

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

“Evaluación del grado de desempeño de la Atención Primaria de la Salud en centros de salud del primer nivel de la provincia de Córdoba, en el marco del Plan de Radicación en el Interior en el año 2025.”

Tesista: Maximiliano Mora

Directora: Ana Carolina Godoy



Diciembre,2025

“Evaluación del grado de desempeño de la Atención Primaria de la Salud en centros de salud del primer nivel de la provincia de Córdoba en el marco del Plan de Radicación en el Interior en el año 2025.”

II. Palabras claves:

Atención primaria de salud, Primer nivel de atención, Medicina Familiar, Educación de posgrado

Tabla de contenido

III. Resumen	4
IV. Introducción	5
V. Contexto	10
Descentralización sanitaria en Argentina y sus consecuencias.....	10
La descentralización sanitaria en la Provincia de Córdoba	11
La distribución inequitativa de los recursos humanos médicos.....	12
Antecedentes de programas de formación para el Primer Nivel de Atención	13
El Plan de Radicación de médicos en la Provincia de Córdoba	15
Pregunta de investigación	16
Objetivos.....	16
Objetivo general:.....	16
Objetivos específicos:	17
V. Estado del arte	18
Estudios de valoración de la atención en Atención Primaria de la Salud	18
Algunos resultados sanitarios de los programas de formación para el Primer Nivel de Atención	21
VI. MARCO TEÓRICO	24
Atención Primaria de la Salud	24
Funciones de la Atención Primaria de la Salud	26
a. Accesibilidad y Primer contacto	26
b. Continuidad de la atención o Longitudinalidad.....	27
c. Coordinación	28
d. Integralidad de la atención	28
e. Orientación familiar	29
f. Orientación comunitaria	30
El primer nivel de atención	31
La descentralización en salud.....	32
La Medicina Familiar.....	34
La educación médica de posgrado	37
VII. Metodología.....	40
1. Tipo de Estudio	40
2. Población y Muestra	40

Población de estudio:	40
Características poblacionales:	40
Características del centro de salud:	41
Criterios de inclusión:	41
Muestra:	41
3. Variables.....	42
4. Instrumento de Recolección de Datos	44
*Criterios de inclusión: Se realizaron encuestas a usuarios a partir de los 18 años que recibieron atención en los centros de salud, y que tenían más de 6 meses de vínculo con el centro.	
5. Análisis de los Datos	45
6. Consideraciones Éticas.....	46
VIII. Resultados.....	50
Características de la muestra	50
Atributos de la Atención Primaria de la Salud	53
a) Primer contacto	55
b) Continuidad de la atención	57
c) Coordinación	61
d) Integralidad	64
e) Orientación familiar	70
f) Orientación comunitaria	72
IX. Discusión	75
X. Algunas fortalezas y limitaciones	81
XI. Conclusiones	83
XII. Referencias.....	84
XIII. Anexos.....	99
a. Cuestionario PCAT versión abreviada	99
b. Programa de formación de la especialidad de medicina familiar y general	103

III. Resumen

La Atención Primaria de la Salud (APS) es la estrategia internacionalmente reconocida para mejorar los resultados en salud pública. Barbara Starfield propone evaluar su implementación por medio del Primary Care Assessment Tool (PCAT), el cual se organiza en cuatro funciones principales (primer contacto, continuidad, coordinación e integralidad) y tres secundarias (enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural). En Córdoba el proceso de descentralización sanitaria de 1990, transfirió la responsabilidad del Primer Nivel de Atención (PNA) a los municipios, sin una transferencia de recursos ni capacidades de gestión, profundizando la distribución inequitativa de médicos y la prestación heterogénea de servicios. Ante ello, en 2019 el Ministerio de Salud junto con la Universidad Nacional de Córdoba y los municipios, implementó un plan de radicación de médicos en el interior vinculado a la formación en Medicina Familiar, con los objetivos de favorecer la distribución equitativa de los recursos humanos y fortalecer el PNA.

El objetivo de este trabajo consistió en evaluar el desempeño de las funciones de la APS en centros de salud de la provincia de Córdoba, comparando aquellos que cuentan con médicos/as del Plan de Radicación con aquellos que no. Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, utilizando la versión abreviada del PCAT. Se encuestaron a 123 usuarios, 58 correspondientes a localidades sin médicos/as del programa y 65 con médicos/as del programa. Se analizaron los atributos primer contacto, continuidad de la atención, coordinación, integralidad, orientación familiar y orientación comunitaria. Todos los centros evaluados presentaron buen desempeño en los atributos evaluados. No obstante, los centros con profesionales del programa presentaron puntajes superiores en todas las funciones en comparación a los centros sin estos profesionales, observándose diferencias significativas en continuidad de la atención, integralidad y orientación familiar. En conclusión, los centros de salud con profesionales del Plan de Radicación, mostraron mayor desarrollo de las funciones de la APS.

IV. Introducción

En la provincia de Córdoba, durante la década de 1990, se culminó con un proceso de descentralización en salud en la cual se decidió que la responsabilidad del PNA fuera transferida desde la provincia a los municipios y comunas (Ase, 2006). Este proceso de descentralización se inscribió en un contexto nacional de reformas estructurales, en el cual las políticas de salud no respondieron a principios orientados a mejorar la equidad y la eficiencia, sino que se justificaron en restricciones fiscales del gobierno Nacional (Moscoso & Modarelli, 2009; Ugalde & Homedes, 2008). La enorme responsabilidad que ese proceso significó para los municipios de la provincia de Córdoba, no fue acompañada por una acorde descentralización de recursos ni de capacidades de gestión, profundizando una distribución inequitativa de los profesionales médicos, que en Argentina se ha ido agravando progresivamente desde 1954 (Silberman & Silberman, 2022). En la actualidad, el 63% de los profesionales médicos matriculados residen en la capital provincial. Esto representa 7,7 médicos por cada mil habitantes, mientras que la mayoría de los departamentos no supera los 3 médicos por mil habitantes (Lazzarini, 2023). Esta problemática se desarrolla en profundidad en el capítulo V – Contexto del presente trabajo.

Con la sanción de la Ley 7.850 “Ley de Reforma del Estado” (Legislación Provincial de Córdoba, 1989) se creó el Fondo de Financiamiento para la Descentralización en Salud (FOFINDES), mediante el cual, la Provincia transfiere fondos coparticipables a los municipios. El reparto de estos fondos se realiza a partir del cálculo de dos indicadores. Por un lado, se aplica el coeficiente de partes iguales, el cual consiste en una distribución fija y homogénea entre cada municipio, independientemente de sus diferencias socioeconómicas y representa el 21%; y, por otro lado, el 89% restante se utiliza un criterio demográfico basado en la cantidad de habitantes (Legislación Provincial de Córdoba, 1998) (Fichetti, 2017). Este fondo es utilizado por los municipios para, generalmente, costear la estructura sanitaria, recursos humanos y gastos corrientes en salud (Ducant et al., 2022). Sin embargo, como consecuencia del proceso de descentralización previamente mencionado, la organización de los servicios de salud y

las modalidades de incorporación de profesionales quedaron sujetas a las capacidades de gestión y disponibilidad de recursos de cada municipio, ocasionando una oferta de servicios sanitarios y de conformación de equipos de salud muy heterogéneas (Ase, 2006).

Actualmente, cada municipio y comuna¹, debe contratar a los profesionales médicos con sus propios recursos, incluidos fondos provenientes del FOFINDES y, en la mayoría de los casos, mediante modalidades laborales precarias. Esta situación ocasiona una alta rotación de los trabajadores de salud, dificultando la consolidación de equipos estables en las localidades. Además, generalmente estos médicos no tienen una formación específica en el PNA, debido a que son profesionales recién egresados o especialistas de diferentes tipos, siendo la contratación de estos últimos, una de las maneras de legitimar los servicios prestados a la comunidad por parte de las autoridades municipales. En este sentido, se prioriza un modelo centrado en la enfermedad, en la demanda espontánea, con escaso trabajo comunitario y en la figura del médico como eje del servicio. Del mismo modo, es importante remarcar la pérdida del rol del “médico de cabecera”², donde los atributos de la APS, como el primer contacto, continuidad de la atención, coordinación e integralidad, se ven notablemente afectados.

En ese marco, entendemos a la APS como una estrategia y política para lograr un conjunto de resultados sanitarios (Franco-Giraldo, 2015), concepto que será desarrollado en el marco teórico de esta tesis. También, en el caso del Instituto de Medicina (IOM) norteamericano, se la entiende como: “La provisión de servicios de salud integrados y accesibles, otorgados por profesionales eficientes en la cobertura de la mayoría de las necesidades de salud de las personas, que desarrollan una relación continuada con sus pacientes, y que realizan su práctica dentro del contexto de la familia y la comunidad”

¹ En la provincia de Córdoba existen 427 gobiernos locales, divididos en municipios y comunas (Gobierno de la Provincia de Córdoba, 2025).

² Médico de cabecera: Durante la revolución francesa y la revolución industrial comienza a utilizarse este término, en relación a los médicos generales con gran compromiso social, que acuden a los domicilios para atender a los pacientes sin recursos de la beneficencia. En ese momento los médicos de cabecera atendían a familias completas y su gran componente social y político les hacía adoptar un rol definido de líderes comunitarios, consejeros, epidemiólogos, etc. (Zarco Rodríguez, 2025).

(Institute of Medicine, 1994). En Argentina, en las bases del Plan Federal de Salud (2004), se la define como la “estrategia que concibe integralmente los problemas de salud – enfermedad – atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación” (Stolkiner et al., 2011, pág. 2810).

