

Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

Centro de Estudios Interdisciplinarios

Universidad Nacional de Rosario

**Coordinación asistencial interniveles
relacionada con las enfermedades respiratorias
crónicas en un área de la ciudad de Santa Fe**

María Cristina Paz

Director: Magister Elsa Zerbini

	Nº de pág.
Índice de Contenido	1
Índice de tablas, gráficos y figuras	3
Abreviaturas y acrónimos	4
Resumen	5
Palabras clave	5
Abstract	6
Introducción	7
1. Marco Conceptual	10
1.1. Atención Primaria de Salud. Contexto Histórico	11
1.2. Que se entiende por Atención Primaria de Salud	13
1.3. Conceptos y Organización en Atención Primaria de Salud	14
1.4. Evaluación en APS	15
1.5. Atención Primaria de Salud en América	17
1.6. Sistema de Salud y Atención Primaria en Argentina	19
2. Planteo del problema de investigación	24
3. Objetivos	26
3.1. Objetivo General	26
3.2. Objetivos Específicos	26
4. Material y Métodos	27
4.1. Diseño de Investigación	27
4.2. Población y Muestra	27
4.3. Unidad de Análisis	32
4.4. Método de Recolección de Datos	32
4.4.1. Fuentes primarias de información	32
4.4.2. Fuentes secundarias de información	32
4.5. Instrumentos de Recolección de Datos	33
4.5.1. Instrumento N°1	33

4.5.2. Instrumento N°2	34
4.5.3. Instrumento N°3	35
5. Resultados	36
5.1. Registros Sanitarios en los CAPS	36
5.2. Historia Clínica	40
5.2.1. Registro Clínico por Profesional	40
5.2.2. Historia Clínica Individual	40
5.2.3. Historia Clínica Familiar	40
5.3. Registros de Seguimiento	40
5.3.1. Fichero Calendario por Profesional	40
5.3.2. Fichero Calendario por programa, actividad, insumo	40
5.3.3. Formulario de Referencia-Contrarreferencia	41
5.4. Calidad del Llenado y Valoración del Registro	41
5.5. Protocolos, Consensos, Guías para la Atención y Seguimiento de Pacientes	42
5.6. Referencia y Contrarreferencia	47
5.7. Modalidad de Ingreso en Internación	50
6. Discusión	51
7. Conclusiones	56
8. Reseña Bibliográfica	58
9. Agradecimientos	63
10. Anexos	64
<i>Anexo I:</i> Guía de Evaluación de los Registros Sanitarios en Centros de Salud del primer nivel de atención. Instructivo	64
<i>Anexo II:</i> Encuesta a médicos y enfermeros. Instructivo	68
<i>Anexo III:</i> Planilla de datos de Internación: Modalidad de ingreso. Diagnóstico de egreso (ERC)	75

Índice de tablas, gráficos y figuras

<i>Figura 1:</i> Mapa Nodo Santa Fe	29
<i>Figura 2:</i> Mapa Nodo Santa Fe–Subregión Norte	30
<i>Tabla 1:</i> Evaluación de los Registros Sanitarios en el primer nivel de atención	36
<i>Gráfico 1:</i> Calidad de los registros según la opinión del personal de salud, expresada en porcentaje	41
<i>Tabla 2:</i> Encuesta a enfermeros: Existencia de protocolos, guías para la atención y seguimiento de pacientes	43
<i>Tabla 3:</i> Encuesta a médicos: Existencia de protocolos, guías para la atención y seguimiento de pacientes	45
<i>Tabla 4:</i> Encuesta a especialistas: información obtenida con la Referencia	47
<i>Tabla 5:</i> Encuesta a médicos de CAPS: información obtenida con la Contrarreferencia	49
<i>Gráfico 2:</i> Modalidad de ingreso en internación	50

Abreviaturas y acrónimos

- AITER-PAL: Atención Integrada de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias-Practical Approach to Lung Health
- AP: Atención Primaria
- APS: Atención Primaria de Salud
- CAPS: Centro de Atención Primaria de Salud
- CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- CIE10: Sistema Internacional para la Clasificación de Enfermedades
- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles
- ERC: Enfermedad Respiratoria Crónica
- VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
- INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos
- INER: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Emilio Coni”
- IPEC: Instituto Provincial de Estadística y Censos
- J44.0: Enfermedad Pulmonar Obstructiva con infección aguda de vías respiratorias inferiores
- J44.9: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- J45.0: Asma predominantemente alérgico
- J46.X: Estado asmático
- J47.X: Bronquiectasia
- NAC: Neumonía Adquirida de la Comunidad
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- PCAT: Primary Care Assessment Tools
- SIS: Sistema de Información en Salud
- TAES: Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado
- TB: Tuberculosis
- TIC: Tecnologías de información y comunicación
- UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (United Nations International Children's Emergency Fund)

Resumen

INTRODUCCIÓN. La coordinación asistencial es una de las funciones principales de la Atención Primaria de Salud y esencial para garantizar la atención continua, integral e integrada de pacientes con problemas de salud crónicos.

OBJETIVO. Analizar el proceso de coordinación asistencial entre centros de atención primaria de salud (CAPS) y el hospital de referencia en la Subregión Norte de la ciudad de Santa Fe (Santa Fe, Argentina) para el abordaje de pacientes con enfermedad respiratoria crónica.

MÉTODOS. Se propuso un diseño transversal, descriptivo, con un enfoque retrospectivo del período comprendido entre octubre y diciembre de 2012. Se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos y fuentes primarias y secundarias de información. Se efectuaron entrevistas semiestructuradas a informantes claves en 14 CAPS con la aplicación de una guía de evaluación de registros sanitarios. Se encuestó a enfermeros y médicos a fin de analizar la presencia de acuerdos y guías para la atención y seguimiento, e identificar la existencia de Referencia y Contrarreferencia entre el 1° y 2° nivel de atención.

RESULTADOS. Se observó la existencia de registros sanitarios, en soporte papel, asistemáticos y de baja calidad, siendo la historia clínica individual y el fichero calendario para el seguimiento de programas (especialmente vacunación), los dos más utilizados. No existían guías ni mecanismos formales de articulación entre el 1° y 2° nivel, siendo la Referencia y Contrarreferencia una herramienta de uso no habitual entre niveles asistenciales.

CONCLUSIONES. El estudio revela problemas de calidad en el sistema de información, registros y transferencia de la información (Referencia-Contrarreferencia) lo que produce dificultades en la coordinación asistencial interniveles.

PALABRAS CLAVE: Atención primaria de salud. Coordinación asistencial. Enfermedad Respiratoria Crónica.

Abstract

INTRODUCTION. Assistance coordination is one of the main functions of Primary Health Care and is essential to ensure continuous, all-round integrated care for patients with chronic health conditions.

GOAL. To examine the assistance coordination process between primary health care centers (PHCCs) and a referral hospital in the Northern Sub-Area of the city of Santa Fe (Santa Fe, Argentina) for the approach of chronic respiratory disease patients.

METHODS. A descriptive cross-sectional design was selected, with a retrospective approach of the period extending from October to December 2012. Quantitative and qualitative methods and primary and secondary informational sources were used. Semistructured interviews to key informants were conducted in 14 PHCCs through the application of health record assessing guides. Nurses and doctors were interviewed in order to check for the presence of care and monitoring agreements and guidelines and identify the existence of referral and counter-referral between the 1st and 2nd health care levels.

RESULTS. Existence of low-quality unsystematic health records on paper was observed, individual medical history and the calendar index for program monitoring (especially vaccination) being the two most widely present. There were no guidelines or formal mechanisms to unify the 1st and the 2nd level, referral and counter-referral being rarely performed practices among assistance levels.

CONCLUSIONS.

The study points to quality problems in the information and recording systems, and in information transfer (referral–counter-referral) which poses difficulties in the cross-level assistance coordination.

KEYWORDS: Primary Health Care, Assistance Coordination, Chronic Respiratory Disease

Introducción

La coordinación asistencial, se ha convertido en prioridad para los sistemas de salud, especialmente para resolver problemas de salud crónicos, en los que intervienen múltiples profesionales y servicios. ^{(1) (2) (3) (4) (5) (6)}

La coordinación asistencial es definida como la integración de todos los servicios relacionados con la salud con independencia del lugar en que se reciben, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin conflictos. Es la función de enlace entre los servicios de atención, de tal modo que la persona reciba un cuidado apropiado de todos sus problemas de salud bajo la responsabilidad de su proveedor de atención primaria de salud (APS). La coordinación permite el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos e incluye también la Referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados. ^{(7) (8) (9) (10)}

A pesar de su relevancia, en la literatura científica predomina la confusión en la utilización de los términos, como continuidad asistencial, coordinación y a veces también se confunden con estrategias concretas como la gestión de casos o la atención compartida. Resultan abundantes no sólo las definiciones sino también los mecanismos propuestos para realizarla y la forma de medirla. Sin embargo, hay escasos antecedentes de abordaje del tema con un enfoque global que contribuya a comprender mejor el proceso de coordinación asistencial y los factores que inciden en él. ^{(11) (12) (13) (14)}

Estudios realizados evidencian graves problemas de coordinación entre niveles asistenciales, ^{(15) (16) (17) (18) (19)} que se manifiestan fundamentalmente en:

- a) Disminución de la calidad de la atención sanitaria (demora en la atención oportuna, demanda insatisfecha, lista de espera con el especialista).
- b) Pérdida de la continuidad de los procesos asistenciales (falta de seguimiento de pacientes con patologías crónicas, falta de seguimiento de pacientes hospitalizados dados de alta).
- c) Ineficiencia en la gestión de recursos (duplicación de pruebas diagnósticas, derivaciones inapropiadas, utilización inadecuada de los servicios de urgencia hospitalarios).

La importancia del problema se refleja en las numerosas intervenciones que se generan para abordarlo, tanto en el nivel de las políticas como en el organizativo.

Dificultades observadas en los centros de APS (CAPS) y el hospital de referencia, Hospital Provincial Gumersindo Sayago, efectores situados en la Subregión Norte de la

ciudad de Santa Fe (departamento La Capital, provincia de Santa Fe, Argentina), podrían ser la consecuencia de una deficiente coordinación interniveles. En este hospital general y referente provincial en enfermedades respiratorias y tuberculosis (TB) se observa: la presencia de pacientes con patologías respiratorias que asisten desde horas muy tempranas al hospital con la finalidad de solicitar un turno con el neumólogo (médico especialista en enfermedades respiratorias), generando una demanda no siempre satisfecha; pacientes que no logran un turno con el especialista y deben regresar otro día volviendo a esperar desde muy temprano; pacientes que solicitan la atención con el médico de guardia. Este escenario ocasionaría la pérdida de la atención especializada oportuna y de la continuidad asistencial con riesgo de complicaciones e internaciones, las cuales se podrían disminuir y/o evitar con una adecuada coordinación asistencial entre el 1° y 2° nivel de atención.

En los últimos 30 años, los desarrollos tecnológicos (técnicas, equipamiento, insumos, formas de organización, formación y dimensionamiento de equipos de salud), se han incrementado intensamente y no debería existir diferencia en cuanto a la calidad en los diferentes niveles de atención de salud, ya que tendrían que estar desarrollados los mecanismos de articulación entre niveles, brindando una atención sanitaria oportuna y continua.⁽²⁰⁾

El término “tecnología” se define como todo conocimiento material o simbólico capaz de transformar una determinada realidad (OPS, 1981). Alazraqui (2006) plantea que un sistema de información que pueda dar soporte a la gestión debe necesariamente articular datos, información, conocimiento, comunicación y acción.⁽²¹⁾ Los registros sanitarios constituyen una tecnología de gestión, un soporte central que repercute en la calidad de la información y un punto crítico en la atención y articulación de todo el proceso asistencial. Específicamente para América Latina, los autores señalan una serie de problemas en los datos y la información sobre eventos del proceso de salud-enfermedad que dificultan su utilización, siendo los más relevantes:

- Registros asistemáticos, ausencia de soporte magnético, formato papel;
- Bases de datos sin formalización institucional, falta de reconocimiento formal de la institución;
- Superposiciones e incoherencias entre base de datos semejantes.

En definitiva, la información así presentada es de muy baja utilidad en la toma de decisiones y en consecuencia insuficiente para dar soporte a la gestión, lo que provocaría serias dificultades en la transferencia de información obstaculizando la coordinación asistencial interniveles.^{(21) (22) (23) (24)}

Dada la importancia de la coordinación asistencial interniveles y su potencial relevancia en la accesibilidad, integralidad y continuidad del proceso asistencial, se propone este trabajo de investigación. A partir de la definición de coordinación realizada por la profesora Bárbara Starfield, referente mundial en evaluación de los sistemas de salud, se efectuó el análisis de la coordinación asistencial entre los CAPS y el hospital de referencia de la Subregión Norte de la ciudad de Santa Fe, para el abordaje de pacientes con enfermedad respiratoria crónica (ERC).^{(25) (26)}

1. Marco Conceptual

Las enfermedades crónicas constituyen uno de los principales retos de los sistemas de salud y las economías del mundo. La brecha entre las necesidades determinadas por las enfermedades y las posibilidades tecnológicas para su atención, por una parte, y la disponibilidad de recursos públicos para financiar la prestación de servicios de salud, por la otra, es muy marcada en el caso de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), pues se tienen aumentos considerables de la población afectada y se ofrecen medicamentos y programas de diagnóstico y control más costosos. Entre las enfermedades más comunes se encuentran la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, varios tipos de cáncer y enfermedades respiratorias. ^{(27) (28) (29)}

La OMS señala que el número de casos asociados a ECNT ha aumentado en los últimos años, llegando a representar el 45% de la morbilidad mundial. Se estima que en 2020 estas enfermedades aportarán el 60% de la morbilidad y el 73% de las muertes en el mundo. Por su parte, la OPS ha revelado que en las Américas se presenta una de las tasas más elevadas de mortalidad por ECNT, alcanzando un 44% del total de defunciones de hombres y mujeres menores de 70 años. ⁽³⁰⁾

La mortalidad específica por causas identifica en Argentina cinco grupos de enfermedades: cardiovasculares, neoplásicas, infecciosas, respiratorias (no infecciosas), por causas externas (incluye traumatismos e intoxicaciones) (INDEC, 2010).

Aunque el envejecimiento de la población y un mayor nivel de ingresos pueden ayudar a explicar el aumento en la incidencia de estas enfermedades, se reconoce que las personas más afectadas están en los países menos desarrollados y entre la población de ingresos bajos de los países desarrollados. Esto es debido especialmente a la presencia en dichos países y en esta población, de ciertos factores de riesgo que pueden evitarse y del gran peso de la enfermedad en personas jóvenes. Además de una mayor probabilidad de morir a causa de una enfermedad crónica, estos grupos poseen hábitos de consumo o comportamientos que en sí mismos constituyen factores de riesgo para sufrir alguna enfermedad crónica. ^{(27) (28) (30)}

La OPS convocó en 2011 al Foro Panamericano de Acción sobre las Enfermedades No Transmisibles para promover iniciativas innovadoras y para extender las prácticas más exitosas sobre la prevención y el control de estas enfermedades basadas en la APS (OMS/OPS/CEPAL, 2011). Un sistema de salud orientado hacia la atención primaria es una

estrategia política y relevante ya que su efecto es clave, relativamente rápido, especialmente respecto a la prevención de la progresión de la enfermedad. ⁽⁴⁾⁽³¹⁾

Se estima que en la Argentina hay 4 millones de personas que padecen asma, con distinto grado de severidad, enfermedad crónica que afecta a 300 millones de personas en todo el mundo. ⁽³²⁾ ⁽³³⁾ Los pacientes con enfermedades respiratorias son atendidos en los CAPS basándose en los síntomas, sin tener una clara sistematización de la conducta a seguir y cada una de las enfermedades se considera como una entidad separada, principalmente neumonía adquirida en la comunidad (NAC), tuberculosis (TB), asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La OMS propuso una estrategia de abordaje práctico integral de estas enfermedades (estrategia PAL) orientada hacia el paciente que asiste a los CAPS con síntomas respiratorios y no, como se hace habitualmente, centrada en las enfermedades.

Para la implementación de la estrategia PAL es necesaria la adopción de políticas de desarrollo y fortalecimiento de APS, y la coordinación eficiente entre los CAPS y el efector de referencia hospitalaria, con el objetivo de reducir la morbimortalidad causada por las enfermedades respiratorias y contribuir a mejorar la gestión de los recursos disponibles. ⁽³⁴⁾

1.1. Atención Primaria de Salud. Contexto Histórico

Los sistemas sanitarios tienen dos objetivos principales, el primero mejorar la salud de la población y el segundo disminuir la inequidad existente entre distintos subgrupos poblacionales, en cuanto al acceso a los servicios de salud y en la consecución de una salud óptima. ⁽³¹⁾

La región europea de la OMS ha propuesto definir la salud como el grado en que una persona o grupo es capaz de realizar sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades y de enfrentarse adecuadamente al ambiente. La salud de una persona o de una población está determinada por el componente genético, sobre el que influyen el ambiente físico y social, y la conducta (cultural y social) y por el tipo de atención de salud que se proporciona. Estos actúan directa o indirectamente sobre la persona o grupo poblacional. ⁽³¹⁾

La OMS, al reconocer que en casi todos los países del mundo crece la desigualdad social y sanitaria, recomienda una serie de principios, los que fueron redactados como Carta de Liubliana, sobre los que deben basarse los servicios de APS:

- Guiarse por los valores de la dignidad humana, la equidad, la solidaridad y la ética profesional.
- Buscar la promoción y protección de la salud.
- Centrarse en las personas y grupos poblacionales y facilitar que estos influyan en los

servicios de salud y que a su vez sean responsables de su propia salud.

