, la oferta de servicios es organizada sobre un espectro continuo que va desde importantes cuotas de autocuidado a crecientes niveles de cuidado profesional, todo ello según la estratificación del riesgo. Hay evidencia que este modelo organizacional impacta positivamente sobre el cuidado de las condiciones crónicas, siempre y cuando el sistema de servicios pueda garantizar márgenes aceptables de integración y continuidad (Mendes, 2012c), situación que transcurre muchas veces en simultáneo con el desarrollo de la AP (Starfield, 2002a).

Finalmente, y en un intento por rescatar los aspectos más sobresalientes de cada una de las propuestas anteriores, pero reconociendo a la vez la historia y el desarrollo del propio sistema de salud brasileiro, Mendes propone un Modelo de Atención de Condiciones Crónicas (MACC) para el SUS. Del reconocimiento de la “*crisis del SUS*”, ubicada a nivel del “*desajuste*” entre “*la respuesta social deliberada*” y los problemas de salud prevalentes, propone como estrategia el MACC, el que partiendo de los aspectos positivos del sistema actual (sistema único, con un fuerte desarrollo de la estrategia de AP a través del Programa Salud de Familia y de Redes de provisión integradas de salud), debería incorporar progresivamente la estratificación por riesgos de MPR, sin abandonar la idea-eje de población “*adscripta*” a equipos de Salud de Familia y el trabajo intersectorial sobre los determinantes sociales en salud del MDSS (Mendes, 2012c).

Se deduce que cualquiera de las propuestas de modelos de cuidados de condiciones crónicas, desde las relativamente más restringidas (MPR o CCM) a las más ambiciosas (MDSS o MACC), son mucho más amplias que el concepto de *Gestión de enfermedad*. Mientras este centra su atención a nivel de aspectos singulares del proceso, los “modelos” interpelan también a los actores, las reglas y las acumulaciones del espacio de lo particular y de lo general, no solo a nivel de la organización de los sistemas de servicios de salud, sino también de la organización social en su conjunto (Castellanos, 1990).

De estrategias y modelos...

A modo de cierre del presente capítulo, y previo a plantear la pregunta-problema de investigación, cabe una reflexión acerca de los conceptos modelos y estrategia.

Sin pretender agotar la reflexión, puede decirse que al caracterizar cada AP, según los atributos más sobresalientes de cada propuesta, incluso la APS estrategia, se está modelizando, se están elaborando tipos ideales que simplifican la realidad. Cada tipo de AP es un marco conceptual que pretende describir y explicar de un modo simple la compleja realidad de los servicios de salud.

Todo modelo o herramienta conceptual, es útil para operar sobre la realidad, pero también, y por su misma esencia instrumental, puede dificultar la comprensión de la misma. Más tarde o más temprano se paga el precio al que conduce el uso de herramientas conceptuales que tienden a sobre-simplificar la realidad. Toda praxis humana, y la praxis sanitaria no escapa a ello, es un proceso donde se busca producir conocimientos adecuados acerca de la realidad para operar eficazmente sobre ella. En tal sentido, el proceso se desarrolla en un espectro que va desde la sobre-simplificación, lo que conduce al reduccionismo y a la elección de herramientas de limitada eficacia, a la extrema complejización, lo que inevitablemente conduce a posturas paralizantes.

Es en éste marco que la propuesta municipal evita hacer referencia explícita a “modelo” y habla de “*directrices*” (Rovere, 2005). Según esta mirada, el uso del concepto modelo opera como una estructura ideal con la que se “encuadra” la realidad, congelando el movimiento y eliminando los múltiples matices, cuando de lo que se trata es de busca herramientas que permitan lidiar con la realidad cambiante y compleja de los servicios de salud y los problemas de la población. En tal sentido la idea de “*directriz*”, en tanto líneas de acción que guían la estrategia, cobraría valor operativo por sobre la noción de modelo.

¿CUÁL ES EL PROBLEMA A INVESTIGAR?

El problema objeto y el marco lógico de la investigación.

Luego de esta extensa introducción, mezcla de situación problemática y marco teórico, y a partir de las siguientes premisas, surge la pregunta a indagar en la presente investigación.

Reconociendo que: i) el perfil epidemiológico de Rosario está muy marcado por el grupo de las ENT; ii) que el desarrollo del sector público de salud, tanto en términos

cualitativos, como cuantitativos, ha sido muy importante; iii) que la estrategia municipal ha incorporado desde sus orígenes muchos de los aspectos de la APS (equipos de referencia con población de responsabilidad, condiciones para el acompañamiento continuo, longitudinal e integral, mayor capacidad resolutive del primer nivel, articulación con segundo nivel, etc.); y iv) que no existe definición, al menos explícita, de reorientar la red municipal en función de las condiciones crónicas, mediante la adscripción a algún modelo “de atención de crónicas”, es que cabe la pregunta: ¿los cuidados producidos por el primer nivel de atención municipal, son adecuados para atender las condiciones crónicas de los usuarios?

La investigación así planteada refiere al campo de la evaluación de servicios (Dussault, 1995: p 1-5). Se propone evaluar el proceso de producción de cuidados vinculado a las condiciones crónicas. Se hizo mención previamente al tradicional esquema aplicado a la evaluación de servicios, y que explica la producción de resultados en función de la estructura y los procesos. Se señaló también que dicho marco analítico permite distinguir dos niveles de resultados: los intermedios y los finales. Así como entre los últimos, puede situarse la “cura” de enfermedades, “fin último del proceso”, entre los resultados “intermedios”, puede ubicarse a las condiciones del proceso. El hecho de que el proceso no garantice necesariamente un resultado final, habilita a diferenciar entre resultados intermedios y finales.

Siguiendo a Starfield, puede decirse que las condiciones del proceso de producción de cuidados de un sistema de salud centrado en la APS está dado por ciertos atributos: integralidad, longitudinalidad, continuidad, accesibilidad y primer contacto. Dichos atributos pueden asumirse como resultados “intermedios”.

Resumiendo, la presente investigación se propone indagar la capacidad del primer nivel municipal en el cuidado de las condiciones crónicas, buscando sustento lógico en los esquemas desarrollados para la evaluación de servicios de salud, donde se asumen las condiciones del proceso de producción de cuidados como resultados “intermedios” pasibles a ser evaluados.

Capítulo 2: el problema de investigación y los objetivos

El problema de investigación

El problema/objeto de estudio de la presente investigación surge de confrontar las problemáticas prevalentes que hacen al perfil epidemiológico de la población de Rosario con la red de servicios públicos de salud del municipio.

Siendo las condiciones crónicas uno de los principales problemas de s-e-c de la población de la ciudad, es interesante indagar la capacidad de acompañamiento por parte del primer nivel.

Por su parte, la propuesta sanitaria municipal presenta varios elementos que la distancian de las AP selectivas, focalizadas o primer nivel. Como elementos distintivos puede citarse: adscripción de población a equipos multiprofesionales; dispositivos de “pronta atención” en el primer nivel para atender condiciones agudas; segundo nivel organizado como soporte del primer nivel; autonomía de los equipos del primer nivel para el diseño de intervenciones singulares y colectivas; difusión de herramientas de soporte clínico (HCF y Fichero calendario); recursos técnicos destinados a mejorar la capacidad resolutive del primer nivel: extracción de muestras biológicas para exámenes complementarios, amplia provisión de insumos de farmacia, etc. Un rasgo distintivo es que toda esta estructura de soporte al primer nivel está vigente desde hace más de 15 años, presentando, aún en momentos de severas crisis económicas como la del 2001-2002, un desarrollo sostenido.

Es a partir de esta situación, donde la prevalencia de las condiciones crónicas por un lado y una red de servicios con elementos novedosos, que rescata aspectos claramente vinculados a la AP como estrategia (APS) por el otro, que surge la pregunta/objeto de investigación: ¿Qué capacidad tiene el primer nivel de atención municipal para producir cuidados destinados a las condiciones crónicas?

Objetivos

General

Caracterizar el proceso de producción de cuidados en un Centro de salud del primer nivel de atención municipal en términos de adecuación a la atención de condiciones crónicas.

Específicos

1. Caracterizar en términos organizacionales y estructurales el Centro de salud.
2. Caracterizar la población del área de responsabilidad desde el conocimiento del equipo del Centro de salud.
3. Caracterizar al grupo de usuarios portadores de la condición crónica.
4. Indagar la longitudinalidad en el cuidado de condiciones crónicas.
5. Indagar la integralidad de los cuidados centrados en la condición crónica de base.
6. Indagar la integralidad de los cuidados centrados en la persona.

Justificación

El presente trabajo encuentra su justificación en la necesidad de indagar la adecuación de los cuidados producidos por la red de salud pública municipal de la ciudad de Rosario. Según se comentó, la prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas en la población es muy alta, generando un importante impacto en términos de calidad de vida y mortalidad. Simultáneamente, la red de servicios públicos del municipio presenta un desarrollo estructural y organizacional importante, con elementos innovadores, surgidos de un proyecto sanitario comprometido con la estrategia de APS que lleva casi dos décadas de desarrollo. En tales circunstancias es imperioso indagar las capacidades que el primer nivel de atención desarrolla para producir cuidados de condiciones crónicas.

Capítulo 3: Abordaje Metodológico

CUESTIONES DE MÉTODO

En el presente capítulo se desarrollan aspectos técnicos y teóricos destinados a responder la pregunta objeto-problema de la investigación. La inclusión de lo “teórico” como parte inseparable de lo metodológico es consecuente con el modo de entender la producción de conocimiento que reconoce de manera explícita la relación dialéctica entre ambos términos de la praxis científica, y toma distancia de las propuestas que reducen lo metodológico a lo meramente “técnico” (Samaja, 2004b). Desde la perspectiva elegida, tanto la operacionalización de un concepto –algo “teórico”-, como el proceso de selección de una fuente de información –algo “técnico”-, en tanto pasos necesarios para avanzar en un proyecto de investigación, encuentran síntesis en lo metodológico.

Las cuestiones teóricas a tratar están destinadas a profundizar conceptos y categorías presentes en el problema de la investigación, los que necesariamente han de ser definidos y operacionalizados. Esta “función” de la teoría es lo que Samaja denominan el Marco teórico de la investigación.

“En efecto, la noción de Marco teórico, no “enmarca” a la teoría propiamente hablando, sino al Objeto (de investigación), siendo desde el objeto de donde deberá proceder el contenido con el que se llenará la teoría” (Samaja, 1987: p 8-9)

Los aspectos “técnicos” a desarrollar son los vinculados a la explicitación del universo y la muestra, las unidades de análisis e información, las fuentes e instrumentos de recolección de datos y el plan de análisis, lo “metodológico” para algunos manuales de investigación (Sabino, 1996), como lo relativo a la arquitectura de la investigación: características temporales del diseño -longitudinal o transversal-, relación entre el investigador y las unidades de información -observación o experimentación- y el nivel de agregación de la información -“individuado” o agregado- (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008).

La complejidad del problema planteado exige una estrategia de acercamiento abierta, a ser construida durante el mismo proceso investigativo, dado que no existe a priori una vía que permita acceder a la “adecuación de los cuidados”.

LOS ASPECTOS TEÓRICOS

A continuación serán presentados aquellos conceptos, que expresados en el problema y en los objetivos, deben ser operacionalizados. Si bien en la situación problemática se hizo mención a varios de ellos, en el presente capítulo se profundizará solo aquellos que integran el problema. Los conceptos a operacionalizar son: i) condición crónica; ii) longitudinalidad; e iii) integralidad.

Las Condiciones crónicas

En la presente investigación se asumirá como condición crónica al proceso de producción de cuidados de usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial Primaria (HTA) y/o Diabetes Mellitus Tipo II (DBT) en el primer nivel de atención.

Respecto de la HTA serán excluidas aquellas situaciones con diagnóstico de cuadros hipertensivos secundarios y/o episodios agudos con compromiso inminente de la vida (emergencias y urgencias hipertensivas), la hipertensión y el embarazo en todas sus variantes, la hipertensión secundaria a nefropatías y endocrinopatías, las asociadas al consumo de drogas y fármacos, y los eventos agudos de reciente inicio.

En el caso de la DBT no serán incluidas la situación de usuarios con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I (“insulinodependiente” o juvenil), como aquellos estados asociados a situaciones especiales: diabetes gestacional, hiperglucemias secundarias a tratamientos farmacológicos, etc.

Los motivos de la elección de ambos eventos son: i) figuran entre los diez motivos de consulta más frecuentes al primer nivel de atención municipal (Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, 2012; Programa Remediar+Redes, 2012); ii) son condiciones crónicas permanentes, pues ninguna presenta lo que puede asimilarse a la “curación” que da fin al proceso de producción de cuidados.

La temporalidad de la condición crónica será descriptas según:

1. Fecha de adscripción al CdeS. Se asumirá como fecha de adscripción al establecimiento la primera consulta registrada en la HCF del usuario portador de la enfermedad crónica.
2. Tiempo transcurrido entre el diagnóstico de la condición crónica y la última consulta. Se trabajará con condiciones “activas”, considerándose como tal la existencia de al menos una consulta durante el año previo a la revisión de la HCF.
3. Período de análisis de la condición crónica. Si bien Mendes (2011) define como condición crónica aquella situación que requiere para su atención un ciclo de al menos 6 meses, en la presente investigación, las condiciones crónicas serán revisadas durante un período de dos años. Dicho período de análisis está comprendido entre la última consulta registrada al momento de la revisión de la historia y la consulta registrada veinticuatro meses atrás. El criterio se basa en que veinticuatro meses es un tiempo adecuado para que se establezca y sostenga una atención longitudinal. Durante dicho período se indagará: i) cantidad total de consultas; y ii) frecuencia de consultas.

Los atributos de la APS

Starfield (2002b: p 32), al caracterizar la provisión de los servicios de salud “*centrados en la APS*”, identifica los siguiente atributos: accesibilidad y primer contacto, cupo y longitudinalidad, relación médico paciente, integralidad y coordinación de la atención. Los mismos pueden utilizarse para caracterizar la organización y funcionamiento de la red de servicios (nivel meso), como el proceso de producción de cuidados a nivel micro. La producción de cuidados adecuados a las condiciones crónicas exige que los servicios de salud se organicen teniendo en cuenta dichos atributos.

No obstante, es importante señalar que la APS, en tanto estrategia amplia, también incluye las atención de las condiciones agudas, y que para su adecuada atención se precisa asegurar también la accesibilidad, la atención integral y la coordinación. Ahora bien, una de

las grandes diferencias entre la atención de ambas condiciones es la temporalidad del proceso de atención. Para las agudas es de corta duración, mientras que para las crónicas es de larga a muy larga duración (muchas veces es permanente). Varios autores coinciden en señalar que la fragmentación es uno de los principales problemas para el cuidado adecuado de las condiciones crónicas, y que dicha fragmentación puede ser tanto del nivel meso (la organización de la red), como del nivel micro (de la clínica).

Mendes, plantea la necesidad de un cambio en la clínica, y citando a Berwick, dice que “*no se puede seguir practicando la clínica del siglo XIX en el siglo XXI*” (Mendes, 2012d: p 241)⁸, insistiendo que el fracaso de los sistemas de salud se debe en parte a la fragmentación de la clínica y la atención inadecuada de los problemas crónicos.

En el marco de la presente investigación se apelará a los atributos de la APS distintivos de procesos de larga duración: longitudinalidad e integralidad.

A continuación se explica el dominio de aplicación de cada concepto. Cabe señalar que si bien cada atributo posee un dominio más o menos específico, los límites no siempre son claros, y lo que es más importante aún, hay interdependencia recíproca entre ellos: es difícil asegurar la integralidad si no existe un mínimo de longitudinalidad, como también es difícil un vínculo longitudinal y un abordaje integral si no existe coordinación del proceso.

Longitudinalidad

La longitudinalidad implica que una persona usuaria de servicios de salud posea una “*fuentes habitual y continua de atención*” (Zurro, et. al., 1999: p 9). La fuente puede ser un médico, un equipo o un establecimiento. Los usuarios, al identificar la fuente como “*propia*”, buscan periódicamente atención en ella y no en otras. Para Starfield, en el contexto de la APS, la longitudinal se define como el “*seguimiento y maduración de individuos o grupos a lo largo del tiempo*” (Starfield, 2002c: p 153).

Un concepto próximo es *continuidad* de la atención. La diferencia entre ambos términos radica en la calidad del vínculo. Mientras que para la continuidad, lo característico

⁸ Original en portugués. Traducción a cargo del autor de la presente tesis de maestría.

del vínculo reside en lo cuantitativo (número de visitas a la fuente habitual de consulta), para la longitudinalidad también cuentan los aspectos cualitativos (visitas por motivos que van más allá de un problema de salud-enfermedad). Para Starfield, ambos atributos pueden desarrollarse juntos o no.

Es interesante señalar que un vínculo de estas características se sostiene a partir de la existencia de un “contrato” entre usuarios y proveedores. Este contrato puede ser más o menos formal, y no solo es una condición de primer orden para la producción de cuidados a lo largo del tiempo, sino también para la atención de una amplia variedad de situaciones (integralidad).

Según se mencionó, el vínculo longitudinal puede ser con un médico, un equipo o un establecimiento. Cada una de estas variantes presenta ventajas e impone desafíos. El vínculo centrado en un médico de referencia puede garantizar el conocimiento más profundo y detallado de ciertos problemas, pero también puede ser un límite al abordaje integral de los mismos. Es sabido que la complejidad exige abordajes interdisciplinarios. Por su parte, la referencia a un CdeS tampoco garantiza de buenas a primeras cuidados longitudinales si no existe simultáneamente una adecuada coordinación.

Varios estudios citados por Starfield señalan las ventajas de la atención longitudinal: utilización más eficiente de los servicios de salud, mejor cumplimiento de tratamientos farmacológicos en situaciones de larga duración, mayor probabilidad de identificar problemas no planteados como demanda por el usuario, inclusión y consecución de aspectos preventivos, menores tasas de hospitalización y mayores niveles de satisfacción de los usuarios. Las ventajas resultan comparativamente mayores cuando la longitudinalidad se apoya en un médico por sobre un establecimiento (Starfield, 2002c). No obstante cabe señalar que ninguno de los estudios mencionados incluye a equipos de referencia, punto clave en la propuesta de Mendes, quién apunta las ventajas que esta modalidad organizacional presenta –equipos multiprofesionales de salud de la familia- en el caso de las condiciones crónicas (Mendes, 2012d).

Para Starfield, las ventajas de la atención longitudinal se explican por las características particulares del vínculo entre usuarios y servicios de salud. El contacto continuo y periódico con un mismo médico, genera confianza y conocimiento recíproco, fortaleciendo el vínculo y las condiciones para la atención longitudinal. Por todo lo

anterior, queda claro que la atención longitudinal es una dimensión clave para la producción de cuidados de condiciones crónicas.

Según la bibliografía consultada, la atención longitudinal puede “medirse” apelando a diversas fuentes de información. Por un lado, los usuarios pueden referir si cuentan o no con una fuente de atención habitual, las características de la fuente (un médico, un equipo, un establecimiento de salud) y los modos de utilización (“urgencias”, “controles”, “actividades de prevención”). Por el otro, a través de la información producida por los servicios de salud, también puede indagarse la longitudinalidad a partir de los modos de utilización de los mismos. En tal sentido, y apelando a los registros clínicos, Starfield (2002c; 169) menciona algunos indicadores posibles: Continuidad del proveedor habitual, Continuidad asistencial, Probabilidad de continuidad, Índice de continuidad modificado, etc. La Continuidad del proveedor habitual (UPC, del inglés *usual provider continuity*) es el indicador más fácil de obtener. Se calcula a partir del número de visitas a la fuente habitual (médico o establecimiento de referencia), dividido por el número de visitas totales a otros médicos o servicios en igual período de tiempo. Por su parte la Continuidad asistencial (COC, del inglés *continuity of care*), al agregar mayor detalle de cada consulta, permite corregir ciertas sobreestimaciones del anterior. A modo de ejemplo, la visita de un usuario a un especialista del segundo nivel (fuente no habitual) a partir de la solicitud del médico de referencia (fuente habitual), si de longitudinalidad se trata, debe incluirse en el numerador. La autora recomienda que los períodos a tener en cuenta para el cálculo del indicador no sean menores a dos años.

Para la presente investigación, la longitudinalidad, definida como la presencia de una fuente habitual para la atención de las enfermedades crónicas elegidas, será indagada a partir de la información provista por los “servicios de salud”, mediante la revisión de historias clínicas de usuarios con diagnóstico de HTA y/o DBT y de entrevistas a trabajadores de salud del primer nivel de atención.

La Historia Clínica Familiar (HCF) fue desarrollada e implementada por la Dirección de APS para el primer nivel en 2001. Dicha herramienta vino a reemplazar los anteriores

formatos (historias clínicas individuales e historias por áreas específicas: perinatólogica, pediátrica, del adulto, odontológica, ginecológica, etc.), teniendo por objetivo el registro centrado en la familia y el seguimiento integral de los problemas de éstas y sus integrantes (Dirección Atención Primaria, 2001). Consta de dos grandes capítulos o apartados: i) el dedicado al registro de la información de la familia (integrantes, familiograma, historia de vida, recursos y problemas familiares); y ii) el destinado al registro de la información de cada integrante (datos filiatorios, antecedentes personales, problemas relevantes, actividades de prevención y promoción, y “Hojas de evolución”). Ambos apartados admiten la posibilidad de actualizar la información en función del tiempo, registrando el dato en cuadros doble entrada: las “grillas” u “Hojas de seguimiento”.

Indagar el atributo a partir de la HCF no permite generar indicadores como los propuestos por Starfield. Para ello sería indispensable contar con la información de todas las consultas que los usuarios realizan a los establecimientos de la red, tarea dificultosa si se tienen en cuenta los actuales sistemas informáticos. Para subsanar dicho obstáculo se profundizará la búsqueda de información en la HCF, buscando la información tanto en apartados de “seguimiento” como de “evolución”.