La estrategia de APS cumple un rol central para funcionamiento adecuado de los sistemas de salud, al favorecer un cuidado más eficiente y equitativo en relación con las necesidades de la población (Segalini et al., 2017). En este sentido, la evaluación de su desempeño resulta una actividad fundamental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso el objetivo mundial de lograr una atención primaria universal en los seis ámbitos definidos en la conferencia de Alma Ata: primer contacto, continuidad de la atención, integralidad, coordinación, orientación a la persona o a la familia y orientación a la comunidad. Este compromiso fue reafirmado en la Declaración de Astana (OPS/OMS, 2018) en la cual se renovó el consenso de la APS como la base de los sistemas de salud. Además, tanto la OMS como la OPS han posicionado a la APS, y el fortalecimiento del PNA, como la estrategia fundamental para lograr los objetivos en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ONU, 2015). Estos atributos, consensuados internacionalmente, han demostrado ser eficaces para identificar el alcance de los servicios de atención primaria y monitorear la calidad de APS (López García & Barber Pérez, 2024).

Existen múltiples herramientas y cuestionarios utilizados para evaluar la calidad y resultados de la APS, sin embargo, el Primary Care Assesmet Tool (PCAT) se destaca por ser uno de los más completos, presentar mayor uso y distribución geográfica. Este permite evaluar la calidad de la atención primaria desde la perspectiva de los usuarios, profesionales y directivos, e incorpora las dimensiones de la atención primaria definidas por la OMS (López García & Barber Pérez, 2024). Una de las formas de evaluar estas dimensiones es por medio de la valoración de la experiencia de los usuarios, ya que finalmente son estos los que permiten validar integralmente el proceso de atención y evaluar el grado de desempeño de los atributos de la APS en los centros analizados

(Rodríguez et al., 2007; D'Avila et al., 2017). Por lo tanto, resulta un instrumento muy valioso y apropiado para la evaluación de la APS mediante el grado de desempeño de sus funciones.

Ramírez et al. (2011) realizaron una revisión de experiencias sudamericanas basadas en APS para describir las condiciones de éxito para su implementación. Los autores señalan la importancia de recursos humanos calificados para establecer relaciones con las familias y las comunidades en función de la salud y optimización de los cuidados, así como la conformación de equipos interdisciplinarios. Starfield (2001), en sus estudios, demostró que los resultados en salud fueron mejores cuando se tuvieran más médicos en atención primaria, entendidos estos como “medicina familiar, medicina interna general y pediatría general”; y citando a Shi (1992) y Farmer (1991) entre otros, corrobora que “en los Estados Unidos la atención primaria es responsabilidad principalmente de los médicos de estas especialidades”. Es interesante destacar que las zonas geográficas con mayor tasa de médicos generales y de familia por población tienen menor tasa de internación por enfermedades que pueden ser prevenidas desde la atención primaria. Este efecto no se observa en el caso de mayor cantidad de médicos internistas y pediatras (Parchman & Culler, 1994). Además, la mayor cantidad de médicos generales produce un efecto favorable en las zonas con gran inequidad en los ingresos, es decir que a mayor cantidad de médicos de atención primaria mayor equidad en salud (Starfield, 2001). En este sentido la medicina familiar se constituye como una especialidad adecuada para lograr estos objetivos.

Sin embargo, a pesar de la evidencia y logros mencionados en el párrafo anterior, donde se reconoce el rol central de los médicos de atención primaria, y en particular de los médicos de familia, la realidad muestra una situación diferente. En la práctica se observa una tendencia preocupante tanto en la formación de estos recursos como en su disponibilidad. Los sistemas tradicionales de residencias médicas continúan concentrados en grandes ciudades con hospitales de mayor infraestructura. En estos centros se priorizan las especialidades de mayor rentabilidad, con una visión basada en

el modelo hospitalocéntrico³ y no relacionadas con la APS. Según Rovere (2006), el modelo hospitalocéntrico de residencias, reproduce jerarquías simbólicas entre especialidades, asociando el prestigio profesional al trabajo en hospitales de alta complejidad. Esta situación no responde únicamente a decisiones individuales, si no que se relaciona con la organización del sistema de residencias así como la priorización de la política de recursos humanos de cada país (Silberman & Silberman, 2023). Sumado a esto, existe una crisis de la Medicina Familiar y General dentro del sistema de residencias, ya que datos nacionales muestran una disminución sostenida de aspirantes, abandono temprano de la especialidad, baja valoración económica y simbólica, y escaso desarrollo de oportunidades de desarrollo profesional (Calbano, 2017). En el capítulo “Contexto” se desarrollarán estos números.

En el año 2019 se propuso desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba en coordinación con la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) y los municipios de la provincia, un “Plan de radicación de médicos en el interior” anclado a la formación académica en Medicina Familiar y General (Gobierno de Córdoba, 2019). Es reconocido que el fortalecimiento del PNA y el logro de sistemas de salud más eficientes, equitativos y de calidad requieren de la disponibilidad de profesionales formados en atención primaria. En estos sistemas, el primer contacto, la continuidad de la atención, la coordinación de la atención y la atención integral han demostrado ser las funciones que mayores beneficios sanitarios presentan. En ese sentido, la valoración del grado de desempeño de estos atributos, en la atención de los centros del PNA de la Provincia de Córdoba es esencial para evaluar la calidad y funcionamiento de los servicios de atención médica basados en APS. Así mismo, poder comparar centros con médicos formados en el marco del plan de radicación y aquellos centros sin médicos del plan, resulta indispensable para el análisis y evaluación de políticas públicas y de recursos humanos en salud.

³ El modelo hospitalocéntrico se caracteriza por prácticas dirigidas a la curación, a la medicalización de los problemas de salud y al abordaje fragmentado de la persona a través de múltiples especialidades y subespecialidades; y asigna un valor inferior a las prácticas de los centros de salud, preventivas o comunitarias (Palomo, 2022).

V. Contexto

Descentralización sanitaria en Argentina y sus consecuencias

En Argentina, una de las primeras olas de descentralización del sistema de salud ocurrió en el período entre 1955 y 1978 luego del derrocamiento de Perón. En este período se transfirieron las responsabilidades técnicas y administrativas de los establecimientos públicos de salud nacionales a los gobiernos provinciales sin contrapartida financiera. Los resultados de esta transferencia no fueron exitosos, ya que generó un deterioro en la oferta de servicios públicos. Además las provincias aumentaron sus niveles de gasto y endeudamiento (Moscoso & Modarelli, 2009).

En la década de 1990 se implementaron distintas políticas públicas descentralizadoras en el sistema de salud argentino. Las políticas que caracterizaron esta etapa fueron: la transferencia de hospitales nacionales hacia las provincias, la creación de los hospitales de autogestión, los hospitales de gestión descentralizada y las políticas relacionadas a la atención primaria de la salud como el Plan Remediar y los seguros provinciales de salud (Moscoso & Modarelli, 2009). Estas reformas fueron justificadas bajo el discurso de la eficiencia, calidad y equidad en la atención, sin embargo, en la práctica, se vieron condicionadas bajo una lógica ajuste fiscal y reducción de la presencia del Estado.

Muchos autores, como Cetrángolo & Gatto (2002) y Vilas (2003), coinciden en que estas políticas no conformaron un procedimiento ordenado de reforma sectorial, ya que no fueron tenidos en cuenta factores para mejorar la eficiencia en la producción de servicios de salud y la equidad en la cobertura, sino que estuvieron enfocadas solamente en restricciones fiscales. Para Maceira (2008) existió dificultad en aplicar una cobertura homogénea en la cual se garantice la equidad en la asignación de recursos. Para Stolkiner (2003), la descentralización en Argentina se caracterizó por su carácter autoritario y/o tecnocrático. El discurso de mayor control por parte de la comunidad y el incremento en la participación no pasó. Las propuestas se caracterizaron por ser

técnicas, y fueron acompañadas de un progresivo desfinanciamiento del sector público. Además, no se tuvieron en cuenta las desigualdades socioeconómicas ni geográficas. Como resultado se profundizaron las brechas de inequidad, afectando principalmente a los usuarios de menores recursos.

La descentralización sanitaria en la Provincia de Córdoba

La descentralización en la Provincia de Córdoba se implementó con fuerza a finales de 1980 y mediados de 1990. La reforma de la constitución provincial de 1987 sentó las bases de dicho proceso, reconociendo la autonomía plena de los municipios de la provincia, ampliando sus competencias y atribuciones (M. Bernal & Bizarro, 2019). Según Lardone & Cingolani (2006) el proceso de descentralización en la provincia sucedió en dos etapas: una primera entre 1989 a 1995, con mayor consenso con los municipios y comunas, los cuales podían aceptar o no los convenios de transferencias; y una segunda de manera más impulsiva y acelerada en la cual, en menos de un año, se transfirió el 91% de los efectores provinciales a los municipios y comunas.

En esos años se transfirieron los efectores definidos por la Provincia como “descentralizables”, es decir todos aquellos efectores de baja complejidad asistencial, a los gobiernos locales. Este proceso se caracterizó por una lógica economicista, ya que sucedió en el marco de una crisis fiscal por la que atravesaba la Provincia. Además, no se generaron instancias o mecanismos de desarrollo y fortalecimiento de capacidades de gestión por parte del nivel central, lo que condicionó la capacidad de los gobiernos locales para cumplir de manera efectiva las nuevas responsabilidades (Ase, 2006).

En la Provincia de Córdoba, la descentralización de los servicios de salud implicó una pérdida de la calidad de los servicios prestados y una gran heterogeneidad en las respuestas sanitarias que cada jurisdicción brindaba, profundizando las desigualdades regionales y provocando enormes inequidades en el acceso a los servicios de salud. En conclusión, algunos de sus resultados más significativos son: la falta de coordinación entre los niveles, la fragmentación del sistema, la atomización de las respuestas sanitarias, el uso irracional de los recursos, los problemas de financiamiento y el

fortalecimiento del modelo médico hegemónico (Ase, 2006; Ase & Burijovich, 2009, 2022).