- Poner énfasis en la calidad, incluida una buena relación costo-efectividad.
- Fundarse en una economía sostenible, la cobertura de toda la población y el acceso equitativo.
- Orientarse hacia la Atención Primaria.

En los países industrializados existe una distribución desigual de la enfermedad en la comunidad y la mayor riqueza de estos países no garantiza las condiciones sociales y económicas que conllevan salud. La desigualdad es mayor en unos (como EEUU) que en otros (Países Bajos). A su vez, a mayor equidad en la distribución de los ingresos en la población, mayor es la esperanza de vida.

Los servicios de salud como determinantes directos de la salud, pueden desempeñar un importante papel en su mejoría, ya que los mejores niveles de salud no dependen del gasto sino que se asocian a las características específicas de los servicios. Es probable que los mejores logros y equidad se presenten en un sistema sanitario fuertemente orientado a la APS.^{(35) (36)} La APS es un tipo de atención que organiza y racionaliza los recursos (tanto básicos como especializados) dirigidos a la promoción, la conservación y la mejoría de la salud.

En el Reino Unido se publica por el año 1920, el “Libro blanco” (Lord Dawson of Penn, 1920) en el que se trataba la organización de los sistemas de salud diferenciando tres niveles principales de servicios de salud, pensado para responder a los diversos niveles de necesidades de la población.

La Asamblea de la OMS (1977) decide unánimemente que el principal objetivo social de los gobiernos debía ser lo que se conoce como “Salud para todos en el 2000” y con la Declaración de Alma Ata (1978) socializa la APS como fundamento de todo sistema sanitario del mundo, sin embargo, la búsqueda y demostración empírica de sus beneficios es reciente. La Declaración de Alma Ata especifica los componentes esenciales de la atención primaria.

- Educación sanitaria.
- Higiene ambiental (especialmente en materia de alimentos y suministro de agua).
- Programas de salud materno-infantil (incluyendo vacunas y planificación familiar).
- Prevención de las enfermedades endémicas locales.
- Tratamiento adecuado de traumatismos y las enfermedades más frecuentes.
- Suministro de medicamentos.

- Promoción de una nutrición racional.
- Medicina tradicional.

A pesar de las dificultades presentadas en algunos países para la aplicación según la conceptualización de APS, en otros se produce una reorganización de los sistemas de salud, así por ejemplo en Cuba los nuevos médicos de familia tienen la oportunidad de actuar como agentes de salud cuando las circunstancias ambientales o sociales exigen un cambio (Gilpin, 1991). En los países industrializados se han conseguido muchos de los objetivos específicos definidos en Alma Ata.

El impulso tecnológico del siglo XX, produce una tendencia hacia la especialización en detrimento del generalismo con mayor impacto en algunos países. Al comparar 12 países occidentales industrializados, se demuestra que aquellos orientados a la atención primaria presentan con mayor probabilidad mayores grados de salud y menores costos. ⁽⁴⁾

1.2. Que se entiende por Atención Primaria de Salud

La APS puede ser definida y conceptualizada desde distintas perspectivas. Desde los años 70, comienzan en el mundo intentos de su definición, así White (1973) resumió la atención médica y diferencia la APS, la secundaria y la terciaria según distintos aspectos, esto fue útil en su momento, pero los nuevos abordajes para comprender la importancia y la complejidad de la APS han cambiado desde una orientación basada en el contenido y tareas a realizar, hacia una orientación en la que se considera lo que la APS debe ofrecer en el contexto de las características del sistema de salud.

La Conferencia Internacional sobre APS (OMS-Unicef) reunida en Alma Ata (URSS) el 12 de septiembre de 1978, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

- La Conferencia reitera firmemente que “la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”.
- En el punto 5 expresa que “los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas; el objetivo de los próximos decenios debe ser de que todos

los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La APS es la clave para alcanzar esta meta conforme al espíritu de justicia social”.

- En el punto 6 define la APS de la siguiente manera: “es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

La APS es aquel nivel del sistema sanitario accesible a todo nuevo problema y necesidad que presta atención a lo largo del tiempo, centrada en la persona más que en la enfermedad, que ofrece atención a todos los problemas (con excepción de los más raros) y que coordina e integra la atención prestada en otros lugares o por otros profesionales.

Un informe del Institute of Medicine (EE.UU.) sobre APS, la definió como “la provisión de atención de salud integrada y accesible por parte de médicos responsables de cuidar de la mayoría de las necesidades personales en salud, que desarrollan una relación mantenida con los pacientes, y que trabajan en el marco familiar y comunitario”. Esta definición de APS no incluye explícitamente el concepto de primer contacto, aunque el informe reconoce, en la sección dedicada a la integralidad que, atención primaria constituye habitualmente la vía preferida de entrada al sistema sanitario.

The Canadian Medical Association (1994) considera de manera explícita la APS como la puerta de entrada, interrelacionada con otros componentes del sistema sanitario. En Europa y países industrializados la APS ha sido identificada con el primer nivel de atención de los servicios de salud. ⁽³⁷⁾

En Europa, los países nórdicos y los del sur del continente son los que más han progresado en este sentido, por el contrario los países del centro y este de Europa, han seguido diferentes caminos, muchas veces alejados de la APS. La aplicación de la estrategia de APS exige una estricta adaptación a las características y necesidades de cada lugar. ⁽³⁸⁾

Se ha demostrado que los sistemas sanitarios de aquellos países desarrollados en los que el peso y desarrollo de la APS es mayor, son más eficientes y contribuyen más a mejorar el nivel de salud de la población. ⁽³⁶⁾⁽³⁹⁾

1.3. Conceptos y Organización en Atención Primaria de Salud

Los componentes del sistema sanitario según pertenezcan a la estructura, proceso o resultado son distintos según el lugar y el tiempo, pero todo sistema sanitario tiene una

estructura o capacidad formada por las características que le permiten brindar servicios, un proceso que se refiere a las actividades de los profesionales sanitarios y personas que conforman el equipo de salud en su contacto con las personas y grupos poblacionales y un resultado que se refiere a las diferentes condiciones del estado de salud. Estos componentes interactúan entre sí, y están condicionados por el ambiente físico, económico, político y social en que se encuentra el sistema sanitario.

En APS existen cuatro elementos estructurales relevantes:

- 1) **Accesibilidad:** valora la cercanía de las instituciones a la población que atiende, el n° de horas y días que está abierto, el grado en que tolera consultas no programadas y el grado en que la población considera convenientes estos aspectos.
- 2) **Variedad de servicios:** conjunto de servicios ofrecidos a la población, así como los servicios que la población cree disponibles.
- 3) **Definición de la población:** incluye el grado en que un servicio de salud puede identificar la población de la que se responsabiliza, la medida en que los individuos de la población atendida se saben parte de la misma.
- 4) **Continuidad:** acuerdos mediante los que se presta la atención como una sucesión ininterrumpida de eventos. Es la secuencia de visitas en las que existe un mecanismo de transferencia de información (B. Starfield, 1994). Atención a lo largo de la vida de las personas en sus distintos ámbitos, domicilio, escuela, trabajo, etc. y en cualquier circunstancia, centro de salud, urgencias, seguimiento hospitalario. ⁽³⁸⁾

Para desarrollar en la práctica una APS que responda a los conceptos anteriores se pueden diseñar distintos entornos organizativos. Parece existir un consenso mayoritario acerca de las ventajas que ofrece la organización en equipos multidisciplinarios, dentro de una red de servicios, coordinados adecuadamente. ⁽⁴⁾⁽³⁸⁾

En julio de 2005, todos los países miembros de la OPS firmaron la Declaración de Montevideo. En ella, además de comprometerse a renovar sus esfuerzos para reformar los sistemas de salud siguiendo los principios de APS, los países explicitaron la necesidad de definir criterios tendientes a la producción de instrumentos de evaluación que permitan sistematizar y comparar los logros y las limitaciones. En este sentido las experiencias latinoamericanas de APS han sido escasas. ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽³⁹⁾

1.4. Evaluación en APS

La evaluación es un componente fundamental del proceso de gestión y una potencial fuente de insumos para la mejora de los procesos en general y la calidad y los resultados, en particular. Un abordaje de evaluación de la APS desde la perspectiva de la estructura y

proceso, acepta que las actividades (proceso) dependerían de la existencia de atributos de tipo estructural. Asume también la importancia de evaluar la calidad de estas actividades. ⁽³⁶⁾

La profesora Bárbara Starfield ha desarrollado desde su espacio de trabajo en la Universidad de John Hopkins, una herramienta para la evaluación del primer nivel de atención (Primary Care Assessment Tools-PCAT), disponible desde la última década del siglo XX. El modelo que subyace en la evaluación de la APS con el PCAT se estructura en cuatro funciones principales compuestas por dos subdimensiones, una de carácter estructural y otra de carácter funcional; y tres funciones secundarias. ⁽³⁵⁾

Las funciones esenciales son las siguientes:

- ❖ Primer contacto: supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo de salud se referencia a un centro o profesional concreto que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y que debe ser accesible a la población. Se compone de dos subdimensiones: 1) accesibilidad, es el elemento estructural necesario para el primer contacto y 2) la utilización de los servicios como primer contacto, es decir si el centro o profesional proveedor de APS es realmente visitado ante un problema o evento nuevo.
- ❖ Continuidad: se refiere a la relación personal a largo plazo entre el usuario y el profesional o centro de salud, que debe basarse en la confianza y en el conocimiento de la persona y su familia. Se compone de dos subdimensiones: 1) grado de afiliación, que es la medida en la que los usuarios identifican una fuente habitual de atención de salud y los centros de atención son capaces de identificar la población elegible o candidata a sus servicios y 2) continuidad interpersonal, que es la atención longitudinal y focalizada en la persona y no en la enfermedad.
- ❖ Coordinación: es la función de enlace entre los servicios de atención de tal modo que la persona reciba un cuidado apropiado de todos sus problemas de salud bajo la responsabilidad de su proveedor de APS. La coordinación permite el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos e incluye también la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados. Se compone de dos subdimensiones: 1) sistemas de información, consistente en la disponibilidad al plan de atención de la persona e 2) integración de la información, que son los mecanismos de transferencia de la información y de recepción de otras fuentes que pueden estar involucradas en la atención de las personas.
- ❖ Integralidad o globalidad: organización de forma tal que puede ofrecer un catálogo extenso e integral con todos los servicios que la población necesita de manera articulada. Incluye la identificación de problemas de todo tipo, sean orgánicos, funcionales o sociales, particularmente aquellos que son más frecuentes en la población. Esta dimensión se evalúa

respecto de: 1) servicios disponibles; que son aquellos servicios con los que el centro de salud cuenta para ser provistos cuando sean necesarios y 2) servicios proporcionados; aquellos necesarios para la población, que el centro realmente provee.

Las funciones secundarias son:

- ❖ Enfoque familiar: centrar la salud de los individuos en su contexto social más cercano.
- ❖ Orientación comunitaria: dirigir la atención a la resolución de los problemas de salud de la comunidad a la cual tiene como población diana.
- ❖ Competencia cultural: adoptar y establecer relaciones que facilitan la atención a los problemas de salud con las personas de diferentes grupos sociales de la población que tiene asignado.

Una revisión reciente señala que el PCAT es uno de los instrumentos más completos por permitir valorar las funciones fundamentales de la APS obteniendo información desde la perspectiva de diversos actores del sistema de salud como son los profesionales de salud y usuarios. A nivel mundial, PCAT está validado en español, catalán, portugués, francés, coreano y se encuentra en proceso de validación en mandarín y maltés, así como disponible en su idioma original, inglés.

Estas herramientas están siendo utilizadas en países como Canadá, Brasil, España, Hong Kong y Taiwán. ^{(11) (12) (40)} En otros países están siendo adaptados, como en Uruguay, Filipinas, Sudáfrica, China, Argentina. ⁽²²⁾

1.5. Atención Primaria de Salud en América

La OPS en el año 2003, insta a los estados miembros a adoptar una serie de recomendaciones para fortalecer la APS, invita a entender la renovación de la APS como parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y que el camino más adecuado para producir mejoras equitativas y sostenibles de la salud de los pueblos de las Américas es fundamentar los sistemas de salud en la APS. La esencia de la renovación sigue siendo la misma de la Declaración de Alma Ata, sin embargo la nueva definición incluye todos los sectores (público, privado y sin fines de lucro) y es aplicable en todos los países. En esta resolución se distinguen valores, principios y elementos. ⁽³⁷⁾

Los valores son esenciales para establecer prioridades nacionales, y responder a las necesidades de la población, ellos son:

- ❖ Derecho a la salud: es definido como un valor social, expresado en muchas constituciones y tratados internacionales, involucra los derechos de los ciudadanos y el deber del estado de garantizarlo.

❖ Equidad en salud: se define como la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de la misma y a los ambientes saludables y en el trato que se recibe en los sistemas de servicios socio-sanitarios.

❖ Solidaridad: es el grado en que la gente de una población se involucra y compromete a trabajar juntos por el bien común.

Los principios sirven de nexo entre los valores sociales, más amplios y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud. Estos principios son:

❖ Responder a las necesidades de salud, centrarse en la persona.

❖ Responsabilidad y rendición de cuentas.

❖ Los servicios orientados hacia la calidad.

❖ Los servicios orientados hacia la justicia social.

❖ La sostenibilidad de los servicios de salud.

❖ La intersectorialidad.

❖ La participación individual y social.

Los elementos son los componentes estructurales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios de salud.

En el tiempo transcurrido entre la Declaración de Alma Ata (1978) y esta resolución de OPS, la región de las Américas había alcanzado grandes progresos; sin embargo, las brechas de inequidades de salud cada vez más amplias y los persistentemente sobrecargados sistemas de salud, amenazaban los logros obtenidos y ponían en peligro las posibilidades de progreso futuro hacia una mejor salud y desarrollo humano. En casi todos los países de la región los indicadores de salud habían mejorado, con disminución de la mortalidad infantil y aumento de la esperanza de vida; sin embargo, la presencia de importantes cambios económicos y sociales con aumento de la pobreza e indigencia había dado lugar al planteo de importantes desafíos, tanto en las enfermedades infecciosas (TB, VIH/Sida) como en las crónicas. Además, la presencia de nuevos estilos de vida, la alimentación, el sedentarismo, las adicciones (drogas, tabaco, alcohol), producían nuevos problemas sanitarios. Esto obligó a la realización de un renovado enfoque de la APS para mejorar la salud, dentro de un contexto político, económico y social más amplio.

La OPS (2005) ha descripto cuatro categorías principales en relación a la percepción sobre el papel de la APS en el desarrollo del sistema social y de salud:

1- APS Selectiva: la APS se orienta solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para enfrentar los principales problemas prevalentes en los países en desarrollo. Un ejemplo sería el Programa GOBI (Programa limitado de actividades de los servicios de

salud para los pobres).

2- APS: se refiere a la puerta de entrada al sistema de salud y al sitio para la atención continua de la mayoría de la población. Esta es la concepción más común en Europa y en otros países industrializados. Este enfoque está directamente relacionado con la disponibilidad de médicos generalistas. Se considera un nivel de atención de un sistema de salud.

3- APS Amplia (Alma Ata): la Declaración de Alma Ata define a la APS como un primer nivel amplio e integrado, que incluye elementos de participación comunitaria, coordinación intersectorial y descansa en una variedad de trabajadores de la salud y practicantes de las medicinas tradicionales. Incluye los siguientes principios: respuesta a los más amplios determinantes de la salud; cobertura y accesibilidad universal según necesidad; autocuidado y participación individual y comunitaria; acción intersectorial por la salud; tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles. Es una estrategia para organizar los sistemas de salud y la sociedad para promover la salud.

4- Enfoque de salud y derechos humanos: concibe la salud como un derecho humano y subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos más amplios de la misma.

En los países en desarrollo, la APS ha sido preponderantemente selectiva (materno-infantil, algunas enfermedades infecciosas). Sólo en muy pocos países se ha logrado implementar un enfoque integral y nacional de la APS (Costa Rica, Cuba); en algunos otros, Brasil, México, Panamá, Argentina, se han realizado importantes progresos en los últimos 15 años. ⁽⁴⁰⁾

1.6. Sistema de Salud y Atención Primaria en Argentina

Argentina es un extenso país, de 40.091.359 habitantes (Censo 2010, INDEC) ubicado en el sur de América Latina y junto a los países limítrofes, Chile, Paraguay y Uruguay conforman el Cono Sur del continente americano. La formación del estado nacional se consolida en la segunda mitad del siglo XIX, por lo que es un país relativamente joven, estando en sus inicios ligado a la economía agroexportadora y sus productos derivados, en un contexto mundial predominantemente de mercado capitalista.