Las “Hojas de seguimiento” posibilitan la lectura rápida de los problemas, de las prácticas realizadas y de las intervenciones pendientes (exámenes complementarios, ajustes de medicación, recomendaciones, etc.). Como su nombre lo indica, son útiles para el seguimiento longitudinal. Los datos a registrar deben ser acotados y precisos (Gené Badía, et. al., 1999; Ministerio Salud Nación, 2010). Por su parte, las de “evolución” no presentan a priori limitantes a lo registrable. El registro en éstas, a diferencia la regularidad del dato en las “seguimiento”, es extremadamente “abierto”. Registrado a veces en forma coloquial por medio de extensos relatos que describen la situación de la consulta, en otras, mediante frases sintéticas o siglas (“TA”, “control”, “ajuste NPH”, “agrego HCT”), el dato presenta una importante variabilidad y riqueza. Se plantea al respecto que:

“... el nivel de detalle y los ítems por considerar serán sometidos a la discreción de los terapeutas,... (la información) debería servir de guía a fin de contextualizar nuestras intervenciones. Consideramos que esta es la única justificación ética para registrar estos datos de las personas.

Puede entonces omitirse o agregarse la información que se considere útil ocultar o mostrar.”(Dirección de Atención Primaria, 2001; p 2).

No obstante las diferencias entre ambas “hojas”, en la práctica cotidiana de los servicios, la consulta se registra indistintamente en cualquiera de ellas, ya sea por separado o en conjunto, obligando una vez más a buscar la información en “seguimiento” y “evolución”.

La Dirección de APS plantea también que el registro debe ser realizado por todo trabajador del CdeS en contacto con los problemas del usuario. La HCF contribuye a explicitar el “contrato” entre usuarios/familias y equipos de referencia. En teoría los equipos responsables están conformados por un médico especialista en alguna de las clínicas básicas (pediatra, clínico o generalista) y un enfermero (Dirección de Atención Primaria, 2003), el “*mini equipo*”, pero en la práctica, el equipo se constituye en función de la situación concreta, participando también otras disciplinas y oficios (psicología, trabajo social, administrativos, etc.), quienes también deben registrar las intervenciones en la historia clínica.

La longitudinalidad será indagada a partir de las siguientes variables:

1. El Motivo de Consulta o Diagnóstico consignado por trabajador de salud en cada consulta realizada durante el período de análisis de la condición crónica. Los motivos o diagnósticos posibles pueden ser:
 - a. Eventos agudos (EA) no relacionado a la enfermedad crónica de base (ECB). Bajo esta categoría se agruparán todos aquellos eventos agudos, de corta duración, generalmente autolimitados, que motivaron la consulta y que no guardan relación con el evento marcador de cuidados crónicos. Ejemplo: diagnósticos nosográficos (neumonías, anginas, etc.), síntomas aislados (dolores varios, malestares, etc.) o situaciones diversas (problemáticas sociosubjetivas, etc.)
 - b. EA asociable a ECB. Este grupo engloba aquellas situaciones agudas que guardan relación a la enfermedad crónica de base. Pueden ser producto de la evolución natural o de una complicación de la misma. Ejemplos: eventos

vasculares agudos (Accidente Cerebro Vascular, Infarto Agudo de Miocardio, Obstrucción arterial aguda), infecciones y DBT (Pié diabético, infecciones urinarias, etc.), descompensación diabética (hiperglucemia, coma hipoglucémico, etc.).

- c. “Control” EA de la consulta anterior. Este grupo contempla aquellas consultas que tienen por objetivo monitorear la evolución de los eventos agudos por los que el usuario consultó anteriormente.
- d. “Control” de la ECB. Este grupo incluye todas las consultas que guardan relación con la enfermedad crónica de base. El motivo de la visita puede ser un “control rutinario”, una visita para actualizar exámenes complementarios relacionados con la condición crónica, visitas para ajustar medicación, etc. Dada la variabilidad posible del registro de esta situación se considerará como tales aquellas consultas donde: i) se hace referencia explícita a la ECB: “control de enfermedad”, “DBT”, etc.; ii) se hace referencia al ajuste de la medicación de la ECB: “aumento dosis insulina”, “se indica antihipertensivo”, etc.; iii) se hace referencia a exámenes complementarios relacionados a la ECB: “se solicita laboratorio”, “resultado de laboratorio: glicemia alta”, “Hemoglobina glicosilada”, etc.; iv) se hace referencia explícita a cuidados generales para la ECB: “medidas higiénico-dietéticas”, “se sugiere realizar actividad física”, “no fumar”, etc.; v) se hace referencia explícita a los contenidos del examen físico recomendado para la enfermedad crónica de base: “control peso”, “control TA”, registro de peso o TA, “examen de pies”, “pulsos”, Índice de masa corporal, etc.
- e. Control EA consulta anterior y ECB. Reúne criterios de c y d.
- f. Práctica de promoción y prevención según condición, sexo y edad. Consulta destinada a actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad según el momento del ciclo vital y sexo. En el registro se consigna tanto la solicitud, la recepción y/o el resultado. Ejemplo: “solicito Papanicolaou (Pap)”, “tomo Pap”, “Pap normal”, “sugiero vacuna antigripal”, “recibo mamografía”, consejos “higiénico-dietéticos”,

sugerencia de realizar “actividad física” y de abandonar “hábito tabáquico”, etc.

- g. Nueva EC. Situaciones donde se diagnostica una nueva enfermedad crónica. Ejemplo: “diagnóstico de Artritis Reumatoidea”, “VIH/Sida”, etc.
- h. Ausente. Situaciones donde la consulta previamente programada no se concreta porque el usuario no concurrió. Esta situación puede ser registrada como: “ausente”, “no vino”, “está internado”, etc.

2. Continuidad del terapeuta registrante. Según se desprende de la bibliografía consultada, buena parte de la literatura asocia longitudinalidad con la existencia de un médico como fuente regular de atención. Dado que la HCF promueve el registro de todos los trabajadores del CdeS, y en especial del “*mini equipo*” responsable del cuidado del usuario, se incluirá a todos los potencialmente registrantes, sean estos individuales (trabajadores individuales) o colectivos (equipos).

La variable será indagada a través de la identificación del terapeuta registrante, pudiendo asumir los valores: i) Si: se trata del mismo terapeuta que atendió al usuario en la consulta anterior; ii) No: es otro terapeuta; iii) Indeterminado: no se puede identificar quién registró la consulta; iv) No corresponde: cuando por las características intrínsecas de la consulta no cabe indagar esta variable. Ejemplo: primer consulta del período de análisis de la condición crónica.

3. Relación entre consultas. Un aspecto de la atención longitudinal es la existencia de un “hilo conductor” entre las consultas del proceso. A diferencia de lo que ocurre con la atención de condiciones agudas, donde un serie reducida de consultas cierra el proceso de atención (generalmente una sola consulta, como ocurre con la atención por “guardia”), la atención longitudinal de las crónicas exige la existencia de continuidad entre las sucesivas consultas.

La variable será indagada mediante la comparación de pares de consultas sucesivas a través de: i) La existencia de registro explícito en la consulta actual respecto de la consulta anterior. Ejemplos: “control de... (Diagnóstico realizado en la anterior consulta)”, “recepción exámenes complementarios solicitados con motivo de...

(Diagnóstico realizado en la anterior consulta)”, etc.; ii) La existencia de registro que refiera al ajuste de la medicación del problema de s-e-c de la consulta anterior. Ejemplos: “se baja dosis medicación de... (Diagnóstico realizado en la anterior consulta)”, “se suspende tratamiento de... (Diagnóstico realizado en la anterior consulta)”, etc.; iii) La existencia de registro que refiera a la solicitud de exámenes complementarios en función del problema de s-e-c de la consulta anterior. Ejemplo: “solicitud de laboratorio para... (Diagnóstico realizado en la anterior consulta), etc.; iv) La existencia de registro que refiera a la realización de un examen físico en función de la consulta anterior. Ejemplos: “TA normalizada”, “continúa con espasmo”, “infección en pie controlada”, etc.

La variable puede adoptar los siguientes valores: i) Si: cuando en la consulta hay referencia a la consulta inmediatamente anterior; ii) No; cuando no hay mención a la consulta anterior; y iii) No corresponde: cuando por las características intrínsecas de la consulta, no cabe indagar esta variable. Ejemplo: primer consulta del período de análisis de la condición crónica.

4. Consultas y Enfermedad crónica de base. Finalmente, y dado que el objeto de la presente investigación remite a la adecuación de la atención de las condiciones crónicas, se procederá a indagar la longitudinalidad en relación a la enfermedad crónica. Para ello se revisará en cada consulta la mención a la ECB: i) existencia de registro explícito a la ECB. Ejemplos: “paciente hipertenso”, “DBT”; ii) la existencia de registro que refiera al ajuste de la medicación de la ECB. Ejemplos: “se baja dosis medicación de... (ECB)”, “se retira medicación... (ECB)”, etc.; iii) la existencia de registro que refiera a la solicitud de exámenes complementarios en función de la ECB. Ejemplos: “solicitud de laboratorio de rutina... (ECB), “solicitud de glucemia/Hemoglobina glicosilada”, “solicitud de Ecodoppler”, etc.; iv) la existencia de registro que refiera a la realización de examen físico en función de la ECB. Ejemplos: “toma de TA”, “examen de pies”, “pulsos arteriales disminuidos”, registro de los valores de la Tensión arterial, el peso corporal o el Índice de Masa Corporal (IMC), etc.

La variable puede adoptar los siguientes valores: i) Si: cuando en la consulta hay referencia a la ECB; ii) No; cuando no se hace mención a la ECB.

Integralidad

El concepto de integralidad en salud remite a dos órdenes o niveles. Por un lado la integralidad como un atributo del proceso de producción de cuidados, a nivel de lo micro, como característica del espacio de la clínica. Por el otro, la integralidad como atributo de la red de servicios, en tanto integración de niveles de atención (Zurro et. al.; 1999). Si bien existe una fuerte interdependencia entre ambas, pues la fragmentación de la red es un obstáculo real para la integralidad del cuidado, desde una perspectiva analítica es posible trabajarlas por separado. En la presente investigación, la integralidad será trabajada como atributo de la práctica clínica a nivel del CdeS, de la producción de cuidados a nivel micro.

Starfield (2002d: p 198) la define como la *“disponibilidad y provisión de los servicios precisos para satisfacer todas las necesidades de la población (a excepción de las infrecuentes)”*. La autora asimila fuertemente integralidad a prevención: los aspectos curativos de los preventivos; la prevención en *“salud pública”* y la prevención en la *“clínica”*; las estrategias *“universales”* de prevención y las estrategias *“focalizadas”*.

Cabe señalar que el binomio *“curación/prevención”* estructura parte del discurso entorno a la *“APS”*. Hay discursos que sostienen que la *“AP es el ámbito natural de la prevención”*, siendo su contraparte el hospital, lugar de la *“cura y la enfermedad”*, tesis refutada por quienes entienden que *“curación y prevención”* son parte de un mismo proceso, y deben ser asumidas conjuntamente en una estrategia integral. En el presente trabajo se adhiere a ésta posición.

Entre las formas que Starfield propone para dar cuenta de la integralidad, se destacan aquellas que indagan la variedad de los servicios ofertados, ya sea por un establecimiento ambulatorio, una compañía aseguradora, una red de servicios o un médico. Desde ésta perspectiva, la integralidad tiene mayores chances de ser garantizada si las instituciones ofrecen simultáneamente servicios curativos y preventivos.

Mendes, por su parte, introduce el concepto de *“atención centrada en el usuario”*. Propone que los equipos de salud de la familia (ESF), en el contexto del Sistema Único de

Salud de Brasil, deben mudar su práctica de una atención prescriptiva centrada en la enfermedad, a una atención colaborativa centrada en la persona. No solo se trata de ofertar servicios variados, sino también de comprometer a los equipos de salud a generar vínculos diferente con los usuarios, buscando aumentar las cuotas de autonomía respecto de su s-e-c y de su vida, según el lema que guía las recientes reformas del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido –NHS–: “*Ninguna decisión sobre mí, sin mi participación*” (Mendes, 2012d; p 243)⁹.

Puede decirse que Mendes radicaliza la noción de la “*necesidad de la población*” introducida por Starfield, donde los equipos no solo proveen servicios sino que están al servicio de los ciudadanos.

Un conceptualización muy emparentada a integralidad es la acuñada por Gastón Wagner de Souza Campos (de Souza Campos, 2001) a través del concepto de “*clínica ampliada*”. Este autor diferencia al menos tres formas de practicar la clínica: i) La “*clínica clínica*”, como aquella práctica centrada exclusivamente en la dimensión biomédica del proceso s-e-c, hegemónica en los ámbitos académicos y en muchos espacios de práctica; ii) La “*clínica degradada*”, en tanto práctica empobrecida por las condiciones del entorno social y sanitario, la que también centrada en lo biomédico, es incapaz de garantizar cuidados que incorporen los desarrollos científicos y tecnológicos que caracterizan a la anterior, restringiéndose a intervenciones sintomáticas y de baja calidad; y iii) La “*clínica ampliada*” centrada en el sujeto, donde la enfermedad es contextualizada al incorporar la dimensión sociosubjetiva del enfermar y morir, como también del vivir. Esta clínica demanda de sujetos, asumiendo como tales no solo a los usuarios sino también a los trabajadores de salud.

Dado que la presente investigación tiene como fuentes de información a los “servicios” (HCF y entrevistas a trabajadores), las que no permite rescatar la perspectiva de los usuarios, la integralidad es asumida como la provisión de cuidados destinados a la promoción de la salud, a la prevención, al tratamiento y a la rehabilitación de la enfermedad.

⁹ Original en portugués. Traducción a cargo del autor de la presente tesis de maestría.

La misma será operacionalizada mediante una serie de variables que remiten a la variedad de cuidados ofrecidos y/o concretados en cada consulta. Desde una perspectiva analítica, el atributo será indagado mediante dos ejes: i) Integralidad de los cuidados respecto de la ECB; e ii) Integralidad de los cuidados centrados en la persona. Dado que ambas variables remiten mayormente a recomendaciones protocolizadas, la información será cotejada con guía clínicas oficiales, considerando como tales las normas y recomendaciones difundidas por ministerios y secretarías de salud, en especial las del Ministerio de Salud de la Nación. Las mismas están disponibles en la Web.

Integralidad del cuidado de la ECB. Existen varias guías para el abordaje clínico de las ENT. A nivel nacional, y como parte de la “*Estrategia Nacional de Prevención y control de Enfermedades Crónicas no transmisibles*”, el Ministerio de Salud viene difundiendo guías para el manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2 (Ministerio de Salud de la Nación, 2010) y las cardiovasculares (Ministerio de Salud de la Nación, 2009a y 2009b). La primer guía es resultado de un proceso de adecuación de recomendaciones internacionales de elevada calidad propuestos por la colaboración AGREE (*Appraisal of Guidelines, Reserach and Evaluation for Europe*), mientras que la segunda surge de la adaptación de la Guía elaborada por la OMS en 2007.

Ambas guías clínicas ofrecen a los equipos del primer nivel elementos para categorizar según riesgo a los portadores de HTA y/o DBT, recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas, actividades de promoción-prevención y criterios para el seguimiento adecuado, apoyado todo en la mejor evidencia actualmente disponible. En tal sentido presentan una serie de recomendaciones traducibles a intervenciones, “... *dirigidas a contribuir al mejoramiento de la atención de los pacientes con enfermedades crónicas a nivel de los servicios de salud, ... de alto grado de evidencia, ... que debe recibir periódicamente la persona*” (Ministerio de Salud de la Nación, 2010: p 5).

Las recomendaciones giran en torno a: i) Aspectos organizacionales (contar con Historia clínica por problemas); ii) Aspectos del examen físico: Talla, Peso, Índice de Masa Corporal (ICM), circunferencia de cintura (CC), tensión arterial (TA), inspección de pies, pulsos arteriales de miembros inferiores, sensibilidad de los pies y reflejos en miembros inferiores; iii) Aspectos vinculados a la solicitud de exámenes complementarios: glucemias,

Hemoglobina glicosilada (HbA1c), lípidos en sangre, examen de orina, Albumina en orina (Microlabuminuria), Creatinina y Electrocardiograma; iv) Aspectos vinculados a las interconsultas a especialidades del segundo nivel: interconsulta con Oftalmología (incluye realización de fondo de ojo y prueba de agudeza visual), Odontología, Endocrinología, Nefrología y Cardiología (incluye la realización de Ergometría); y v) Aspectos vinculados a los cuidados generales: actividad física, recomendaciones alimentarias y “habito tabáquico”. La guía aclara que todas las recomendaciones deben ser singularizadas en la clínica y adecuarse al “*caso por caso*”. También establece la periodicidad de las mismas.

En el marco del presente trabajo las recomendaciones serán utilizadas como variables para operacionalizar la integralidad respecto de la ECB.

1. El Examen físico y la ECB. Los valores de la variable pueden ser: i) Si: cuando existen registro en la consulta que refiera a aspectos del examen físico (Ejemplos: valor de TA, valor del Peso y Talla, “examen de pies”, “pulsos arteriales”, etc.). Este valor será asignado a las consultas con examen físico completo; ii) No: cuando no hay registro en la consulta de aspectos del examen físico; iii) Parcial: cuando se registran algunos de los aspectos. Esta última situación no es necesariamente negativa, ya que si la longitudinalidad está asegurada, la completitud del examen físico puede alcanzarse en las sucesivas consultas. De hecho, no se recomienda la mensura de las variables antropométricas en toda consulta, ya que en algunos casos la medición periódica no reporta mayor información (Ejemplo, la Talla); y iv) No corresponde: cuando la situación de la consulta no lo hace posible (Ejemplo: consulta efectuada por un familiar).
2. Exámenes complementarios y ECB. A diferencia del examen físico los exámenes complementarios no son realizados por el terapeuta solicitante ni en el CdeS. Para ésta variable hay que distinguir entre solicitud y realización. No obstante, y en el marco de la presente investigación, ambas posibilidades serán consideradas en conjunto como consecución de los exámenes complementarios. En tal sentido, los valores de la variable pueden ser: i) Si: cuando existe registro referido a la solicitud

y/o a la recepción de un examen complementario (Ejemplos: “se solicita laboratorio”, “se recibe ECG”, o el registro de los valores de las determinaciones, etc.); ii) No: cuando no hay registro de solicitud y/o recepción de los examen complementarios recomendados; y iii) No corresponde: cuando la situación de la consulta no lo hace posible (Ejemplo: consulta efectuada por un familiar; ausente).

Para esta variable no cabe el valor de incompleto/completo, ya que por las características inherentes a la práctica ambulatoria difícilmente en una consulta se soliciten o reciban todos los exámenes complementarios recomendados para la condición crónica. Para dar cuenta de la complitud se utilizará una cuarta variable (ver más adelante).

3. Interconsultas y ECB. Los valores de la variable son: i) Si: cuando existe registro explícito de la solicitud y/o recepción de una interconsulta (Ejemplos: “se recibe contrarreferencia”, “se consulta a...”, “el interconsultor sugiere...” o la presencia de hoja de Referencia/contrarreferencia en la HCF, etc.); ii) No: no hay registro de la solicitud o la recepción de interconsultas; y iii) No corresponde: cuando la situación de la consulta no lo hace posible (Ejemplo: consulta efectuada por un familiar).

Por los mismos motivos que para los Exámenes complementarios, para esta variable no cabe evaluar complitud en cada consulta. Dicho valor será indagado con la siguiente variable.

4. Recomendaciones periódicas para la ECB en un año. Con esta variable se pretende eliminar el artefacto que produce referir a una sola consulta una serie de recomendaciones propuestas para un período anual. Dado que el vínculo entre usuarios y equipos de salud es un bien a construir en el tiempo, es importante comprender que la integralidad no es posible sin la longitudinalidad, y que en el marco del cuidado de las condiciones crónicas, muchos de los aspectos relacionados al examen físico, a los exámenes complementarios y a las interconsultas, pueden realizarse en un lapso variable de tiempo, cosa por otro lado deseable sino se quiere “espantar” con una “avalancha” de solicitudes a un usuario que consulta de primera vez, y por tal motivo no solo debe ordenar sus tiempos para cumplimentar la serie

de solicitudes, sino que también tiene la necesidad de comenzar a tramitar subjetivamente su condición de “enfermo crónico”.

Considerando cada uno de los dos años del período de análisis, las recomendaciones serán asumida como: i) Completas: hay registro de que las 20 recomendaciones fueron solicitadas y/o realizadas en un año calendario; ii) Medianamente completo: cuando hay registro de que se solicitaron y/o realizaron hasta 10 recomendaciones en un año calendario. iii) Incompleto: cuando el registro permite aseverar que las recomendaciones realizadas y/o solicitadas no alcanzan a 10 en un año calendario.

Integralidad de los cuidados centrados en la persona. Respecto de los cuidados recomendados según el momento del ciclo vital, el sexo, y la situación particular de la persona, existen diversas guías. Se trata de aquellas prácticas que no están incluidas en las recomendaciones de seguimiento de la ECB, como por ejemplo el Papanicolaou en una mujer y las inmunizaciones. Las mismas difieren en número y han de ajustarse según la edad y el sexo.