La distribución inequitativa de los recursos humanos médicos

La enorme responsabilidad que el proceso de descentralización significó para los municipios de la provincia de Córdoba, no fue acompañada por una acorde descentralización de recursos ni de capacidades de gestión, profundizando una distribución inequitativa de los profesionales médicos, que en Argentina se ha ido agravando progresivamente desde 1954 (Silberman & Silberman, 2022). En la actualidad, el 63% de los profesionales médicos matriculados residen en la capital provincial. Esto representa 7,7 médicos por cada mil habitantes, mientras que la mayoría de los departamentos no supera los 3 médicos por mil habitantes (Lazzarini, 2023). En este sentido retomando a Silberman, esta no es una situación particular de Córdoba, sino que se observa a nivel nacional, donde las grandes ciudades concentran la mayor tasa de médicos por habitante, concentrándose el 72% de los profesionales en solo cuatro jurisdicciones: Ciudad autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe.

En relación al ingreso a especialidades o residencias médicas, en Argentina, se gradúan unos 5500 estudiantes de medicina por año, donde el 90% de estos tienen la posibilidad de acceder a un sistema de residencias, mostrando una mejora con décadas atrás donde solo el 60% de los graduados disponía de una vacante. Sin embargo, las especialidades como anestesia, cirugía y ortopedia presentan una ocupación del 100% de sus vacantes, mientras que las especialidades consideradas prioritarias para el sistema de salud como medicina familiar, neonatología y terapia intensiva el 60% de sus cargos permanecen vacantes (Ministerio de Salud, 2015). Esta situación no responde únicamente a decisiones individuales, si no que se relaciona con la organización del sistema de residencias así como la priorización de la política de recursos humanos de cada país (Silberman & Silberman, 2023). Además, Calbano (2017) señala, que existe una crisis de la Medicina Familiar y General dentro del sistema de residencias, ya que

datos nacionales muestran una disminución sostenida de aspirantes, abandono temprano de la especialidad, baja valoración económica y simbólica, y escaso desarrollo de oportunidades de desarrollo profesional.

Esto se vio reflejado en algunos estudios, donde en los últimos años (2014 a 2020) hubo un incremento de las especialidades médicas en un 23,47% mientras que, en las especialidades vinculadas a la APS, existió una disminución del 3,8% (Silberman & Silberman, 2022). Otro estudio realizado por Pérez et al. (2015) muestra que, en la Provincia de Córdoba, del número total de especialistas, el 31,21% corresponden a especialidades básicas como ginecología, pediatría, clínica médica y medicina general entre otras, y dentro de este grupo solo el 3% se corresponde a medicina general. Si se considera que la mayor demanda poblacional está ocasionada por problemas de salud generales, esta proporción se considera deficiente para la atención integral de las personas. Como consecuencia, esta demanda poblacional es cubierta por otras especialidades lo que genera mayores gastos en salud y saturación de los servicios y especialidades médicas (Chuit & Iglesias, 2004).

Antecedentes de programas de formación para el Primer Nivel de Atención

En Argentina, la reforma delineada en los Planes Federales de Salud 2007 - 2010 y 2010 – 2016⁴, prioriza al PNA como el organizador del sistema salud y promueve la formación de recursos humanos capacitados. En ese sentido, el Ministerio de Salud de Nación en el año 2008, reorientó las becas nacionales hacia las especialidades priorizadas, entre ellas, la medicina general y de familia (Calbano et al., 2013).

⁴ Este Plan establece prioridades de política sanitaria consensuadas a través del COFESA, con la participación del Poder Ejecutivo y Poder Legislativo, las universidades, sociedades científicas los trabajadores de la Salud y organismos internacionales. Las mismas permiten definir los lineamientos generales para el establecimiento de metas y estrategias que sirvan para la planificación global del sistema sanitario en todos los niveles de gobierno (Ministerio de Salud, 2010).

En el año 2002 comenzó el Programa de Salud Familiar (PSF), implementado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba (Argentina) y concluyó en el año 2007. El mismo fue enmarcado en la estrategia de APS (Nocetti & Paulín, 2011), e implicó un importante trabajo de coordinación con las autoridades municipales con el objetivo de fortalecer el rol del primer nivel como puerta de entrada al sistema de salud (Ase, 2006).

En el año 2004 se implementa el Programa de Médicos Comunitarios (PMC), una estrategia de gestión integral junto a provincias y universidades de todo el país para el fortalecimiento de los recursos humanos del PNA y la permanencia de los mismos en el sistema público de salud a través de la oferta de educación médica y la práctica en terreno mediante una beca y financiamiento económico a equipos interdisciplinarios. Esta propuesta pedagógica implementó sus conocimientos en el efector y en el territorio. En el programa se explicitaba el objetivo de lograr un sujeto crítico y reflexivo que problematice su realidad, pudiendo articular teoría y práctica. La carga horaria de los equipos constaba de una parte asistencial y otra parte de actividad comunitaria. Las actividades eran articuladas a través de un “facilitador-tutor” (González Sánchez et al., 2018).

En ese mismo año se implementó en la provincia de Córdoba el Sistema Integrado Provincial de Salud (SIPS). En ese marco, se organizó a la Provincia en regiones sanitarias, las cuales respetaban principalmente las relaciones y las interacciones de las personas en sus mecanismos de comunicación y no las determinaciones geográficas en cuanto a la región o límites departamentales. Dentro del SIPS se establecieron, entre otras prácticas, la de optimizar y fortalecer la capacitación del personal de salud en el marco de la Ley 9.133 de Garantías Saludables del año 2003 (Legislación de Córdoba, 2003). Así se privilegió la formación de recursos humanos en salud aumentando el número de becas para residentes y reconvirtiendo a los equipos de salud con orientación a la prevención y atención primaria. De esta manera, los becarios recibían formación académica en su lugar de práctica. Se involucró a 54 localidades dentro del SIPS con el objetivo de descentralizar y regionalizar el sistema de Salud Provincial.

El Plan de Radicación de médicos en la Provincia de Córdoba

Como respuesta a las problemáticas mencionadas con anterioridad y teniendo en cuenta las experiencias previas, en el año 2019 se propuso desde el Ministerio de Salud de la Provincia en coordinación con la UNC y los municipios, un “Plan de radicación de médicos en el interior” anclado a la formación académica en Medicina Familiar y General. El Ministerio de Salud de la Provincia definió las localidades para la implementación del Plan⁵. A los profesionales que se inscribieron para realizar la formación y radicarse, se les realizó entrevistas con el objetivo de identificar posibles preferencias de ubicación en alguna localidad. Finalmente, considerando dichas entrevistas y las prioridades establecidas, el ministerio definió a qué localidad iba cada profesional.

La modalidad de la formación es a distancia y con una duración de tres años, donde cada médico/a en formación se debe radicar en un municipio. El profesional debe realizar sus prácticas asistenciales en el centro de salud del PNA de la localidad y guardias en los hospitales provinciales regionales de su zona, así como asistir a espacios teóricos virtuales como parte del proceso de formación (Godoy et al., 2024). Además, una vez finalizado los tres años de la residencia en Medicina Familiar, el médico o médica egresado debe comprometerse con en el municipio en el cual se formó con tres años de carga pública, es decir debe permanecer en la localidad y en el centro de salud donde realizó su formación. Es importante mencionar que los objetivos de la implementación del plan en la provincia son promover la distribución equitativa de los recursos humanos médicos en el interior, formados y especializados en medicina general y de familia, así como el fortalecimiento del PNA en la mayoría de los municipios que integran la provincia.

La formación de los profesionales del plan de radicación está basada en el programa de la carrera de especialización en medicina general y de familia aprobado por la

⁵ Los criterios de selección de los municipios fueron modificándose en las sucesivas convocatorias del Programa. Sin embargo, estos criterios no se encuentran formalmente documentados, lo que dificulta conocer de manera exacta las justificaciones para la incorporación de cada localidad en las distintas convocatorias.

Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitarias (CONEAU)⁶. El programa está centrado en el desarrollo de una propuesta teórica-metodológica para el abordaje integral del proceso salud enfermedad atención y cuidado, basado en un modelo de atención centrado en la persona, la familia y la comunidad en contrapartida a un modelo centrado en la enfermedad. En la formación, a partir de este modelo, se destaca la escucha activa, la exploración de la enfermedad y la dolencia, la comprensión integral de la persona y su familia, la búsqueda de un campo común y generación de acuerdos, el aprovechamiento de cada oportunidad para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, la construcción y cuidado de la relación médico-paciente, la proactividad por parte del profesional y la definición de un espacio poblacional de cuidado (Suarez Cuba, 2012; Fuentes & Albino, 2016).

Pregunta de investigación

¿Cuál es el grado de desempeño de las funciones de la APS en los centros de salud del PNA con médicos del plan de radicación y en centros de salud sin médicos del plan en el año 2025, desde la perspectiva de los usuarios?

Objetivos

Objetivo general:

- Evaluar el grado de desempeño de las funciones de la APS en los centros de salud con médicos del plan de radicación y en los centros de salud sin médicos del plan en el año 2025.

⁶ La CONEAU es una agencia nacional de acreditación pública, descentralizada, con autarquía presupuestaria y autonomía operativa, que funciona en el ámbito del Ministerio de Educación y está integrada por miembros del Ministerio de Educación, del poder legislativo y del sistema universitario (Centeno et al., 2017).

Objetivos específicos:

- Evaluar el desempeño del primer contacto en centros de salud con médicos del plan de radicación y en centros de salud sin médicos del plan.
- Evaluar el desempeño de la continuidad de la atención en centros de salud con médicos del plan de radicación y en centros de salud sin médicos del plan.
- Evaluar el desempeño de la coordinación en centros de salud con médicos del plan de radicación y en centros de salud sin médicos del plan.
- Evaluar el desempeño de la integralidad en centros de salud con médicos del plan de radicación y en centros de salud sin médicos del plan.
- Evaluar el desempeño de la orientación familiar en centros de salud con médicos del plan de radicación y en centros de salud sin médicos del plan.
- Evaluar el desempeño de la orientación comunitaria en centros de salud con médicos del plan de radicación y en centros de salud sin médicos del plan.