La forma política de gobierno es la de una democracia representativa y federal, integrada por 23 provincias y la ciudad autónoma de Buenos Aires. Durante el siglo XX, su historia ha transcurrido con períodos de inestabilidad política y económica, alternando gobiernos democráticos con gobiernos militares, como así también períodos de crecimiento económico y justicia distributiva, seguidos de crisis de estancamiento económico,

desempleo, precarización del trabajo, pobreza e indigencia.

Para una organización nacional de salud, por el año 1946, el gobierno nacional creó la Secretaría de Salud Pública, a cargo del Dr. Ramón Carrillo, hombre comprometido con la equidad y la universalidad del acceso a la atención de la salud. Posteriormente a fin de reencauzar el sistema de salud se produjo un cambio de políticas con una apertura a organismos internacionales (CEPAL, OPS). Considerando que la mayoría de los hospitales eran públicos y la salud pública era de carácter federal, el gobierno nacional decidió adoptar nuevas políticas sanitarias y efectivizar la transferencia a las provincias y municipios de las actividades de la salud pública. Por otro lado también se estimuló la iniciativa privada de involucramiento en los problemas sanitarios. Sucesivamente, según los gobiernos, se transferían los hospitales de nación a provincia (gobiernos militares) y de provincia a nación (gobiernos democráticos), produciéndose por entonces un caos en el sistema de salud.⁽⁴¹⁾

Tras 40 años de idas y vueltas, y con una importante participación de las obras sociales sindicales, al sancionarse la ley de Obras Sociales, el sistema de salud había quedado conformado por un sector público y un sector de seguridad social. Con la idea de dar solución a esta fragmentación del sistema de salud, se impulsó el Seguro Nacional de Salud, que cubriría a toda la población con el aporte solidario del estado. Esta ley sancionada en 1988 nunca fue reglamentada y nunca más se puso en discusión el problema de la universalidad del sistema de salud argentino.

En la década de los 90, se produce una Reforma del Estado, que da inicio a un camino de privatización, desregulación y libertad de contratación en el sector salud, sin priorizar el logro de mejoras en la equidad, integralidad o la cobertura universal. Se establece el PMO (Plan Médico Obligatorio) consistente en prestaciones básicas que debían garantizar los servicios del sector de seguridad social, el hospital de autogestión (decreto 578/93), y la libre afiliación a obras sociales.

Con la profundización de la crisis política y económica, hacia fines de 2001, se produce una recesión persistente del aparato productivo, con incremento del desempleo, pobreza e indigencia, dejando como consecuencia de la década de los 90 una profunda inequidad social, con carencias sanitarias, alimenticias y condiciones materiales de vida. Esta situación exigió a las autoridades sanitarias nacionales y provinciales adoptar medidas a fin de contener las devastadoras consecuencias de la injusticia y la inequidad que afectó a más de la mitad de la población del país.⁽⁴²⁾

El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud Pública, dio impulso al Consejo Federal de Salud (COFESA), en la búsqueda de consensos provinciales, dando

lugar en este ámbito institucional a la elaboración de las bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Este documento refrendado por el gobierno nacional y todos los gobiernos provinciales hace una extensa descripción acerca de la situación de salud de la Argentina y los problemas de nuestro sistema sanitario.

En el Acuerdo de San Nicolás de los Arroyos (2003) el gobierno nacional y los gobiernos provinciales expresan como antecedente del Plan Federal de Salud 2004-2007 la estrategia de APS como organizadora del sistema sanitario.

Si bien la APS está planteada como estrategia y meta en los documentos oficiales, en la práctica se la considera equivalente al primer nivel de atención. Su desarrollo es heterogéneo, debido a que las prestaciones del primer nivel, sostenidas por el sector estatal, dependen mayoritariamente de los gobiernos provinciales y municipales en un país federal. A nivel nacional el desarrollo central de la APS lo ha constituido la provisión gratuita de medicamentos esenciales a través del Programa REMEDIAR que se inició en el año 2002. A partir del 2004 en el marco del Plan Federal de Salud se iniciaron otras acciones tendientes a fortalecer la APS, la formación de recursos humanos con el programa de Médicos Comunitarios y el Plan Nacer creado en 2005, con la finalidad de disminuir la morbimortalidad materno-infantil. ^{(42) (43)}

Actualmente el sistema de salud en Argentina se caracteriza por su segmentación, inequidad y marcada fragmentación institucional. La segmentación se explica por la coexistencia de tres sectores, público, seguridad social y privado; la fragmentación institucional se manifiesta por la escasa articulación entre las instituciones. Esta segmentación, fragmentación y heterogeneidad se manifiestan en la coexistencia de múltiples instituciones, tanto en lo financiero como en la provisión de servicios, sin formas de coordinación que faciliten una distribución adecuada de los diferentes niveles de atención y eviten superposiciones o falta de disponibilidad. ⁽⁴²⁾

El desarrollo de programas de promoción y prevención poniendo el acento en la APS es también asumido por los gobiernos provinciales y los municipios, a pesar de ello las experiencias muestran serias dificultades vinculadas a la fragmentación local de los servicios de salud. La ausencia de mecanismos de coordinación e integración entre los subsectores reproduce la fragmentación existente en el Sistema de Salud Argentino.

En relación al perfil epidemiológico, Argentina tiene aspectos poblacionales peculiares debido a que se conformó y se condicionó por movimientos inmigratorios. En algunas regiones se observa franco predominio de población autóctona y mestiza, pero en la región litoral donde se concentran casi dos tercios de la población se produjo un fenómeno

singular. A partir del siglo XVI fue colonizada por población extraña en esas llanuras. Así se mezclaron los aborígenes y los españoles y generaciones más tarde, los hijos de españoles nacidos en América denominados criollos. Solamente se introdujo una pequeña población de raza negra como mano de obra esclava y fundamentalmente en la Banda Oriental. A principios del siglo XIX se observó una incipiente corriente inmigratoria desde Europa (períodos de guerras) y en la segunda mitad del siglo XIX se produjo un significativo aumento, en especial desde Italia y España observándose un gran aumento de la población argentina, con alta proporción de extranjeros y de la razón de masculinidad.

Desde 1940, y aún hasta hoy, continuaron los movimientos inmigratorios pero esta vez desde los países limítrofes y de migraciones internas desde las provincias del norte argentino, en desventaja económica con relación a la región litoral. En la década de 1980 y especialmente en la de 1990 se produjo el ingreso de los últimos inmigrantes provenientes de China y Corea, de los países de Europa del Este y de la ex Unión Soviética.

Respecto de la situación de salud de los argentinos ha mejorado sin lugar a dudas durante todo el siglo XX, en especial desde la década del 1980, hecho que puede observarse en todos los indicadores epidemiológicos, determinando la clásica situación de transición demográfica. Este patrón de cambio en la estructura poblacional que se inicia con el descenso de la mortalidad (general y sus formas específicas) y un posterior descenso de la natalidad, implica un envejecimiento de la población y un aumento de la esperanza de vida, con las consiguientes variaciones de los problemas de salud y prioridades de atención. Esta transformación se produjo primero en los países desarrollados. La Argentina se encuentra en un período intermedio entre una estructura demográfica con población joven con mortalidad infantil menor que la de los países en desarrollo y una estructura con población envejecida con una esperanza de vida aumentada, clásica de los países desarrollados.

Argentina es un país enorme pero con una población relativamente pequeña, con una distribución en forma muy heterogénea y ello es un fuerte determinante de los problemas de salud. La concentración de la población argentina alrededor de la ciudad de Buenos Aires obedece a un crecimiento desde el centro constituido por la ciudad portuaria. Esta desigual distribución poblacional ocasiona graves problemas epidemiológicos, ya que mientras falta la planificación adecuada para el crecimiento urbano en el área metropolitana de Buenos Aires y en otras grandes ciudades, se descuidan las necesidades del resto de las provincias relativamente despobladas. En estas últimas la población se concentra en las capitales y áreas periurbanas.

La Tasa bruta de Mortalidad General (TMG = número de defunciones/población

estimada a la mitad de un período, por mil) en Argentina fue de 7,6 por mil en 2009 y se mantuvo aproximadamente estable desde la década de 1980. Si se compara la TMG de Argentina con otros países e incluso entre las provincias comienzan a observarse las diferencias. La mortalidad específica por causas identifica en Argentina cinco grupos de enfermedades: cardiovasculares, neoplásicas, infecciosas, respiratorias (no infecciosas), por causas externas (incluye traumatismos e intoxicaciones) (INDEC, 2010).⁽⁴⁴⁾

La transición epidemiológica de las enfermedades infecciosas agudas hacia las enfermedades crónicas se produjo por un mejoramiento general de las condiciones sanitario-ambientales. Las enfermedades no transmisibles (ENTTS) explican más del 60% de las causas de muerte y se espera que lleguen al 75% en 2020.⁽³⁰⁾ Las enfermedades crónicas actualmente prevalecen en forma epidémica. Esta consolidación de las enfermedades crónicas no se produjo por el control de las enfermedades infecciosas sino por la generalización de estilos de vida no saludables en la población. Son la principal causa de mortalidad, morbilidad, discapacidad y presión en los servicios de salud.⁽³⁰⁾

2. Planteo del problema de investigación

La coordinación asistencial, es una de las funciones principales de la APS y se ha convertido en prioridad para los sistemas sanitarios, especialmente para resolver problemas de salud crónicos, en los que intervienen múltiples profesionales y servicios. Estudios realizados evidencian graves problemas de coordinación entre niveles asistenciales.

La OMS implementó en distintos lugares del mundo, una estrategia de Abordaje Práctico de la Salud Pulmonar del Adulto para brindar una mejor atención a las personas mayores de 5 años con patología respiratoria. Para su implementación es necesaria la adopción de políticas de desarrollo y fortalecimiento de la APS. En una iniciativa desarrollada en la ciudad de Santa Fe (departamento La Capital, provincia de Santa Fe, Argentina) para implementar dicha estrategia, se observaron dificultades en los CAPS y el hospital de referencia, Hospital Provincial Gumersindo Sayago, efectores situados en la Subregión Norte de la ciudad, las cuales limitaron los beneficios de la implementación y que podrían ser la consecuencia de una deficiente coordinación interniveles. En este hospital general y referente provincial en enfermedades respiratorias y TB se observó: la presencia de pacientes con patologías respiratorias que asisten desde horas muy tempranas al hospital con la finalidad de solicitar un turno con el neumólogo (médico especialista en enfermedades respiratorias), generando una demanda no siempre satisfecha; pacientes que no logran un turno con el especialista y deben regresar otro día volviendo a esperar desde muy temprano; pacientes que solicitan la atención con el médico de guardia. En los CAPS se observó: dificultad para derivar los pacientes al hospital, ausencia de formularios para la derivación de pacientes y desconocimiento de la atención recibida por el paciente derivado en el hospital. Este escenario ocasionaría la pérdida de la atención especializada oportuna y de la continuidad asistencial, con riesgo de complicaciones e internaciones, las cuales podrían disminuirse y/o evitarse con una adecuada coordinación asistencial interniveles. Dada su potencial relevancia se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las principales dificultades que se presentan en la coordinación asistencial entre el 1° y 2° nivel de atención en la Subregión Norte de la ciudad de Santa Fe para el abordaje de los pacientes con ERC?

Para responder a la pregunta de investigación, el presente estudio tomó como referente el modelo que subyace en la evaluación de la APS con el PCAT, herramienta desarrollada en la Universidad de John Hopkins por la profesora Bárbara Starfield para la evaluación del primer nivel de atención. Este instrumento, como ya se mencionara, se

estructura en cuatro funciones principales compuestas por dos subdimensiones, una de carácter estructural y otra de carácter funcional y tres funciones secundarias. ⁽²⁶⁾ Dentro de este modelo, se eligió para el estudio la función de coordinación con sus dos subdimensiones (sistemas e integración de la información).

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Analizar el proceso de coordinación asistencial entre los CAPS y el hospital de referencia en la Subregión Norte de la ciudad de Santa Fe para el abordaje de pacientes con ERC (asma-EPOC).

3.2. Objetivos Específicos

- Describir y evaluar los Registros Sanitarios en los CAPS (1° nivel de atención).
- Evaluar la existencia de protocolos, consensos, guías, principios básicos de un plan de atención y seguimiento de pacientes respiratorios crónicos, en los equipos de salud de los CAPS, hospital de referencia y entre el 1° y 2° nivel de atención.
- Determinar el nivel de participación en la transferencia de información clínica entre los médicos de los CAPS y el hospital de referencia, para el abordaje de los pacientes con ERC (asma-EPOC).

4. Material y Métodos

4.1. Diseño de Investigación

Para el estudio de la problemática se propuso un trabajo de investigación con un diseño transversal, de tipo descriptivo, con un enfoque retrospectivo, del período comprendido entre octubre y diciembre de 2012. Se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos; fuentes de información primarias y secundarias. ⁽⁴⁵⁾ ⁽⁴⁶⁾

4.2 Población y Muestra

La población estudiada involucra a los CAPS (1° nivel de atención) y al hospital Provincial Gumersindo Sayago (2° nivel de atención), ubicados en la Subregión Norte de la ciudad de Santa Fe, departamento La Capital, provincia de Santa Fe, Argentina.

La provincia de Santa Fe tiene una superficie de 133.007 km² y una población total de 3.200.736 habitantes según el último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado en octubre de 2010, significando el 7,98% del total poblacional del país. La provincia está dividida política y administrativamente en 19 departamentos los cuales contienen 362 distritos. De éstos, 50 son municipios y 312 comunas. A excepción de los departamentos Rosario y La Capital, cuya población es de 1.198.528 y 525.093 habitantes respectivamente, el resto se mantiene por debajo de los 200.000 habitantes. La regionalización provincial iniciada en el año 2008, como un proceso de reorganización territorial que promueve la integración de territorios antes desconectados, parte de la concepción de la región como un sistema flexible, de la misma manera que el clima, las regiones no se sujetan a una categoría rígida, por el contrario, cada región se reconoce dentro de fronteras dinámicas, abiertas y permeables. En cada una de estas Regiones-redes pueden identificarse Nodos, como núcleos de articulación, concentración, distribución y redistribución de capacidades, información y recursos. Con este nuevo diseño la provincia de Santa Fe consta de 5 Regiones o Nodos (Figura 1):

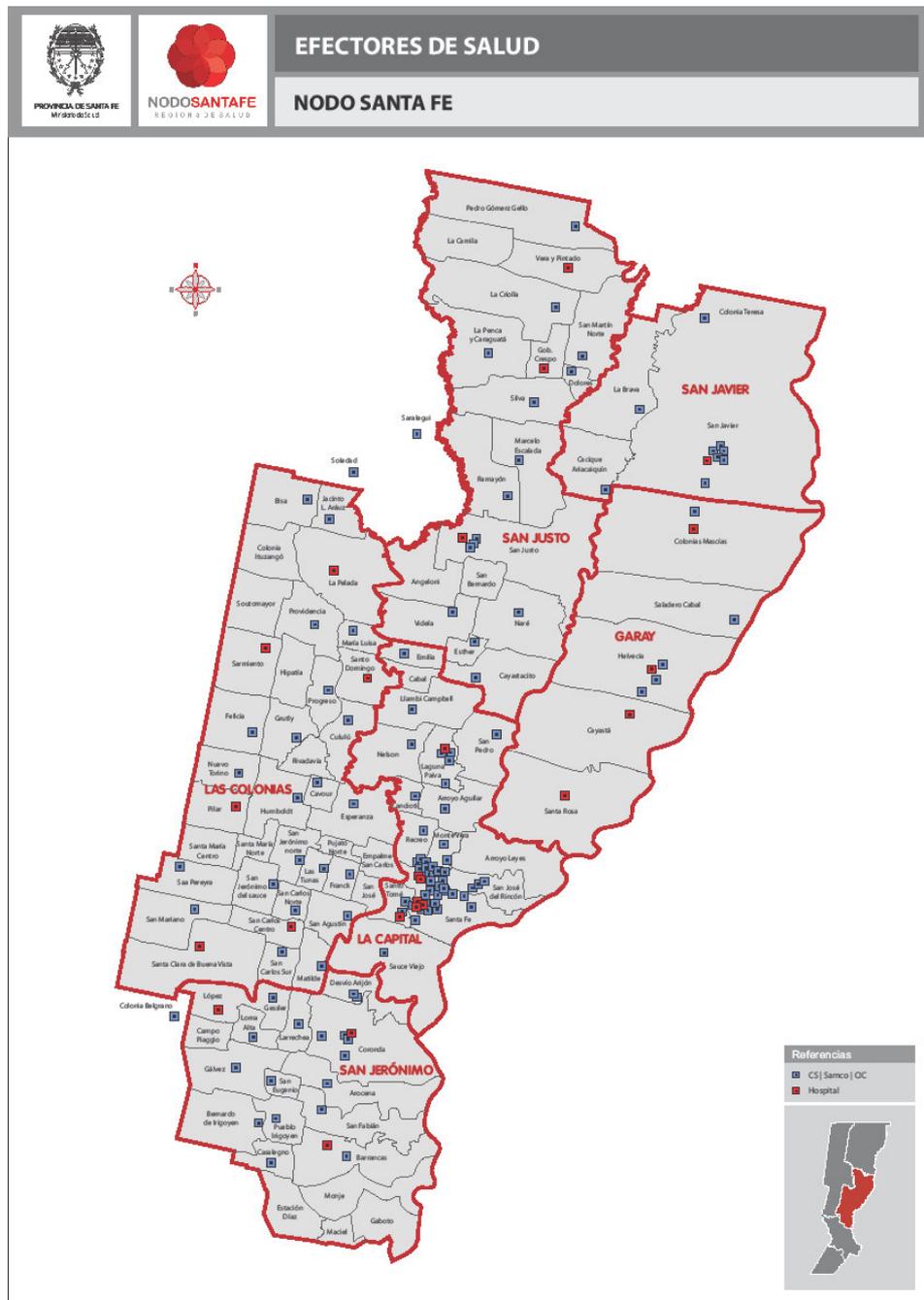
- Región 1- Nodo Reconquista.
- Región 2- Nodo Rafaela.
- Región 3- Nodo Santa Fe: situado en el sector centro de la provincia, limita al oeste con la Región 2, al sur con la Región 4, al este con las provincias de Corrientes y Entre Ríos, y al norte con la Región 1. Incluye los departamentos San Justo, sur de San Javier, Garay, Las Colonias, La Capital y parte de San Jerónimo.
- Región 4- Nodo Rosario.
- Región 5- Nodo Venado Tuerto.