Una de las guías más completas es la elaborada periódicamente por el Servicio de Salud de Mérida, y que contempla una variada cantidad de situaciones y momentos del ciclo vital de las personas (Servicio Extremeño de Salud, 2011), como las presentadas en textos clínicos de medicina general y familiar para la “APS” (Ciurala Misol et. al., 1999). En nuestro país, la mayoría de las recomendaciones preventivas están incluidas dentro de las actividades programáticas de los ministerios provinciales y de los programas nacionales. Es el caso de la prevención del Cáncer Cervicouterino y Ginecológico (Ministerio de Salud de la Nación, 2008b; Ministerio de Salud de Santa Fe, 2009), de las ENT (Ministerio Salud de la Nación, 2008a), de recomendaciones alimentarias (Ministerio Salud de la Nación, 2008c), del control del habito de fumar (Ministerio Salud de la Nación, 2009c) y de las inmunizaciones (Ministerio de Salud de Santa Fe, 2011c). La Secretaría de Salud de Rosario incorpora también varias de estas recomendaciones a la práctica de los equipos (Municipalidad de Rosario, 2012b).

El eje será operacionalizado a través de las siguientes variables.

1. Prácticas de promoción y prevención según sexo y edad en cada consulta. La variable puede adoptar los siguientes valores: i) Si: existe registro de la solicitud o realización de una práctica preventiva destinadas a la prevención primaria de las neoplasias más frecuentes (Mama, cuello de Útero, Colon y Próstata), las inmunizaciones y la promoción de hábitos saludables (cesación tabáquica, alimentación “saludable” y ejercicio físico); ii) No: no hay registro de solicitud o realización de prácticas preventivas acordes al sexo y momento del ciclo vital; y iii) No corresponde: cuando la consulta no lo permite (Ejemplos: ausente, consulta de un familiar, etc.).

Al igual que las recomendaciones en el acompañamiento de la condición crónica de base no es posible -ni deseable- que las mismas se concentren en una sola consulta, ni que se indaguen en todas las consultas. Es más, hay consultas, donde el motivo de la misma corresponde a un problema determinado y el terapeuta aprovecha para realizar una recomendación preventiva, mientras que hay consultas que son programadas especialmente para una acción de promoción-prevención (Toma de Papanicolaou).

2. Prácticas de promoción y prevención en un año. Esta variable pretende dar cuenta de la complitud de las prácticas de promoción y prevención recomendadas por la Guías y Programas vigentes, según condición, sexo y edad. A diferencia de la variable anterior, donde la indagación se refiere a una consulta, ésta remite a cada uno de los años observados. En tal sentido, las prácticas de promoción serán asumida como: i) Completas: hay registro de que todas las recomendaciones, según condición, edad y sexo, fueron realizadas o solicitadas en un año calendario (Ejemplo: Pap, Examen ginecológico, Mamografía, Colposcopia, Métodos anticonceptivos, Inmunizaciones, Prevención cáncer colon, Prevención cáncer de próstata, recomendaciones “higiénico-dietéticas”, etc.). No se incluyen las recomendaciones que hacen al acompañamiento de la condición crónica; ii) Medianamente completo: cuando hay registro de que se realizaron o solicitaron algunas de las recomendaciones en un año calendario. iii) Incompleto: cuando no

hay registro de solicitud o realización de prácticas de promoción o prevención en un año calendario.

A diferencia de las recomendaciones para la ECB, las prácticas de promoción y prevención varían mucho de acuerdo a la situación particular, la edad y el sexo de cada usuario: no son las mismas para una mujer joven que para un varón adulto mayor, más allá que los dos padezcan DBT y/o HTA. Es por ello que no puede determinarse la complitud/incomplitud aplicando un valor estándar a todo el grupo, sino que debe determinarse uno por uno.

3. Búsqueda de otros problemas de s-e-c. Esta variable pretende indagar la actitud de los equipos en la búsqueda de problemas de s-e-c diferentes a la ECB. Pueden ser problemas de índole biológica como del orden sociosubjetivo. El reconocimiento de los mismos radica en una real ampliación de la clínica por el equipo de salud y excede los aspectos claramente preventivos. En tal sentido es un indicador sensible de integralidad.

Los problemas pueden ser buscados a través del examen físico, de exámenes complementarios y/o interconsultas. El valor asumido por esta variable puede ser: i) Si: cuando hay registro explícito de otras problemáticas de s-e-c diferentes a la ECB. La variable adoptará dicho cuando el problema sea “buscado” o haya sido “confirmado” (Ejemplo: “se solicita laboratorio por... (Diagnóstico diferente de la ECB)”, “se solicita interconsulta por... (Diagnóstico diferente de la ECB)”, “se recibe interconsulta de salud mental...”, etc.); ii) No: no hay registro de búsqueda de otras problemáticas; y iii) No corresponde: cuando la consulta no lo permite (Ejemplo: Ausente).

4. Abordaje interdisciplinario. Con esta variable se pretende indagar la complejización en el abordaje de los problemas. Al igual que la tercera variable, esta excede el ámbito de la promoción y la prevención, y es un indicador de la ampliación de la clínica. Los valores de la variable pueden ser: i) Si: existencia de registro que da cuenta de un abordaje con otra disciplina (Ejemplo: registro realizado conjuntamente entre dos disciplinas, “se charla situación con salud mental”, “se

presentara el problema a Trabajo social”, “enfermería comenta que...”, etc.); ii) No: cuando no hay registro de abordaje multidisciplinarios o interdisciplinario; y iii) No corresponde: cuando la consulta no lo permite (Ejemplo: Ausente, consulta de un familiar, etc.).

Queda claro que las variables 3 y 4 no poseen ni admiten una guía o protocolo de pesquisa. En tal sentido, su búsqueda tiene valor ya que sugieren abordajes integrales y singularizados.

En el Anexo 1 se presenta un resumen con cada uno de los atributos, las variables que permiten operacionalizarlos y los valores posibles que éstas pueden adoptar.

Caracterización del contexto del estudio

Con el objetivo de conocer el contexto poblacional e institucional donde se produce el cuidado de las condiciones crónicas, se procederá a caracterizar la población del área y el primer nivel de atención.

Características del primer nivel de atención municipal. El primer nivel de atención será caracterizado en términos estructurales y organizacionales/funcionales.

Los ítems a tener en cuenta son: i) Años de inauguración del centro; ii) Hechos sobresalientes en la historia del centro (ampliaciones, cambio de domicilio, etc.); iii) Aspectos edilicios (consultorios, enfermería, secretaría y archivo de HC, sala espera, farmacia, lugar para la extracción de laboratorios, etc.); iv) Disponibilidad de tecnologías para el cuidado de condiciones crónicas (balanzas, tensiómetros, tiras reactivas, historias clínicas y otros registros clínicos, insumos de farmacia, boca de extracción de laboratorio, acceso a interconsultas con especialistas del segundo nivel, informatización, etc.); v) RRHH: cantidad, especialidades y disciplinas; vi) Características funcionales: población de responsabilidad, adscripción de población a equipos/médicos de referencia, proceso de adscripción (mecanismo para la asignación de usuarios a equipos/médicos de referencia,

equidad en la asignación de adscriptos a cada equipo/médico de referencia, número de usuarios adscriptos por médico/equipo de referencia), acceso a la atención (turnos, atención de la urgencia, visitas domiciliarias), uso de registros (registros identificatorios de usuarios, farmacia, HCF y “Ficheros calendarios”).

Características de la población del área de responsabilidad. Se indagarán las características de población del área de responsabilidad a partir del conocimiento que el equipo de salud tiene de ella. La misma será caracterizada según criterios sociodemográficos que permitan delimitar áreas, grupos o familias en diferente situación de vulnerabilidad, haciendo posible valorar la correspondencia entre la organización de la oferta, las necesidades de la población y la equidad en la provisión de servicios.

Los aspectos a tener en cuenta son: i) población del área de responsabilidad: número habitantes, grupos étnicos y sexo, migración, pueblos originarios; ii) condiciones materiales de vida: urbanización, servicios públicos, instituciones estatales (educativas, sanitarias, otras), instituciones no gubernamentales (recreativas, religiosas, educativas, etc.); iii) condiciones de trabajo: situación laboral de la población económicamente activa, principales estrategias de supervivencia, cobertura social; aéreas o microáreas con vulnerabilidad diferencial.

Castel (1997) define vulnerabilidad como una situación a la que pueden arribar los grupos, familias e individuos, según el nivel de deterioro de las redes laborales y sociales que otorgan soporte en una sociedad. El concepto rescata la dimensión procesual, identificando situaciones de vulnerabilidad diferencial y procesos de vulnerabilización. Según se expresen las dos dimensiones de la vulnerabilidad, trabajo y redes sociales, la situación de un sujeto es definida como “*afiliado*” (inserción laboral estable y redes sociales fuertes), “*desafiliado*” o “*excluido*” (ausencia de trabajo y redes sociales de soporte) o vulnerable (trabajo más o menos estable o redes de soporte más o menos firmes). El concepto, además de rescatar la dinámica respecto de la “inserción” social, incluye los recursos que cada sujeto dispone para enfrentar las situaciones de infortunio. El abordaje de vulnerabilidad presenta ventajas respecto del abordaje de riesgo (Ayres et. al., 2006). La importancia de indagar a nivel del equipo de salud si reconoce la situación de

vulnerabilidad de la población reside en que es un elemento para visualizar si éste organiza los servicios con criterios de equidad.

LOS ASPECTOS TÉCNICOS

Fuentes de información

Se utilizarán dos tipos de fuentes de información: i) fuentes secundarias: Historia Clínica Familiar; y ii) fuentes primarias: entrevistas y encuesta semi estructuradas a informantes clave (trabajadores del Centro de salud, autoridades del nivel “central” de la Secretaría y responsables de la formación de los médicos residentes)

La selección de las unidades de información

En la presente investigación se trabajará con un solo CdeS. La misma reviste carácter exploratorio. El proceso de elección de las unidades de información contempla varias etapas.

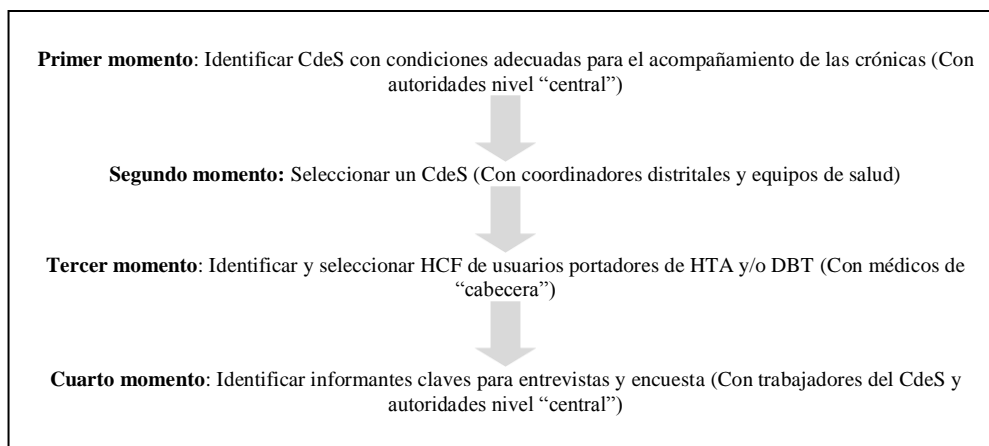
En un primer momento se identificará junto a la Secretaría de Salud todos aquellos centros que presentan adecuadas condiciones para la atención de las enfermedades crónicas. Los criterios a utilizar, además del conocimiento que las propias autoridades tienen acerca de los 50 centros, son: centros con al menos cinco años de funcionamiento, presencia de médicos clínicos y/o generalistas en el equipo, presencia de mecanismos tendientes a garantizar la accesibilidad de los usuarios (turnos programados, comunicación fluida con los otros niveles de atención, etc.), existencia de farmacia con horarios amplios de atención (mañana y tarde), existencia de un boca de extracción de laboratorio “generosa” (sin cupo de muestras y varios días a la semana).

De la totalidad de los centros identificados será seleccionado uno: el que mejores condiciones presente para acceder al campo (deseo del equipo de participar de la investigación).

Una vez seleccionado el CdeS, se procederá a solicitar a los médicos “de cabecera” cinco (5) HCF de pacientes adscriptos con HTA y/o DBT, según los criterios definidos anteriormente para la condición crónica.

Estos médicos, al igual que otros trabajadores del CdeS, como autoridades del nivel central, serán entrevistados y encuestados.

Grafico N° 1: Esquema de selección de unidades de información y análisis.



Arquitectura del diseño

La investigación responde a un estudio de caso, siendo el CdeS la unidad de análisis. Es en este nivel donde se procederá a valorar la adecuación del cuidado producido para atender las condiciones crónicas.

La investigación además reviste un carácter exploratorio. En tal sentido se propone describir los rasgos particulares del proceso de producción de cuidados.

La muestra seleccionada no permite realizar generalizaciones al resto de los establecimientos del primer nivel municipal.

Respecto del tratamiento de las unidades de información, la indagación de la HCF responde a la lógica de un estudio longitudinal de tipo retrospectivo. Las historias serán revisadas durante un período que va de la última consulta a los dos años anteriores a la misma. Dicho abordaje es adecuado para poner de manifiesto la dimensión procesual de la producción de cuidados en general, como de las condiciones crónicas en particular.

Por su parte, la lógica temporal de entrevistas y encuestas responde a un abordaje transversal. Con las mismas se pretende dar cuenta de las opiniones e impresiones que los trabajadores poseen acerca del cuidado de las condiciones crónicas (la guía de la entrevista está disponible como Anexo 2), las características sociodemográficas de la población del área y las características organizacionales y estructurales del CdeS (la guía de la encuesta está disponible como Anexo 3).

Plan de análisis.

Para el análisis de la información de la HCF se generó un instrumento de recolección de datos que rescata de cada consulta del período analizado los valores de las variables que operacionaliza los conceptos indagados (Anexo 4).

El tratamiento de los datos para su análisis corresponde a lo que Minayo (2004) denomina Análisis del contenido. Para la autora, si bien el análisis de un texto puede realizarse mediante diferentes abordajes, existen dos modos claramente diferenciados: el tratamiento cualitativo del texto, con la hermenéutica como opción paradigmática, o el tratamiento cuantitativo, que busca la regularidad de contenidos manifiestos con el objeto de cuantificarlos. En la presente investigación el material recabado de las historias clínicas será tratado conforme a la segunda propuesta, donde los contenidos del texto son indagados de acuerdo a su presencia explícita o no en el relato, para ser traducido luego a valores cuantificables.

Diferente tratamiento se dará al material de las entrevistas y las encuestas semiestructuradas. En las mismas se buscarán las opiniones, las impresiones y el sentidos que los trabajadores poseen respecto al cuidados de las condiciones crónicas, las características del CdeS y de la población del área (Mercado et. al, 2007).

La información surgida de las fuentes primarias “dialogará” con la información de las historias clínicas.

Capítulo 4: Presentación de resultados

ORGANIZACIÓN DE LA PRESENTACIÓN

En el presente capítulo se presentan los resultados de los diferentes momentos del trabajo de campo: la revisión de Historias clínicas familiares (HCF), las entrevistas y las encuestas semiestructuradas a trabajadores del centro y a funcionarios de la Secretaría de Salud. Los hallazgos se presentan de acuerdo a los objetivos específicos.

Durante el trabajo de campo se revisaron 27 HCF, se realizaron 12 entrevistas y 4 encuestas semiestructuradas. Las entrevistas, grabadas en soporte digital, fueron realizadas al Coordinador del Distrito donde se ubica el CdeS, a la Jefa de CdeS, a siete médicos “de cabecera” -6 médicos generalistas y 1 médico clínico-, a una enfermera, a un administrativo y a la Coordinadora de la carrera de posgrado de Especialización en Medicina General de la Universidad Nacional de Rosario. Los entrevistados desempeñan la función desde al menos 2 años, con la excepción de una médica que trabaja en el centro desde hace siete 7 meses.

LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Características estructurales y organizacionales del Centro de salud

La información proviene de encuestas semiestructurada y entrevistas.

El CdeS seleccionado se ubica en el Distrito noroeste de la ciudad, en el barrio Empalme Graneros. Fue inaugurado hacia principios de la década del 90 como parte de la reformulación y expansión de la red de servicios públicos municipales. Dispone de un edificio nuevo, inaugurado hace tres años, que cuenta con cinco consultorios totalmente equipados (camilla, escritorio, sillas, balanza, tensiómetro, estetoscopio, etc.), un consultorio odontológico, enfermería con dos ambientes intercomunicados (uno para

prestaciones generales –inyectables, extracción de sangre, nebulizaciones, curaciones menores- y otro para internaciones abreviadas), una oficina de administración (la “Administración”), una farmacia con depósito para medicamentos, un salón de usos múltiples, seis baños (tres para el público y tres para el personal), una cocina, dos patios con depósito para residuos patológicos y equipo compresor, y una amplia sala de espera. El centro atiende durante una amplia franja horaria, de lunes a viernes de 7:00 a 19:00 horas.

Con respecto al plantel profesional, el equipo está conformado por 35 trabajadores de diversas disciplinas y oficios: cuatro enfermeros, una trabajadora social, dos psicólogas, dos odontólogos, tres administrativos, una fonoaudióloga, dos mucamas, dos farmacéuticas y diecisiete médicos (siete generalistas, un clínico, una pediatra, dos tocoginecólogos y seis residentes de medicina general). El recambio de trabajadores es importante, en especial entre los médicos, donde “*al menos dos médicos cambian por año*”. Los cambios tienen que ver con traslados “*internos*” dentro de la misma Secretaría de Salud o con la finalización del ciclo de formación (médicos residentes). El traslado surge por múltiples motivos, principalmente a solicitud de los trabajadores a raíz del “*agotamiento*” que produce la gran demanda de trabajo en el centro, aunque también la solicitud puede tener que ver con la proximidad de otro establecimiento al domicilio del trabajador y la comodidad que ello implica. En algunas oportunidades, con motivo de “*conflictos internos*”, es la “*gestión de APS*” quien decide trasladar al trabajador a otro centro.

En palabras de la enfermera entrevistada:

“... el recambio es muy importante, ... es un centro con una gran demanda de la población, con problemas muy complejos, ... una demanda continua y que no para, ... no es un centro tranquilo, ... la gente (los trabajadores) después de un tiempo se agota...” (Enfermera)

El equipo, coordinado por uno de sus integrantes (la “*Jefa del centro*”), trabaja con la lógica de un médico o un “*mini equipo*” responsable con “*población adscripta*”. El proceso de adscripción comenzó hace aproximadamente 9 años. En la actualidad casi la totalidad de los usuarios cuentan con un médico de “*cabecera*”. Excepto los ginecólogos y los residentes de los primeros años, todos los médicos son “*adscriptores*”. Los criterios para asignar usuarios y/o familias a cada médico están explicitados y son compartidos por todos los

integrantes del equipo. En un primer momento, cada médico explicitó quienes eran “*sus familias y pacientes*”, luego, y en base a la complejidad de las situaciones, se acordaron pautas para que la asignación sea equitativa: familias en situación de extrema vulnerabilidad (“*familias críticas*”), usuarios con problemas de s-e-c que requieren mayores cuidados (“*pacientes complejos*”), familias recién llegadas al barrio (“*familias nuevas*”), etc. Actualmente, la cantidad de adscriptos por médico varía entre 600 y 1.000 familias y/o usuarios, y es “*Administración*” quién asigna nuevos adscriptos en función del “*espacio en la lista de cada médico*”. El médico de “*cabecera*” es quien coordina el proyecto terapéutico. De él depende convocar a otros profesionales del equipo para producir cuidados, lo que muchas veces conduce a que la responsabilidad sea asumida por un “*mini equipo*” (médico/enfermero, médico/trabajadora social, médico/psicólogo, etc.). Los entrevistados refieren que la mayoría de los usuarios reconoce a “*su médico, ... pidiendo por él cuando buscan un turno*” (Administrativo).

Para acceder a la atención los usuarios disponen de varias alternativas: i) Turnos programados por “*ventanilla*”, tramitados por el usuario para consultas a realizarse a partir de las 48 horas y con un horizonte máximo de 30 días; ii) Turnos programados por médicos, acordado entre usuario y médico de “*cabecera*”; y iii) Dispositivo de “*Pronta atención*”, donde el usuario puede consultar ante un problema inesperado, obteniendo una respuesta inmediata: atención por enfermería o un médico. Se trata principalmente de consultas por eventos agudos, siendo enfermería quién realiza la primera evaluación – *Triage*- para una posterior consulta médica, “*si la situación amerita*” (Enfermera)

Según el relato de una médica de “*cabecera*”,

“... este mecanismo garantiza el acceso, especialmente entre los adultos portadores de enfermedades crónicas, ... refuerza la relación médico-paciente, que es fundamental para cualquier seguimiento de las patologías crónicas” (Médica clínica)

El dispositivo de “*Pronta atención*” no solo resuelve un problema agudo del usuario, sino también refuerza la estrategia vincular entre éstos y el equipo. Estas consultas también son registradas en la HCF. Existe un acuerdo interno de que toda intervención, al menos las médicas, deben registrarse. Antes de cada consultorio “*Administración prepara las*

carpetas (HCF)”. En caso de consultas no programadas son los médicos los principalmente encargados de buscar la historia clínica en el archivo para registrar la práctica.

El CdeS trabaja con HCF, siendo un registro clínico universal. Algunos médicos utilizan también un “Fichero calendario” como herramienta que ayuda a organizar las visitas de “*sus pacientes*”. Las historias clínicas están numeradas a partir del 1.000, llegando en la actualidad a las 9.500. Los responsables del equipo calculan un promedio de 5 integrantes por historia y 40.000 individuos adscriptos. La gestión de la HCF, esto es el armado, asignación de número y llenado, está casi exclusivamente a cargo del médico responsable.