V. Estado del arte

Estudios de valoración de la atención en Atención Primaria de la Salud

Existen múltiples estudios basados en la propuesta de Barbara Starfield (2001) que evalúan el grado de implantación de las funciones de la APS en los centros de salud desde la perspectiva de los usuarios. Sin embargo, pocos estudios comparan el grado de desempeño de las funciones entre centros de salud, así como la evaluación de programas orientados en APS. Algunos de ellos son los realizados por Macinko et al. (2007) en Brasil y Berra et al. (2018) en Argentina.

En Petrópolis, una ciudad serrana del Estado de Río de Janeiro, Macinko et al. (2007) compararon unidades con equipos de salud familiar y unidades con atención tradicional. Se encuestó a usuarios adultos por medio del PCAT y los resultados obtenidos en las dimensiones puerta de entrada, integralidad, y orientación familiar y comunitaria fueron significativamente más altas para los usuarios que asistieron a servicios de salud familiar que para los usuarios de servicios tradicionales. Además, presentaron un 20% mayor la valoración general de la experiencia que en los servicios tradicionales. Sin embargo, los dos tipos de servicios obtuvieron puntuaciones bajas en lo referido a acceso.

Otro estudio realizado en Brasil, específicamente en la ciudad de San Pablo por Elias et al. (2006), compararon el Programa de Salud Familiar y sus equipos de salud familiar con las unidades básicas de salud, cuyos equipos estaban formados por clínicos, pediatras, ginecólogos y enfermeros. La evaluación se realizó mediante el PCAT, donde se encuestaron a usuarios, profesionales y gestores. En las encuestas realizadas a los usuarios se observaron diferencias estadísticamente significativas favorables para las funciones primer contacto, coordinación, orientación familiar y orientación comunitaria. Sin embargo, en las encuestas realizadas a profesionales y gestores no se identificaron diferencias significativas en ambos modelos de atención. Desde la perspectiva de los

usuarios, estos resultados indican que las unidades de salud familiar ofrecen una atención más integral, continua y centrada en la familia y la comunidad que las unidades tradicionales.

En un trabajo realizado por Acosta et al. (2011) en la Provincia de Córdoba donde se evaluó la satisfacción de los usuarios en centros de salud del PNA, fueron valorados los siguientes aspectos: sociodemográficos, tipo habitual de asistencia a la que accede, información básica sobre salud y atención sanitaria, motivos de consulta en los centros y accesibilidad a los mismos. Se realizaron encuestas a 185 usuarios de 9 centros de salud, y se obtuvieron los siguientes resultados: en relación a la atención recibida por parte del médico, el 81,1% de los encuestados refirió que se encontraba totalmente satisfecho con la explicación de su problema por parte del profesional; el 82,7% se encontraba satisfecho con el trato brindado por el profesional y el 80,5% se encontraba totalmente satisfecho con el alivio o curación de su problema.

Prates et al. (2017) realizaron una revisión sistemática cuyo objetivo fue analizar los estudios que evaluaron el desempeño de los servicios de APS mediante el PCAT desde la perspectiva de los usuarios entre el año 2007 y 2015. La mayoría de estos estudios fueron realizados en Brasil, aplicándose en unidades básicas de atención, así como en la Estrategia de Salud Familiar. Los resultados hallados describen que las funciones mejor valoradas fueron primer contacto y continuidad de la atención, mientras que los peores resultados fueron orientación familiar, orientación comunitaria e integralidad. Para los autores estos resultados reflejan debilidades estructurales y organizacionales en los servicios de APS, así como limitaciones en la coordinación entre niveles de atención, en la oferta de servicios integrales y en la incorporación del enfoque familiar. Dicho estudio concluye que se requieren recursos físicos, materiales y humanos a fin de mejorar el desempeño de las funciones.

Li et al. (2018) realizaron un estudio en la ciudad de Guangzhou (China) con el objetivo de determinar si contratar un médico de familia⁷ mejoraba la calidad de la atención primaria. Por medio de la aplicación del PCAT, los autores compararon los usuarios que habían contratado a un médico de familia con quienes no lo habían hecho. Como resultados obtuvieron que las personas que habían contratado a un médico de familia presentaron mejores desempeños de las funciones de continuidad, integralidad y orientación familiar, concluyendo que la contratación de un médico de familia se asocia a una mayor calidad en la atención primaria.

En Argentina, un estudio realizado por Cossani et al. (2018) en los servicios de salud del PNA de Concepción del Uruguay (Entre Ríos), evaluaron las funciones de la APS desde la perspectiva de los usuarios y profesionales de los centros de salud por medio del PCAT. Las funciones con mayor valoración por las personas usuarias fueron la longitudinalidad en los cuidados, la coordinación en su subdimensión estructural relativa a sistemas de información y la competencia cultural de los servicios. No obstante, las funciones con cumplimiento insuficiente fueron el acceso al primer contacto, la integralidad de los servicios recibidos y el enfoque familiar en la atención. En relación a la integralidad de los servicios recibidos, las autoras lo atribuyeron a la escasez de médicos generalistas en los cuatro centros de salud. Las autoras concluyeron que el desempeño de las funciones de la APS en los centros evaluados fue insuficiente.

En otro estudio realizado en Argentina, más precisamente en Córdoba por Berra et al. (2018), analizaron las experiencias de usuarios en centros de salud públicos de la capital y de obras sociales, evaluando las funciones de primer contacto, continuidad de la atención, coordinación, integralidad, enfoque familiar y orientación comunitaria mediante el PCAT. Los resultados mostraron desempeños insuficientes en las funciones

⁷ Los servicios de contrato de medicina familiar tienen por objetivo fomentar un vínculo más estrecho entre las personas y los médicos de cabecera, reforzando la atención primaria mediante la reorganización de los servicios para cumplimentar las principales características de la atención primaria. Los pacientes firman voluntariamente un contrato con un médico de cabecera que eligen libremente. Tras firmar un contrato con un paciente, el médico actúa como fuente habitual de atención y primer contacto de atención para todo el sistema sanitario (Li et al., 2018).

primer contacto, coordinación, orientación comunitaria e integralidad y mejores desempeños en las funciones continuidad de la atención y enfoque familiar. Las autoras concluyeron que el cumplimiento de las funciones esperables para centros de salud del PNA fueron insuficientes, destacando la necesidad e importancia de mejorar estos resultados.

Algunos resultados sanitarios de los programas de formación para el Primer Nivel de Atención

Es interesante destacar que, en la mayoría de los países de América Latina, en los cuales se han implementado programas de formación y asignación de médicos con el objetivo de fortalecer el PNA han sido evaluados en relación a la cobertura y disponibilidad de recursos humanos. Solo en algunos países como Brasil se han realizado investigaciones sobre resultados sanitarios. En este sentido, Brasil cuenta con un gran desarrollo de producción científica en relación a resultados sanitarios en APS.

Algunos ejemplos de esto son los trabajos realizados por Jantsch et al. (2021, 2022, 2023) en Río de Janeiro, en los cuales se realizó seguimiento durante seis años de una cohorte de 600.000 pacientes donde analizaron múltiples consultas y compararon a médicos de familia con 2 años de residencia y a médicos sin formación en medicina familiar. Estos estudios demostraron que los médicos con residencia en medicina familiar diagnostican un mayor número de enfermedades crónicas, solicitan menos pruebas diagnósticas de laboratorio, realizan derivaciones al segundo nivel de atención con mayor criterio clínico, reducen las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria⁸ y mejoran la coordinación y continuidad de la atención de los pacientes.

⁸ Las condiciones sensibles a la atención primaria son aquellas afecciones para las cuales una atención primaria de calidad, oportuna y efectiva puede prevenir las internaciones. Las altas tasas de internaciones debidas a estas afecciones indicarían que la atención primaria brindada a la comunidad no es óptima. Este

En Brasil, en el año 2013, se implementó el Programa “Mais Médicos” con el objetivo de priorizar los municipios con mayores vulnerabilidades en salud, a fin de reducir la escasez de médicos en el territorio nacional y garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud. Si bien este Programa amplió la cobertura asistencial e hizo más equitativa la distribución de recursos en Atención Primaria, no pudo resolver problemas estructurales del sistema público (Campos & Pereira, 2016). Además, en la práctica existió heterogeneidad en la forma de proceder de los equipos de atención primaria, debido a que los municipios tienen disponibilidad de recursos y capacidad de gestión propia.

En estudios realizados en comunidades quilombolas en Río Grande do Norte y Pará se observó qué, lo más destacado por los usuarios estaba relacionado con la presencia constante de médicos en las Unidades Básicas de salud, la mayor facilidad para la programación de turnos, el aumento de las visitas domiciliarias y las diferencias en la práctica clínica. Además, varios participantes destacaron el mayor seguimiento de enfermedades crónicas, así como la participación en grupos de prevención, que antes no existían (Pereira et al., 2015).