La Región 3 (Nodo Santa Fe) tiene una superficie de 25.813 km² y una población de 790.744 habitantes (INDEC, censo 2010).

El departamento La Capital se divide en Subregión Norte, Centro, Sur y La Costa.

La Subregión Norte, con una superficie de 35 km² y 200.000 habitantes, limita al este con la laguna Setúbal, al oeste con el río Salado, al norte con callejón Facundo Quiroga y al sur con Avenida Galicia y calle Estanislao Zeballos. Posee en su territorio una red de efectores conformada por veinticuatro CAPS y dos hospitales, Hospital Provincial de Psiquiatría Dr. Emilio Mira y López y Hospital Provincial Gumersindo Sayago, de 2° nivel de atención y referente provincial en enfermedades respiratorias (Figura 2).

Figura 1: Mapa Nodo Santa Fe



Fuente: Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe

Dentro del sistema de salud, los efectores dependen directamente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, de donde emanan las políticas sanitarias para su implementación. Las relaciones con el Nodo Regional, efectores de la ciudad y del resto de la provincia, con las Direcciones Provinciales de Salud, Laboratorio Central de la Provincia, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Emilio Coni y demás organizaciones se fundamentan en la creación de redes a través de relaciones interinstitucionales a fin de proporcionar una atención integral, integrada y continua a los usuarios de la región.

La selección de la muestra se realizó por conveniencia según los siguientes parámetros o criterios, los que operaron en el año 2012 y fueron los siguientes:

- CAPS con dependencia administrativa del Hospital de Psiquiatría Emilio Mira y López y Hospital Provincial Gumersindo Sayago.
- CAPS con capacitación y sin capacitación en la estrategia PAL de OMS.
- Hospital Provincial Gumersindo Sayago, referente en enfermedades respiratorias.

Fueron excluidos de la selección los tres CAPS que fueron incorporados a la red de servicios de la Subregión Norte a partir del proceso de reorganización territorial (2008), pero continúan con dependencia administrativa de un efector de la Subregión Centro, Hospital J.B. Iturraspe. Además resultó excluido en la selección un centro de salud que desde el año 2008 se encuentra dentro de la red de servicios de salud de la Subregión Centro aunque persiste la dependencia administrativa del Hospital Provincial G. Sayago.

La selección de los CAPS se efectuó con la colaboración de informantes claves del equipo coordinador de la Subregión Norte (nivel de gestión central y local) y se tuvo en cuenta la predisposición de los integrantes de los equipos de salud, la facilidad para ingresar al lugar donde se encuentra ubicado el centro de salud y los parámetros de selección antes mencionados.

Como resultado del proceso de selección, fueron implicados 14 equipos de salud de los siguientes CAPS: Altos del Valle, Las Delicias, San Martín de Porres, Nueva Pompeya, Las Flores, Altos de Nogueras, Cabal, Juventud Unida del Norte, Estanislao López, Loyola Sur, Yapeyú, Las Lomas, San Agustín y Cabaña Leiva.

El establecimiento hospitalario en donde fue realizada la investigación fue el Hospital Provincial Gumersindo Sayago, sito en Blas Parera 8260 de la ciudad de Santa Fe. El establecimiento es un efector provincial de salud de 2° nivel de atención, hospital general y referente provincial en patología respiratoria y TB, brindando atención clínica general y diversas especialidades a la población adulta de la Subregión Norte, aproximadamente con 200.000 habitantes, y a pacientes derivados desde distintas localidades del territorio

provincial. El mismo cuenta con un sector de guardia de 24 horas para la atención de urgencias. Posee además una Unidad de Rehabilitación (nivel 2) ofreciendo sus servicios a niños, adolescentes y adultos.

4.3. Unidades de Análisis

CAPS y Hospital Provincial Gumersindo Sayago.

4.4. Método de Recolección de Datos

4.4.1. Fuentes primarias de información

- Entrevistas a informantes claves del nivel central y local, integrantes de los equipos de salud de los CAPS y hospital. Como integrantes del equipo de salud se considera a médicos (médicos/as), enfermeros (enfermeros/as), administrativos (administrativos/as), asistentes sociales (asistentes sociales/trabajadores sociales).

- Encuesta a médicos y enfermeros en los CAPS y en el hospital.

En primer lugar se realizaron entrevistas semiestructuradas a informantes claves en el nivel local y central, dependientes del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe: Jefa Supervisora de APS en Nodo de Salud Santa Fe; Coordinadora, Sub-coordinadora y Supervisora de APS en la Subregión Norte; director técnico de un CAPS; Jefes de servicios hospitalarios, Enfermería y Estadística, e informantes claves del sector Admisión; dos médicos especialistas en Neumonología; secretaria y personal directivo del Hospital Provincial Gumersindo Sayago.

Las entrevistas incluyeron información respecto a:

- Tipos de registros sanitarios utilizados en los CAPS, existencia, grado de cumplimiento y la utilización de la información en la atención y seguimiento sanitario.
- Existencia de protocolos, consensos, guías, como principios básicos de un plan de atención y seguimiento de pacientes respiratorios crónicos, en los equipos de salud de los CAPS, hospital y entre los CAPS y hospital de referencia (interniveles asistenciales).
- Referencia-Contrarreferencia, nivel de participación en la transferencia de información clínica del proceso de atención de pacientes respiratorios crónicos, entre los médicos de los CAPS (1° nivel) y hospital de referencia (2° nivel).

4.4.2. Fuentes secundarias de información

Se obtuvieron en el efector hospitalario mediante el relevamiento de datos disponibles en historias clínicas de pacientes internados considerando el diagnóstico de egreso: ERC (J44.0/J44.9/J45.0/J46.X/J47.X) según la codificación CIE 10; planillas de Informe Diario Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias de especialistas (neumólogos); bibliografía pertinente.

4.5. Instrumentos de Recolección de Datos

4.5.1. Instrumento N° 1

Para medir las variables relacionadas con los Registros Sanitarios se usó una Guía de evaluación adaptada del instrumento diseñado para la Evaluación de los Registros Sanitarios en el Primer Nivel de Atención.⁽⁴⁷⁾ El cuestionario incluyó preguntas cerradas y abiertas y, al final de la entrevista, el investigador señaló las observaciones pertinentes efectuadas por los entrevistados en relación a la justificación de las respuestas dadas. Además se elaboró el instructivo para la aplicación del cuestionario con aclaraciones generales y particulares acerca de los objetivos del mismo.

Los diferentes registros existentes en los CAPS fueron agrupados según la información que aportan en dos categorías, Historia Clínica y Registros de Seguimiento.

- **Historia Clínica**

a) Registro clínico por profesional: es un documento en el que consta toda la actuación realizada por el médico al paciente, están individualizados para cada profesional médico.

b) Historia clínica individual: es un documento llenado por el profesional médico y compuesto por información identificadora, detalle de signos y síntomas, de estudios de diagnóstico, tratamiento instituido, constancia del control y seguimiento de un paciente.

c) Historia clínica familiar: es el conjunto de historias clínicas individuales y agrupadas por familias, en donde se jerarquizan aspectos vinculados con los determinantes del proceso salud-enfermedad, como los relacionados con el trabajo, vinculaciones sociales, el contexto de las personas. Posee información de distintas disciplinas, contextos y momentos.

- **Registros de Seguimiento**

a) Fichero calendario por profesional: es un instrumento que permite ubicar temporalmente los problemas de cada uno de los pacientes, facilitando la detección de diferentes prioridades y urgencias y la planificación de su abordaje y posterior seguimiento (longitudinalidad en la atención). Contiene la Fecha de Próximo Encuentro (FPE).

b) Fichero calendario por programa-actividad-insumo: permite la organización del trabajo en el equipo y la evaluación, semanal, quincenal o mensual de quién/es no han concurrido según lo previamente acordado (vacunas, medicación crónica para TB, diabetes, asma y EPOC, anticoncepción, desnutridos, control perinatal).

c) Formulario de Referencia-Contrarreferencia: es un documento utilizado para derivar un paciente a un efector de salud de mayor complejidad, con la finalidad de realizar estudios de diagnóstico y/o tratamiento. La Contrarreferencia consiste en que, una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento, el formulario retorna al CAPS de donde fue

referido el paciente con la finalidad de realizar los controles y seguimiento del mismo. Es una herramienta clave para la articulación del proceso de atención.

Se efectuaron 35 entrevistas semiestructuradas en los 14 CAPS seleccionados con la utilización de la Guía de Evaluación de los Registros Sanitarios. Las entrevistas fueron realizadas por el investigador a informantes claves designados por los demás integrantes del equipo de salud. Previamente fueron acordados el día y horario de los encuentros por vía telefónica, de tal manera que no obstaculizaran el trabajo diario en los CAPS. Las entrevistas fueron individuales o simultáneas según las características organizacionales de cada CAPS y demandaron un tiempo aproximado de 40 a 60 minutos.

En ANEXO I se muestra la Guía de Evaluación de los Registros Sanitarios en CAPS (planilla e instructivo utilizados para la recolección de los datos).

4.5.2 *Instrumento N° 2*

Otro instrumento de recolección de datos utilizado fue un cuestionario elaborado con la finalidad de conocer:

- La existencia de protocolos, consensos, guías, como principios básicos para la atención y seguimiento de pacientes respiratorios crónicos.
- La existencia de mecanismos formales de articulación para la atención médica, estudios diagnósticos y cuidados de enfermería entre médicos y enfermeros de los CAPS y hospital.
- Sistema de Referencia-Contrarreferencia: medir el nivel o grado de participación en la transferencia de información clínica entre el primer y segundo nivel de atención como un flujo organizado de información para facilitar el envío y recepción de los pacientes.

El cuestionario elaborado, en formulario impreso, fue completado a partir de entrevistas efectuadas a los informantes claves, la exploración en terreno y la búsqueda bibliográfica pertinente. Está integrado por preguntas cerradas con alternativas o categorías de respuesta de tipo dicotómicas y otras adaptadas a la escala de Likert (conjunto de respuestas presentado en forma de afirmaciones).

El cuestionario se complementó con un instructivo con aclaraciones generales y particulares con los correspondientes objetivos.

Para validar el cuestionario, se realizó una prueba piloto, la cual fue analizada en relación a su comprensión, claridad y coherencia interna. En esta instancia colaboraron integrantes del equipo de salud de cuatro CAPS, especialistas en neumonología y personal de enfermería del hospital de referencia. Con su aporte se realizaron las correcciones pertinentes del instrumento de medición.

En ANEXO II se muestra el Cuestionario a Enfermeros y Médicos e Instructivo.

4.5.3 *Instrumento N°3*

Consistió en una planilla para la recolección de datos cuantitativos con el objetivo de identificar el sector utilizado para el ingreso de pacientes con ERC en salas de internación, ya sea por consultorio externo o por el servicio de guardia del hospital. Los datos fueron recopilados y cargados por un informante clave y personal del servicio de Estadística del hospital en una planilla excell elaborada para tal fin. Fueron utilizadas historias clínicas de pacientes que habían ingresado en salas de internación del hospital Gumersindo Sayago, con el diagnóstico de egreso de ERC, códigos J44.0, J44.9, J45.0, J46.X y J47.X según la codificación del Sistema Internacional para la Clasificación de Enfermedades en su décima edición (CIE10). El período analizado correspondió a octubre, noviembre y diciembre de 2012.

De la información disponible en las historias clínicas fueron recolectados los siguientes datos:

- Ingreso en internación por consultorio externo o guardia hospitalaria.
- Diagnóstico de egreso según el sistema de codificación CIE 10.

A partir de las planillas de Informe Diario Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias correspondientes al servicio de guardia del hospital, se procedió a la verificación de los ingresos en internación de pacientes con ERC realizados por el médico de guardia.

Se efectuó un relevamiento de datos a partir de historias clínicas, planillas de consultas médicas ambulatorias de neumonólogos y médicos de guardia con el objetivo de obtener información de los pacientes que ingresaban en internación con o sin derivación desde los CAPS u otro efector de salud. Estos datos no fueron incluidos en la investigación debido a la existencia de un sub registro en dicha información.

En ANEXO III se muestra la Planilla de datos de Internación

5. Resultados

5.1. Registros Sanitarios en los CAPS

En los 14/24 CAPS de la red de servicios de la Subregión Norte del Nudo Regional Santa Fe seleccionados, se aplicaron 35 guías de evaluación a informantes claves, lo que permitió reunir un grupo heterogéneo de participantes en cuanto a la diversidad de profesiones. En cada uno de los CAPS se aplicó la guía de evaluación a médicos, enfermeros y a otros integrantes de los equipos de salud, administrativos, asistentes sociales, según el recurso humano del CAPS.

En la Tabla 1 se detallan las respuestas en relación a la existencia de cada tipo específico de registro (historia clínica y registros de seguimiento), quién/es completan el llenado y la modalidad utilizada como soporte de la información (papel o informático).

En todos los CAPS señalaron que el soporte utilizado para los registros es el papel y en una situación también es utilizado el soporte informático en red.

De los 14 CAPS, 7 (50%) no poseen equipos informáticos, y los otros 7 (50%), si bien poseen estos equipos, sólo han sido capacitados en informática para cargar datos de vacunas (SICAP).