Las historias se guardan en “*Administración*” y no existe una única base para ubicarlas en el archivo. Las antiguas bases del CdeS -“*carpetas de HCF*” (formato papel)- se fueron desactualizando progresivamente a medida que cada médico de “cabecera” confeccionaba su propio “*listado*”. Hoy cada médico posee y actualiza su “*lista*” (en formato papel y/o digital), dejando una copia en el CdeS. Para superar la dificultad que ello representa, un integrante del equipo está trabajando desde hace varios meses para armar una “*lista única de historias en una base Excel*”. No contar con un único listado es un obstáculo para el uso de la HCF, ya que si bien existe el acuerdo de que “*toda consulta debe ser registrada*”, el tiempo que insume la búsqueda y el acondicionamiento de la misma (agregar hojas, etc.), es tiempo que se “*quita a la atención y al registro*” (Médica generalista 1).

El equipo sostiene múltiples estrategias para sostener y reforzar el vínculo con los usuarios: médicos que adscriben población, HCF, dispositivos de “*Pronta atención*”, turnos programados, visitas domiciliarias, visitas en la internación, etc. Todas apuntan a estrechar la referencia, la que se da principalmente en la figura de un médico.

A modo de ejemplo es interesante comentar como enfermería y farmacia aportan cotidianamente a ello. La enfermería, servicio con una importante capacidad de alojamiento y escucha, trabaja activamente para referenciar a los usuarios a un nuevo profesional cuando el de “*cabecera pidió el traslado*”. En palabras de una enfermera:

“... conocemos a los pacientes crónicos porque vienen seguido a controlarse por enfermería... le programamos un turno con los médicos nuevos cuando se fue el (médico) de cabecera..., de esa manera no se pierden (los usuarios),... no se empieza de cero” (Enfermera)

La farmacia por su parte, deja registro toda vez que un “*paciente crónico*” retira medicación, lo que ocurre mensualmente. El “Fichero de medicación crónica” permite visualizar qué usuarios estarían discontinuando el tratamiento:

“... la farmacéutica me avisa cuando mis pacientes no vienen a retirar la medicación crónica”
(Médica generalista 3)

El equipo sostiene reuniones semanales, de las que participan la totalidad de sus miembros. En ellas se problematiza la situación de los “*pacientes complejos*” y las “*familias críticas*” y se planifica la oferta de servicios. La “*reunión de equipo*” es además el espacio donde se gestan y revisan los acuerdos colectivos (modalidad de atención, criterios de adscripción, licencias, etc.). El equipo participa a través de un responsable de las reuniones territoriales -“*reuniones de Distrito*”-, espacio que congrega a los otros establecimientos de salud del distrito (CdeS, segundo y tercer nivel, servicios de apoyo). Las mismas tienen una frecuencia semanal y es el espacio donde se trabajan los problemas de la red: derivaciones, insumos, situaciones de “*pacientes complejos*”, etc.

La población del área de responsabilidad del centro de salud

La información proviene de encuestas semiestructurada y entrevistas.

El equipo no cuenta con datos censales actualizados para caracterizar la población del área de responsabilidad. Por tal motivo se trabaja con información generada a partir de un relevamiento realizado entre 2004 y 2005 por el mismo CdeS, cuando comenzó el proceso de adscripción, relevamiento que no incluyó a toda la población del área, sino a la de las dos microáreas consideradas como más vulnerables, “*las microáreas críticas*”: la población de la etnia Qom (“*Toba*”), con aproximadamente 500 familias, y la población del área

“*precaria*”, con aproximadamente 700 familias. No hay datos de la población de la tercera microárea, la “*no precaria*”, la más numerosa, con “*varios miles de familias*”.

Los criterios establecidos por el equipo para delimitar las microáreas son: i) condiciones de vida: características de la vivienda, provisión regular de servicios básicos (especialmente energía eléctrica, agua potable y recolección de residuos), urbanización del espacio público (pavimentación y mejorado de calles, zanjas a cielo abierto, espacios verdes, terrenos baldíos y basurales, terrenos inundables, etc.); ii) condiciones de trabajo: estabilidad y precariedad en el trabajo, otras estrategias de supervivencia; iii) migración; iv) características culturales: pertenencia a pueblos originarios, presencia de instituciones y dispositivos vecinales, barriales y culturales, etc.

Dichos criterios trazan el perfil de la población de las dos microáreas más vulnerables. Para ambas las condiciones medioambientales de vida son bastante adversas. Situadas al margen del arroyo Ludueña, la amenaza de inundación está presente con cada tormenta importante, que de no producirse, genera también inconvenientes: “*calles intransitables por el barro, acumulación de agua en lugares bajos, ingreso de agua a las viviendas*”, etc. A ello se suman los tendidos y conexiones precarias al agua potable y a la energía eléctrica, las zanjas a cielo abierto donde se vuelca los líquidos domiciliarios y la presencia de basurales producto del cirugeo. Respecto del trabajo, muchas de las familias desarrollan actividades informales, poco estables y/o precarias, principalmente el cirugeo y las actividades poco calificadas: albañilería y servicio doméstico. Un número importante de mujeres perciben los beneficios de las políticas sociales nacionales: Asignación Universal por Hijo y Embarazo. Respecto de la migración, las familias de las dos microáreas presentan un alto movimiento, ya sea entre barrios de Rosario o con localidades de la provincia del Chaco, donde parte del pueblo Qom tiene su ancestral origen. Éste grupo vive además con las enormes dificultades que la cultura le impone, donde representaciones, prácticas e idioma son factores que continuamente juegan en contra al momento de establecer y estrechar vínculos en el territorio.

Desde una perspectiva de equidad, el equipo del CdeS, destina los mayores esfuerzos para garantizar el acceso y atender los problemas de la población de las microáreas más vulnerables. Visitas domiciliarias periódicas, experiencias de trabajo intersectorial (con

otros establecimientos de salud, con la escuela, la Secretaría de Desarrollo Social, la Secretaría de Derechos Humanos, la Empresa Aguas Santafesinas, el Centro cultural Nan Qom, etc.), abordajes interdisciplinario de los problemas de s-e-c, son parte de las estrategias desarrolladas.

Los siguientes comentarios refuerzan la idea de que se trata de una población muy vulnerable, en especial los integrantes del pueblo Qom, lo que conduce al equipo a ser mucho más activo a la hora de atender sus necesidades:

“... es una población muy sumisa, no se quejan si no se pudo sacar la interconsulta al hospital, ... no es como en otros centros donde la gente se enoja mucho...” (Administrativo)

“... pasa que los Tobas pueden quedarse sentados varias horas en la sala de espera si no los llamas, ... pueden estar con un problema grave y no lo dicen si no le das lugar... se van calladitos a su casa y no reclaman si no los atienden, ...” (Médica generalista 1)

“... son muy cerrados (los Tobas), cuesta mucho comunicarse, ... pasa a veces que las mujeres no hablan castellano y es el esposo el que le traduce” (Enfermera)

Los usuarios portadores de la condición crónica y de las HCF revisadas.

Fueron revisadas 27 historias clínicas de usuarios portadores de alguno de los eventos crónicos no transmisibles elegidos como evento trazador. La totalidad de historias tenían formato familiar, respetando los dos grandes capítulos de la misma: los apartados dedicados al registro de la información de la familia y los apartados destinados al registro de la información de cada integrante. Se trata de historias “*activas*”, es decir, HCF de usuarios que han consultado al menos una vez durante el último año.

Por tratarse de HCF, una misma historia puede contribuir con más de un portador de la condición crónica. Ante esta situación fueron incorporados todos los integrantes de la familia que cumplieren con los criterios de inclusión: usuarios portadores de HTA y/o Diabetes Mellitus tipo II, con al menos dos años de adscripción y registros en la HCF del CdeS. Las 27 historias aportaron 29 casos de usuarios portadores de la condición crónica.

El tiempo de adscripción de los usuarios al CdeS varía entre los 17 y los 2 años, con un promedio de 10,7 años. En 17 casos, la adscripción coincide con el inicio de los

cuidados de la condición crónica. En los 12 restantes el diagnóstico de la ECB fue posterior a la adscripción.

El número de consultas durante el período analizado fue de 422, con un promedio de 7 consultas/año, y una variabilidad entre 2 y 19. Esto es, usuarios que consultaron 2 veces en un año y usuarios que tuvieron hasta 19 visitas al año.

Respecto del sexo, los usuarios presentaban la siguiente situación.

Tabla N° 1: Usuarios portadores de condición crónica según sexo.

Sexo	Número de casos
Mujeres	16
Varones	13
Total	29

Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Según edad, los usuarios se distribuyen en los siguientes rangos.

Tabla N° 2: Usuarios portadores de condición crónica según edad.

Rango etáreo (años)	Número de casos
Menor de 29	3
Entre 30 y 39	0
Entre 40 y 49	2
Entre 50 y 59	9
Entre 60 y 69	12
Mayor de 70	3
Total	29

Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Respecto de la condición crónica, el evento de base resultó ser:

Tabla N° 3: Usuarios portadores de condición crónica según evento de crónico base.

Evento crónico de base (ECB)	Número de casos
Diabetes Mellitus Tipo II (DBT)	6
Hipertensión Arterial (HTA)	3
DBT e HTA	20
Total	29

Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

La HCF mostró que varios usuarios padecían otra comorbilidad pasible de ser asumidas como condición crónica. Entre ellas se destaca: Miocardiopatías: Coronariopatía crónica (2), Estenosis valvular (2) y Arteriopatías periféricas (1); Secuelas de Accidentes Cerebrovasculares (1); Insuficiencia Renal Crónica (2); Colagenopatías: Lupus Eritematoso Sistémico (2) y Artritis reumatoidea (1); Endocrinopatías: Hipotiroidismo (3) y Obesidad (5); Trastornos subjetivos graves: Psicosis (1); Lepra (1); Neoplasias: cáncer de Colon (1); Glaucoma (1); Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (2). Si bien algunas pueden corresponder a complicaciones del evento de base, otras no guardan relación con él. El registro y seguimiento de dichos problemas de s-e-c muestra la complejidad de las situaciones abordadas por el primer nivel, donde la condición crónica no se reduce a un solo evento.

Respecto de la HCF, los apartados del capítulo dedicado a los registros de la familia son los que en general mayor incomplitud presentaban. Para esta sección excepto la primera página, donde figuran los datos filiatorios de cada integrante y el familiograma, el resto de los apartados presentaban escasos datos registrados, y aquellos que presentaban algo, estaban muy desactualizados al momento de la revisión.

Por su parte, de los apartados destinados a cada integrante de la familia, la “Hoja de evolución” es el lugar mayormente utilizado para el registro. La cantidad de páginas destinadas a la “evolución” varía entre 3 y 52, con una mediana de 9 páginas. El resto de las páginas son poco utilizadas, y aquellas que presentan algún dato, está generalmente desactualizado. Dentro de este grupo se encuentran los apartados de “seguimiento” o recordatorio de actividades periódicas para el adecuado seguimiento de la patología de base (exámenes complementarios y “controles periódicos”), la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (vacunas, cribado de cáncer ginecológico, etc.). Dichos apartados facilitan la producción de cuidados en el marco de una condición crónica, contribuyendo a recordar lo que “*falta*” a partir de lo “*realizado*” en función de las recomendaciones clínicas.

En base a estos hallazgos, la búsqueda de datos para dar cuenta del cuidado de la condición crónica debió buscarse principalmente en las “Hojas de evolución”, exigiendo un esfuerzo importante, dado lo “abierto” y poco sistematizado del registro. La variabilidad del registro es muy amplia, reduciéndose a veces a frases cortas, de un par de palabras (“control TA”, “trae laboratorio”; etc.), junto a relatos extensos y pormenorizados que llegan a ocupar más de una página.

Como comentario final puede decirse que las HCF revisadas estaban bien ordenadas, permitiendo reconstruir los trazos “gruesos” del proceso de producción de cuidados de la condición crónica. Esto es: nombre del usuario, fecha de inicio del proceso de atención, principal problema de s-e-c sobre el que se desarrolla el proceso de cuidados, primera y última consulta, y contenidos de cada consulta (fecha, motivo, proyecto terapéutico).

Los entrevistados, si bien reconocen que el formato de la HCF es más complejo que otros modelos de historia, expresan una alta valoración por la misma:

“... permite hacer el seguimiento del paciente”, “... conocer sus problemas y los de la familia desde mucho antes de que toma contacto con el actual médico” (Médica generalista 1)

“... conocer la historia de los pacientes cuando se atendían en otra lugar, como se comportaban con otro médico, ... muchos llegan al centro trayendo la historia del otro centro y eso está bueno” (Médica clínica)

“Pienso que sin historia clínica no hay APS” (Enfermera)

Dicha valoración no se traduce necesariamente en un uso más adecuado, hecho reconocido por los entrevistados: las “Hojas de seguimiento” y las “familiares” se usan poco y los trabajadores no médicos rara vez registran. Es así que predomina el registro de lo “médico” y lo individual. El médico se siente responsable por el registro de la consulta individual, ahora bien, no está claro quién o quiénes son responsables de registrar lo “familiar”, donde:

“... está claro que el médico de cabecera debe registrar la atención del paciente, pero no queda claro quién registra lo familiar” (Coordinador de Distrito)

El relato pormenorizado en las “Hojas de evolución” trae tranquilidad a los médicos, aun cuando ello signifique escribir más y torne más engorrosa la futura revisión para reconstruir la historia. La tranquilidad se asocia a la idea de una mayor protección ante potenciales demandas legales:

“... es importante el registro, ... hay que registrar exhaustivamente todo, los valores del laboratorio, del examen físico, hoy el paciente puede ser mío y mañana no, y el médico tiene que saber cómo se comportaba, ... también por lo legal...” (Médica clínica)

“... me hice cargo de la población de una clínica que trabajó más de diez años, ... tuve que armar la historia de las (“Hojas de”) evoluciones, ... lleva mucho tiempo, pero se puede hacer” (Médica generalista 3)

Los trabajadores no médicos, los médicos con varios años de servicio y los médicos con una especialidad diferente a la medicina general, nunca recibieron instrucción en el uso de la HCF: *“... la historia llegó hace varios años y la empezamos a aplicar sin ninguna capacitación”* (Médica clínica). Ello explica en parte el desconocimiento general entre los trabajadores:

“... solo los generalistas tuvieron formación en la herramienta, ... sería interesante ver qué pasó con la HCF en estos diez años desde que se introdujo en APS, ... se la usa muchas veces como una historia de hospital” (Coordinador de Distrito)

Otro factor que contribuye a la subutilización de la historia es la recurrente falta de insumos para el armado de la misma:

“... pasa que la Secretaría a veces no manda las hojas para armar la historia clínica, ... a veces sobreabunda y otras veces no hay nada, ... se agregan hojas borradores o de recetarios para evolucionar a los pacientes, ... es a lo que más le dan importancia (presencia “Hojas de evolución”)..., las otras si no hay, no se quejan” (Administrativo)

Durante la formación médica de grado se enseña historia clínica en base al formato tradicional: centrado en la enfermedad y la internación. Este modelo de historia difícilmente permite recuperar procesos largos y centrados en la persona. Por su parte, los

residentes de la carrera de posgrado de Medicina General aprenden con la HCF. El lugar asignado en la etapa de formación profesional es importante. La misma es considerada, junto al Fichero calendario, la herramienta privilegiada de registro “... *para desarrollar una clínica ampliada y asegurar el seguimiento longitudinal*” (Coordinadora carrera posgrado Medicina general). Tal es la importancia asignada durante la carrera de especialización, que sobre ella asienta buena parte de la evaluación del proceso enseñanza/aprendizaje de los residentes. Esta mirada relativiza el peso que la falta de insumo papel puede tener en la elaboración de la misma, ya que es el modo de registro el que da cuenta si las prácticas se adecuan al seguimiento de la condición crónica.

Los entrevistados reconocen que es un instrumento utilizado principalmente por los médicos. Si bien enfermería recibe muchas consultas (evaluaciones de “*Pronta atención*”, “*control de TA*”, “*control de glicemias*”), rara vez registra en la HCF:

“... antes registrábamos las prestaciones,... ahora no, solo las vacunas,... con los hipertensos anotamos la toma de presión en un papel y él se la lleva a su médico, ... igual con los diabéticos, con las tiras reactivas (para determinar niveles de azúcar en sangre) lo anotamos en un papel, no en la historia...” (Enfermera)

A diferencia de los médicos, para quienes el registro tiene además de una importante función instrumental para el “*seguimiento de pacientes*” una fuerte connotación legal, para enfermería es un evaluador privilegiado de la productividad:

“Hoy no registramos nada, antes si registrábamos todo,... en el centro viejo había pilas de papeles con las prestaciones de enfermería,... si nos miran por ese lado es como que enfermería no hace nada” (Enfermera)

Longitudinalidad del cuidado de la condición crónica

A continuación se presenta la información para cada una de las variables que operacionalizan el atributo longitudinalidad. Según se comentó previamente, la información de la HCF se obtuvo principalmente de las “Hojas de evolución”. La misma es complementada con información de entrevistas.

El Motivo de Consulta. Esta variable aparece en todas las consultas revisadas, y si bien, potencialmente puede ser registrado por cualquier trabajador de salud, para la totalidad de las consultas fue un médico quién consignó el dato. Según se detalló en el capítulo correspondiente al abordaje metodológico, los valores que la variable podía asumir son: i) Eventos agudos (EA) no relacionado a la Enfermedad crónica de base (ECB); ii) EA asociable a ECB; iii) “Control” del EA de la consulta anterior; iv) “Control” de la ECB; v) “Control” del EA de la consulta anterior y la ECB (reúne criterios de iii y iv); vi) Práctica de promoción/prevenición según condición y edad; vii) Nueva EC; y viii) Ausente.

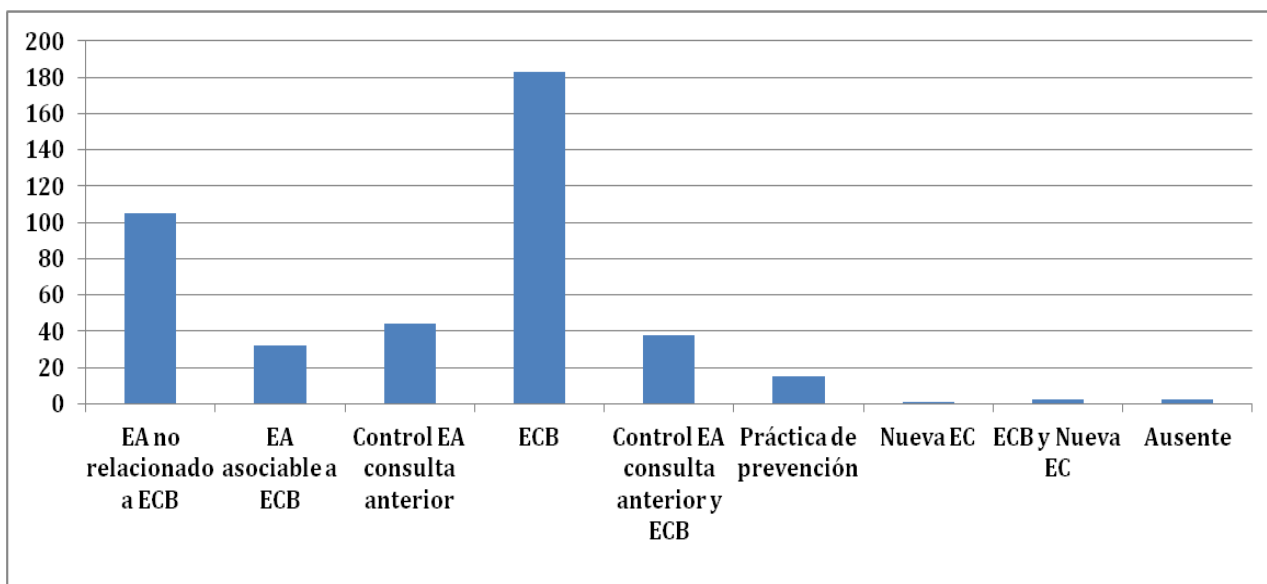
Los valores hallados son los siguientes:

Tabla N° 4: Motivos de consulta durante el período analizado.

Motivo de consulta/diagnostico	Número consultas	Porcentaje
EA no relacionado a ECB	105	25%
EA asociable a ECB	32	4%
Control EA consulta anterior	44	9%
ECB	183	43%
Control EA consulta anterior y ECB	38	7%
Práctica de promoción y prevención	15	3%
Nueva EC	1	0,25%
ECB y Nueva EC	2	0,5%
Ausente	2	0,5%
Total	422	100%

Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud. **Elaboración:** propia.

Gráfico N° 1: Motivos de consulta durante el período analizado.



Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud. **Elaboración:** propia.

Los datos muestran que el principal motivo de consulta es el “Control” de la ECB (43%), seguido de consultas por un EA no relacionado con la ECB (25%), su “Control” posterior en la siguiente consulta, ya sea solo (9%) o junto con el “Control” de la ECB (7%), los EA asociables a ECB (4%) y las Prácticas de promoción/prevención (3%). Las categorías restantes presentan muy baja frecuencia, alcanzando en conjunto al 1,25% del total (Nueva EC, ECB y nueva EC, Ausente).

De lo anterior se desprende que los portadores de la condición crónica que consultaron durante el período observado lo hicieron mayoritariamente por dicha condición: la enfermedad o evento crónico de base. Las consultas relacionadas con la ECB, ya sea como único motivo (“Control de la enfermedad”) o asociada a la consulta por un evento agudo representan el 50% del total de las consultas.

También son cuantitativamente importantes las consulta por problemas de s-e-c agudos (EA no relacionado a ECB; “Control” posterior del evento agudo, solo o junto a la ECB; EA asociables a ECB), con el 45% de las consultas.

Las consultas destinadas a las Prácticas de promoción/prevención solo alcanzan al 3%, porcentaje bajo si se tiene en cuenta que se trata de usuarios mayoritariamente adultos, grupo para el que existe una serie importante de recomendaciones. Por último, es interesante señalar que el ausentismo es muy bajo.