Según resultados del estudio realizado por Girardi et al. (2016) en municipios pobres de Brasil mostraron efectos beneficiosos del Programa como ser: el alto grado de satisfacción en las dimensiones “tiempo de espera para programar consulta” y “asistencia durante la consulta”, además los usuarios, refirieron que los médicos escucharon atentamente sus quejas, el profesional siempre brindó información necesaria, explicó claramente el tratamiento y que se entendieron las instrucciones dadas. También fueron realizadas entrevistas a gestores y profesionales de la salud donde señalaron que el Programa aportó “nuevas experiencias y prácticas de cuidado que contribuyeron a la mejora de la APS, además del apoyo constante en la organización de los servicios y trabajo en equipo”. Además, se realizaron entrevistas a directivos y profesionales de salud en los municipios donde se observó qué la integración del profesional médico ha

concepto es utilizado mundialmente para medir el impacto de políticas en APS, y en Brasil para demostrar el impacto de la Estrategia de Salud Familiar (Jantsch et al., 2023).

ampliado la capacidad diagnóstica de problemas del territorio, así como trajo más agilidad y continuidad en el trato con el usuario.

En Chile a partir de 1955, se inició “El Programa de Médicos Generales de Zona”, cuyo objetivo principal es captar médicos para que trabajen en hospitales de atención primaria y centros de salud rurales durante tres años como mínimo (y seis como máximo). El programa ofrece como incentivo principal el acceso a una residencia pagada en un hospital universitario, complementando con salarios y otros beneficios proporcionales según el grado de aislamiento geográfico y de la responsabilidad clínica. El formato del Programa se ha mantenido estable durante años y es considerada una experiencia exitosa en términos de captación de médicos y distribución geográfica de los mismos. Sin embargo no fue evaluado en términos de impacto sanitario y resultados en Atención Primaria (Peña, 2015).

VI. MARCO TEÓRICO

Atención Primaria de la Salud

Desde la declaración de Alma Ata en 1978 el concepto de APS está en la discusión de la mayoría de los sistemas de salud del mundo. El mismo ha sido reinterpretado y redefinido en múltiples ocasiones, lo que ha generado confusión sobre su significado y en la práctica (OPS/OMS, 2024). Actualmente la OMS y UNICEF (2018) definen a la APS como un enfoque integral de salud, centrado en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible, que abarca desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y cuidados paliativos, con el objetivo de garantizar el mayor nivel posible de salud de manera equitativa y en el contexto cotidiano de las personas.

El concepto de APS no estuvo ajeno a las políticas de ajuste y reestructuración de los organismos internacionales de crédito como señala Rovere (2012) al referirse a la iniciativa del Banco Mundial ('Invertir en Salud', 1993), con su expectativa de demoler la agenda de APS a través de su conocido énfasis en la focalización y su posterior fracaso. Según Testa (1988) el significado de la atención primaria está dado por el sistema de salud en la cual se encuentra inserta, con lo cual puede tener un significado concreto o tener un significado abstracto, el que corresponde a su definición ideológica, como la que se observa en los documentos de la OMS.

Para Tejada de Rivero (2013) la APS es una forma conceptual, orgánica y comprensiva orientada a los factores causales o "causas primarias" de los problemas de salud con el fin de reducir las inequidades, las desigualdades sociales y la falta de solidaridad en el cuidado de la salud de todos. Es una forma de cuidado integral de la salud que se aplica en todo el sistema de salud y afecta a todos sus niveles. Para el autor, la APS no es un nivel de atención, no es un paquete de actividades mínimas reparativas y tampoco es medicina tradicional para pobres. En este sentido, la APS Renovada promovida por OPS/OMS (2007), establece un nuevo marco de referencia

donde el PNA se fortalece y constituye una de las muchas dimensiones a considerar, reafirmando que la APS tiene elementos estructurales y funcionales que trascienden de forma significativa el PNA.

Una definición diferente de APS integral surgió en el contexto de reformas sociales y de salud progresistas más recientes en oposición a una atención selectiva. Esto se vio impulsado por los trabajos conceptuales y basados en evidencia de Starfield sobre las formas en que los componentes estructurales y procedimentales de los sistemas de atención primaria mejoran la prestación de servicios de salud y promueven la equidad y la efectividad del sistema sanitario (Ramírez et al., 2011).

Starfield (1998) basándose en dos informes del Instituto de Medicina (IOM, 1978) en los cuales definieron a la atención primaria, propone cuatro características principales de los servicios de atención primaria para evaluar. Estas características son: acceso de primer contacto para cada necesidad; atención a largo plazo centrada en la persona (no en la enfermedad); atención integral para la mayoría de las necesidades de salud; y atención coordinada cuando esta debe buscarse en otro lugar. En este sentido, la atención primaria se evalúa como "buena" según el grado de cumplimiento de estas cuatro características. Además, para algunos propósitos, también se incluye la orientación hacia la familia y la comunidad.

Para Vignolo et al. (2011), la APS debe ser entendida como una estrategia, perspectiva con la cual estamos de acuerdo, destinada a superar los modelos biomédicos tradicionales centrados en la enfermedad, en los cuales se priorizan servicios curativos costosos basados en el segundo y tercer nivel de atención; por modelos basados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a costos que sean razonables para la comunidad. En este sentido, la estrategia de APS es aplicable para todos los niveles de atención, y por lo tanto no debe ser entendida como sinónimo del primer nivel (Vignolo et al., 2011).

Funciones de la Atención Primaria de la Salud

a. Accesibilidad y Primer contacto

En todo sistema de salud resulta inherente la organización de los servicios sanitarios según niveles de atención. Esta organización supone la existencia de una puerta de entrada cada vez que la persona tiene un problema de salud, y que esta puerta debe ser “accesible”. Esta puerta funciona como un filtro, ya que la mayoría de las personas no tienen conocimiento suficiente para tener un juicio informado acerca de la gravedad del problema por el cual consultan. Es conocida la importancia y ventajas de un primer contacto útil en la disminución de la mortalidad y morbilidad, así como para considerarlo una característica clave de la atención primaria (Starfield, 1998).

Los conceptos acceso y accesibilidad han sido utilizados indistintamente, y muchas veces con ambigüedad. Millman (1993) definió al acceso como la “utilización oportuna y adecuada de los servicios de salud para conseguir los mejores resultados”. Esta definición implica que el acceso no tiene sentido si no se dispone de servicios de salud con efectividad demostrada. Según Starfield (1998) la accesibilidad hace posible el contacto con los servicios, es decir es un aspecto estructural del sistema sanitario; y el acceso “es la forma en la que la población experimenta esta característica de su servicio de salud”.

El concepto accesibilidad ha sido muy difundido desde 1960, y muchos autores la han definido como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta, sin embargo, queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. En este sentido, Comes et al., definen a la accesibilidad como “una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse” (Comes et al., 2007, pág. 202). Para Stolkner & Otros (2000) dicho vínculo se construye a partir de una combinación entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los

sujetos, y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios”

b. Continuidad de la atención o Longitudinalidad

En la APS la continuidad de la atención es la relación personal que se establece a lo largo del tiempo entre el médico o médica y las personas. Es importante señalar que la interrupción asistencial no pone fin a dicha relación. La continuidad de la atención significa que las personas de una comunidad identifican a un profesional o centro de atención como el suyo. La esencia es la relación personal en el tiempo, en donde el médico y la persona llegan a conocerse mutuamente (Starfield, 1998). La continuidad de la atención es una característica propia del PNA.

En este sentido, Gervas (2012) la define como la atención por el mismo médico a lo largo de toda la vida de la mayoría de los problemas del paciente y familia, con un sentido de responsabilidad por parte del profesional para aquellas personas que consultan y las que no consultan, y el reconocimiento por los pacientes de “su médico” como fuente principal de cuidados. De este modo la longitudinalidad conlleva un profundo conocimiento de la persona en su contexto, centrando los cuidados en la persona, la familia y la comunidad. La atención a lo largo de la vida de la persona por el mismo profesional, genera un relación de confianza, conocimiento mutuo y responsabilidad, lo que favorece una atención más humana y segura (Añel-Rodríguez et al., 2022).

La continuidad de la atención constituye uno de los atributos clave de la estrategia de APS, e implica un contacto personal sostenido a lo largo del tiempo, independientemente del tipo de problema traído a la consulta (Villalon, 2021). En este sentido se convierte en un indicador muy importante, ya que se ha demostrado en diversos estudios y revisiones sistemáticas como las de Cabana (2004), Pereyra Gray (2018) y Baker et al. (2020) su impacto beneficioso en indicadores sanitarios objetivos como la reducción de las consultas a urgencias, la disminución de las internaciones y la disminución de la mortalidad.

c. Coordinación

La coordinación en salud puede ser entendida como una situación de armonía en una acción o esfuerzo en común. De este modo, la esencia de la coordinación se basa en la disponibilidad de información de los problemas de salud previos de las personas y de los servicios de salud utilizados por las mismas, y el reconocimiento de esta información para resolver las necesidades de salud actuales (Starfield, 1998). Desde la APS, la coordinación constituye una función esencial, ya que permite la articulación entre distintos niveles del sistema evitando así la fragmentación de la atención.

Según Terraza Núñez et al. (2006) los términos coordinación, continuidad e integración asistencial se suelen utilizar indistintamente para referirse a un mismo concepto: “la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión” (pág 2.) Para algunos autores, como Starfield, la coordinación asistencial se define como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención de la salud, independientemente del lugar donde se reciban, con la intención de que se sincronicen y alcancen un objetivo en común. En cambio, la continuidad en la atención según Haggerty et al. (2003), es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente, la cual se define como el grado de coherencia de las experiencias de atención que percibe la persona a lo largo del tiempo.

En síntesis, para que exista coordinación se requieren de elementos fundamentales como son: la relación de los servicios sanitarios a lo largo del proceso asistencial por medio de la transferencia de información, la existencia de un objetivo común el cual facilite la creación de un plan unificado de atención para las personas, y la sincronización entre los pacientes y profesionales de la salud para que la atención se brinde en el momento y lugar adecuados (Terraza Núñez et al., 2006).

d. Integralidad de la atención

El concepto de integralidad fue descrito en la década de 1960, y se entiende como la capacidad de gestionar la mayoría de los problemas médicos de una población. Una atención primaria integral se ha relacionado con resultados de salud favorables, como

ser una mayor calidad de la atención, una reducción de los costos y una mayor accesibilidad (Baughman et al., 2025).