Tabla 1: Evaluación de los Registros Sanitarios en el primer nivel de atención

Registro Clínico por Profesional N° (%)				
	SI	NO		
Existencia (N=35)	22 (62,9)	13 (37,1)		
	Satisfactoria	Medianamente Satisfactoria	Insatisfactoria	
Calidad (N=22)	5 (22,7)	12 (54,6)	5 (22,7)	
	Médico	Médico + Administrativo	Médico + Enfermero	Médico + Asistente social
Quién completa (N=22)	7 (31,8)	6 (27,3)	5 (22,7)	4 (18,2)
	Buena	Regular	Mala	
Valoración (N=22)	10 (45,4)	10 (45,4)	2 (9,2)	

Tabla 1: Evaluación de los Registros Sanitarios en el primer nivel de atención

Registro Clínico por Profesional N° (%)

	Papel	Informático en red	Informático local (CAPS)
Soporte (N=22)	22 (100)	0	0

Historia Clínica Individual N° (%)

	SI	NO		
Existencia (N=35)	34 (97,1)	1 (2,9)		
	Satisfactoria	Medianamente Satisfactoria	Insatisfactoria	
Calidad (N=34)	12 (35,3)	19 (55,9)	3 (8,8)	
	Médico	Médico + Administrativo	Médico + Enfermero	Médico + Asistente social
Quién completa (N=34)	20 (58,8)	6 (17,6)	6 (17,6)	2 (6,0)
	Buena	Regular	Mala	
Valoración (N=34)	19 (55,9)	12 (35,3)	3 (8,8)	
	Papel	Informático en red	Informático local (CAPS)	
Soporte (N=34)	34 (100)	0	0	

Historia Clínica Familiar N° (%)

	SI	NO		
Existencia (N=35)	27 (77)	8 (23)		
	Satisfactoria	Medianamente Satisfactoria	Insatisfactoria	
Calidad (N=27)	2 (7,5)	23 (85)	2 (7,5)	

Tabla 1: Evaluación de los Registros Sanitarios en el primer nivel de atención

Historia Clínica Familiar N° (%)				
	Médico	Médico + Administrativo	Médico + Enfermero	Médico + Asistente social
Quién completa (N=27)	1 (3,7)	8 (29,6)	3 (11,1)	15 (55,6)
	Buena	Regular	Mala	
Valoración (N=27)	14 (51,8)	11 (40,7)	2 (7,5)	
	Papel	Informático en red	Informático local (CAPS)	
Soporte (N=27)	27 (100)	0	0	

Fichero Calendario por Profesional N° (%)				
	SI	NO		
Existencia (N=35)	8 (22,9)	27 (77,1)		
	Satisfactoria	Medianamente Satisfactoria	Insatisfactoria	
Calidad (N=8)	3 (37,5)	5 (62,5)	0	
	Médico	Médico + Administrativo	Médico + Enfermero	Médico + Asistente social
Quién completa (N=8)	6 (75)	1 (12,5)	1 (12,5)	0
	Buena	Regular	Mala	
Valoración (N=8)	5 (62,5)	3 (37,5)	0	
	Papel	Informático en red	Informático local (CAPS)	
Soporte (N=8)	8 (100)	0	0	

Fichero Calendario por programa, actividad, insumo N° (%)		
	SI	NO
Existencia (N=35)	33 (94,3)	2 (5,7)

Fichero Calendario por programa, actividad, insumo N° (%)

	Satisfactoria	Medianamente Satisfactoria	Insatisfactoria	
Calidad (N=33)	18 (54,5)	14 (42,5)	1 (3)	
	Médico	Médico + Administrativo	Médico + Enfermero	Médico + Asistente social
Quién completa (N=33)	16 (48,6)	7 (21,2)	4 (12,1)	6 (18,1)
	Buena	Regular	Mala	
Valoración (N=33)	27 (81,8)	6 (18,2)	0	
	Papel	Informático en red + papel	Informático local (CAPS)	
Soporte (N=33)	17 (51,5)	16 (48,5)	0	

Formulario de Referencia Contrarreferencia N° (%)

	SI	NO		
Existencia (N=35)	34 (97,1)	1 (2,9)		
	Satisfactoria	Medianamente Satisfactoria	Insatisfactoria	
Calidad (N=34)	3 (8,8)	12 (35,3)	19 (55,9)	
	Médico	Médico + Administrativo	Médico + Enfermero	Médico + Asistente social
Quién completa (N=34)	0	34 (100)	0	0
	Buena	Regular	Mala	
Valoración (N=34)	3 (8,8)	11 (32,4)	20 (58,8)	
	Papel	Informático en red + papel	Informático local (CAPS)	
Soporte (N=34)	34 (100)	0	0	

Fuente: Elaboración propia

5.2. Historia Clínica

5.2.1. Registro clínico por profesional

Veintidós entrevistados (62,9%) respondieron que existe este tipo de registro en el CAPS donde desempeñan sus tareas y la totalidad manifestó que es el médico quien completa este registro. En 15 situaciones, otro personal también completa estos registros (6 administrativos, 5 enfermeros y 4 asistentes sociales).

5.2.2. Historia clínica individual

Treinta y cuatro entrevistados (97,1%) respondieron que existe en el CAPS este tipo de registro y también manifestaron que es el médico quien lo completa. Además intervienen en el llenado de los datos personales del paciente, en 14 situaciones, otros integrantes del CAPS (6 administrativos, 6 enfermeros y 2 asistentes sociales).

5.2.3. Historia clínica familiar

Veintisiete entrevistados (77%) reconocieron su existencia y 8 (23%) manifestaron que no se encuentra este tipo de registro en su CAPS. De los 27, la totalidad manifestó que los médicos son quienes completan el llenado y en 26 situaciones también lo completan otros integrantes del equipo de salud (3 enfermeros, 8 administrativos y 15 asistentes sociales).

5.3. Registros de seguimiento

5.3.1. Fichero calendario por profesional

La mayoría de los entrevistados (77,1%) revelaron que no existe este tipo de registro en su CAPS. En relación a quienes completan el registro, 6 (75%) respondieron que sólo los médicos lo hacen y en 2 circunstancias, otro personal participa del llenado (1 enfermero y 1 administrativo).

5.3.2. Fichero calendario por programa, actividad, insumo

Treinta y tres entrevistados (94,3%) revelaron que existe este tipo de registro, manifestando todos que es el enfermero quien lo completa, aunque en 17 situaciones, otro personal también interviene en su llenado (4 médicos, 7 administrativos y 6 asistentes sociales).

En cuanto al soporte utilizado, 31 (93,9%) respondieron que los datos son cargados a mano y en papel. Dieciséis entrevistados (48,5%) manifestaron que también es utilizado el soporte informático en red, lo cual consiste en el llenado directo de datos en bases diseñadas por el sector de Informática del Ministerio de Salud Provincial, implementado recientemente para vacunas (SICAP).

5.3.3. Formulario de Referencia-Contrarreferencia

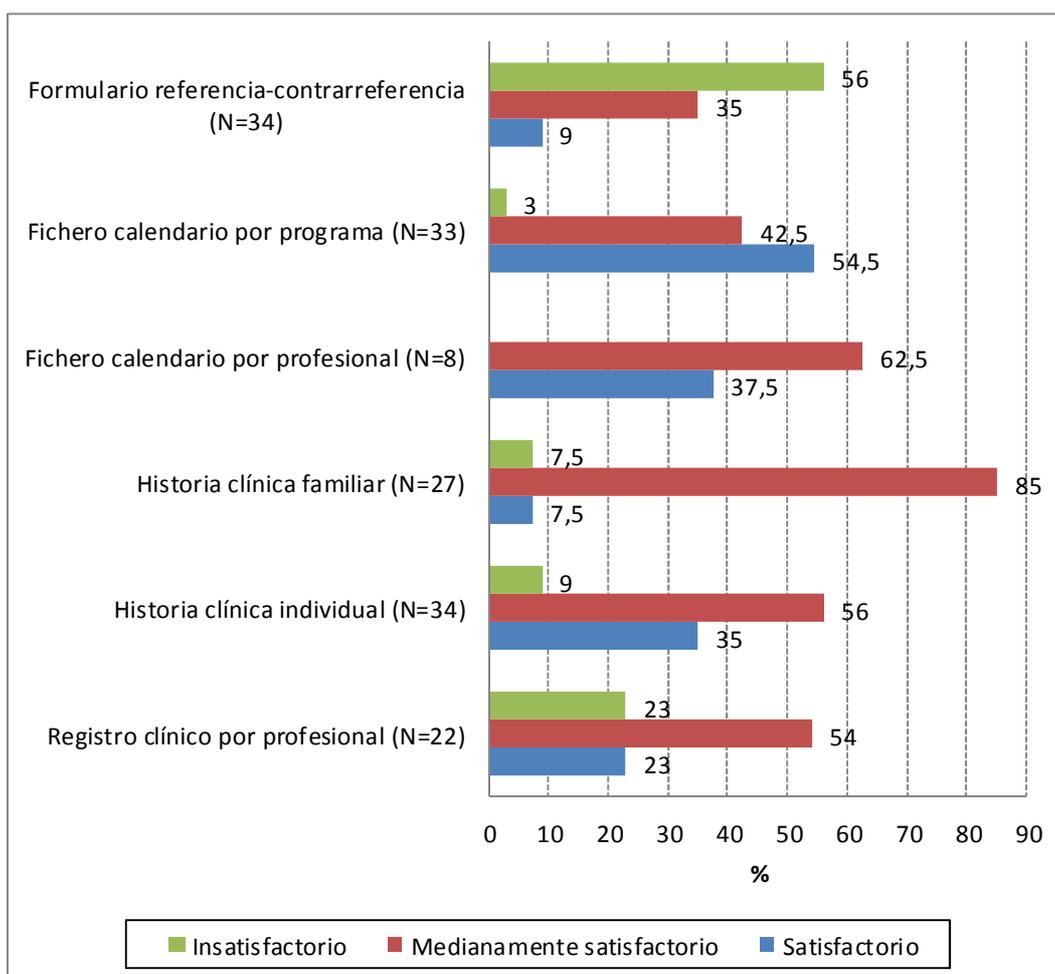
Treinta y cuatro entrevistados (97,1%) manifestaron que existe este tipo de registro en su centro de salud, manifestando todos que es el médico quien completa este registro.

5.4. Calidad del Llenado y Valoración del Registro

Los entrevistados que consideraron medianamente satisfactoria la calidad del llenado, señalaron, en su mayoría, no tener el tiempo suficiente para completar los registros debido a la gran demanda de pacientes y, además, les resultaba engorroso el llenado y complicado por la complejidad de las familias (Tabla 1) (Gráfico 1).

En cuanto a la valoración del registro según la utilización de la información que aportan, esta resulta insuficiente para un adecuado abordaje de los pacientes. El formulario de Referencia-Contrarreferencia es muy poco utilizado en la práctica diaria asistencial (Tabla 1).

Gráfico 1: Calidad de los registros según la opinión del personal de salud, expresada en porcentaje.



Fuente: Elaboración propia

5.5. Protocolos, Consensos, Guías para la atención y Seguimiento de Pacientes

Nueve de los 15 enfermeros de los CAPS entrevistados (60%) manifestaron que no existen protocolos ni guías de atención unificados para el abordaje de pacientes con ERC, 10 (66,7%) que no existen protocolos ni guías de atención acordados entre los CAPS y el hospital de referencia como tampoco para controles mínimos anuales que requieren estos pacientes. En coherencia con las respuestas en los CAPS, los 8 (100%) enfermeros del hospital señalaron que no existen protocolos ni guías de atención unificados para tratar este problema de salud.

Diez (66,7%) enfermeros de los CAPS y 7 (87,5%) hospitalarios respondieron que tienen criterios establecidos y avalados por el CAPS y el hospital para dar indicaciones y conducta a seguir según determinados síntomas al paciente y/o familiares.

La totalidad de los enfermeros de los CAPS y 6 (75%) del hospital señalaron que no existen protocolos de atención comunes entre los servicios de guardia e internación para pacientes con ERC.

Once enfermeros de los CAPS (73,3%) y los 8 (100%) hospitalarios manifestaron que no realizan formalmente el seguimiento de pacientes con ERC luego de ser atendidos en guardia y/o internación hospitalaria.

En relación a la población estimada con ERC en el área/territorio de cobertura, la mayoría de los enfermeros de los CAPS (9,3%) y los 8 (100%) hospitalarios señalaron que no tienen conocimiento de la población que la padece. En coherencia con estas respuestas, 12 enfermeros de los CAPS (80%) y 6 hospitalarios (75%) expresaron que no existe un Registro de pacientes con ERC.

Trece de los 15 enfermeros de los CAPS (86,7%) manifestaron no conocer la existencia de dispositivos como educación grupal, aerosol-terapia, cesación tabáquica, mientras que los 8 hospitalarios (100%) sí reconocieron estos dispositivos en el efector.

Catorce enfermeros de los CAPS (93,3%) y 6 hospitalarios (75%) señalaron que no se realizan actividades ni reuniones clínicas entre los equipos de salud de los CAPS y hospital para tratar temas de pacientes con ERC.

Con respecto a la existencia de mecanismos formales de articulación interniveles para la atención médica, 13 enfermeros de los CAPS (86,7%) manifestaron que no existen, como tampoco constan mecanismos de articulación para la realización de estudios diagnósticos ni para cuidados de enfermería. El 100% de los enfermeros hospitalarios señalaron que no existen mecanismos formales de articulación interniveles para la atención médica, 7 (87,5%) que no existen para la realización de estudios diagnósticos y 6 (75%) que

tampoco existen tales mecanismos para cuidados de enfermería (Tabla 2).

Tabla 2: Encuesta a Enfermeros

Existencia de protocolos, guías para atención y seguimiento de pacientes					
Preguntas		Respuestas			
		CAPS N = 15		Hospital N = 8	
		Sí [N° (%)]	No [N° (%)]	Sí [N° (%)]	No [N° (%)]
1	¿Existen protocolos, guías de atención unificados para el abordaje de ptes. con ERC ¹ ?	6 (40)	9 (60)	0	8 (100)
2	¿Existen protocolos, guías de atención, acordados entre CAPS y hospital de referencia para el abordaje de ptes. con ERC?	5 (33,3)	10 (66,7)	0	8 (100)
3	¿Existen protocolos, guías de controles mínimos anuales que requieren ptes. con ERC?	4 (26,7)	11 (73,3)	0	8 (100)
4	¿Existen criterios establecidos y avalados por su CAPS/hospital para dar indicaciones y conducta a seguir según determinados síntomas al pte. y/o fliares?	10 (66,7)	5 (33,3)	7 (87,5)	1 (12,5)
5	Entre el servicio de guardia e internación: ¿existen protocolos de atención comunes para ptes. con ERC?	0	15 (100)	2 (25)	6 (75)
6	¿Existen dispositivos como educación grupal, aerosol-terapia, cesación tabáquica?	2 (13,3)	13 (86,7)	8 (100)	0

Tabla 2: Encuesta a Enfermeros

Existencia de protocolos, guías para atención y seguimiento de pacientes					
Preguntas		Respuestas			
		CAPS N = 15		Hospital N = 8	
		Sí [N° (%)]	No [N° (%)]	Sí [N° (%)]	No [N° (%)]
7	¿Existe un Registro de ptes. con ERC?	3 (20)	12 (80)	2 (25)	6 (75)
8	¿Conoce la población estimada con ERC, en el área/territorio de cobertura?	1 (6,7)	14 (93,3)	0	8 (100)
9	¿Realiza el equipo de salud del CAPS/hospital el seguimiento del pte. con ERC post-internación y/o atención en guardia?	4 (26,7)	11 (73,3)	0	8 (100)
10	¿Existen mecanismos formales de articulación interniveles para la atención médica?	2 (13,3)	13 (86,7)	0	8 (100)
11	¿Existen mecanismos formales de articulación interniveles para estudios diagnósticos?	2 (13,3)	13 (86,7)	1 (12,5)	7 (87,5)
12	¿Existen mecanismos formales de articulación interniveles para cuidados de enfermería?	2 (13,3)	13 (86,7)	2 (25)	6 (75)
13	¿Existen actividades, reuniones clínicas, entre los equipos de salud de los CAPS y hospital para tratar temas de ptes. con ERC?	1 (6,7)	14 (93,3)	2 (25)	6 (75)
14	¿Existen formularios de Referencia-Contrarreferencia?	13 (86,7)	2 (13,3)	6 (75)	2 (25)

Tabla 2: Encuesta a Enfermeros

Existencia de protocolos, guías para atención y seguimiento de pacientes					
Preguntas		Respuestas			
		CAPS N = 15		Hospital N = 8	
		Sí [N° (%)]	No [N° (%)]	Sí [N° (%)]	No [N° (%)]
15	Si la respuesta es positiva ¿existe un apartado para cuidados de enfermería?	0	13 (100)	0	6 (100)

¹ERC: Enfermedad Respiratoria Crónica

Fuente: Elaboración propia

Más del 65% de los médicos de los CAPS y la mayoría de los especialistas manifestaron que no existen protocolos, consensos, guías de atención, como tampoco un Registro de pacientes con ERC. Igualmente señalaron la ausencia de mecanismos formales de articulación entre el 1° y 2° nivel para la atención médica, estudios diagnósticos y cuidados de enfermería (Tabla 3).

Tabla 3: Encuesta a Médicos: existencia de protocolos, guías para atención y seg.

Existencia de protocolos, guías para atención y seguimiento de pacientes					
Preguntas		Respuestas			
		CAPS N = 18		Especialistas (hosp.) N=6	
		Sí [N° (%)]	No [N° (%)]	Sí [N° (%)]	No [N° (%)]
1	¿Existen protocolos, guías de atención acordados entre CAPS y hospital de referencia para el abordaje de ptes. con ERC ¹ ?	2 (11,1)	16 (88,9)	1 (16,7)	5 (83,3)
2	¿Existen protocolos, guías de controles mínimos anuales que requieren los ptes. con ERC?	5 (27,8)	13 (72,2)	0	6 (100)
3	¿Existen criterios establecidos y avalados por su CAPS	6 (33,3)	12 (66,7)	0	6 (100)

Tabla 3: Encuesta a Médicos: existencia de protocolos, guías para atención y seg.

Existencia de protocolos, guías para atención y seguimiento de pacientes					
Preguntas		Respuestas			
		CAPS N = 18		Especialistas (Hosp.) N=6	
		Sí [N° (%)]	No [N° (%)]	Sí [N° (%)]	No [N° (%)]
3	/hospital para dar indicaciones y conducta a seguir según determinados síntomas, al pte. y/o fliares?	6 (33,3)	12 (66,7)	0	6 (100)
4	¿Existe un Registro de ptes. con ERC?	1 (5,6)	17 (94,4)	0	6 (100)
5	¿Conoce la población estimada con ERC, en el área/territorio de cobertura?	0	18 (100)	0	6 (100)
6	¿Usted indica medidas no farmacológicas (activ. física, pautas alimentarias)?	18 (100)	0	6 (100)	0
7	¿Usted indica medicación específica a ptes. con ERC?	14 (77,8)	4 (22,2)	6 (100)	0
8	¿Existen dispositivos como educ. grupal, aerosol-terapia, cesación tabáquica?	16 (88,9)	2 (11,1)	6 (100)	0
9	¿Existen mecanismos formales de articulación interniveles p/la atención médica?	3 (16,7)	15 (83,3)	0	6 (100)
10	¿Existen mecanismos formales de articulación interniveles p/estudios diagnósticos?	2 (11,1)	16 (88,9)	0	6 (100)
11	¿Existen mecanismos formales de articulación interniveles p/cuidados de enfermería?	0	18 (100)	0	6 (100)

Tabla 3: Encuesta a Médicos: existencia de protocolos, guías para atención y seg.