De las entrevistas surge que el número de consultas que los adscriptos realizan con su médico, es alto. Ello está facilitado por el vínculo entre usuarios-médicos y los mecanismos para mejorar el acceso:

“... para un buen seguimiento de los pacientes crónicos es fundamental construir el lazo y asegurar la accesibilidad,... eso permite que consulten con mayor frecuencia que si fuesen personas desconocidas, ... mis pacientes vienen directamente sin turno, incluso no pasan por administración, me vienen a buscar directamente,... no sé cuantas consultas recomienda la OMS (para seguimiento de HTA y/o DBT), seguro debe haber un mínimo establecido, lo que es mis pacientes consultan muchas veces...” (Médica clínica)

“... me puedo comunicar fácilmente con los pacientes, hoy por hoy la mayoría tiene celular...”
(Médica generalista 2)

Éste vínculo es leído por algunos entrevistados como un mayor “*compromiso del equipo con la población*”, lo que indefectiblemente genera mayor responsabilidad:

“... éste es un centro muy complicado, una población muy compleja,... hay mucho trabajo y mucha demanda, ... mucho compromiso con el paciente” (Enfermera)

“...es un centro con mucha demanda comparado con otros que conozco,... hay compromiso,... el médico comprende más a la gente” (Administrativo)

“...el seguimiento de pacientes crónicos por los centros del distrito es bueno, lógicamente no todos son iguales, pero es bueno,... en particular en éste centro es muy bueno,... se trabaja mucho para mejorar la accesibilidad...” (Coordinador de Distrito)

Los médicos entrevistados refieren planificar las visitas según el “*riesgo del paciente*”. Quienes presentan comorbilidades o tienen “*descompensada*” su ECB, son “*re-citados con mayor frecuencia que los estables*” (Médica generalista 4). En la valoración del riesgo y del diseño del proyecto terapéutico también se tiene en cuenta la situación de vulnerabilidad sociosubjetiva de la persona:

“... los pacientes crónicos que están adscriptos hace años saben de su patología, saben que les toca el control bianual y vienen solos,... los de los sectores críticos exigen más atención, hay que ir a buscarlos si no vienen, para que no se pierdan...” (Médica generalista 3)

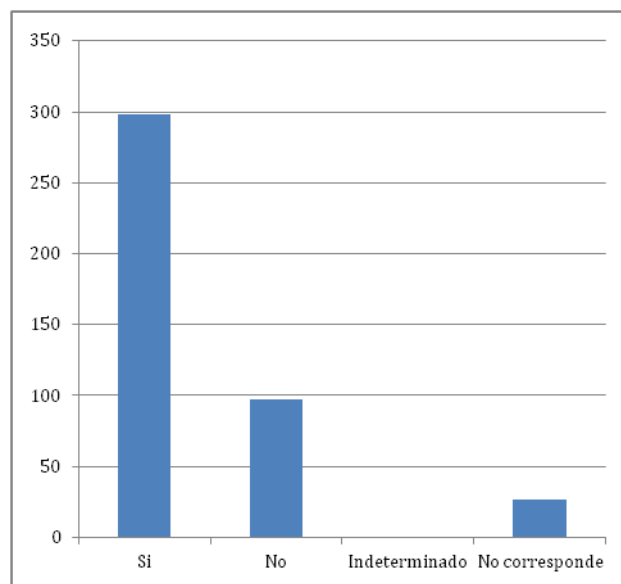
Continuidad del terapeuta registrante. Esta variable puede asumir los siguientes valores: i) Si: se trata del mismo terapeuta que atendió al usuario en la consulta anterior; ii) No: es otro terapeuta; iii) Indeterminado: no se puede identificar quién registró la consulta; iv) No corresponde: cuando por las características intrínsecas de la consulta, no cabe indagar esta variable (Ejemplo: primer consulta del período de análisis de la condición crónica).

Tabla N° 5: Continuidad del terapeuta entre las consultas.

Continuidad médico	Número consultas	Porcentaje
Si	297	71%
No	96	23%
Indeterminado	0	0%
No corresponde	29	6%
Total	422	100%

Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Gráfico N° 2: Continuidad del terapeuta entre las consultas.



Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Los datos muestran que fue posible identificar al terapeuta responsable en la totalidad de las consultas del período analizado (0% de indeterminación). Para el 100% de los casos se trató de un profesional médico. La continuidad del terapeuta respecto de la consulta anterior (71%), fue mayoritaria respecto de la no continuidad (23%). Para el 6% de las consultas no correspondió indagar el atributo, número que coincide con la cantidad de usuarios evaluados (29), y que corresponde a la primera consulta del período analizado.

Los comentarios que surgen de las fuentes primarias -entrevistas y encuestas semiestructuradas- apoyan estos datos. El equipo otorga un lugar central al vínculo estable entre usuarios y trabajadores, estrategia asumida y sostenida como política explícita por todo el equipo del CdeS, y reforzada cotidianamente por los dispositivos de acceso a la consulta:

“... este mecanismo garantiza el acceso, especialmente entre los adultos portadores de enfermedades crónicas,... refuerza la relación médico-paciente, que es fundamental para el seguimiento de las patologías crónicas” (Médica clínica)

“... los pacientes llegan y piden por su médico,... salvo que no esté ese día o tenga mucho trabajo es raro que no lo termine viendo el propio médico” (Administrativo)

A pesar del recambio profesional, la continuidad con un médico de “cabecera” es un valor a ser garantizado. En tal sentido todos los trabajadores aportan a ello:

“... ahora que se fueron (...) y (...) (dos médicos de “cabecera” que solicitaron traslado a otros establecimientos), desde enfermería redireccionamos a los pacientes crónicos que circulan,... es un trabajo extra pero lo hacemos porque es importante para que no queden colgados, sin tratamientos,... lo hacemos porque conocemos la población” (Enfermera)

“... si el médico adscriptor no está en ese turno y llega un paciente para Pronta atención, lo atiende el que está y le programa un turno de control con su médico” (Médica generalista 4)

Relación entre consultas. La variable puede adoptar los siguientes valores: i) Si: cuando en la consulta actual hay referencia explícita a la consulta inmediatamente anterior; ii) No; cuando no hay mención a la consulta anterior; y iii) No corresponde: cuando por las

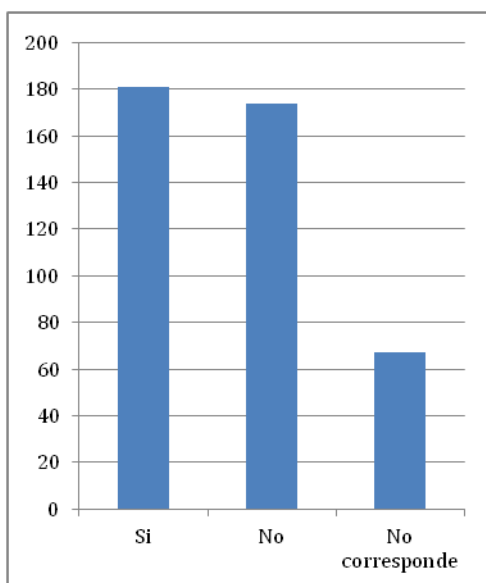
características intrínsecas de la consulta, no cabe indagar esta variable (Ejemplo: primer consulta del período de análisis de la condición crónica).

Tabla N° 6: Relación consulta actual respecto consulta anterior.

Relación consulta actual respecto consulta anterior	Número consultas	Porcentaje
Si	181	43%
No	174	41%
No corresponde	67	16%
Total	422	100%

Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Gráfico N° 3: Relación consulta actual respecto consulta anterior.



Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Los datos muestran que en el 43% de las consultas se hace mención explícita a la visita anterior, porcentaje muy próximo a las consultas donde no hay registro de lo acontecido en la última consulta (41%). Para el 16% de las consultas restantes no correspondió indagar el atributo. Se trató de consultas correspondientes a la primera visita del período bajo análisis y al registro de diferentes situaciones relacionadas con eventos aislados: comunicación telefónica del médico de cabecera para acordar una visita, elaboración de receta, etc.

La variable pretende recuperar el “hilo conductor” del proceso de producción de cuidados, el trazo “fino” que da cuenta si entre consulta y consulta hay continuidad, que la historia clínica está compuesta por una sucesión de hechos encadenados entre sí y no por la suma de situaciones estáticas e independientes. Los datos muestran que la posibilidad de recuperar el trazo “fino” del proceso es similar a la posibilidad de no recuperarlo.

Por el contrario, de las entrevistas surge que es factible rescatar la hilación del proceso a partir de la HCF, ya que hay “*información suficiente*”, y más si se suma la que cada médico tiene en su “*cabeza*”. La mayoría de los entrevistados asume que la información registrada permite reconstruir la historia de un modo aceptable, hecho que quedaría corroborado cada vez que los usuarios se ven obligados a cambiar de médico con motivo del traslado de su “*actual médico*”:

“... me hice cargo de la población de una clínica que trabajó más de diez años, ... tuve que armar la historia de las (“Hojas de”) evoluciones, ... lleva mucho tiempo, pero se puede hacer, ... sería más fácil si se registra en las hojas de seguimiento” (Médica generalista 3)

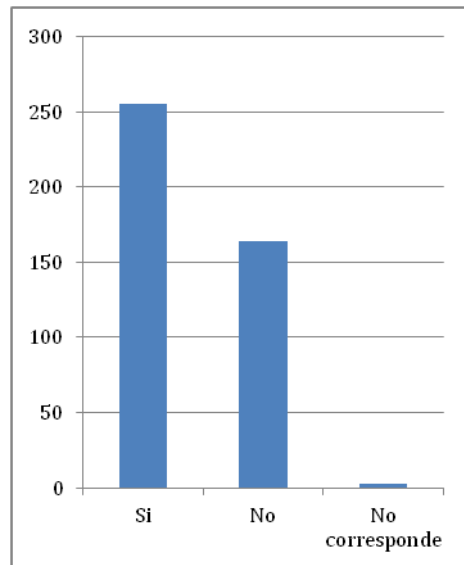
Consulta y Enfermedad crónica de base. La variable puede adoptar los siguientes valores: i) Si: cuando en la consulta actual hay referencia explícita a la ECB; ii) No; cuando no se hace mención a la ECB; y iii) No corresponde: cuando la consulta no amerita indagar dicha posibilidad.

Tabla N° 7: Relación de la consulta actual con la ECB.

Relación consulta actual respecto de la ECB	Número consultas	Porcentajes
Si	255	60%
No	164	39,5%
No corresponde	3	0,5%
Total	422	100%

Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Gráfico N° 4: Relación de la consulta actual con la ECB.



Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Los datos muestran que en el 60% de las consultas se hace mención explícita a la ECB, en el 39,5% no hay registro de la misma y en el 0,5% no correspondió evaluar dicho atributo.

De lo anterior se desprende que el proceso de producción de cuidados está referido principalmente a la ECB. El dato no contradice el análisis anterior, donde se concluyó que las posibilidades de reconstruir el proceso en sus detalles más finos a partir del registro clínico, entre consulta y consulta, son similares a no poder reconstruirlo. Este dato pone en evidencia que, en términos generales, se trata de historias clínicas centradas mayoritariamente en la ECB que hace a la condición crónica.

De las entrevistas surge que la información registrada es útil para reconstruir el proceso de cuidado de la enfermedad crónica de base, especialmente cuando el cuidado es asumido por un nuevo médico a partir de la “*ida*” del profesional que hasta ese momento “*atendía al paciente*”. También se puede reconstruir la atención de la enfermedad crónica de la copia de la historia que traen a veces usuarios que se atendían en otros establecimientos. Este hecho se da con relativa frecuencia entre los establecimientos del primer nivel de atención, donde ofrecen al paciente que se muda de barrio una copia del registro para que continúe su atención en otro centro. Por el contrario, rara vez ocurre con

los hospitales y con el segundo nivel, quienes frecuentemente no remiten “*ni la contrarreferencia*” a la interconsulta solicitada.

Respecto de la profundidad del registro hay comentarios contradictorios. Si bien surge la demanda que debe registrarse con el mayor detalle posible, exigencia que cobra mayor vigor cuando el destinatario es otro profesional, en la práctica se registra lo “*básico*” a raíz de la “*falta de tiempo*”. Quienes exigen un registro detallado, incluyen aspectos tan específicos como el valor de los exámenes complementarios especializados:

“... me gusta que escriban (los médicos) todo en la historia, por ejemplo los valores del Ecocardiograma, y no que pongan “Ecocardio normal”,... es importante saber cómo vinieron los estudios anteriores cuando se compara con los nuevos” (Médica clínica)

Para el caso de las enfermedades agudas se registra lo mínimo, en especial cuando se trata de “*algo banal*”, incluso con siglas (“*VVAS por virosis vías aéreas superiores*”), pues se sabe que el “*paciente vuelve para control dentro de las 48 horas*”, ya que es el mismo médico quien programa el turno, por lo cual “*no se pierde tiempo en registrar más de la cuenta*” (Médica generalista 1).

En el equipo no hay una reflexión profunda acerca de cómo debería registrarse para aprovechar mejor la HCF, hecho que se refleja en los comentarios anteriores y en las contradicciones presentadas: del “*que escriban todo*” al no “*registrar más de la cuenta*”. De manera tibia se plantea que quizá es allí donde cobra importancia la “*Hoja de seguimiento*”.

“... quizá para eso está buena la grilla de exámenes complementarios (“Hojas de seguimiento”), para recordarte que hay que actualizar el Papanicolaou por ejemplo, y no andar pegando cartelitos que te avisen, ... yo no las uso” (Médica clínica)

Integralidad del cuidado de la ECB

La información de las variables que operacionalizan integralidad, al igual que las de longitudinalidad, también fueron indagadas principalmente en las “*Hojas de evolución*”. Los datos obtenidos de la HCF son complementados con las entrevistas.

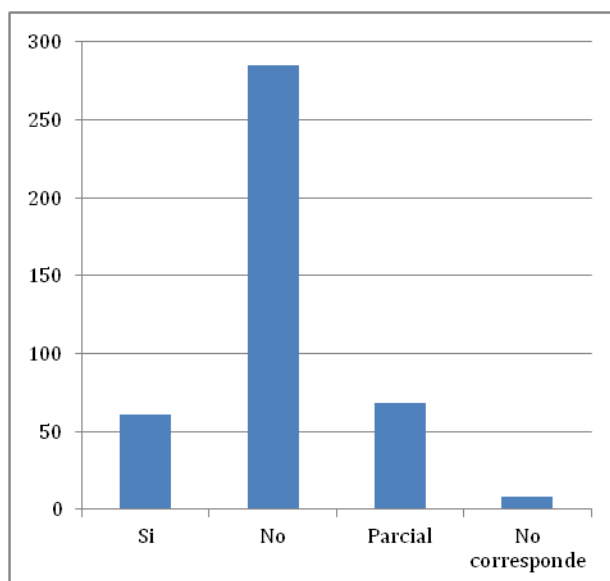
El Examen físico y la ECB. Los valores que la variable puede adoptar son: i) Si: cuando en la consulta existe registro que da cuenta del examen físico (valor de TA, valor del peso y la talla, cálculo del IMC, “examen de pies”, “pulsos arteriales”, “sensibilidad”, etc.). Este valor será asignado a las consultas con un examen físico completo según las recomendaciones vigentes; ii) No: cuando no hay registro en la consulta; iii) Parcial: cuando se registran algunos de los aspectos que hacen al examen físico; y iv) No corresponde: cuando la consulta no amerita las anteriores posibilidades.

Tabla N° 8: Examen físico en la consulta según recomendaciones vigentes para la ECB.

Examen físico según recomendaciones vigentes para la ECB	Número consultas	Porcentajes
Si	61	14%
No	285	68%
Parcial	68	16%
No corresponde	8	2%
Total	422	100%

Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Gráfico N° 5: Examen físico en la consulta según recomendaciones vigentes para la ECB.



Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Los datos muestran que el registro de lo que se indaga con el examen físico es pobre. La ausencia de registro de datos del examen físico alcanza al 68% de las consultas. En el otro extremo, y con un 14%, aparecen las consultas donde el registro da cuenta de la totalidad de los ítems recomendados por las guías clínicas vigentes (Toma de TA, peso, talla, cálculo del IMC, evaluación de pulsos arteriales, evaluación de la sensibilidad en miembros inferiores y búsqueda de lesiones en los pies). Entre ambos, el 16% de las consultas presenta un registro parcial.

De las entrevistas surge que el “no registro” no significa que la práctica no haya sido realizada. Interrogados directamente sobre este hallazgo, la mayoría de los médicos comenta no haber reparado en ello. Como respuestas surge que: si bien la práctica se hace, “*falta de tiempo*” para registrar; lo rutinario de la operación de examinar físicamente al paciente, hace pasar por alto el registro; se jerarquiza registrar información de otra calidad, en especial lo “*subjetivo del paciente*”; el desconocimiento de las “Hojas de seguimiento”; el conocimiento que los médicos poseen sobre sus “*pacientes*” relaja el registro, lo que es considerado a su vez como paradójico, pues se sabe que seguramente el vínculo no va a ser por siempre.

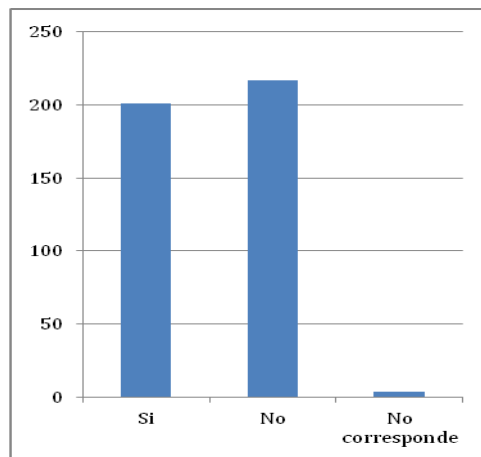
Exámenes complementarios y ECB. Los valores que la variable pueden adoptar son: i) Si: cuando existe registro que refiere a la solicitud y/o a la recepción de algún examen complementario recomendado por las guías clínicas para el seguimiento de la enfermedad de base; ii) No: cuando no hay registro en la consulta de solicitud y/o recepción de los exámenes complementarios recomendados; y iii) No corresponde: cuando la situación de la consulta no lo hace posible.

Tabla N° 9: Exámenes complementarios en la consulta según recomendaciones vigentes para la ECB.

Examen complementarios según recomendaciones vigentes	Número consultas	Porcentajes
Si	201	48%
No	217	51%
No corresponde	4	1%
Total	422	100%

Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Gráfico N° 6: Exámenes complementarios en la consulta según recomendaciones vigentes para la ECB.



Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

La presencia de registros referidos a exámenes complementarios recomendados es levemente inferior al no registrado, con 48 y 51% respectivamente.

Los argumentos expresados para esta situación son similares a los vertidos respecto del examen físico: los exámenes complementarios generalmente se hacen pero no se registran, en particular las determinaciones más frecuentes. Por el contrario, aquellos exámenes complementarios no tan frecuentes, y en especial si dependen de una especialidad crítica del segundo nivel, rara vez no se registran:

“... es importante registrar un estudio como una Ergometría, ... un laboratorio de rutina, que es más fácil de hacer, se puede pasar” (Médica clínica)

Todos los médicos conocen al menos una guía clínica y reconocen también que la red de salud ofrece un soporte adecuado para el cuidado de las enfermedades crónicas, no habiendo excusas por esa vía para no cumplimentar con la mayoría de los exámenes complementarios. En la opinión de una médica de cabecera:

“... el centro de salud y la red están muy bien provistos para atender patologías crónicas, el laboratorio es amplio y los resultados regresan rápido,... la provisión de medicamentos básicos es importante, es raro que falte..., hasta insulina y tiras reactivas para control de la diabetes, lo que facilita mucho el seguimiento.” (Médica clínica)

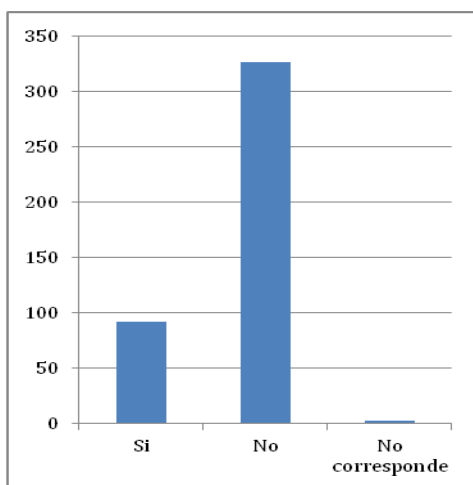
Interconsultas y ECB. Los valores de la variable son: i) Si: cuando existe registro explícito de la solicitud o recepción de una interconsulta recomendada por las guías clínicas de seguimiento; ii) No: no hay registro de la solicitud o la recepción de interconsultas; y iii) No corresponde: cuando la situación de la consulta no lo hace posible.

Tabla N° 10: Registro de interconsultas según recomendaciones vigentes para la ECB.

Interconsultas según recomendaciones vigentes	Número consultas	Porcentajes
Si	92	22%
No	327	77,5%
No corresponde	3	0,5%
Total	422	100%

Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Gráfico N° 7: Registro de interconsultas según recomendaciones vigentes para la ECB.



Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

El registro de interconsultas con especialidades del segundo nivel de atención, según las recomendaciones vigentes, alcanza al 22% de las consultas. Para ésta variable, el valor que predominó, fue la ausencia de registros con el 77,5% de las consultas. El porcentaje de consultas donde no correspondió indagarla es muy bajo, con el 0,5%.

De las entrevistas surge que, a diferencia de los exámenes complementarios y el examen físico que por lo general si se realizan aunque no se registren, las interconsultas no son tan frecuentemente solicitadas. Los motivos tienen que ver con la escasa oferta de algunas especialidades del segundo nivel (oftalmología, electromiografía) y con la “buena” capacidad del primer nivel para acompañar situaciones crónicas. Los médicos refieren conocer al menos una guía clínica vigente de seguimiento de crónicas.