Para Starfield (1998) la integralidad es un mecanismo importante ya que asegura que los servicios sanitarios se ajusten a las necesidades de salud de la población. Refiere que la misma se percibe según el grado en que la oferta de servicios disponibles cumple con las necesidades comunes a toda la población.

Según la OPS los servicios de salud integrales consisten en:

“La gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida” (Organización Panamericana de la Salud, 2010, pág. 31).

Es interesante el planteo de Seixas et al. (2016) donde conciben a la integralidad desde una perspectiva ético-política, colocando la centralidad de las prácticas de salud en el cuidado, en las demandas y en las necesidades de la salud de las personas y los colectivos. Desde este planteo cuestionan la lógica del modelo biomédico y su tendencia fragmentaria, tecnicista y prescriptiva. Los autores sostienen que la integralidad no es solo la suma de prestaciones, sino qué, en términos de Merhy, se construye en la micropolítica del trabajo cotidiano entre trabajadores de salud y usuarios, fortaleciéndose en espacios “no tradicionales de atención” como el territorio y los domicilios.

e. Orientación familiar

En el último tiempo, algunos autores han demostrado la importancia y el impacto que tiene la familia sobre el proceso salud enfermedad de la persona (Doherty & Baird, 1986; Bernal, 2003; McDaniel et al., 2005). Este impacto es el que fundamenta que Starfield (1998), incorpore a la orientación familiar como una función secundaria de la APS, indispensable para garantizar la calidad asistencial. La autora la define como “la atención

centrada de la persona en su contexto social más cercano, la familia” (Starfield, 1998, 2001).

En este sentido, la atención orientada a la familia no significa que el profesional atienda a todos los miembros de la familia juntos. Si no que, por “orientación familiar” nos referimos a un enfoque o manera de pensar donde, el profesional sanitario, puede aplicar en cualquier encuentro con la persona, con o sin familiares acompañantes. Un enfoque orientado a la familia implica considerar un síntoma o un problema de salud en el contexto de la persona en su totalidad y en el de su familia (McDaniel et al., 2005).

Para Montoro Ruiz & Fernández Ruiz (2006) la atención familiar supone un cambio estratégico en la práctica del médico de familia, lo que implica trasladar la atención individual e incluir el grupo familiar, es decir pasar del problema individual al de la familia y el contexto social en el cual está inserta. Además, refiere que el médico de familia, para dar respuesta a este nuevo enfoque, requiere de la incorporación de conocimientos y herramientas de abordaje familiar, así como adoptar una nueva perspectiva, en la que cada persona que consulta existe una familia, la cual puede influir el proceso salud enfermedad atención.

f. Orientación comunitaria

Starfield (1998) refiere que la atención orientada a la comunidad consiste en un abordaje de la atención primaria en el que se utilizan conocimientos clínicos y epidemiológicos con el objetivo de elaborar programas que satisfacen las necesidades de salud de una población definida. En este sentido la APS orienta la atención a la resolución de los problemas de salud de su población objetivo (Berra et al., 2018).

Martín Zurro et al. (2011) refieren que los profesionales sanitarios deben esforzarse para ampliar su visión clínica de los problemas hacia una perspectiva comunitaria, imprescindible para comprender los problemas de salud en el núcleo de las poblaciones. En este sentido les permitirá actuar desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La orientación comunitaria en la APS constituye un pilar fundamental, la cual no debe entenderse como una actividad adicional, a realizar una vez que se cumplen las actividades asistenciales, sino como una parte central de las actividades diarias de los integrantes del equipo de salud. Desde esta perspectiva, la orientación comunitaria, exige incorporar un enfoque que tenga en cuenta los determinantes sociales, la equidad y la participación comunitaria. Resulta imprescindible conocer e intervenir en el contexto social donde las personas viven y construyen su salud (García-Blanco & Cubillo-Llanes, 2022).

Diversas experiencias internacionales han demostrado el impacto positivo de la incorporación de la orientación comunitaria en la APS, como ser la reducción de la mortalidad infantil, el control de enfermedades crónicas e infecciosas, la mejora de la salud materna, el fortalecimiento de las coberturas de vacunación y el acceso a los servicios de salud (Gofin & Gofin, 2007; Lassi et al., 2016; Sacks et al., 2020).

El primer nivel de atención

Desde hace varios años, los servicios brindados desde el PNA por profesionales de la salud, en especial de la medicina familiar, y en el marco de la Estrategia de APS se consideran prioritarios en el diseño de políticas sanitarias y en la gestión de los servicios de salud (Elorza et al., 2017). Sin embargo, aún hoy muchos actores confunden los términos APS y Primer Nivel. Por tal motivo nos parece de suma importancia definir qué entendemos por Primer Nivel de Atención en este trabajo.

Cuando hablamos de niveles de atención hacemos referencia a la forma ordenada y estratificada de organización de los recursos para satisfacer las necesidades de salud de la población en relación a los problemas que se resuelven (Vignolo et al., 2011). Además, el concepto de niveles de atención reconoce que existe una relación entre la complejidad de una situación de salud y la complejidad de los recursos necesarios para atender dicha situación (Castellanos Robayo, 1977). De manera clásica se distinguen

tres niveles de atención. A continuación, definiremos solamente al primer nivel de atención.

El PNA es considerado la puerta de entrada al sistema de salud, ya que es el más cercano a la población. Este nivel está constituido por centros de salud de baja complejidad asistencial. La organización de sus recursos permite resolver las necesidades de atención básicas de la población por medio de actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, así como por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Se estima que, en el primer nivel, se pueden resolver aproximadamente el 85% de los problemas de salud prevalentes (Vignolo et al., 2011).

Para el PNA, la tecnicidad es un factor importante pero no determinante ni preponderante. En este marco, el elemento esencial es la buena organización de los servicios, y la existencia de tecnología necesaria para poder cumplir las funciones esenciales del primer nivel: puerta de entrada al sistema, facilitar y coordinar la circulación de las personas dentro del sistema, y la integración de los diferentes problemas, diagnósticos y tratamientos para el manejo adecuado de las personas (Van der Stuyft & De Vos, 2008).

Es interesante mencionar y destacar el rol de los profesionales del PNA, donde han de consolidarse como un equipo de salud y constituirse en la puerta de entrada al sistema de salud; así como desarrollar actividades propias del primer nivel, desde una perspectiva interdisciplinaria, con un enfoque centrado en la persona, la familia y la comunidad con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Franco-Giraldo, 2015).

La descentralización en salud

Cuando hablamos de descentralización, ¿a qué nos estamos refiriendo? Para Antonio Ugalde y Núria Homedes, la descentralización implica una transferencia del poder de tomar decisiones de un nivel político o administrativo alto a uno más bajo”

(Ugalde & Homedes, 2008, pág. 36). En consonancia, el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2000) define descentralización como: "...un cambio de relaciones dentro y entre una variedad de estructuras organizacionales del nivel nacional a una organización o institución de un nivel más bajo, que resulta en la transferencia de la autoridad para planear, tomar decisiones o administrar actividades."

Según Rondinelli (citado en Ugalde & Homedes, 2008; Moscoso & Modarelli, 2009) la descentralización en salud puede presentar diversas formas según el objeto y el grado de transferencia de poder implicado. Desde el enfoque administrativo se distinguen tres modalidades diferentes: la desconcentración, transferencia administrativa limitada hacia niveles inferiores con escaso poder de decisión; la delegación, transferencia de responsabilidades de gestión con cierta autonomía, pero bajo la supervisión del nivel superior; y la devolución, consiste en la transferencia total de todas las funciones.

A raíz de estos conceptos, algunos de los objetivos de las reformas administrativas del Estado están vinculadas al incremento de la eficiencia en la administración pública y aumento de la calidad de los servicios, con lo cual se espera que al mejorar la calidad aumente la satisfacción de los usuarios (Ugalde & Homedes, 2008). Sin embargo, en la mayoría de los países de Latinoamérica, las políticas descentralizadoras estuvieron enmarcadas en políticas neoliberales y fiscales, donde sus objetivos estaban más relacionados con disminuir el gasto público del Estado que aumentar la satisfacción de los usuarios.

Es interesante pensar el juego entre centralización o descentralización, ya que algunas deficiencias en el sector salud podrían atribuirse a una centralización administrativa excesiva. No obstante, existe abundante evidencia que indica que la descentralización puede ser causa de múltiples ineficiencias. Por ejemplo, está demostrado que muchos países que se descentralizaron no lograron mejoras en la eficiencia y calidad de los servicios (Ugalde & Homedes, 2008). Para Tobar & Falbo (2006) la descentralización fue una alternativa adecuada para lograr mayor nivel de eficiencia y equidad en la asignación de recursos; sin embargo, para otros autores como

Maceira (2008), reproduce e intensifica las inequidades, lo que genera mayor fragmentación de los sistemas de salud.

Según Maceira (2020) la descentralización promueve la distribución de recursos en niveles subnacionales, con el objetivo de democratizar el uso de recursos y lograr mayor rendición de cuentas por parte de los gobiernos, sin embargo, se requieren de mayores capacidades de gestión a nivel local. Además, expresa que con el fin de evitar heterogeneidad en las capacidades normativas y de aseguramiento se requieren de esfuerzos de coordinación y de autoridades sanitarias con poder de rectoría.