Existencia de protocolos, guías para atención y seguimiento de pacientes					
Preguntas		Respuestas			
		CAPS N = 18		Especialistas (Hosp.) N=6	
		Sí [N° (%)]	No [N° (%)]	Sí [N° (%)]	No [N° (%)]
12	¿Se realizan actividades, reuniones clínicas, entre los equipos de salud de los CAPS y hospital p/tratar temas de ptes. con ERC?	1 (5,6)	17 (94,4)	1 (16,7)	5 (83,3)
13	¿Existe el especialista consultor o referente para los CAPS?	1 (5,6)	17 (94,4)	1 (16,7)	5 (83,3)

Fuente: Elaboración propia

5.6. Referencia y Contrarreferencia

Los resultados de la encuesta a médicos especialistas del hospital respecto de la información obtenida con la Referencia (transferencia de información clínica de la atención primaria a la especializada) revelaron que existe escasa información acerca de la atención, estudios y tratamientos prescritos por el médico de atención primaria (Tabla 4).

Tabla 4: Encuesta a Especialistas: Información obtenida con la Referencia

Preguntas		Respuestas N = 6				
		Siempre N° (%)	La mayoría de las veces N° (%)	A veces N° (%)	Pocas veces N° (%)	Nunca N° (%)
1	¿Utiliza formularios de Referencia-Contrarreferencia?	0	0	2 (33,3)	4 (66,7)	0
2	¿El médico especialista conoce...?					
a	El motivo de consulta	0	0	2 (33,3)	4 (66,7)	0

Tabla 4: Encuesta a Especialistas: Información obtenida con la Referencia

Preguntas		Respuestas N = 6				
		Siempre N° (%)	La mayoría de las veces N° (%)	A veces N° (%)	Pocas veces N° (%)	Nunca N° (%)
b	Las comorbilidades	0	0	1 (16,7)	4 (66,6)	1 (16,7)
c	Las pruebas diagnósticas realizadas por el médico del CAPS	0	0	0	5 (83,3)	1 (16,7)
d	La medicación prescrita por el médico del CAPS	0	0	2 (33,3)	3 (50)	1 (16,7)
3	¿La visita al especialista se debió a la derivación del médico del CAPS?	0	0	1 (16,7)	5 (83,3)	0
4	¿El médico especialista suele estar de acuerdo con las indicaciones del médico del CAPS?	0	0	4 (66,7)	2 (33,3)	0

Fuente: Elaboración propia

En relación a la información obtenida con la Contrarreferencia (transferencia de información de la atención especializada a la atención primaria), los médicos de los CAPS señalaron que reciben insuficiente información de la atención realizada por el especialista, el médico de guardia y en internación. Manifestaron también que en muy pocas situaciones los pacientes con ERC son derivados por el especialista para el control y seguimiento en el centro de salud (Tabla 5).

Tabla 5: Encuesta a médicos de CAPS: Información obtenida con la Contrarreferencia

Preguntas		Respuestas N = 18				
		Siempre Nº (%)	La mayoría de las veces Nº (%)	A veces Nº (%)	Pocas veces Nº (%)	Nunca Nº (%)
1	¿Utiliza formularios de Referencia-Contrarreferencia?	5 (27,8)	3 (16,7)	3 (16,7)	2 (11)	5 (27,8)
2	¿El médico del CAPS tiene información de...?					
a	La visita al médico especialista	0	1 (5,6)	2 (11,1)	9 (50)	6 (33,3)
b	De la atención en guardia de hospital	0	0	1 (5,6)	9 (50)	8 (44,4)
c	De la internación hospitalaria.	0	1 (5,6)	1 (5,6)	10 (55,5)	6 (33,3)
3	¿El especialista envía al pte. a realizar las visitas de seguimiento con el médico del CAPS?	0	2 (11,1)	1 (5,6)	8 (44,4)	7 (38,9)
4	¿El médico del CAPS conoce los estudios y tratamiento prescritos por...?					
a	El médico especialista.	0	2 (11,1)	1 (5,6)	12 (66,6)	3 (16,7)
b	El médico de guardia hospitalaria.	0	0	0	7 (38,9)	11 (61,1)
5	¿Realizan los médicos de los CAPS rotaciones por los servicios del hospital?	0	0	0	0	18 (100)

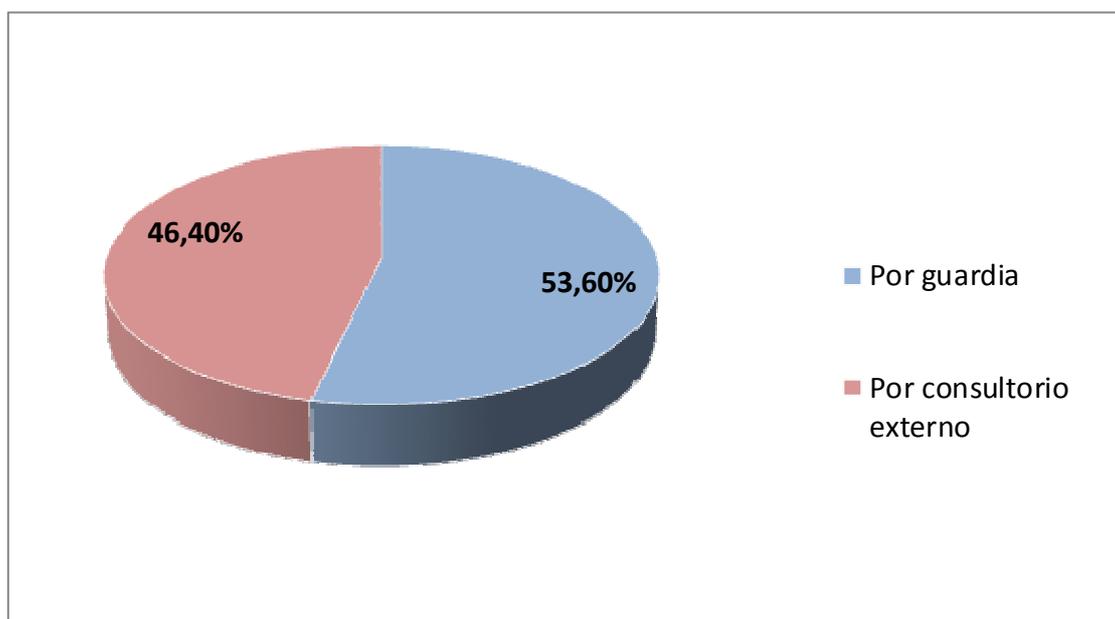
Fuente: Elaboración propia

En todos los CAPS se utiliza el teléfono como medio de comunicación. Diez CAPS (71.4%) indican a los pacientes que se dirijan al hospital para solicitar un turno con el especialista.

5.7. Modalidad de Ingreso en Internación: por Consultorio Externo o por el Servicio de Guardia

En el período de estudio se produjeron 125 internaciones en el Hospital Provincial Gumersindo Sayago. Sesenta y siete (53.6%) ingresaron por el servicio de guardia del hospital y 58 (46.4%) por consultorio externo del efector (Anexo III) (Gráfico 2).

Gráfico 2: Modalidad de ingreso en internación de pacientes con diagnóstico de egreso de ERC. Hospital Sayago, Santa Fe, octubre-diciembre 2012 (N=125)



Fuente: Elaboración propia

6. Discusión

La coordinación asistencial se ha convertido en prioridad para los sistemas de salud, especialmente para resolver problemas de salud crónicos, en los que intervienen múltiples profesionales y servicios.

Este trabajo de investigación fue planteado con la intencionalidad de identificar las principales características de la coordinación asistencial entre el 1° y 2° nivel de atención en la Subregión Norte de la ciudad de Santa Fe, analizando fortalezas y debilidades, para el abordaje de pacientes con enfermedad respiratoria crónica (ERC).

El análisis de la coordinación asistencial entre el 1° y 2° nivel de atención se desarrolló teniendo en cuenta la definición de coordinación realizada por la profesora Bárbara Starfield. Para ello se efectuó la descripción y evaluación de los registros sanitarios en los CAPS (1° nivel de atención); la verificación de la existencia de protocolos, consensos, guías, como principios básicos de un plan de atención y seguimiento de pacientes respiratorios crónicos; y se efectuó el análisis del nivel de participación en la transferencia de información (Referencia-Contrarreferencia).

La regionalización provincial iniciada en el año 2008, como un proceso de reorganización territorial, que promueve la integración de territorios antes desconectados, además de la pronunciación del gobierno nacional y provincial sobre la estrategia de APS como organizadora del sistema sanitario, representa una fortaleza para el sistema de atención de salud. Por su parte, en la gestión local, el compromiso de los equipos de salud con la APS, intentando resolver diariamente las diferentes problemáticas de salud-enfermedad, también contribuyen a fortalecer la APS.

En relación a los registros de salud, el más utilizado para la atención sanitaria es la historia clínica individual (97,1%) y en menor medida la historia clínica familiar. Este último registro es de reciente y desigual implantación, y a pesar de que permite un abordaje interdisciplinario, jerarquizando distintos aspectos relacionados con el trabajo, vinculaciones sociales, etc., se utiliza escasamente, lo que evidencia además, la persistencia de la visión fragmentada del médico, limitando su intervención en el paciente y su familia. De los registros de seguimiento, el fichero calendario por programa, actividad o insumo es altamente reconocido, al igual que el formulario de Referencia-Contrarreferencia.

Respecto a la calidad de los registros sanitarios, la historia clínica individual, la historia clínica familiar y el fichero calendario por programa, actividad o insumo son reconocidos como medianamente satisfactorios por el personal de salud. Los formularios de

Referencia-Contrarreferencia, a pesar de su amplio conocimiento, se consideran de calidad insatisfactoria, siendo los médicos de los CAPS quienes llenan la Referencia, y en muy pocas ocasiones, a veces nunca, reciben la Contrarreferencia. La gran demanda asistencial, familias complejas con necesidades múltiples, debilidades organizacionales con un recurso humano acotado, serían factores que inciden en la calidad insatisfactoria de los registros. Surgen aquí algunos interrogantes: el recurso humano y horas asignadas ¿son suficientes para responder a la demanda asistencial y realizar actividades extra-asistenciales?, la incorporación del administrativo reclamado por los equipos de salud ¿lograría registros de buena calidad con el llenado de los datos requeridos?, las dificultades observadas ¿tendrían que ver con una cuestión de actitud de los profesionales de los CAPS y médicos especialistas?, la ausencia de un Sistema de Referencia-Contrarreferencia ¿se debería a la falta de reconocimiento de los profesionales médicos respecto a su utilidad?

El médico es responsable y es quien llena la historia clínica, aunque en esta tarea colaboran además, otros integrantes del equipo de salud. El personal de enfermería es quien completa el fichero calendario por programa, actividad o insumo.

La valoración que se da a la historia clínica y a los registros de seguimiento, es regular a buena, siendo mala para el formulario de Referencia-Contrarreferencia. Esto da cuenta de la necesidad de promover espacios de encuentro y reflexión acerca de la importancia de los datos, la necesidad de revisión de los criterios de registro, la jerarquización de la documentación clínica como elemento esencial de un sistema de información en salud, con la producción de registros de calidad que sean soporte de gestión y permitan un mejor desempeño en todo el continuo asistencial. Otras investigaciones refieren un infra registro para los problemas de salud y las actividades sanitarias, en coherencia con la evidencia de la presente investigación. ^{(23) (48) (49) (50) (51) (52)}

En todos los CAPS es utilizado el soporte papel y sólo el 50% de los mismos tienen equipos informáticos. Personal de enfermería y administrativos de algunos CAPS recibieron capacitación en informática solamente para cargar datos de vacunas. Esta desigual provisión de insumos informáticos, capacitación y recurso humano genera dificultades para una adecuada comunicación con el efector de referencia dentro de una red de servicios de salud. Desde el Ministerio de Salud Provincial se está llevando a cabo el diseño e implementación de un sistema de información, apoyado en tecnologías de la información y comunicación, interrelacionado y adecuado para atender las necesidades de los distintos componentes de la organización, tanto de los profesionales sanitarios, como de los distintos niveles de gestión y de la población atendida, lo cual representa una fortaleza; sin embargo, se evidencia que su

implementación aún es insuficiente y heterogénea. En coincidencia con este trabajo de investigación, diferentes estudios dan cuenta que, en los últimos años las tecnologías de la información están comenzando a incorporarse progresivamente en el entorno sanitario que, hasta ahora, no ha aprovechado al máximo las ventajas que puede aportar, siendo un apoyo necesario para la integración clínica y mejores resultados de salud, en definitiva mejorar la calidad asistencial. Estos estudios también detectan infra registros y una desigual adhesión de parte de los profesionales; además, el elevado costo de estos proyectos retardaría su implementación. ^{(6) (23) (24) (53) (54) (55)}

La inexistencia de protocolos, consensos o guías de atención para el abordaje de pacientes con ERC, formalizados y consensuados entre los CAPS y el hospital de referencia, y la ausencia de un Registro de pacientes con ERC, se debería a la falta de priorización, en los niveles centrales y locales de gestión, de actividades de control de enfermedad crónica no transmisible (ECNT), entre ellas las respiratorias, a pesar de que constituyen una de las principales causas de morbimortalidad. Las ECNT explican más del 60% de las causas de muerte y se espera que lleguen al 75% en 2020 y entre las primeras 5 causas se encuentran las respiratorias. ⁽³⁰⁾ El estudio revela una aparente distancia entre lo científico, lo epidemiológico, promoción de la salud, prevención de enfermedades, en definitiva, la baja efectividad de las actuales estrategias de APS en relación a las ERC.

Este estudio pone también en evidencia la ausencia de espacios de encuentro entre los equipos de salud de CAPS (primer nivel) y efector de referencia (segundo nivel). Por iniciativa del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni” (INER) y con el apoyo de la Dirección Provincial de Promoción y Prevención de la Salud y del hospital Sayago (autoridades y especialistas), durante el transcurso del año 2011, se realizaron talleres de capacitación en las estrategias de abordaje práctico de la salud pulmonar del adulto (PAL) y de tratamiento abreviado estrictamente supervisado (TAES). Estos talleres estuvieron destinados a los profesionales de los CAPS de la Subregión Norte, pero no lograron producir el impacto esperado respecto a mejoras en el abordaje de pacientes con ERC y la coordinación entre el 1° y 2° nivel de atención. Esto podría atribuirse a que la Coordinación del Nodo Subregión Norte se encuentra más dedicada a solucionar situaciones diarias emergentes de distinta índole, relacionadas con recurso humano, insumos, etc., lo que impediría la planificación estratégica de actividades entre niveles que permitirían mejorar los vínculos, el conocimiento mutuo, consensuar protocolos o guías para la atención y seguimiento y acordar mecanismos de articulación para la atención médica, estudios diagnósticos y cuidados de enfermería.

Diferentes estudios reportan que la calidad de la atención sanitaria recibida por pacientes con asma/Epoc fue deficiente y que el manejo de este problema de salud tanto por el paciente como por el personal de atención sanitaria fue inadecuado. Además, manifiestan la importancia del conocimiento de la enfermedad, de la conducta adecuada ante una crisis y en períodos inter crisis, la medicación preventiva, la educación sanitaria, la rehabilitación respiratoria, constituyendo factores decisivos en la evolución y el pronóstico de los pacientes. ^{(18) (56) (57) (58)}

Respecto a los dispositivos intrahospitalarios (educación grupal, aerosol-terapia, cesación tabáquica), la mayoría de los enfermeros de los CAPS no saben de su existencia, a diferencia de los médicos y el equipo de salud hospitalario. Esta situación, probablemente se debería a su reciente implementación.

Las reuniones clínicas entre los equipos de salud de los CAPS y el hospital de referencia se realizan en forma muy esporádica, en casos especiales en los que se considera imprescindible el abordaje interdisciplinario e integrado de ambos niveles de atención, no constituyendo una práctica habitual. Se presentan dificultades para acordar días y horarios que no afecten la actividad asistencial, especialmente en los CAPS, teniendo en cuenta que la mayoría dispone de recurso humano limitado, debiendo dedicar el tiempo a la demanda asistencial. Otros estudios señalan las ventajas que ofrece la organización de equipos multidisciplinarios, dentro de una red de servicios, coordinados adecuadamente, especialmente para atender pacientes con ECNT. ^{(4) (38)}

Las debilidades observadas en los mecanismos de articulación para la atención médica, estudios diagnósticos y cuidados de enfermería, producirían entre otras cosas, demoras en la atención con el especialista de aproximadamente 10 a 20 días, lo que derivaría en que los pacientes sean atendidos por el médico de guardia hospitalaria, quien efectúa el 53.60% de los ingresos en internación, los que se podrían disminuir y/o evitar con la atención médica oportuna del especialista.