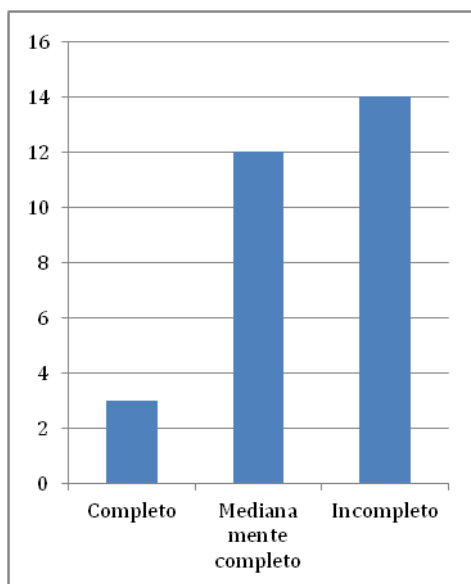
Recomendaciones periódicas para la ECB en un año. Esta variable remite a todo el período de observación (2 años), por lo cual el denominador es 29 (número de usuarios portadores de alguna ECB elegidas). Considerando cada año del período de análisis, las recomendaciones fueron asumida como: i) Completas: hay registro de que las 20 recomendaciones fueron realizadas en un año calendario; ii) Medianamente completo: cuando se realizaron al menos 10 recomendaciones en un año; y iii) Incompleto: cuando las recomendaciones realizadas no alcanzan a 10 en un año calendario.

Tabla N° 11: Recomendaciones periódicas para la ECB en un año.

Recomendaciones periódicas en el año	Número casos
Completo	3
Medianamente completo	12
Incompleto	14
Total	29

Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Gráfico N° 8: Recomendaciones periódicas para la ECB en un año.



Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Las Prácticas periódicas recomendadas para asegurar un seguimiento adecuado e integral de la ECB fueron registradas de forma completa en solo tres (3) de las HCF, medianamente completas en doce (12) e incompletas en catorce (14).

De las entrevistas surge que el problema estaría más en el registro que en la consecución de las prácticas. Entre los entrevistados surge como hipótesis que la “Hoja de seguimiento” puede contribuir a mejorar el registro de las prácticas recomendadas periódicamente:

“... quizá para eso está buena la grilla de exámenes complementarios (“Hojas de seguimiento”), para recordarte que hay que actualizar el Papanicolaou por ejemplo, y no andar pegando cartelitos que te avisen, ... yo no las uso” (Médica clínica)

“... la hoja de seguimiento es útil, antes la usaba, desde hace un tiempo no, ... incluso habíamos agregado una grilla impresa con las recomendaciones periódicas, pero no lo pudimos sostener, ... demandaba esfuerzo extra fotocopiar y agregar las hojas.” (Médica generalista 2)

Integralidad del cuidado centrado en la persona.

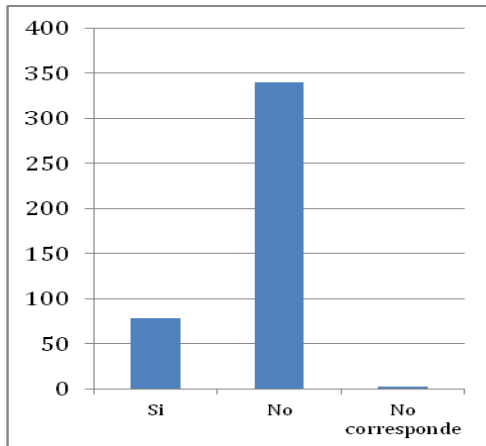
Prácticas de promoción y prevención según sexo y edad en cada consulta. La variable puede adoptar los siguientes valores: i) Si: existe registro de la solicitud o realización de prácticas preventivas recomendada según edad y sexo; ii) No: no hay registro de solicitud o realización de prácticas preventivas; y iii) No corresponde: cuando la consulta no lo permite.

Tabla N° 12: Prácticas de promoción y prevención según sexo y edad en cada consulta.

Prácticas de promoción y prevención	Número consultas	Porcentajes
Si	79	19%
No	340	80,5%
No corresponde	3	0,5%
Total	422	100%

Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Gráfico N° 9: Prácticas de promoción y prevención según sexo y edad en cada consulta.



Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Solamente en el 19% de las consultas se hace referencia a la solicitud o realización de alguna práctica de promoción y prevención recomendadas según sexo y momento del ciclo vital. Por su parte resultan mayoritarias las consultas donde hay ausencia de registros: en el 80,5% de las consultas no hay mención a dichas prácticas. Las consultas donde no correspondió indagar el atributo representan el 0,5%.

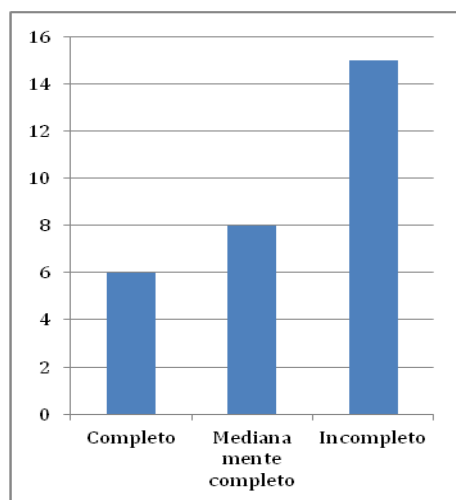
Prácticas de promoción y prevención en un año. Esta variable remite a todo el período de observación (2 años), siendo el denominador de referencia 29, número que corresponde a los usuarios portadores de alguna de las enfermedades crónicas elegidas. Considerando cada año del período de observación, las prácticas de promoción serán asumida como: i) Completas: hay registro de que todas las recomendaciones, según condición, edad y sexo, fueron realizadas en un año calendario; ii) Medianamente completo: cuando hay registro de que se realizaron solo algunas de las recomendaciones en un año calendario. iii) Incompleto: cuando no hay registro de realización de prácticas de promoción o prevención en un año calendario.

Tabla N° 13: Prácticas de promoción y prevención en un año.

Prácticas de promoción y prevención en un año	Número casos
Completo	6
Medianamente completo	8
Incompleto	15
Total	29

Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Gráfico N° 10: Prácticas de promoción y prevención en un año.



Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Durante el período de análisis predominan las HCF con ausencia de registros de prácticas de promoción y prevención. Para quince (15) usuarios la ausencia de registros fue total, mientras que para ocho (8) se presentaron medianamente completas (8). Solo seis (6) presentaron prácticas completas.

De las entrevistas surge la percepción que las prácticas de promoción y prevención no asociadas a la enfermedad crónica de base no se logran hacer según establecen las recomendaciones. Entre los motivos aparecen: la dificultad para acceder a turnos del segundo nivel –mamografías, urología-, el desconocimiento de algunas recomendaciones, y muy especialmente, la relevancia de los problemas que ponen en contacto a los usuarios con el equipo, ya sea la enfermedad de base u otras problemáticas de s-e-c, lo que conduce a que las prácticas preventivas queden en segundo plano: “... *la complejidad es tan grande que quedan para otro momento*” (Médica generalista 1)

Esta situación abarca incluso al Papanicolaou, práctica ampliamente reconocida, valorada y apropiada por el primer nivel de atención, donde se reconoce que la “*cobertura de Pap es baja*”, más allá de que la mayoría de los médicos “*adscriptores*” están en condición de practicarla (siete generalistas) y de contar con dos tocoginecólogos en el equipo. Los entrevistados reconocen acá un déficit en la propia planificación de sus turnos, ya que la “*enfermedad*” se lleva la mayor cantidad de turnos, lo que sumado a la falta de registro, perpetúan el círculo vicioso falta de registro/falta de recomendación/no realización de la práctica, circuito que por momentos “se rompe” cuando se implementan estrategias extraordinarias:

“Con los alumnos de la Práctica final obligatoria (estudiantes de medicina que realizan pasantía de pregrado en el CdeS) implementamos un consultorio de Pap a libre demanda, ... fue muy usado por las mujeres que estaban en el centro por otros motivos y por las mujeres que contactábamos en las visitas al barrio”, “... durante esa semana se tomaron más Pap que en todo el trimestre”, “... la mayoría eran adscriptas al centro” (Jefa del CdeS)

Con las inmunizaciones la situación es diferente. Al depender de enfermería, la práctica se realiza y registra en la “*Base de vacunas*”, único registro que enfermería mantiene, pero no en la HCF.

Los entrevistados reconocen también falencias respecto a incluir consejos relacionados con la “alimentación saludable”, el ejercicio físico y la cesación tabáquica. Hay limitaciones en cuanto al conocimiento de cómo trabajar dichos contenidos: “*estaría bueno la atención con un nutricionista y en espacios comunitarios*” (Enfermera)

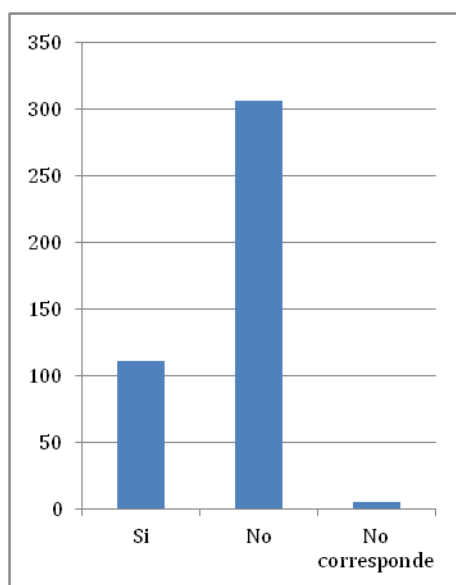
Búsqueda de otros problemas de s-e-c. El valor asumido por esta variable puede ser: i) Si: cuando hay registro explícito de otras problemáticas de s-e-c diferentes a la ECB. La variable adoptará dicho cuando el problema fue “buscado” y/o “confirmado”; ii) No: no hay registro de búsqueda de otras problemáticas; y iii) No corresponde: cuando la consulta no lo permite.

Tabla N° 14: Búsqueda de otros problemas de s-e-c.

Indagación de otros eventos y problemas de s-e-c	Número consultas	Porcentajes
Si	111	26%
No	306	73%
No corresponde	5	1%
Total	422	100%

Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Gráfico N° 11: Búsqueda de otros problemas de s-e-c.



Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

La existencia de registro que da cuenta de la búsqueda de problemas de s-e-c diferentes a la ECB solo aparece en el 26% de las consultas. Por su parte la ausencia de registro para este atributo alcanza al 76% de las consultas. En el 1% de las consultas no correspondió la búsqueda del atributo.

De las entrevistas surge que es frecuente abordar e indagar otros problemas de s-e-c, además de la ECB. Un lugar destacado ocupan las problemáticas complejas que exigen de abordajes interdisciplinarios y/o intersectoriales, situaciones que son reconocidas como frecuentes y prevalentes, en especial entre las “*familias críticas*”. Dichas situaciones, por su misma naturaleza, demandan un tiempo considerable al equipo, reconociendo que el registro generalmente no da cuenta de las mismas:

“... son casos muy complejos,... demandan mucho trabajo y tiempo, y es difícil de escribir en la historia todo lo que se hizo y los que intervinieron” “..., seguro que interviene la psicóloga o la trabajadora social, pero ellos lo anotan en su cuaderno,... es raro que anoten en la historia clínica”
(Médica generalista 1)

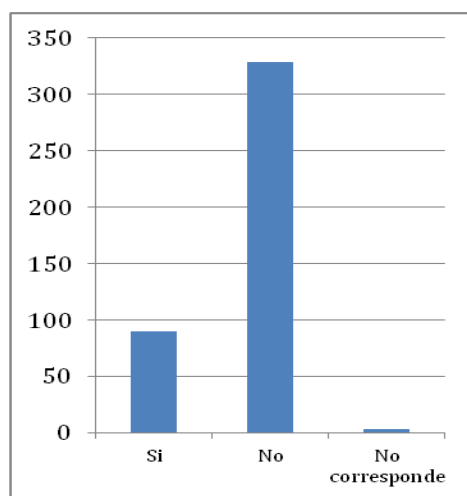
Abordaje interdisciplinario. Los valores de la variable pueden ser: i) Si: existencia de registro que da cuenta de un abordaje junto a otras disciplinas (registro realizado conjuntamente entre dos disciplinas, “se charla situación con salud mental”, “se presentara el problema a Trabajo social”, “enfermería comenta que...”, etc.); ii) No: cuando no hay registro de abordajes interdisciplinarios; y iii) No corresponde: cuando la consulta no lo permite.

Tabla N° 15: Abordaje interdisciplinario.

Abordaje interdisciplinario	Número consultas	Porcentaje
Si	90	21,3%
No	329	78%
No corresponde	3	0,7%
Total	422	100%

Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

Gráfico N° 12: Abordaje interdisciplinario.



Fuente: Historia Clínica Familiar Centro de Salud.

La presencia de registros que dan cuenta de abordajes interdisciplinarios en las consultas del período estudiado alcanzó al 21,3% de las mismas. La ausencia de registro para esta modalidad de abordaje fue mayoritaria: 78% de las consultas.

De las entrevistas se desprende que el registro de los abordajes interdisciplinarios está en relación inversa a lo “complejo”, y que frecuentemente el registro de las mismas queda fragmentado: mientras que los médicos registran en la HCF, los trabajadores no médicos lo hacen en sus propios registros (“*Base de vacunas*”, “*Cuaderno de notas del psicólogo*”, “*Registro de trabajo social*”, etc.). Al igual que para el punto anterior, para los entrevistados se trata más de la falta de registro en la historia que la ausencia de abordaje interdisciplinario.

“...en la historia clínica puede haber un breve mención del trabajo interdisciplinario de un problema, ... una señal que hay que tirar como de un hilo e ir preguntando a otros

compañeros sobre la misma, pero es raro que se registre todo” (Médica generalista 3)

Un elemento que atenta contra el registro de las situaciones complejas es la sensibilidad del dato. Se trata de datos que hacen a la intimidad de la persona, lo que sumado a que frecuentemente los usuarios toman contacto con su HCF (retiro de

“*Administración*” a pedido del médico mientras esperan por una “*Pronta atención*”), pone interrogantes éticos acerca del detalle y los límites del registro.

Por último, varios entrevistados reconocen cierta tensión entre el seguimiento centrado de la enfermedad y los cuidados centrados en la persona. No obstante consideran que dicha contradicción es pasible de ser superada en tanto y en cuanto se fortalezca el vínculo. Si bien centrar la producción del cuidado en la enfermedad crónica puede estrechar los límites de la clínica, para algunos médicos es un ordenador que permite con el tiempo ampliar la mirada a otros problemas de la persona. Por el otro lado, hacer lugar a problemas de s-e-c diferentes de la enfermedad crónica de base, permite con el tiempo incluir los cuidados adecuados a la misma.

Capítulo 5: Discusión y conclusiones

Discusión de los resultados

La capacidad del primer nivel de atención para producir cuidados adecuados de condiciones crónicas está estrechamente vinculada al desarrollo y consecución de la APS (Mendes, 2012a).

El presente trabajo se propuso indagar la capacidad de un CdeS municipal en producir cuidados en torno a la DBT e HTA, enfatizando en la longitudinalidad y la integralidad de los mismos.

Con una franja horaria de lunes a viernes de 12 horas diarias, y una estructura adecuada, el CdeS viene implementado diferentes estrategias destinadas a sostener y reforzar el vínculo con los usuarios: médicos que adscriben población, HCF, dispositivos de “*Pronta atención*”, turnos programados, visitas domiciliarias, visitas en la internación, contacto telefónico, etc. Si bien en el discurso aparece como deseable la referencia de usuarios y familias a “*mini equipos*” (médico/enfermera; médico/trabajadora social; médico/psicólogo), en la práctica todo apunta a que esta se dé principalmente en la figura de un médico de “cabecera”.

La población del área es reconocida no solo cuantitativamente, sino que está adscripta a un médico, siendo caracterizada además según vulnerabilidad a través de los siguientes criterios: condiciones de vida, de trabajo y aspectos culturales. Dos microáreas presentan las condiciones más desfavorables, la comunidad Qom y el sector “*crítico*”. Entre ambas rondan las 1.200 familias.

Los usuarios portadores de la enfermedad crónica están adscriptos al CdeS desde hacía varios años (10,7 años de promedio, con una variabilidad entre 2 y 17 años), estando la HCF “activa” al momento de la revisión. Respecto de la enfermedad crónica, 6 padecían DBT, 3 HTA y 20 ambas patologías (Tabla N° 3). La cantidad de consultas realizadas por el grupo durante el período analizado es elevada, con 422 consultas en 24 meses (7

consultas al año en promedio, con una variabilidad entre 2 y 19). Es posible que la gran cantidad de consultas se explique no solo por la ECB sino también por otras comorbilidades y problemas que el grupo presenta.

Con respecto a la longitudinalidad, la revisión de historias clínicas, mostró resultados favorables para la mayoría de las variables propuestas para dar cuenta del atributo (Tablas N° 4, 5 y 7). Los porcentajes mayoritarios de consultas donde el motivo está asociado a la ECB (50%), de la continuidad de un médico registrante (70%) y de los contenidos explícitos a la ECB (60%), dan la pauta que los cuidados producidos por el equipo están centrados en la enfermedad crónica, que existe continuidad –elemento básico de un cuidado longitudinal- y que los mismos se sostienen en un período largo (24 meses).

Los resultados permiten aseverar que existe una condición crónica, ya que el vínculo entre los servicios y los usuarios portadores de la enfermedad crónica supera largamente los seis meses (Méndez, 2011).

El hallazgo coincide con la opinión de los entrevistados, donde todos aseguran que el equipo garantiza un adecuado seguimiento longitudinal de los “*crónicos*”. Es muy probable que el vínculo entre médicos-usuarios, y por momentos entre equipo-usuarios, sea la base de la longitudinalidad. Los múltiples dispositivos y estrategias implementados por el equipo apuntan a construirlo y fortalecerlo: médicos de referencia con población adscripta, turnos programados, dispositivos de “*Pronta atención*”, visitas domiciliarias, delimitación de microárea con vulnerabilidad diferente, organización del servicio con perspectiva de equidad, referenciación a un mismo médico por parte de los otros integrantes del CdeS, uso de las nuevas tecnologías (contacto telefónico por medio de celular con usuarios), etc., son mecanismos que contribuyen a ello.

Entre los elementos que atentan contra el seguimiento longitudinal aparece con fuerza el recambio de trabajadores del equipo, especialmente de médicos, donde al menos “*dos médicos cambian cada año*”, siendo uno de los factores imputados el “*agotamiento*” que la gran demanda produce en los trabajadores. A pesar de éste serio problema, las estrategias implementadas por el equipo serían adecuadas para disminuir el impacto negativo que el recambio frecuente de trabajadores produce en el vínculo con los usuarios. La totalidad de

las HCF revisadas presentaba al menos un cambio de médico de “cabecera” durante el período analizado, hecho que no impidió continuar con la atención del usuario.

Otro elemento que dificulta el seguimiento longitudinal es la utilización inadecuada de los registros clínicos. Si bien para los médicos la HCF permite recuperar información para dar continuidad a la atención crónica, la misma está subutilizada. La pobre utilización de las “Hojas de seguimiento” y su reemplazo por las de “evolución” tornan tedioso, cuando no dificultoso reconstruir el proceso de producción de cuidados, donde la posibilidad de reconstruir en detalle el “trazo fino” del proceso, es la misma que no reconstruirlo. Los valores hallados para la variable que indaga la existencia de referencia explícita entre las consultas, Relación entre consultas (Tabla N^o 6), lo demuestran. Los registros extensos y pormenorizados no garantizan la reconstrucción del “hilo conductor” entre consulta y consulta. Por el contrario, generalmente se asemejan más a una sucesión de fotografías independientes que no permiten ver la película. Esta variable cobra mayor relevancia en el marco del cuidado de condiciones crónicas. Según se comentó en los primeros capítulos, el desafío de adecuar la red de servicios de salud al cuidado de las crónicas pasa por superar el abordaje de las condiciones agudas, situaciones que transcurren en una temporalidad acotada, pues poseen un final necesario. Para éstas, el abordaje puede ser a partir de la sucesión de situaciones aisladas, donde una angina, una neumonía, una operación de apéndice, por más que sean padecidas por un mismo individuo, son eventos que pueden ser abordados eficazmente sin la necesidad de una historia de “largo aliento”. No ocurre lo mismo con la DBT o la HTA, condiciones crónicas sin fecha de curación, donde la eficacia está estrechamente ligada al seguimiento continuo y longitudinal, y donde los modos de registro –en tanto parte del proceso- presentan también el desafío de recuperar el hilo de la historia.

Si bien en las entrevistas surgieron múltiples argumentos para explicar el inadecuado uso de la HCF (falta periódica de insumo papel, sobrecarga médica en la gestión de la historia -armado, asignación de número, búsqueda en el archivo-, etc.), es posible que el mayor limitante sea la falta de capacitación en el empleo de la herramienta. Solo los médicos generalistas tuvieron una instancia formal de capacitación, y si bien son mayoría entre los profesionales médicos del CdeS, representan la quinta parte del equipo,

proporción que disminuye si se piensa en todo el plantel de trabajadores de la Dirección de APS. A una década de su implementación sería interesante revisar cómo cada equipo se apropió de la HCF, quiénes y cómo la utilizan. Es indudable que se trata de una herramienta que supera a otros formatos, que es adecuada a la estrategia de APS y que goza de aceptación entre los trabajadores del centro. No obstante hay que revisar los modos de uso para mejorar el registro del seguimiento de los problemas individuales y familiares, y la utilización sistemática por todos los trabajadores.

Según los entrevistados, los insumos de farmacia y de laboratorio son adecuados para el seguimiento longitudinal de las crónicas. La valoración de la red de laboratorios entre los trabajadores es alta. La organización y la cobertura de la misma permiten disponer de exámenes complementarios adecuados en tiempo y forma. Algo similar ocurre con la farmacia, donde un vademécum amplio hace de soporte al trabajo de los equipos, permitiendo ampliar las capacidades en la producción de cuidados en el primer nivel.