La Medicina Familiar

La medicina familiar es considerada como la especialidad efectora de la APS. Como especialidad posee un cuerpo de conocimientos propios, cuya unidad funcional está constituida por la familia y el individuo, y tiene como base el método clínico-epidemiológico y social (Alcázar et al., 2014). La medicina familiar es específica del contexto, cuyo alcance de la formación y práctica del médico de familia difiere según el contexto de su trabajo, sus roles, la organización y los recursos de los sistemas de salud de cada país en particular (Gupta et al., 2021). El Consejo Americano de Medicina Familiar definió la práctica familiar como la especialidad médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia (Alcázar et al., 2014, pág. 365). Esta especialidad se ha desarrollado ante la necesidad social de una atención médica que garantice un servicio de salud eficiente y humano, de alta calidad y a un costo eficiente. A nivel regional y global, la especialidad ha emergido como respuesta a la fragmentación del modelo biomédico, con un enfoque integral centrado en la atención primaria y en la resolución de la mayoría de los problemas de salud desde una perspectiva comunitaria (Alcázar et al., 2014).

En 1972 se creó la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) con el objetivo de representar a esta especialidad a nivel mundial. La WONCA define a los

médicos y médicas de familia como los profesionales que atienden a personas de todas las edades, garantizan el acceso a servicios de atención primaria y secundaria integrales, tratan tanto enfermedades infecciosas y crónicas, brindan atención de urgencia y a lo largo del tiempo, y coordinan los servicios clínicos, comunitarios y de salud pública (Gibson et al., 2016). McWhinney (1998) redacta en la revista canadiense de medicina de familia la primera definición de la medicina familiar y comunitaria, donde la define como aquella especialidad clínica que se ocupa del mantenimiento y resolución de los problemas de salud frecuentes de las personas, sus familias y comunidades, independientemente de la edad, sexo, órgano o sistema afectado.

Para comprender el concepto de la Medicina Familiar es importante conocer la historia detrás de su desarrollo. Tanto el rol, como la formación y la denominación del médico general que trabaja en atención primaria ha cambiado a lo largo del tiempo y difiere de un país a otro. El término “médico general” fue utilizado por primera vez en Inglaterra a principios del siglo XIX para definir a un nuevo profesional, el cual estaba capacitado para ejercer la medicina, cirugía y obstetricia. En 1950, luego del informe Collings⁹, el cual puso de manifiesto las deficientes condiciones de la práctica general, la baja moral de los médicos generales y la ausencia de una base académica para la formación de médicos generales, surgió el desarrollo del campo de la medicina familiar. Como resultado, en 1966 se implementaron por primera vez en el Reino Unido, Canada y Estados Unidos programas de formación en medicina familiar. Este cambio de nombre simboliza el cambio de rol del médico general como proveedor de atención episódica hacia el concepto más amplio del médico de familia como promotor de la salud en una población definida compuesta por grupos familiares (Gupta et al., 2021).

La Medicina Familiar ha pasado de centrarse inicialmente en la medicina general, a realizar un esfuerzo cada vez mayor por brindar una atención médica integrada y

⁹ El estudio de J. S. Collings sobre la medicina general inglesa se publicó en The Lancet en 1950. Consistió en la sombría descripción de las condiciones de la medicina general de la posguerra y su pesimista evaluación de continuidad como especialidad. Este informe fue el impulsor para la creación del Royal College of General Practitioners y sentó las bases de la medicina familiar (Petchey, 1995).

continúa a las personas, las familias y las comunidades (Drury, 2018). Esta especialidad está centrada en la persona, basada en la evidencia científica, con un enfoque en la familia y orientada a la resolución de problemas. Los médicos y médicas de familia adquieren un conjunto de competencias que dependen de las necesidades de los pacientes y las comunidades en las que se desempeñan. Son expertos y expertas en el abordaje de problemas frecuentes, el reconocimiento de enfermedades importantes, la detección oportuna de enfermedades prevalentes y el manejo de la mayoría de los problemas de salud tanto agudos como crónicos. Además, la Medicina Familiar resalta la importancia de la promoción de la salud y prevención de enfermedades (Phillips & Haynes, 2001).

La Medicina Familiar y la APS comparten fundamentos y principios lo que permite una estrecha relación entre ambas. En este sentido, se destacan aquellos principios como la atención centrada en la persona, que privilegia una mirada integral del proceso salud-enfermedad por sobre la visión centrada en la enfermedad. Ambas promueven el acceso equitativo a servicios de salud de calidad, sin distinción de clase social o lugar de procedencia. Un componente clave de esta articulación es la concepción de la atención integral, que abarca acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, orientadas a responder de manera oportuna y contextualizada a las necesidades sanitarias de la comunidad (Múnera Piedrahita et al., 2013). Según Starfield et al. (2005) los médicos de familia son el componente central de los sistemas de atención primaria, ya que la práctica de estos se caracteriza por cumplir con los atributos de la APS (primer contacto, continuidad de la atención, coordinación, integralidad, orientación hacia la familia y la comunidad). Además, Starfield sostiene que, la mayor disponibilidad de médicos de familia se asocia a mejores resultados en salud, incluyendo menor mortalidad general y por causas específicas.

Distintas organizaciones internacionales como la OMS, OPS, ONU, UNESCO y WONCA, han estimulado reformas orientadas a consolidar sistemas de salud basados en APS y en la Medicina Familiar. En el año 2011, en Asunción, se realizó la IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, donde se reafirmó que el fortalecimiento de la APS

necesita consolidar a la Medicina Familiar como su núcleo principal. Además, se concluyó que el fortalecimiento del PNA requiere de una inversión sostenida en la formación de recursos humanos orientados a la Medicina Familiar. De igual manera sostienen que, es fundamental contar con residencias de formación en salud de alta calidad, donde se promueva la estabilidad laboral y salarial de los médicos y médicas (Fernández Ortega et al., 2012).

La educación médica de posgrado

Los médicos y médicas luego de finalizar la carrera de medicina tienen la posibilidad de completar su formación como médicos especialistas. En Argentina, para anunciarse como “médico o médica especialista” se requiere de la certificación. Existen diferentes modalidades para certificar la especialidad: realizar un programa de residencia, obtener un título universitario de posgrado, acreditar cinco años de entrenamiento en un servicio, certificar las competencias en una sociedad científica, o ser profesor universitario en la materia relacionada con la especialidad. Actualmente la formación mediante un programa de residencia se considera como el mejor modo de formación de posgrado (Centeno et al., 2017). Nardi et al. (2023) definen al sistema de residencias como un “régimen formativo de posgrado de capacitación en servicio, que sirve para completar la formación especializada de profesionales de la salud, mediante el ejercicio supervisado con responsabilidad y actividades de dificultad creciente” (pág. 164).

En relación a los programas de formación de las residencias, estos son heterogéneos, presentan diferente nivel de exigencia y carga horaria, y no permiten una formación equitativa para la mayoría de los graduados. Cada programa tiene su propio sistema de admisión, lo que implica que los postulantes se someten a más de un examen o entrevistas para garantizarse un puesto. En el caso de ser aceptados por más de una institución, eligen de acuerdo a sus intereses y la existencia de un ranking de residencias. Con respecto a los programas de formación en Medicina Familiar, muchos de ellos están dirigidos a paliar las deficiencias en la formación de grado de los médicos, así como para

cubrir la brecha de personal y oferta formativa debido a urgencias gubernamentales. Las competencias esperadas para un médico de familia se agrupan en siete categorías: comunicación, colaboración, gerencia, promoción de la salud, académico, profesionalismo y experticia en medicina familiar (Gibson et al., 2016). Estas competencias se entienden como características permanentes que integran conocimientos, habilidades y actitudes que la persona en formación demuestra al realizar una actividad. En este sentido los programas de residencias en Medicina Familiar tienen como finalidad estructurar y unificar el currículo y formar las bases para el diseño y acreditación de dichos programas.

Godoy et al. (2024) refieren que, si bien el modelo de formación en residencias sigue siendo el modelo dominante en la formación de especialistas en medicina familiar, es insuficiente para abordar el problema de la distribución equitativa de estos profesionales en el territorio. En ese sentido, reflexionan sobre el surgimiento de nuevos escenarios educativos en salud, específicamente en las ciencias médicas. Estos escenarios han sido denominados como “escenarios de prácticas en salud” y consisten en una estructura funcional fundada en la relación docencia-servicio, entre una institución formadora y una institución prestadora de servicios, cuyo objetivo es realizar prácticas educativas para el desarrollo de competencias del área de la salud. Estos espacios pueden ser institucionales, comunitarios u otros diferentes a los del sector salud, donde la formación en el mismo contexto favorecería el desarrollo de los principios de la APS.

Del mismo modo Frenk et al. (2010) plantea que la educación médica debe trasladarse desde modelos hospitalocéntricos y fragmentados hacia modelos integrados y contextualizados en los territorios donde viven las personas. Se destaca que el aprendizaje debe estar relacionado con las realidades sanitarias sociales, económicas y culturales de las comunidades, promoviendo trayectos formativos en escenarios comunitarios y del PNA. En este sentido los autores destacan la necesidad de que los profesionales desarrollen competencias sociales, éticas y de liderazgo proponiendo que los trabajadores de la salud sean actores de cambio capaces de transformar los sistemas sanitarios. También refieren que la formación debe estimular el pensamiento crítico, el

trabajo en equipo, la comprensión de los determinantes sociales y compromiso con la equidad.

El programa de formación implementado en el Plan de Radicación corresponde a la Carrera de Especialización en Medicina General y de Familia de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC y se encuentra disponible en los Anexos de la presente tesis. El mismo está organizado en tres bloques de competencias relacionados con los principios de la APS. El primer bloque consiste en el cuidado de la comunidad, donde los residentes realizan un análisis del perfil epidemiológico desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, definen un espacio poblacional de cuidado y desarrollan estrategias de participación comunitaria. El segundo consiste en el cuidado de la persona y su familia, orientado a adquirir habilidades para el abordaje integral del ciclo vital por medio del proceso clínico centrado en la persona, la utilización de herramientas de abordaje familiar y el manejo de los problemas de salud prevalentes. El tercer bloque consiste en gestionar el proceso de atención de la persona, familia y comunidad, incorporando herramientas de gestión clínica, articulación entre niveles de atención y evaluación de la calidad de los servicios. El perfil del egresado lo describe como un profesional capaz de brindar una atención integral, continua y longitudinal a una población bajo responsabilidad, actuar como referente en el ingreso y circulación de las personas en el sistema sanitario, y trabajar integrado en equipos interdisciplinarios.