Los médicos especialistas y los médicos de los CAPS, a pesar de conocer la existencia de formularios de Referencia-Contrarreferencia, muy pocas veces los utilizan, no existiendo un circuito organizado de transferencia de información entre ambos niveles, elemento clave de la coordinación asistencial. La mayoría de los especialistas al igual que los médicos de los CAPS tienen dificultades para garantizar el continuo asistencial, prevaleciendo el modelo médico hegemónico, con subestimación de la atención sanitaria en los CAPS, los que funcionan como múltiples islas dentro de un sistema de salud fragmentado, no conformando una red de servicios de salud a pesar de la intencionalidad del

nivel de gestión central. Se puede inferir que ante la ausencia de mecanismos de articulación y de un Sistema de Referencia-Contrarreferencia entre los CAPS y el efector, los pacientes respiratorios crónicos eligen ir directamente al hospital antes que al médico del centro de salud. Esto evidencia debilidades del sistema sanitario con demanda insatisfecha y atención inoportuna con el médico especialista. Otras investigaciones corroboran la fragmentación y segmentación del sistema de salud, las dificultades de la estrategia de APS respecto a la coordinación asistencial interniveles, ^{(52) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65)} lo que ha favorecido en algunos países como Canadá, Inglaterra, Escocia, Dinamarca, Nueva Zelanda, Australia y EE.UU y fomentado por la OMS, el desarrollo de estrategias basadas en atención primaria, con el fin de impulsar una adecuada coordinación asistencial contribuyendo así con la atención continua, integral e integrada. ^{(2) (3) (4) (5) (22) (66)}

Este trabajo de investigación, si bien es limitado en el análisis de las subdimensiones de la coordinación asistencial, es original y único en el departamento La Capital (provincia de Santa Fe, Argentina), ya que muestra una realidad acerca de las principales fortalezas y debilidades de esta coordinación entre los CAPS y el hospital de referencia en la Subregión Norte de la ciudad, para el abordaje de pacientes con ERC (asma/Epoc). El conocimiento aportado con los resultados puede ser útil y beneficioso para estimular intervenciones tendientes a fortalecer la estrategia de APS y mejorar la coordinación asistencial interniveles.

7. Conclusiones

Los resultados de la investigación evidencian fortalezas, como la regionalización provincial y el compromiso de los efectores del primer nivel de atención, y debilidades relacionadas con problemas de calidad en los registros sanitarios de los CAPS, ausencia de guías clínicas para la atención y seguimiento de pacientes con ERC y de un Sistema de Referencia y Contrarreferencia entre los CAPS (1° nivel) y el efector de referencia (2° nivel).

A partir del conocimiento aportado por el trabajo de investigación se considera oportuno efectuar las siguientes recomendaciones:

- Propiciar que la formación de pregrado y posgrado jerarquice los Sistemas de Información en Salud.
- Promover espacios de encuentro, entre los equipos de salud de CAPS y el hospital de referencia, con la realización de rotaciones en los centros de salud y los diferentes sectores y servicios hospitalarios con la finalidad de optimizar los vínculos y el conocimiento del “otro”, la oferta de servicios en los CAPS y el efector de referencia.
- Involucrar al nivel central y local en la unificación de criterios de registro. Formalizar los circuitos acordándolos entre los CAPS y el efector, con elaboración de protocolos de Referencia-Contrarreferencia.
- Mejorar los sistemas de información, vinculando a todos los miembros de la red, con la participación de personal representativo de los equipos de salud de los CAPS, hospital, gestores del nivel local, central y personal capacitado del Sector Informática del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe.
- Realizar abogacía para que las autoridades sanitarias se comprometan a garantizar el financiamiento y la provisión de recursos necesarios para los centros de salud y hospital (estructura, insumos, recurso humano) favoreciendo la implantación de las tecnologías de información y comunicación.
- Estimular el estudio epidemiológico local, a fin de conocer la población del área/territorio a cargo, y propiciar un Registro de población con factores de riesgo (tabaquismo, entre otros) para ERC y otro para pacientes con ERC. La finalidad de estos registros es facilitar las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportuno y rehabilitación.
- Apoyar la capacitación del personal de los equipos de salud en la estrategia PAL, y la actualización permanente de guías clínicas consensuadas entre los profesionales del primer

nivel de atención y especialistas para la atención y seguimiento de pacientes con ERC.

- Diseñar mecanismos de articulación entre niveles para la atención médica, estudios diagnósticos y cuidados de enfermería. Establecer turnos programados con los especialistas para pacientes derivados de los CAPS.
- Conocer el estado actual de RRHH de los equipos de salud para la atención y control de las ERC, a fin de que sean suficientes, competentes, de acuerdo a las necesidades de la población del área/territorio a cargo y comprometidos con el sistema.

8. Reseña Bibliográfica

- 1- World Health Organization Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS, Geneva: WHO, 1978.
- 2- Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud más necesaria que nunca, Suiza, OMS, 2009. Disponible en:
<http://www.who.int/entity/whr/2008/08reportes.pdf>.
- 3- Henao Martínez D, Vázquez Navarrete ML and Vargas Lorenzo I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit*, 2009; 23(4):280–286.
- 4- Russell Grant M et al. Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care: The Impact of Organizational Factors. *The Annals of Family Medicine*, Ottawa, Canada, American Academy of Family Physicians, 2009; 7(4):309-318.
- 5- Pineault R, Provost S, Hamel M, Couture A, Levesque JF. The influence of primary health care organizational models on patient's experience of care in different chronic disease situations. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 2011; Vol 31, n° 3.
- 6- Fooks C. Implementing Primary Care Reform in Canada: Barriers and Facilitators. Canada, Presented at Implementation of Primary Care Reform School of Policy Studies Queen's University Kingston, 2004.
- 7- Starfield B. Coordinación de la atención en salud. Barcelona, Ed Masson; 2002.
- 8- Rajmil L. Enseñanzas de Bárbara Starfield. Barcelona, Asociación Española de Pediatría, Editorial Elsevier, 2011.
- 9- Starfield B. Coordination and the Processes of referral. *Primary Care: Concept, evaluation and policy*, Nueva York, Oxford University Press, 1992; Cap. 6, page 71.
- 10- Aranaz AJ, Buil Aina JA. Gestión Sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. España, *Revista Medicina Clínica*, 1996; 106(5):182-184.
- 11- Haggerty JL, Yavich N and Báscolo EP. Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de la salud en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*, 2009; 25(5):377-384.
- 12- Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre (Brasil). España, Universidad de Alicante, Departamento de Salud Pública, 2004.
- 13- Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V y Starfield B. Adaptación

cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud. *Rev Argent Salud Pública*, 2011; 2(8):6-14.

14- Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete M L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut*, Consorci Hospitalari de Catalunya, Barcelona, España. *Gac Sanit*, 2006; 20(6):485-95.

15- Anoz Jiménez L, Torres García R. Coordinación internivel: proceso clave para la calidad asistencial. España, *Atención Primaria*, 2008; 40:314-5.

16- Alfaro M, Etreros J, Terol E, Rico F. Coordinación entre niveles asistenciales. En: Aguilera M, Alfaro M, Crespo B, Custodi J, Guerra J, Ichaso MS, et al, editores. *Atención primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia*. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Atención Primaria, 2002; p. 240-60.

17- Torres A, Lledó R. La coordinación entre niveles asistenciales. *Revista Calidad Asistencial*, 2001; 16:232-3.

18- Fernández E, Luque FJ. Revisión Sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada. *Atención Primaria*, 2007; 39:15-21.

19- Russell GM, Hogg W, Lemelin J. Integrated primary care organizations. The next step first primary care reform. *Canadian Family Physician*, 2010; vol. 56.

20- Rovere M, Luppi I, Muruaga MC. Evaluación de tecnologías en atención primaria. *Articulación universidad-servicios por el derecho a la salud*. Rosario, Santa Fe, Argentina, Instituto de la Salud Juan Lazarte, 2011.

21- Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío de la reducción de desigualdades en la gestión local. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006; 22(12):2693-2702.

22- Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C y Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria*. 2007; 39(8):395-403.

23- Quesada Sabaté M, Prat Gil N, Cardús Gómez E, Caula Ros J, Masllorens Vilà G. ¿Ganamos o perdemos información con la informatización? España, *Atención Primaria*, 2001; 27 (9):649-53.

24- Reigosa L, Castilla V, Blanco A. Desde la informática clínica hasta el soporte del proceso asistencial. España, *Revista Calidad Asistencial*, 2003; 17(3):183-190.

- 25- Starfield B. Is Primary Care Essential? The Lancet, Elsevier, 1994; 344(8930):1129-33.
- 26- Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona, Ed. Masson, 2004.
- 27- Huenchuan S. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas, Chile, CEPAL, 2009. Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/36004/LCG_2389-P.pdf.
- 28- Dussault G. La gestión de los Servicios Públicos de Salud, Río de Janeiro, Brasil, Revista de Administración Pública, 1992; 26(2):8-19.
- 29- Vallejo Maroto et al. Dos años de funcionamiento del Programa para la atención de pacientes crónicos, Sevilla, España, III Congreso Nacional de Atención Sanitaria al paciente crónico, 2011.
- 30- OPS. Situación de Salud en las Américas: Indicadores básicos 2009, Washington, OPS, 2010.
- 31- Starfield B. Hospitales, Especialistas y Atención Primaria: Las responsabilidades de cada uno en la atención a la salud de la población. Barcelona, España, Fórum Catalá d'Atenció Primaria, 2009.
- 32- OMS. Practical Approach to Lung Health (PAL). Manual on initiating PAL implementation. Stop TB Department and Department of Chronic Diseases and Health Promotion, Geneva, Switzerland, 2008.
- 33- OMS, Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2010.
- 34- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni". Guía para el Abordaje Integral de la Salud Pulmonar del Adulto. Santa Fe, Argentina, 2011.
- 35- Vuori H. Primary health care in Europe: problems and solutions. Community Medicine, 1984; 6(3):6221-231.
- 36- Starfield B. Equidad en Salud y Atención Primaria: una meta para todos, Bogotá, Colombia, Revista Gerencia y Políticas de Salud, Pontificia Universidad Javeriana, 2001.
- 37- OPS/OMS. Atención Primaria de Salud. A 25 años de la Declaración de Alma Ata, Washington, 2003.
- 38- Martín Zurro A. Atención Primaria de Salud. Conceptos, organización y práctica clínica, 6ª edición, Barcelona, Editorial Elsevier, 2008.
- 39- Gervas J, Pérez Fernández M. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social de los países desarrollados y en desarrollo. España, Revista Epidemiológica de Brasil, 2006; 9(3):384-400.

- 40- Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C. Renovación de la atención primaria de la salud en las Américas, Washington, Documento de posición de la OPS/OMS, 2007.
- 41- Rovere M. La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. Argentina, Revista electrónica La Esquina del Sur, 2004.
- 42- OPS/CEPAL/PNUD. Aportes para el desarrollo humano en Argentina. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: Logros alcanzados y desafíos futuros, 2011.
- 43- Bisang R, Cetrángolo O. Descentralización de los servicios de salud en la Argentina, Serie de Reformas de Política Pública 47, Chile, CEPAL, 1997.
- 44- OPS/OMS. Indicadores Básicos Argentina 2011. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2011.
- 45- Hernández Sampieri CR, Fernández Collado C, Baptista LP. Metodología de la Investigación, Primera edición, México, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 1997.
- 46- Tobar F. Cómo redactar un trabajo científico en Salud Pública. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, 2010.
- 47- Aronna A et al. Cómo se construyen y utilizan registros en atención primaria de la salud. Evaluación de tecnologías en Atención Primaria. 1º edición, Rosario, Argentina, Instituto de la Salud Juan Lazarte, 2011; 1:27-71.
- 48- Paganini J, Evaluación de sistemas de salud y la estrategia de APS. Argentina, Revista de Salud Pública, 2010; Vol. 1, nº 2.
- 49- Batista Moliner R, González Ochoa E. Evaluación de la vigilancia en la Atención Primaria de Salud: una propuesta metodológica. Revista Cubana de Medicina General, 2000.
- 50- Sobrequés Soriano J, Piñol Moreso JL. Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados. Atención Primaria, 2001; 28(8):535-542.
- 51- Aronna A. Evaluación de un programa de política social: Programa Materno Infantil y Nutrición, Rosario, Argentina. Río de Janeiro, Brasil, Escuela Nacional de Salud Pública, 2005.
- 52- Pardo Laura et al., Sistema de Referencia-Contrarreferencia en pediatría. Análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Russell, Montevideo, Uruguay. Revista Médica, 2008; Vol 24 nº2.
- 53- Randall, Tomas et al. As good as it gets? Chronic care management in nine leading US physician organizations. Education and debate, California, University of California at Berkeley, School of Public Health, 2007.
- 54- Goñi Viguria R, García Santolaya MP, Vázquez Calatayud M, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC. Evaluación de la calidad de los cuidados en la UCI a través de un plan

de atención de enfermería informatizado. *Enferm Intensiva*, 2004; 15:76-85.

55- Fernández A, Oviedo E. Tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud: oportunidades y desafíos para reducir inequidades en América Latina y el Caribe. Chile, CEPAL, 2010.

56- Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(2):321-330.

57- Sivori M, Sáenz C, Riva Posse C. Mortalidad por Asma y EPOC en Argentina en el período 1980-1998. *Medicina (Buenos Aires)*, 2001; 61:513-521.

58- Varona Pérez P, Ojeda del Valle M, Murlá Alonso P, Bonet Gorbea M, Fernández Maceiro E et al. Calidad de la atención primaria en el paciente asmático. *Revista Cubana de Medicina General*, 1998; Vol 14 n°1.

59- Gómez SA et al., La implementación local de la atención primaria en la Argentina: estudio de caso en el municipio de Lanús (provincia de Buenos Aires). Río de Janeiro, Brasil, *Debate en Salud*, 2012; Vol 36 n°94.

60- Silverman G, Martín S, Homar C. Optimización del sistema de referencia de turnos entre niveles de atención de la salud. Argentina, *Revista Ecos de Grado y Posgrados, Facultad de Ciencias Económicas*, 2007; año 3, Vol 1 y 2 n°5.

61- Ase I. La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba: Entre la Confianza Democrática y el Desencanto Neoliberal. Argentina, Universidad Nacional de Lanús, 2006.

62- Horacio Marín G, Silberman M, Homar C. Tu turno al barrio: propuesta de Referencia-Contrarreferencia entre los niveles de atención de la salud. *Salud Pública de México*, 2008; 50:355-357.

63- Maceira D. Cómo fortalecer las redes de servicios de salud. El caso de Salta, Argentina. Documento de Políticas Públicas, CIPPEC, 2010; n° 84.

64- Tamborero Cao G, Integración entre atención primaria y atención hospitalaria ¿La panacea de la coordinación entre niveles asistenciales? Mallorca, España, Asociación de Economía y Salud, *Boletín Informativo*, 2012; n°74.

65- Thiede M, McIntyre D. Información, comunicación y acceso equitativo a la atención de la salud: una nota conceptual. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2008; 24(5):1168-1173.

66- Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate. Madrid, 2010.

9. Agradecimientos

Un agradecimiento muy especial a mi directora de tesis, Magister Elsa Zerbini por su inestimable colaboración y guía permanente; al Ingeniero José Berardo, por su valiosa cooperación, como así también a todas aquellas personas que con su experiencia de trabajo en los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención han colaborado para la elaboración del presente trabajo de investigación. A mi familia por todas las horas de silenciosa e incondicional compañía. A todos, muchas gracias.

10. Anexos

ANEXO I: Guía de evaluación: Planilla e instructivo.

REGISTROS SANITARIOS EN CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION (HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS DE SEGUIMIENTO)

Tipo de Registro	Existencia			Calidad del llenado			Quién/es registran ¿Quiénes completa/n el/los registros	Valoración del Registro			Modalidades de soporte de la información			
	¿Qué registros hay en el Centro de Salud?			¿Cómo es la calidad del llenado?				¿Qué valoración tiene la información recabada en cuanto a su utilidad para la atención y seguimiento?	¿Soporte papel?	¿Soporte Informático en Red?	¿Soporte Informático local?			
	(Marcar con una cruz)			(Marcar con una cruz)								(Marcar con una cruz)		
	Si	No	NS /NC	Satisfactorio	Mediamente satisfactorio	Insatisfactorio						Buena	Regular	Mala
HISTORIA CLINICA														
Registro Clínico por Profesional														
Historia Clínica individual														
Historia Clínica Familiar														
REGISTRO DE SEGUIMIENTO														
Fichero Calendario, por profesional														
Fichero Calendario, por programa/ actividad / insumo														
Formularios de referencia /contrarreferencia														

Fuente: Elaboración Propia

Anexo I

Instructivo para la aplicación de la Guía de Evaluación de registros Sanitarios

Guía de evaluación en Centros de Atención Primaria de Salud (1° Nivel de Atención)

Objetivos:

Evaluar el desarrollo de los registros en los Centros de Salud en cuanto a la existencia, calidad del llenado y valoración de los mismos por parte de los integrantes del equipo de salud, productores de los registros.