Respecto de las interconsultas, si bien la red de salud municipal ha avanzado bastante en la tarea de disminuir las barreras de acceso al segundo nivel (Centro de Especialidades Médicas de Rosario, solicitud de turnos telefónicos, “*cupo de turnos*” por centro, especialistas de referencia para los CdeS de un mismo Distrito, etc.-), es posible que aun queden aspectos de índole organizacional y cultural a reformular para hacerla más efectiva. En tal sentido, la propuesta de especialistas del segundo nivel responsables de brindar soporte clínico a varios CdeS, atendiendo interconsulta y dudas de los clínicos del primer nivel en los mismos CdeS, debería ser una estrategia a profundizar. No se trata de que los especialistas de segundo nivel tengan una población de usuarios a cargo, ni que los usuarios portadores de una condición crónica accedan directamente al especialista, sino de fortalecer las capacidades resolutivas del primer nivel de atención a partir de contar con este recurso lo más próximo y accesible para el apoyo de los médicos de “cabecera”.

Respecto de la integralidad del cuidado, los resultados hallados presentan diferencias según la fuente de información consultada. De las entrevistas surge que los cuidados producidos serían integrales, mientras que los datos obtenidos de la HCF contradicen dicha opinión. La mayoría de las variables seleccionadas para operacionalizar las dos

subdimensiones trabajadas, integralidad centrada en la persona e integralidad centrada en la ECB, presentaron valores poco favorables.

La integralidad centrada en la ECB fue operacionalizada mediante variables traducibles a recomendaciones plasmadas en las guías clínicas de seguimiento de HTA y DBT. Dichas guías plantean la consecución de las recomendaciones en un período determinado, generalmente un año. En base a ello se puede cuestionar el modo en que fueron presentados los datos del examen físico, los exámenes complementarios y las interconsultas (Tablas N^o 8, 9 y 10), donde los mismos son referidos a la consulta como denominador. Presentarlo de ese modo, sobreestima la “no realización”. Ahora bien, al presentar las recomendaciones referidas a un año calendario (Tabla N^o 11), tampoco se observa una real mejoría, pues solo tres de los veintinueve usuarios muestran que las mismas fueron realizadas de manera completa.

Cabe recordar una vez más que la mayoría de las recomendaciones son de fácil realización para los actuales recursos disponibles en la red municipal. La evaluación física se puede realizar sin mayor dificultad con las tecnologías disponibles en el CdeS (balanza, estetoscopio, tensiómetro, diapasón y los procedimientos propios del método clínico: constatación de pulsos arteriales, sensibilidad miembros inferiores, lesiones de piel y faneras, etc.). Las determinaciones de laboratorio tampoco presentan grandes dificultades para su realización. Las “facilidades” que presenta el CdeS y la red municipal para su consecución son evidentes: i) posibilidades de extraer muestras para análisis bioquímicos cuatro días a la semana; ii) amplios márgenes de muestras a solicitar, tanto en calidad como en cantidad, donde todas las determinaciones recomendadas para el seguimiento de la DBT y la HTA están admitidas: Glicemia, HbA1c, Prueba de tolerancia a la glucosa, Glucosuria, Lipidograma, Proteinuria de 24 horas, Creatinina, Tasa de filtración glomerular, Cultivo de orina, etc.; iii) procesamiento de las muestras y disponibilidad de resultado en tiempo adecuado (no mayor a una semana); iv) posibilidad de solicitar otros exámenes complementarios dentro de la red en tiempo y forma: ECG, Ergometrías, Electromiografías, Ecografías bidimensionales, Doppler y Radiografías, etc.

Para los trabajadores, especialmente los médicos de “cabecera”, el problema estaría relacionado principalmente al “no registro” más que a la “no realización”, donde “... se

hacen muchas cosas que no quedan registradas” (Médica generalista 2). Por el contrario, el desconocimiento de las recomendaciones no parece ser un problema. Si bien refieren conocer diversas guías, e incluso cierta desactualización por parte de algunos médicos, manifiestan que esto no es significativo: las guías no difieren sensiblemente entre sí, ni tampoco una misma guía a lo largo del tiempo.

Por su parte el “no registro” está condicionado por otros factores que difieren según se trate de recomendaciones que hacen al examen físico, a los exámenes complementarios o las interconsultas. Mientras que para las dos primeras el “no registro” se asocia a lo “rutinario”, al punto de no jerarquizar en el registro lo que efectivamente se ha realizado, con las interconsultas surgen otro tipo de problemas. Por un lado, dificultades para acceder a algunas especialidades del segundo nivel de atención (oftalmología, electromiografía, medicina física y rehabilitación, etc.), las que no pueden ser reemplazadas con los recursos disponibles en el CdeS (en realidad es “no realización” más que “no registro”). Por el otro, la ausencia de contrarreferencia por parte de muchas especialidades, donde los especialistas que informan adecuadamente los resultados de la evaluación del paciente son la excepción.

En resumen, los médicos de “cabecera” sostienen que más allá de la ausencia de registros en la HCF, el abordaje que realizan es integral. La falta de registro sería compensada con lo que cada médico recuerda de su paciente y con la programación de turnos según el “riesgo” (se recita al paciente tantas veces sea necesario).

Más allá de la opinión de los trabajadores entrevistados respecto de la atención integral de la ECB, la ausencia de datos en la historia clínica interpela el cuidado producido. Las siguientes preguntas otorgan densidad a la discusión: ¿Más allá que las recomendaciones sean realizadas, con qué información cuenta el equipo para el seguimiento?, ¿Cómo monitorea el proyecto terapéutico si los datos del examen físico y de los exámenes complementarios son escasos e incompletos?, ¿Que información permite evaluar la progresión de la ECB y sus complicaciones?

Ante esta realidad es llamativo que no haya una interpelación más firme al modo de registro. Si bien reconocen que las “hojas de seguimiento” facilitan el trabajo, no parece haber un cambio en la práctica que tienda a ello. Mientras tanto se continúa registrando en las “Hojas de evolución”, espacio que como se vio, no resulta ser el más adecuado.

Respecto de la Integralidad del cuidado centrado en la persona, solo dos de las cuatro variables utilizadas en la operacionalización son traducibles a recomendaciones establecidas en guías clínicas: i) Prácticas de promoción y prevención según sexo y edad en cada consulta y ii) Prácticas de promoción y prevención en un año (Tablas N^o 12 y 13). Se trata de básicamente de prácticas destinadas a la prevención primaria de las neoplasias más frecuentes (Mama, cuello de Útero, Colon y Próstata), inmunizaciones (están excluidas las recomendaciones contempladas en el seguimiento de la ECB) y hábitos saludables (cesación tabáquica, alimentación “saludable” y ejercicio físico). Las otras dos, Búsqueda de otros problemas de s-e-c y Abordaje interdisciplinario, no, sino que dependen de cada situación singular (Tablas N^o 14 y 15).

Para las dos primeras, el resultado hallado en la HCF muestra una baja cobertura. Si bien es cuestionable la referencia de las mismas al denominador consulta, pues tiende a sobredimensionar la “no realización”, tampoco se observa una mejoría al referir las recomendaciones a un año, donde solo 6 (seis) usuarios presentaban recomendaciones completas, 8 (ocho) medianamente completas, y la mayoría, 15 (quince) incompletas. Los entrevistados comparten este diagnóstico. Para ellos la consecución de prácticas de prevención y promoción son bajas.

Como factores condicionantes de la baja cobertura señalan: la falta de planificación local, la ausencia de registros y las dificultades para el acceso a ciertas prácticas que solo se realizan en el segundo nivel (mamografía y urología). Los médicos de “cabecera” reconocen que si bien los usuarios consultan muchas veces, recuérdese que el grupo en cuestión lo hizo en promedio 7 veces en un año, la mayoría de las consultas están dedicadas a atender problemas de s-e-c, incluida la enfermedad crónica de base, relegando a un segundo plano las prácticas de promoción. La falta de un registro adecuado, como ser la no utilización de las “Hojas de seguimiento” o el “Fichero calendario”, contribuyen a ello, ya que al no disponer de una señal adecuada que alerte de la falta, la recomendación pasará desapercibida. Ante esta situación, la falta de un registro adecuado contribuye a la no planificación y a la no realización de la práctica.

El cribado del cáncer Cervicouterino mediante la toma del Papanicolaou es una de las prácticas de prevención atravesadas por ésta problemática. A pesar de estar difundida y

apropiada por el primer nivel, y donde la mayoría de los médicos “adscriptores” están capacitados para hacerla, a lo que hay que sumar dos tocoginecólogos, el CdeS presenta bajas coberturas, las que mejoran levemente a partir de intervenciones extraordinarias, como las campañas *ad hoc*. Seguramente la cobertura sería diferente si la práctica es ofertada sistemáticamente a través de turnos programados y la misma queda registrada en la HCF.

La situación con las inmunizaciones es un tanto diferente. Al ser una práctica realizada por enfermería de manera autónoma, y donde dicho servicio no registra en la HCF, es posible que el problema pase por el “no registro”. Los entrevistados reconocen también falencias respecto a incluir, y registrar, consejos relacionados con la cesación tabáquica, la “alimentación saludable” y ejercicio físico. Respecto de estos consideran que podrían trabajarse adecuadamente con servicios u ofertas específicas: “*atención con un nutricionista*” y “*actividad física programada y ofrecida en espacios extra asistenciales*”.

Las dos últimas variables, Búsqueda de otros problemas de s-e-c y Abordaje interdisciplinario, son las que más claramente dan cuenta de una clínica ampliada. Los resultados obtenidos de la historia clínica no pueden ser interpretados a la ligera. No existen protocolos que sugieran cuáles problemas han de buscarse y si los mismos precisan *a priori* un abordaje interdisciplinario. La dimensión singularidad de cada situación es la que determina en qué sentido y dentro de que límites ha de ampliarse la clínica. No obstante ello, la Búsqueda de otros problemas en el 26% de las consultas, como el Abordaje interdisciplinario en 21% de las mismas, está señalando que la ampliación de la clínica mismo existe, resultado que coincide con la opinión de los trabajadores, para los cuales hay abordaje integral de los problemas de la persona, en especial las situaciones complejas: problemas sociosubjetivos, violencia familiar, desafiliación, etc. Cabe recordar que los profesionales señalan que el registro de lo complejo, valga la redundancia, es complejo. No está claro donde, quién y con que extensión ha de realizarse, y a diferencia de lo protocolizable, no admite una secuencia preestablecida en el registro. No obstante, es posible que el mínimo dato consignado en la “evolución” sea suficiente, como “... *una señal que hay que tirar como de un hilo e ir preguntando a otros compañeros sobre la misma*”, y que no sea necesario, ni conveniente, registrar en detalle “*todo*”.

Más allá de no figurar entre los objetivos indagar la accesibilidad, otro de los atributos de APS, los datos reflejan que las condiciones de acceso promovidas por el equipo del CdeS a través de los múltiples dispositivos, son buenas. Los usuarios pueden acceder y utilizar los servicios para el “Control” de la ECB a través de un turno programado como también ante eventos de s-e-c agudos e inesperados -no panificables-. La proporción semejante de consultas donde el motivo se relaciona con la ECB y con eventos agudos, junto al bajo ausentismo, reflejan buenas condiciones de acceso al CdeS (Tabla N^o 4).

A modo de síntesis, lo anterior conduce a reconocer que el CdeS despliega elementos de la estrategia de Atención Primaria, garantizando el cuidado de condiciones crónicas, a partir del seguimiento longitudinal, y en menor medida, del abordaje integral. En los resultados hay elementos que hacen a otros atributos de la APS: accesibilidad, reconocimiento explícito de la población de área de referencia y equidad, como así también de algunos de los elementos esbozados en los modelos propuestos para el abordaje de las condiciones crónicas: población adscripta, vínculo estable, valoración del riesgo, etc.

Comentario final

A partir de los resultados hallados, puede decirse que el CdeS indagado presenta una capacidad aceptable para producir cuidados destinados a la atención de condiciones crónicas, en particular si de DBT e HTA se trata. Dicha capacidad está asociada al desarrollo de varios atributos de la estrategia de APS, en especial longitudinalidad e integralidad, pero también accesibilidad, “cupos” o población a cargo y equidad.

La HCF es un instrumento adecuado para el seguimiento longitudinal e integral de condiciones crónicas, y más allá de su amplia aceptación por el equipo, no es utilizada adecuadamente. Ello no sería tan preocupante si el uso inadecuado no tiene implicancias adversas en el cuidado: ¿Cómo monitorea el equipo un proyecto terapéutico si los datos registrados no están completos?

Los principales factores a trabajar para mejorar la utilización de la HCF pasan por promover el registro en los apartados destinados al “seguimiento”, tanto de problemas individuales como familiares, y en involucrar a los trabajadores no médicos en su utilización. Si bien esto puede realizarse a nivel local, una propuesta de educación permanente promovida por la Secretaría, y que involucre a todos los trabajadores del APS, sería más adecuada.

La presente investigación, de carácter exploratoria y partiendo del estudio de un caso, puso especial énfasis en comprender la capacidad de producir cuidados a nivel de un CdeS en el contexto local de la APS municipal. La complejidad del problema de investigación, y los tiempos académicos, impedían en una primera instancia abordajes más extensivos. No obstante, y luego de esta primera experiencia, sería interesante ampliar la investigación a otros centros municipales, y por qué no provinciales.

Futuras propuestas deberían involucra también la perspectiva del usuario, ya que es importante conocer cómo vive una condición crónica, que espera de los servicios de salud, como evalúa los cuidados recibidos, que sentido otorga al “control” de la enfermedad, a las prácticas de promoción y a los problemas de s-e-c agudos.

También sería interesante indagar resultados “finales”. El presente trabajo ha enfatizado en el proceso de producción de cuidados, en los resultados “intermedios”, entendiendo que los mismos son la condición mediadora que hace posible el resultado “final”. Para el caso, la integralidad y la longitudinalidad en el cuidado de condiciones crónicas son los resultados “intermedios” a garantizar para lograr los resultados “finales”: la progresión acelerada de la enfermedad y la disminución de las complicaciones. En fin, la evaluación de los resultados “finales” implica nada más y nada menos que evaluar la estrategia de APS y la red de servicios en su integralidad (Starfield, 2002a y 2002b).

Referencias bibliográficas

1. Alfaro Porras, E. (2009): *Uso de las concepciones teóricas sobre los determinantes sociales de la salud*. La Salud Pública en Costa Rica. 2009: pp. 46-56. Versión digital: www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/03%20Uso%20de%20las%20concepciones.pdf (Consultado el 22 de enero de 2013)
2. Almeida Filho, N.; Rouquayrol, M. Z. (2008): “Diseños de Investigación en Epidemiología”, en *Introducción a la Epidemiología*. Lugar Editora. Buenos Aires: pp. 195-237.
3. Anderson, G. F. (2009): *Missing in action: international aid agencies in poor countries to fight chronic disease*. Health Aff (Millwood). Jan.-Feb.; 28(1): pp. 202-5.
4. Andreu Segura, B. (1998): “Aplicaciones de la Epidemiología en Salud pública”. En *Salud Pública*. Coordinadores: Martínez Navarro, F; Antó, J., Castellanos, P. L., Gili, M., Marset, P., Navarro, V. McGraw Hill-Interamericana. Barcelona: pp. 123-137.
5. Ayres, J. R.; Franca Junior, I.; Junqueira, G.; Saletti Filho, H. (2006): “El concepto de vulnerabilidad y la prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos”, en *Promoción de La Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Compiladores: Czeresnia, D.; Machado Freitas, C. Lugar Editora. Buenos Aires: p 135-161.
6. Barceló, A.; Luciani, S.; Agurto, I.; Ordúñez, P.; Tasca, R.; Sued, O. (2012): *Mejora de los cuidados crónicos a través de las redes integradas de servicios de salud*. Organización Panamericana de la Salud. Washington: pp. 5-33.
7. Bloch, C. (1988): “Atención Primaria de Salud en Argentina. Desarrollo y situación actual”. Exposición en mesa debate en *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y

- Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud. Buenos Aires. Abril y Mayo de 1988: pp. 12-28.
8. Bloch, C.; Godoy, C.; Troncoso, M.; Quinteros, Z.; Luppi, I. (1992): *Evaluación del Programa de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Rosario*. Organización Panamericana de la Salud. N° 34. Año.
 9. Canguilhem, G.: *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI Editores. México. 2005: 17-23.
 10. Capiello, M. (2010): Conferencias en *Congreso de la salud Pública del Bicentenario de Provincia de Santa Fe y XI Congreso de Salud en el Municipio de Rosario: Construyendo un Estado que garantiza el derecho a la salud a todos los ciudadanos*. Rosario. Octubre 2010: pp. 6-20.
 11. Castel, R. (1997): *La Metamorfosis de la Cuestión Social: una crónica del salario*. Paidós. 1^o Edición. Buenos Aires: pp. 13-24.
 12. Castellanos, P. L. (1990): *Sobre el Concepto de salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud*. Boletín Epidemiológico. Organización Panamericana de la Salud. Volumen 10. Numero 4: p 1-7. Versión digital en: http://amro.who.int/spanish/dd/ais/BE_v10n4.pdf (Consultado el 22 enero 2013)
 13. Cavalcanti, A.; Lucas de Olivera, C. (2012): *Autocuidado apoyado. Manual do profissional de saúde*. Secretaria Municipal da Saúde. Curitiba: pp. 7-15.
 14. Ciurala Misol, R; Brotons Cuixart, C; Forés García, M. (1999): “Actividades de prevención y promoción de la salud en el adulto”. Volumen 1, en *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Coordinadores: Zurro, A. y Cano Pérez, J. F. Harcourt. Cuarta Edición. Barcelona: pp. 469-504.

15. de Andrade Goulart, F. (2011): *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde*. OPS, Brasília: pp. 23-70.
16. de Sousa Campos, G. W. (2001): “La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada”, en *Gestión en Salud: en defensa de la vida*. Lugar Editora. Buenos Aires. 2001: pp. 71-83.
17. Dirección de Atención Primaria (2001). *Instructivo Historia Clínica Familiar por Problemas*. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario; pp. 1-4. Mimeo.
18. _____. (2003). *Adscripción a los Centros de Salud*. Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Mayo 2003; pp. 1-4. Mimeo.
19. Donabedian, A. (2005): *Evaluating the Quality of Medical Care*. The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4, pp. 691–729. Versión digital del texto original en: <http://www.milbank.org/uploads/documents/QuarterlyCentennialEdition/Eval.%20Quality%20of%20Med.%20Care.pdf> (Consultado el 21 enero 2012)
20. Dussault, G. (1995): *La epidemiología y la gestión de los servicios de salud*. Boletín epidemiológico. Organización Panamericana de la Salud: 16(2): pp. 1-5. Disponible en http://www.paho.org/spanish/sha/BE_v16n2.pdf (Consultado el 21 enero 2012)
21. Enciclopedia económica (2012). *Modelo económico*. Versión Web disponible en <http://www.economia48.com/spa/d/modelo-economico/modelo-economico.htm> (Consultado el 7 noviembre 2012)
22. Equipo de coordinación regional del nodo salud Región Rosario (2010). *Sistema Único de Salud para el Nodo Región Rosario*. Ministerio de Salud de Santa Fe y Secretaría de Salud Municipal. Documento interno. Rosario. 2010. Mimeo.