Identificar quienes completan el llenado de los registros.

Identificar la modalidad de soporte de la información utilizado para cada registro.

Consideraciones Generales:

La entrevista debe realizarse en un espacio confortable, con el acuerdo previo (día y horario) de quienes van a ser entrevistados, informándoles acerca de los objetivos de la aplicación de la guía de evaluación, como así también su carácter anónimo y la confiabilidad de los datos. La duración de la entrevista ronda entre cuarenta y sesenta minutos. La participación no es obligatoria.

Se agradece formalmente a los entrevistados por su colaboración ya que sin ellos no sería posible alcanzar los objetivos de la investigación.

Consideraciones de la Guía:

La guía está dividida en dos apartados, el primero, datos generales, y el segundo, tipo de registro, conformado por cinco ítems los que se aplican en forma sucesiva durante la entrevista. No debe quedar ningún inciso sin contestar. Al finalizar, el entrevistador señala todas las observaciones pertinentes efectuadas por los entrevistados en relación a la justificación de las respuestas dadas, excepto en el apartado que refiere a datos generales del entrevistado y el centro de salud correspondiente.

Descripción de la guía

Datos Generales

Completar los datos solicitados:

Nombre del Centro de Salud:

Subregión:

Localidad:

Fecha de la entrevista:

Nombre del encuestador:

Datos del informante: (Identificar por cargo y/o profesión)

Tipo de Registro

En este punto se consigna un listado de registros de uso más frecuente en los centros de salud agrupados según la información aportada en:

Historia Clínica: Registro Clínico por Profesional; Historia Clínica Individual; Historia Clínica Familiar.

Registros de Seguimiento: Fichero Calendario por Profesional, Fichero Calendario por programa-actividad-insumo (vacunas, medicación crónica, anticoncepción, desnutridos, control perinatal), Formulario de Referencia-Contrarreferencia.

Este apartado está conformado por 5 ítems:

Existencia

A partir de la pregunta guía: ¿qué registros hay en el centro de salud?, consignar la existencia, inexistencia o el desconocimiento acerca de la misma para cada uno de los registros, marcando con una cruz la opción correspondiente.

Calidad del llenado

A partir de la pregunta guía: ¿cómo es la calidad del llenado del registro? Se explica cómo se considera la calidad según el nivel de llenado y se marca con una cruz la opción correspondiente. Se considera que la calidad del llenado es:

Satisfactoria: cuando los datos solicitados por el registro están cumplimentados en más de las tres cuartas partes del formulario.

Medianamente satisfactoria: cuando los datos solicitados por el registro están cumplimentados entre la mitad y menos de las tres cuartas partes del formulario.

Insatisfactoria: cuando los datos solicitados por el registro están cumplimentados en menos de la mitad del registro en cuestión.

Observación: Aquí se indagan los motivos que fundamentan la valoración en relación a la “calidad de llenado”, utilizar frases breves.

Ejemplo: “resulta engorroso el llenado”, “lleva mucho tiempo”, etc.

Valoración del registro

A partir de la pregunta guía: ¿qué valoración tiene/n de la información recabada en el registro en cuanto a su utilidad para planificar actividades para el trabajo clínico, etc.?, marcar con una cruz la opción correspondiente.

La valoración es:

Buena: cuando la información registrada es habitualmente utilizada por quien/es generan el registro.

Regular: cuando la información registrada no es habitualmente utilizada.

Mala: cuando la información registrada no es utilizada.

Observación: aquí se indagan los motivos que fundamentan la “valoración del registro”, utilizar frases breves.

Ejemplo: “la información no retorna”, “se hace la Referencia y no vuelve la Contrarreferencia”, etc.

Quien/es registran

A partir de la pregunta guía: ¿quién/es completa/n los registros?, identificar y completar el/los responsable/s del llenado del registro de la siguiente manera:

Trabajadores del centro de salud de manera individual: M (médico); E (enfermero); A (administrativo); TS (trabajador social); Ot. (Otro, especificar)

Trabajadores del centro de salud como resultado del trabajo en equipo: Eq. (Equipo)

Nadie registra: se conoce de manera fehaciente que no se produce el registro

No sabe/ no lo conoce: (Ns/Nc)

Modalidades de soporte de la información

A partir de la pregunta guía: ¿qué tipo de soporte se utiliza para el llenado del registro?, consignar el mismo para cada uno de los registros, marcando con una cruz la opción correspondiente.

La modalidad de soporte puede ser:

Soporte papel: los datos son cargados a mano en planillas, formularios, etcétera.

Soporte informático en red: llenado directo de datos en bases diseñadas y conectadas con las terminales informáticas de otros efectores de la red de servicios de salud (hospitales, centros de salud, Dirección de Atención Primaria Nodo Santa Fe, Dirección de Estadística del Ministerio de Salud, etc.).

Soporte informático local (no conectado en red): base de datos construidas por el equipo de salud y utilizadas sólo a nivel local.

Anexo II: Encuesta a enfermeros y médicos. Instructivo.

ENCUESTA A ENFERMEROS

CENTROS de ATENCIÓN PRIMARIA de SALUD Y HOSPITAL de REFERENCIA

Datos generales

Nombre del Establecimiento:

Tipo: Centro de Salud

Hospital

Subregión

Localidad

Fecha de la encuesta:

Nombre del Encuestador:

Datos del Informante

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ / Sexo: F ___ M ___

Años de antigüedad:

Marque con una X donde corresponda

1-¿Existen protocolos, guías de atención unificados para el abordaje de pacientes con ERC?

Sí

No

2-¿Existen protocolos, guías de atención, acordados entre centros de salud y hospital de referencia para el abordaje de pacientes con ERC?

Sí

No

3-¿Existen protocolos, guías de controles mínimos anuales que requieren pacientes con ERC?

Sí

No

4-¿Existen criterios establecidos y avalados por su centro de salud/hospital para dar indicaciones y conducta a seguir según determinados síntomas al paciente y/o familiares?

Sí

No

5-¿Entre el servicio de guardia e internación existen protocolos de atención de enfermería comunes, para el abordaje de pacientes con ERC?

Sí

No

6-¿Existen dispositivos como, educación grupal, aerosol-terapia, cesación tabáquica?

Sí

No

7-¿Existe un Registro de pacientes con ERC?

Sí

No

8-¿Conoce la población estimada con ERC en el área/territorio de cobertura?

Sí Número No

9-¿Realiza el equipo del centro de salud/ hospital el seguimiento del paciente con ERC, post- internación y/o atención en guardia del hospital?

Sí No

10-¿Existen mecanismos formales de articulación interniveles para atención médica

Sí No

11-¿Existen mecanismos formales de articulación interniveles para estudios diagnósticos?

Sí No

12-¿Existen mecanismos formales de articulación interniveles para cuidados de enfermería?

Sí No

13-¿Existen actividades, reuniones clínicas, entre los equipos de los centros de salud y hospital para tratar temas inherentes a pacientes con ERC?

Sí No

14-¿Existen formularios de Referencia-Contrarreferencia?

Sí No

15-¿Si la respuesta es Sí, contiene un apartado con cuidados de enfermería?

Sí No

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

ENCUESTA A MÉDICOS

CENTROS de ATENCIÓN PRIMARIA de SALUD Y HOSPITAL de REFERENCIA

Datos generales

Nombre del Establecimiento:

Tipo: Centro de Salud/

Hospital

Subregión:

Localidad

Fecha de la encuesta:

Nombre del Encuestador:

Datos del Informante

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ / Sexo: F ___ M ___

Años de antigüedad:

Marque con una X donde corresponda

SECCION A

1-¿Usted sabe si existen protocolos, guías de atención unificados para el abordaje de pacientes con ERC, entre centros de salud y hospital de referencia?

Sí No

2-¿Usted sabe si existen protocolos, guías de controles mínimos anuales que requiere este problema de salud?

Sí No

3-¿Usted conoce la existencia de criterios establecidos y avalados por su centro de salud/hospital para dar indicaciones y conducta a seguir según determinados síntomas al paciente y/o familiares?

Sí No

4-¿Conoce la existencia de un Registro de pacientes con ERC?

Sí No

5-¿Conoce la población estimada con ERC, en el área/territorio de cobertura?

Sí Número: No

6-¿Usted indica medidas no farmacológicas (actividad física, pautas alimentarias)?

Sí No

7-¿Usted indica medicación específica a pacientes con ERC?

Sí No

8-¿Conoce la existencia de dispositivos como, educación grupal, aerosol-terapia, cesación tabáquica?

Sí No

9-¿Existen mecanismos formales de articulación interniveles para atención médica?

Sí No

10-¿Existen mecanismos formales de articulación interniveles para estudios diagnósticos?

Sí No

11-¿Existen mecanismos formales de articulación interniveles para cuidados de enfermería?

Sí No

12-¿Se realizan actividades, reuniones clínicas, entre los equipos de los centros de salud y hospital para tratar temas inherentes a pacientes con ERC?

Sí No

13-¿Existe el médico especialista consultor o referente hospitalario para los centros de salud?

Sí No

SECCION B1

Encuesta a Especialistas del hospital

Información obtenida con la REFERENCIA (transferencia de información clínica de la atención primaria a la especializada)

1-¿Utiliza formularios de Referencia-Contrarreferencia?

Siempre / la mayoría de las veces / a veces / pocas veces / nunca

2-El médico especialista conoce:

-a-¿el motivo de consulta?

Siempre / la mayoría de las veces / a veces / pocas veces / nunca

-b-¿las comorbilidades?

Siempre / la mayoría de las veces / a veces / pocas veces / nunca

-c-¿las pruebas diagnósticas realizadas por el médico del centro de salud?

Siempre / la mayoría de las veces / a veces / pocas veces / nunca

-d-¿la medicación prescrita por el médico del centro de salud?

Siempre / la mayoría de las veces / a veces / pocas veces / nunca

3-¿La visita al médico especialista se debió a la derivación del médico del centro de salud?

Siempre / la mayoría de las veces / a veces / pocas veces / nunca

4-¿El médico especialista suele estar de acuerdo con las indicaciones del médico del centro de salud?

Siempre / la mayoría de las veces / a veces / pocas veces / nunca

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

SECCION B2

Encuesta a médicos de los CAPS

Información obtenida con la CONTRARREFERENCIA (transferencia de información de la atención especializada a la atención primaria)

1-¿Utiliza formularios de Referencia-Contrarreferencia?

Siempre / la mayoría de las veces / a veces / pocas veces / nunca

2-El médico del centro de salud tiene información de:

-a-¿la visita al médico especialista?

Siempre / la mayoría de las veces / a veces / pocas veces / nunca

-b-¿de la atención en el servicio de guardia del hospital?

Siempre / la mayoría de las veces / a veces / pocas veces / nunca

-c-¿de la internación hospitalaria?

Siempre / la mayoría de las veces / a veces / pocas veces / nunca

3-¿El médico especialista envía al paciente a realizar las visitas de seguimiento con el médico del centro de salud?

Siempre / la mayoría de las veces / a veces / pocas veces / nunca

4 -El médico del centro de salud conoce los estudios y tratamiento prescriptos por:

-a-¿el médico especialista?

Siempre / la mayoría de las veces / a veces / pocas veces / nunca

-b-¿el médico de guardia hospitalaria?

Siempre / la mayoría de las veces / a veces / pocas veces / nunca

5-¿Realizan los médicos de los centros de salud rotaciones por los servicios del hospital?

Siempre / la mayoría de las veces / a veces / pocas veces/nunca

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

Instructivo de cuestionario dirigido a enfermeros y médicos de los centros de atención primaria de salud y hospital de referencia

Buenos días (tardes):

Estamos trabajando en un estudio de investigación que servirá para elaborar una tesis profesional referida a “Coordinación asistencial interniveles relacionada con las enfermedades respiratorias crónicas”.

Quisiéramos pedir tu colaboración para que contestes a preguntas que no llevan mucho tiempo. Tus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Te pedimos que contestes este cuestionario con la mayor sinceridad posible, no te preocupes, no hay respuestas correctas ni incorrectas.

El consentimiento informado (SI-NO) es expresado verbalmente.

Objetivos del cuestionario:

- Evaluar la existencia de protocolos, consensos, guías para la atención y seguimiento de pacientes respiratorios crónicos, y la existencia de mecanismos de articulación en el proceso de atención entre los centros de salud y hospital de referencia.
- Identificar el nivel de participación en el proceso de transferencia de información entre los médicos de los centros de atención primaria de salud (1° nivel de atención) y hospital de referencia (2° nivel de atención), para el abordaje de pacientes con ERC (asma-EPOC).

La encuesta consta de 2 apartados:

- 1- Encuesta a enfermeros.
- 2- Encuesta a médicos, está separado en sección A y sección B.

1. Encuesta a enfermeros

Esta sección tiene por objetivo evaluar la existencia de protocolos, consensos, guías para la atención y seguimiento de pacientes con ERC y evaluar la existencia de mecanismos de articulación en el proceso de atención entre los centros de salud y hospital de referencia

2. Encuesta a médicos (está separado en sección A y sección B)

2. A:

Encuesta a médicos de los centros de atención primaria de salud (CAPS) y Especialistas del hospital.

Esta sección tiene por objetivo evaluar la existencia de protocolos, consensos, guías para la atención y seguimiento de pacientes con ERC y evaluar la existencia de mecanismos de articulación en el proceso de atención entre los centros de salud y hospital de referencia

2. B:

Esta sección tiene por objetivo identificar el nivel de participación en la transferencia de información en el proceso de atención del paciente con ERC.

La sección B está separada en B1 (Encuesta a médicos Especialistas del hospital) y B2 (Encuesta a médicos de los CAPS).

- B1. Encuesta a Especialistas del hospital, con el objetivo de identificar el nivel de información obtenida con la REFERENCIA recibida de los médicos de los centros de salud (transferencia de información clínica de la atención primaria a la especializada).
- B2. Encuesta a médicos de los centros de salud, con el objetivo de identificar el nivel de información obtenida con la CONTRARREFERENCIA recibida de los Especialistas del hospital (transferencia de información de la atención especializada a la atención primaria).

Anexo III:

a) Planilla de datos de internación. Ingreso por guardia/consultorio externo

Código de Egreso					Modalidad de ingreso	
J44.0	J44.9	J45.0	J46.X	J47.X	Guardia	Cons. Extern

b) RESULTADOS: Ingresos en Internación por Guardia o Consultorio Externo

Código de Egreso					Modalidad de ingreso	
J44.0	J44.9	J45.0	J46.X	J47.X	Guardia	Cons. Extern
	X				X	
	X					X
		X			X	
	X				X	
		X			X	
	X					X
	X					X
	X				X	
	X				X	
	X					X
			X			X
	X					X
			X		X	
	X				X	
	X				X	
	X				X	

Código de Egreso					Modalidad de ingreso	
J44.0	J44.9	J45.0	J46.X	J47.X	Guardia	Cons. Extern
			X		X	
	X					X
X						X
X						X
X						X
	X					X
	X					X
X					X	
X					X	
	X					X
	X				X	
			X		X	
	X					X
X					X	
			X			X
			X			X
	X					X
	X					X
	X					X
	X				X	
	X					X
	X				X	
			X			X
				X	X	
	X				X	
	X				X	
		X			X	
	X				X	

Código de Egreso					Modalidad de ingreso	
J44.0	J44.9	J45.0	J46.X	J47.X	Guardia	Cons. Extern
		x			x	
				x		x
	x				x	
	x				x	
	x				x	
	x				x	
	x				x	
	x					x
			x		x	
	x					x
			x		x	
	x				x	
	x				x	
	x					x
			x		x	
	x				x	
x						x
x					x	
x						x
	x				x	
	x					x
x					x	
x					x	
	x				x	
	x					x
			x		x	
	x					x
x					x	

Código de Egreso					Modalidad de ingreso	
J44.0	J44.9	J45.0	J46.X	J47.X	Guardia	Cons. Extern
			X			X
			X		X	
	X					X
	X					X
	X				X	
	X				X	
	X					X
	X				X	
			X			X
				X	X	
	X				X	
	X					X
		X			X	
	X					X
	X					X
	X				X	
	X				X	
	X				X	
	X					X
		X				X
	X					X
			X		X	
	X				X	
	X				X	
	X					X

Código de Egreso					Modalidad de ingreso	
J44.0	J44.9	J45.0	J46.X	J47.X	Guardia	Cons. Extern
			x		x	
	x					x
x						x
x						x
x						x
	x					x
	x					x
x					x	
x					x	
	x					x
	x				x	
			x		x	
	x				x	
x					x	
			x			x
			x			x
	x					x
	x					x
	x					x
	x				x	
	x					x
	x				x	
			x			x
				x	x	