23. Fein, M. (2011): "Primer paso hacia un sistema único", en *Página 12*, 1 diciembre 2011. En <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/10-31503-2011-12-01.html> (Consultado el 21 enero de 2013)
24. Fundación HECA (2005). Historia del Hospital "Dr. Clemente Álvarez". Rosario: pp. 1-7. Ver portal digital <http://fundacionheca.org.ar/hospital/historia.html> (Consultado el 6 de noviembre de 2012)
25. Gené Badía, J; Jiménez Villa, J.; Martín Sánchez, A. (1999): "Historia Clínica y sistemas de información". Volumen 1. En *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Coordinadores: Zurro, A. y Cano Pérez, J. F. Harcourt. Cuarta Edición. Barcelona; pp. 258-274.
26. Grodos, D.; de Béthune, X. (1988): "Las intervenciones sanitarias selectivas: Una trampa para la política de salud del Tercer Mundo", en *Cuadernos Médicos Sociales*. CESS. Rosario. Argentina. Diciembre de 1988: pp. 71-85. Versión disponible en http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/grodos_las_intervenciones_sanitarias_selectivas_.pdf (Consultado el 24 de enero de 2013)
27. Howard, R. (2005): "La desmercantilización el Salud", en *Solidaridad, Participación, Transparencia: Conversaciones sobre el Socialismo en Rosario*. 2005. Versión digital: <http://howardrichards.org/peace/content/view/76/108/> (Consultado el 26 de octubre de 2012)
28. Hospital Centenario de Bicentenario (2004). Historias del Hospital Centenario de Rosario. Presentación 2004. Fundación Ciencias Médicas. Ver portal digital: <http://www.hospitalbicentenario.org/sitio/index.php> (Consultado el 22 de octubre de 2012)
29. Macinko, J., Dourado, I., Guanais, F. (2011): *Enfermedades Crónicas, Atención Primaria y Desempeño de los Sistemas de Salud. Diagnóstico, herramientas e*

- Intervenciones*. BID: pp. 1-34. Versión digital del texto original en <http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getDocument.aspx?DOCNUM> (Consultado el 7 de noviembre de 2012)
30. Marques, A.; Cordeiro Junior, W.; Santos Junior, R.; Colares, Y.; Alves, L. (2010): “Rede de urgência e emergência”, en *O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde*. Organizadores: Marques, A. J.S., Mendes, E. V., Lima, H. O. L. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
31. Marrugat, J., Elosúa, R., Gili, M. (1998): “Epidemiología y prevención de las enfermedades cardiovasculares”, en *Salud Pública*. Coordinadores: Martínez Navarro, F; Antó, J., Castellanos, P. L., Gili, M., Marset, P., Navarro, V. McGraw Hill-Interamericana, pp. 529-566. Barcelona.
32. McKeon, T., Lowe, C. (1986): *Introducción a la medicina social*. Siglo XXI Editores. México. pp. 10-11.
33. Mendes, E. V. (2011): “As situações das condições de saúde e os sistemas atenção da saúde”, en *As Redes de atenção a saúde*. OPS y Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Brasília. 2011: pp. 25-50. Versão Web. <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2011/RASMendes.pdf> (Consultado el 22 de enero de 2013)
34. _____. (2012a): “La crise fundamental do SUS”, en *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. OPS. Brasília. 2012: pp. 31-38. (Texto disponible versão digital). http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saud_e.pdf (consultado el 21 enero de 2013)
35. _____. (2012b): “A resposta social a uma situação de saúde de transição demográfica acelerada e de tripla carga de doença e: as redes de atenção à saúde”, en *O cuidado das*

- condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. OPS. Brasília. 2012: p 47-54. Versão digital: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saud_e.pdf (consultado el 22 enero de 2013)
36. _____. (2012c): “O modelo da atenção condições crônicas na ESF (MACC)”, en *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. OPS. Brasília. 2012: p 139-172. Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saud_e.pdf (consultado el 21 enero de 2013)
37. _____. (2012d): “Os níveis 3, 4, 5 do modelo da atenção às condições crônicas na APS. As mudanças na níveis 3, 4 e 5 do modelo de atenção condições crônicas na APS. As mudanças clínica e na gestão da ESF”. En *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília. 2012: p 235-410. Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saud_e.pdf (consultado el 22 enero de 2013)
38. Menéndez, E. (2004): “Modelos de atención de padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, en *Salud Colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad; Epidemiología, gestión y políticas*. Compilador Spinelli, H. Lugar Editora. Buenos Aires: pp. 11-47.
39. Mercado, J.; Margalhaes Bosi, M. (2007): “Notas para un debate”. En *Investigación cualitativa en los servicios de salud*. Organizadores: Mercado, J. y Margalhaes Bosi, M. Lugar Editora. Buenos Aires: pp. 29-60.
40. Minayo, C. (2004): “Etapa de análisis o tratamiento del material”. En *El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud*. Lugar Editora. Buenos Aires: pp. 165-207.

41. Ministerio de Protección Social de Colombia (2006): “Guía de Instrucción para el diseño de Programas de Gestión de Enfermedades Cónicas”. En *Observatorio de la Atención Primaria de Salud*. Bogotá. Portal digital: <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%2014/3.4%20atencion%20integradada.html> (Consultado el 19 de enero de 2013)
42. Ministerio Salud de la Nación (2008a): *Enfermedades No Transmisibles*. Dirección de Promoción de la Salud. <http://www.msal.gov.ar/ent/> (Consultado 22 enero 2013)
43. _____. (2008b): *Guía programática abreviada para la prevención del Cáncer Cervico-Uterino*. Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cervico-Uterino. Buenos Aires. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/pdf/info-equiposalud/Guia-programatica-abreviada.pdf> (Consulta el 22 enero 2013)
44. _____. (2008c). *Plan Argentina Saludable*. <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/plan/argsal.html> (Consulta el 7 noviembre 2013)
45. _____. (2009a). *Resolución 1083/2009. Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable*. Buenos Aires: pp. 1-28. Versión digital en: http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/res_1083_ms_con_anexo.pdf (Consultado el 19 de enero de 2013)
46. _____. (2009b): *Prevención de enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular*. Buenos Aires: pp. 3-34.
47. _____. (2009c): *Programa Nacional de Control del Tabaco*. Buenos Aires. <http://www.msal.gov.ar/tabaco/> (Consulta el 7 noviembre 2013)

48. _____. (2010) *Guía Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II. Para el Primer Nivel de Atención. Versión Breve para facilitar la aplicabilidad*. Buenos Aires 2010: pp. 5-57.
49. _____. (2012). *Guía para la Nominalización, Clasificación y Seguimiento de personas con riesgo cardiovascular global. Proyectos provinciales para el fortalecimiento de las Redes de Salud*. Programa Remediar+Redes. Buenos Aires: pp. 7-51.
50. Ministerio de Salud y Medio Ambiente de Santa Fe (1995). *Metas Provinciales de Salud Materna e Infantil 1995-2000*. Documento Base. Provincia de Santa Fe: pp. 8-20.
51. Ministerio de Salud de Santa Fe (2009). *Programa Provincial de Oncología/Subprograma de prevención de cáncer de cuello uterino*. <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/prog-provinciales.html#santafe> (Consulta el 22 enero 2013)
52. Ministerio de Salud de Santa Fe (2011a): “Cinco primeras causas de muerte”, en *Análisis de situación de salud de la población de Santa Fe.*: pp. 17-24. [http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/128223/\(subtema\)/114766](http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/128223/(subtema)/114766) (consultado el 19 de enero de 2013)
53. _____. (2011b): “Estructura y recursos sanitarios”, en *Análisis de situación de salud de la población de Santa Fe*. 2011: pp. 44-50. Versión: [http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/128223/\(subtema\)/114766](http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/128223/(subtema)/114766) (consultado el 19 de enero de 2013)
54. _____. (2011c). *Calendario Nacional de Vacunas*. Programa Provincial de Inmunizaciones. Versión digital <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/Calendario-Nacional-de-Vacunacion> (Consulta el 5 noviembre 2012)
55. Morabia, A.; Porta. M. (2008): “Causalidad y Epidemiología”, en *Investigación y ciencia*. Julio 2008: p 64-66. Versión Web del texto original:

- <http://www.investigacionyciencia.es/files/2741.pdf> (Consultado el 5 de noviembre de 2012)
56. Movimiento por la Salud de los Pueblos (2011): *Comentarios sobre "Documento Técnico-Determinantes Sociales de Salud"*. Versión digital del texto original en: <http://www.phmovement.org/es> (Consultado 5 noviembre 2012)
57. Municipalidad de Rosario (2012a). Secretaría de Salud Pública. En *Sitio de la Municipalidad. Portal digital* <http://www.rosario.gov.ar/sitio/paginainicial/#salud> (Consultado el 22 de octubre de 2012)
58. _____. (2012b). Secretaría de Salud Pública. Prevención y Promoción. En sitio Web: http://www.rosario.gov.ar/salud/menuprevencion.jsp?nivel=Salud&ult=S_8 (Consulta el 5 noviembre 2012)
59. Naciones Unidas (2011a): *Antecedentes de la Reunión de Alto Nivel convocada por el Secretario General en Nueva York para el 19 y 20 de septiembre de 2011*. <http://www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011/background.shtml> (Consultado el 21 de enero de 2013)
60. _____. (2011b): "Palabras del Secretario General, Ban Ki-moon". en *Resumen de la sesión plenaria de la Reunión de Alto Nivel*. Nueva York septiembre de 2011. <http://www.un.org/News/Press/docs//2011/ga11146.doc.htm> (Consultado el 21 de enero de 2013)
61. Nervi. L. (2008): "Alma Ata y la Renovación de la Atención Primaria de la Salud", en *Memoria del Encuentro Regional "Retos para la Revitalización de la APS en las Américas"*. Comité Regional de Promoción de Salud Comunitaria. Movimiento por la Salud de los Pueblos. 22 y 25 de septiembre de 2008, La Palma, Chalatenango, El Salvador: pp. 1-5. Sitio Web: <http://www.phmovement.org/es/node/964> (Consultado el 21 de enero de 2012)

62. Organização Mundial da Saúde (2003): *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília: 2003. Versión Web: http://www.saude.es.gov.br/download/CUIDADOS_INOVADORES_DAS_CONDICOE_S_CRONICAS.pdf (Consultado el 22 enero de 2013)
63. OMS (2007). *A conceptual framework for action on social determinants of health*. Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO, Discussion paper, Draft; 2007: pp. 5-7. Versión digital del texto original en http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf (Consultado el 21 enero 2012)
64. _____. (2008): *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud: pp. 3-33. Sitio Web http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf (Consultado el 22 enero 2013)
65. OPS/OMS (2005): *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de posición de la OPS/OMS*. Agosto: pp. 1-22. Documento disponible en <http://saludypsicologia.com/wpcontent/uploads/2011/09/Organizaci%C3%B3n-Panamericana-de-la-Salud-OMS1.pdf> (Consultado el 22 enero 2013)
66. Organización Panamericana de la Salud (2007): “Condiciones de Salud y sus tendencias”, en *Salud en las Américas*. Washington. Volumen 1: pp. 62-219.
67. Plan Estratégico Rosario Metropolitana/PER+10 (2012). En Noticias: *El Nudo Rosario afianza su estrategia hacia un sistema único de salud pública*. Ver en http://www.perm.org.ar/noticias/not_p.php?id=184 (Consultad 21 enero de 2013)

68. Porter, M.; Kellogg, M. (2008): *Kaiser Permanente: An Integrated Health Care Experience*. RISAI. Vol. 1. Número 1: pp. 1-8. Texto disponible vía Web en <http://pub.bsalut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=risai> (Consultado el 7 noviembre 2012)
69. Programa Remediar+Redes (2012). *Informe periódico utilización Botiquines Programa Remediar*. Ministerio de Salud de la Nación.
70. Pumarola, A. (1988): “Relación huésped-bacteria II”, en *Microbiología y Parasitología Médica*. Coordinadores Pumarola, A.; Rodríguez Torres, A.; García Rodríguez J.; Piédrola Angulo, G. Salvat. Barcelona. 2⁰ Edición: pp. 161-170.
71. Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (2000). Decreto 939/Oct. 2000. http://www.hospitalposadas.gov.ar/docum/hospital_descentralizado.pdf (Consultado el 21 enero de 2013).
72. Red de Salud de la Municipalidad de Rosario (2012). Secretaría de Salud Pública. En: http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/sistemasalud1.jsp?nivel=Salud&ult=S_1#salud (Consultado 21 enero 2013)
73. Rovere, M. (2005): “Una Ciudad modelo en Salud Publica”, en *Experiencia Rosario: Políticas para la gobernabilidad*. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. Municipalidad de Rosario. 2005: pp. 125-184. Versión digital del texto original en: <http://es.scribd.com/doc/85479968/Libro-Experiencia-Rosario-Politic-Para-La-Gobernabilidad-1> (Consultado el 25 de octubre de 2012)
74. Sabino, C. (1996): “El diseño de investigación”, en *El proceso de investigación*. Editorial Lumen Humanitas. Buenos Aires. 1996: pp. 91-122.
75. Samaja, J. (1987): “Introducción a la investigación”, en *Dialéctica de la Investigación Científica*. Helguero Editores. Buenos Aires: pp. 7-10.

76. _____. (2004a): “La reproducción social y las relaciones entre salud y condiciones de vida”, en *Epistemología de la Salud: Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Segunda Parte. Lugar Editora. Buenos Aires: pp. 45-138.
77. _____. (2004b): “El proyecto de investigación. Sus partes y su lógica natural”, en *Proceso, Diseño y Proyecto en Investigación Científica: Como elaborar un proyecto sin confundirlo con el diseño ni el proceso* (Tercera parte:). JVE Ediciones. Buenos Aires: pp. 69-91.
78. Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (2012). *Informe de establecimientos de salud municipal*. Dirección de Estadísticas. Mimeo.
79. Servicio Extremeño de Salud (2011). *Planes cuidados salud comunitaria: Una guía 2.0 en Extremadura*. Guía Práctica. Dirección General Asistencia Sanitaria. 17. Mérida; pp. 5-261. http://www.areasaludbadajoz.com/datos/elibros/planes_salud_coimunitaria.pdf (Consultada el 8 de noviembre de 2012)
80. Starfield, B. (2002a): “APS y su relación con la salud”, en *Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. MASSON. Barcelona: pp. 3-18.
81. _____. (2002b): “Un marco conceptual para medir la atención primaria”, en *Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. MASSON. Barcelona. 2002: pp. 19-32.
82. _____. (2002c): “El cupo y la longitudinalidad”, en *Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. MASSON. Barcelona: pp. 153-176.

83. _____. (2002d): “Integralidad de la atención: quién debe proporcionar los servicios”, en *Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. MASSON. Barcelona; pp. 197-227.
84. Sociedad de Beneficencia de Rosario (2012). Historia. En portal digital de la Sociedad <http://beneficiariosario.org.ar/> (Consultado el 22 de octubre de 2012)
85. Terol, E.; Hamby, E.; Minue, S. (2001): *Gestión de Enfermedades (Disease Management): Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios*. Medifam v.11 n.2 Madrid feb. 2001. Versión digital del texto original en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=en (Consultado el 22 enero de 2013)
86. The World Bank (2011). *The Growing Danger of Non-Communicable Diseases. Acting Now to Reverse Course*. Conference Edition Sep.: p 1-14. Versión Web: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Peer-Reviewed-Publications/WBDeepeningCrisis.pdf> (Consultado 21 enero de 2013)
87. Wagner, E. H. (1998): *Chronic disease management: ¿what will take to improve care for chronic illness?* Effect Clin. Pract. 1998: 1: pp. 2-4.
88. Zurro, A. y Cano Pérez, J. F. (1999): “Atención Primaria de Salud”. Volumen 1, en *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Coordinadores: Zurro, A. y Cano Pérez, J. F. Harcourt. Cuarta Edición. Barcelona: pp. 3-15.

Documentación accesoria

Anexo 1. Operacionalización de términos, variables y valores de variables

Concepto	VARIABLES QUE OPERACIONALIZAN AL CONCEPTO	VALORES ADOPTADOS POR LA VARIABLE
Temporalidad de los cuidados de la condición crónica	Fecha de adscripción al centro de salud:	Años
	Tiempo transcurrido entre el diagnóstico de la condición y la última consulta.	Años
	Período de análisis de la condición crónica: <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de consultas • Frecuencia consulta 	Numero consultas Período de análisis de la condición crónica
		Numero de consulta/12 meses
Longitudinalidad del proceso cuidado condición crónica	Motivo de Consulta	1. EA no relacionado a ECB 2. EA asociable a ECB 3. Control EA consulta anterior 4. ECB 5. Control EA consulta anterior y ECB 6. Práctica de promoción/prevenición según condición y edad (realización o revisión resultado) 7. Nueva EC 8. Ausente (turno programado)
	Continuidad del terapeuta registrante	1. Si 2. No 3. Indeterminado 4. No corresponde
	Relación entre consultas	1. Si 2. No 3. No corresponde
	Consulta y Enfermedad crónica de base	1. Si 2. No
Integralidad del cuidado de la ECB	El Examen físico y la ECB.	1. Si 2. No 3. Parcial 4. No corresponde
	Los Exámenes complementarios y la ECB.	1. Si; Se solicita 2. Si; Se recibe resultado 3. No 4. No corresponde
	Interconsultas y ECB	1. Si; Se solicita 2. Si; Se recibe resultado 3. No 4. No corresponde
	Recomendaciones periódicas para la ECB en un año	1. Completo 2. Mediana mente completo 3. Incompleto
Integralidad de los cuidados centrados en la persona.	Prácticas de promoción y prevención según sexo y edad en cada consulta	1. Si; Se solicita 2. Si; Se recibe resultado 3. No 4. No corresponde
	Prácticas de promoción y prevención en un año	1. Completo 2. Mediana mente completo

		3. Incompleto
	Búsqueda de otros problemas de s-e-c.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si: Se “busca un problema” 2. Si: Se “confirma un problema” 3. No 4. No corresponde
	Abordaje interdisciplinario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si: Se solicitan 2. Si: Se recibe resultado 3. No 4. No corresponde

Anexo 2. Guía de la entrevista a trabajadores

Según se trate de un médico de “cabecera”, un enfermero o una autoridad del nivel central, los ejes cobran mayor relevancia.

Eje referido a la Historia Clínica Familiar (HCF)
<ol style="list-style-type: none">1. ¿Conoce y usa la HC familiar?2. ¿Qué opinión tiene sobre la HC familia?3. ¿Contribuye al seguimiento de sus pacientes?, ¿Por qué?4. ¿Qué apartados le resultan útiles?, ¿Cuáles inútiles?5. Dado que es imposible registrar todo: ¿Qué dato registra en cada consulta?, ¿Cuáles son los criterios para registrar o no registrar algo?6. ¿Ha recibido capacitación para su uso?
Eje referido al seguimiento de usuarios con HTA y/o DBT
<ol style="list-style-type: none">1. Piense en la atención que usted brinda a los pacientes con HTA/DBT.<ol style="list-style-type: none">a. ¿Considera importante el seguimiento longitudinal de los mismos?, ¿Por qué?b. ¿Considera importante el abordaje integral de los mismos?, ¿Por qué?2. ¿Sabe si los mismos buscan atención por dicho problema en otros establecimientos? De ser positivo, ¿Por qué motivos?3. En una escala que va de 1 a 10, ¿Cómo evalúa el seguimiento de sus pacientes portadores de HTA/DBT?<ol style="list-style-type: none">a. ¿Qué aspectos del seguimiento longitudinal/integral considera usted que se cumplen satisfactoriamente?, ¿Cuáles no? (Interconsultas, exámenes complementarios y físico, provisión medicamentos, “abandono del paciente”, etc.)b. ¿Qué factores considera usted aseguran el seguimiento longitudinal/integral?, ¿Cuáles no?4. ¿Conoce las guías clínicas vigentes para el control HTA/DBT?, ¿cuáles son?5. ¿Establece algún <i>score de riesgo</i> para planificar el seguimiento de sus pacientes portadores de HTA/DBT?
<ol style="list-style-type: none">6. Para finalizar: ¿Algún comentario o aporte referido a la temática de la HCF y del seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas (HTA/DBT) que quiera realizar no contemplado en las anteriores preguntas?

Anexo 3. Guía encuesta semiestructurada a trabajadores del CdeS.

<p>Eje para indagar las características del área de responsabilidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Reconoce un área-microárea de responsabilidad?: Si/No/No sabe 2. ¿Qué criterios utiliza para definir dicha área-microárea?: Geográficos/Administrativos/Otros/No sabe 3. ¿Dispone de mapa del área-microárea?: Si/No/No sabe
<p>Eje para indagar características de la población del área de responsabilidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Reconoce una población de responsabilidad?: Si/No/No sabe 2. ¿Qué criterios utiliza para definir dicha población?: Geográficos/Administrativos/Otros/No sabe 3. ¿Conoce las características socio demográficas de la población de responsabilidad?: Si/No/No sabe 4. ¿Reconoce grupos y familias con vulnerabilidad diferente al interior de área? : Si/No/No sabe
<p>Eje para indagar características población usuaria del centro de salud</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Posee una base que permita identificar nominalmente a los usuarios del centro de salud? 2. Si/No/No sabe 3. ¿Puede dar la cifra de usuarios del centro de salud? _____ 4. La base de usuarios: <ol style="list-style-type: none"> a. ¿Tiene formato papel (Libro, carpeta, cuaderno)? Si/No b. ¿Tiene formato digital (Base Excel, SiCap, otro)? Si/No c. ¿Es una única base para todo el centro? Si/No d. ¿Cada trabajador tiene su base? Si/No 5. Historias clínicas <ol style="list-style-type: none"> a. ¿Qué cantidad de Historias clínicas hay en el centro de salud? _____ b. Formato: <ol style="list-style-type: none"> i. ¿Se trata de Historias clínicas familiares? _____ ii. ¿Se trata de Historias clínicas individuales? _____ iii. ¿Se trata de Historias clínicas por profesional? _____ c. ¿Reconoce la existencia de usuarios sin Historia clínica? Si/No/No sabe
<p>Eje para indagar condiciones de accesibilidad al CdeS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se trabaja con criterio de población de responsabilidad o adscripta? Si/No/No sabe. 2. En caso de trabajar con criterio de adscripción: <ol style="list-style-type: none"> a. ¿Existe un criterio relativamente formal en el equipo o la adscripción es totalmente aleatoria? Si/No/No sabe. 3. ¿Qué cantidad de adscriptos tiene cada médico/equipo de referencia? _____ 4. Acceso a la atención: <ol style="list-style-type: none"> a. ¿Qué modalidades de acceso a turnos dispone el centro? <ol style="list-style-type: none"> i. Programado con antelación por “ventanilla” (a solicitud del usuario) Si/No/No sabe. ii. Programado con antelación por “equipo” (tramitado por cualquier integrante del equipo) Si/No/No sabe. iii. “Libre demanda” (por orden de llegada y en el día) Si/No/No sabe. b. ¿Existe dispositivos de “pronta atención” (atención de los “sin turno”)? Si/No/No sabe. c. En caso de existir dispositivo de “pronta atención”: <ol style="list-style-type: none"> i. ¿Es propio de cada profesional? Si/No/No sabe. d. ¿Es único para todo el equipo? Si/No/No sabe. 5. Los integrantes del equipo, ¿efectúan visitas domiciliarias en caso de necesidad? Si/No/No sabe.

Anexo 4. Instrumento de recolección y análisis de datos de la HCF

Para información registrada en “Hojas de evolución” y/o “seguimiento”

Temporalidad		Longitudinalidad				Integralidad en función ECB		Integralidad centrada en la persona			Integralidad en período observado		
Numero consulta	Fecha consulta	Motivo de Consulta	Continuidad médico consulta anterior	Relación consulta anterior	Relación consulta ECB	Examen físico ECB función ECB	Examen complementarios en función ECB	Interconsultas en función ECB	Indagación de otros Eventos y problemas de s-e-c.	Practicas de promoción y prevención	Abordaje multidisciplinario/interdisciplinario	Examen complementarios/período observado en función ECB según recomendaciones	Practicas de promoción y prevención/período observado según condición y edad recomendados