VII. Metodología

1. Tipo de Estudio

Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal. Este tipo de estudio permitió evaluar el desempeño de las funciones de la APS comparando dos grupos de centros de salud. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario PCAT. El instrumento de evaluación PCAT se organiza en cuatro funciones principales (primer contacto, continuidad de la atención, coordinación e integralidad) y tres funciones secundarias (enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural). Este cuestionario ha sido adaptado al castellano y validado en Argentina por Berra y cols. (Segalini et al., 2017).

2. Población y Muestra

Población de estudio:

El PNA de la provincia de Córdoba se encuentra bajo responsabilidad de los municipios y comunas. Está conformado por centros de atención primaria con características variables, generalmente por establecimientos de salud de baja complejidad. Para poder establecer cierta homogeneidad entre los centros en los que se aplicó la encuesta, se tuvieron en cuenta las siguientes características poblacionales y de funcionamiento del centro de salud:

Características poblacionales:

Se incluyeron municipios y comunas con una población a cargo entre 1000 y 5000 habitantes, según datos poblacionales del censo nacional (2022). Actualmente, la provincia de Córdoba, presenta 148 municipios y comunas entre 1000 y 5000 habitantes (INDEC, 2022), de los cuales 17 contaban con médicos del programa. La definición de este rango representa un término relativamente homogéneo en cuanto a complejidad del

sistema de salud local, ya que, por lo general estas localidades cuentan con un único centro de salud. Además, esta selección poblacional permite evitar algunos sesgos: por un lado, excluye a localidades muy pequeñas (<1.000 habitantes) que podrían tener servicios discontinuos o sin personal médico permanente, y por otro, a localidades más grandes (>5.000 habitantes) que tienden a conformar sistemas asistenciales más complejos como ser guardias activas, lo que podría afectar la evaluación de las funciones propias del primer nivel.

Características del centro de salud:

Centros de salud que presentaban las siguientes características: funcionamiento diurno, ausencia de servicio de guardia activa o pasiva, prestación de servicios públicos y gratuitos exclusivamente para el usuario.

Con el objetivo de establecer comparaciones se seleccionaron centros de salud de localidades que tenían médicos/as del programa de radicación y centros de salud sin médicos del programa. La selección de los centros con médicos pertenecientes al programa de radicación y centros sin médicos del programa se realizó de manera aleatoria.

Criterios de inclusión:

Centros de salud de municipios con profesionales que han finalizado la etapa de formación, es decir aquellos que han permanecido al menos tres años en la localidad y continúan en la misma en el año 2025.

Muestra:

El cálculo del tamaño muestral se realizó mediante el software R (versión 4.4.2) utilizando la función `pwr.t.test()` del paquete `pwr`. Para ello se utilizó la aproximación descrita por Cohen (1988) para comparar dos medias no-pareadas, asumiendo un tamaño de efecto mediano de $d = 0.5$, se necesitó un tamaño muestral de 128 individuos (64 individuos por grupo), para un nivel de significancia del 5% y un poder de detección de diferencias del 80%.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo conformada por personas de 18 años o más que concurrieron al centro de salud y que se encontraban en la sala al momento de la recolección de los datos.

3. Variables

Variable independiente: Participación en el plan de radicación de médicos (con/sin médicos del plan).

Variable dependiente: Grado de desempeño de las funciones de la APS.

Las funciones de la APS que fueron valoradas mediante el instrumento “Primary Care Assessment Tool” (PCAT) fueron: primer contacto, continuidad de la atención, coordinación, atención integral, orientación familiar y orientación comunitaria. La dimensión secundaria "orientación cultural" no fue incluida dado que, las dimensiones secundarias no forman parte de la versión abreviada del instrumento utilizada como base. La versión aplicada en este trabajo consistió en una adaptación avalada por la referente que validó el PCAT en Argentina, quien señaló que las dimensiones secundarias pueden ser modificadas siempre que las funciones principales estén contempladas.

En la Tabla 1 se detallan las variables de cada dimensión. A continuación definiremos las funciones de la APS según Starfield (1998):

- **Primer contacto:** capacidad del centro de salud de constituirse como la puerta de entrada al sistema sanitario. Comprende dos componentes: el primero es la *utilización*, y se refiere a cuando el profesional es consultado por una persona ante un problema, y el segundo es el *acceso*, elemento estructural que facilita o dificulta ese primer contacto.

- **Continuidad de la atención (longitudinalidad):** relación personal a lo largo del tiempo entre la persona y el profesional de salud, basada en el respeto, confianza y conocimiento de la persona y su familia.
- **Coordinación:** capacidad de articulación del PNA con otros niveles de atención. Incluye la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros niveles de complejidad especializada. Comprende dos componentes, la *integración de la información* y la *disponibilidad de instrumentos de registros* y su incorporación al plan de atención de la persona.
- **Integralidad:** capacidad del centro o profesional de ofrecer y brindar servicios orientados a responder a las necesidades de salud más frecuentes de la población. Comprende 2 componentes, *servicios disponibles* que son aquellos que el centro cuenta para ser provistos cuando se requieran, y *servicios proporcionados*, aquellos que realmente el centro o profesional provee.
- **Orientación familiar:** consideración del contexto familiar de la persona en la evaluación y abordaje de los problemas de salud.
- **Orientación comunitaria:** el profesional o centro de salud se interesa y preocupa por resolver los problemas de la comunidad, a la cual tiene como población objetivo.

Otras variables incluidas:

- **Edad:** años cumplidos en número entero.
- **Género:** mujer, hombre, mujer trans, hombre trans, otro.
- **Nivel de estudios alcanzados:** no sabe leer ni escribir, sabe leer y escribir (incluye primaria incompleta), primaria completa (incluye secundaria incompleta), secundaria completa (incluye terciarios o universitario incompleto) y terciario o universitario completo.

4. Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue el “Primary Care Assessment Tool (PCAT)”, en su versión abreviada y validada en Argentina (Vázquez Peña et al., 2017). El PCAT-AE es un instrumento desarrollado por Starfield y col. en 2001.

***Criterios de inclusión:** Se realizaron encuestas a usuarios a partir de los 18 años que recibieron atención en los centros de salud, y que tenían más de 6 meses de vínculo con el centro.

Los ítems de todas las dimensiones fueron respondidos mediante una escala tipo Likert de cinco opciones: 1 = definitivamente no; 2 = probablemente no; 3 = probablemente sí; 4 = definitivamente sí; y 2,5 = no sabe/no recuerda. En los casos en los que no hubo respuesta de un ítems se consideró el valor de la respuesta “no sabe” según lo descrito en la bibliografía (Vázquez Peña et al., 2017).

Los puntajes de las respuestas obtenidos en cada ítem se utilizaron para calcular el promedio de las respuestas correspondientes a cada atributo, obteniéndose como resultado una escala de 1 a 4, que representa la valoración del usuario sobre su experiencia con el profesional o centro habitual de atención respecto a cada función de la APS.

Estos resultados fueron convertidos en escalas de 0 a 10, donde un valor de igual o mayor a 6,6 corresponde a la respuesta “probablemente sí” y se interpreta en otras publicaciones como un valor aceptable de desarrollo las funciones de la APS y fuerte orientación hacia la APS (Berra et al., 2013) (Penso et al., 2017).

Para convertir los valores en escalas de 0 a 10 se utilizó el siguiente cálculo (Penso et al., 2017):

$$\text{Puntaje en escala 0-10} = \frac{\text{promedio obtenido} - \text{valor mínimo posible}}{\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}} \times 10$$

Puntaje (escala 0-10): Es el valor final estandarizado que se obtiene para cada usuario o dimensión. Permite comparar los resultados con los puntos de corte internacionales de la APS (como el valor 6,6).

Promedio obtenido: Es la media aritmética de las respuestas brindadas por el usuario en una dimensión específica de la APS (por ejemplo, accesibilidad).

Valor mínimo posible: Es el puntaje más bajo posible que un usuario puede asignar a una respuesta en la escala Likert original. Corresponde a la opción "Definitivamente no" y equivale a "1".

Valor máximo posible: Es el puntaje más alto posible que un usuario puede asignar a una respuesta en la escala Likert original. Corresponde a la opción "Definitivamente sí" y equivale a "4".

5. Análisis de los Datos

El procesamiento y almacenamiento de los datos se realizó mediante Microsoft Excel e InfoStat. Para caracterizar las muestras se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas (edad, género y nivel de estudios).

. Para determinar el grado de desempeño de las funciones de la APS se obtuvo mediante el cálculo del puntaje promedio de cada atributo del PCAT. Luego, los puntajes de los centros de salud con médicos del programa y sin médicos del programa se compararon mediante la prueba t de Student para muestras independientes. Además, se calcularon las frecuencias de respuestas para cada uno de los ítems que conformaban las funciones de la APS.

La presente tesis posee un alcance descriptivo y comparativo. En este sentido los resultados obtenidos permitieron comparar y caracterizar los grupos estudiados. Sin embargo, no es posible realizar inferencias poblacionales con un nivel de confianza determinado ni generalizar los hallazgos al conjunto de la población.

6. Consideraciones Éticas

Los participantes otorgaron su consentimiento de forma verbal previo a la participación en el presente trabajo, garantizándose la confidencialidad de los datos y anonimato de las respuestas. El proyecto de tesis fue presentado ante el Comité de Ética (CIES-HNC), el cual resolvió qué, de acuerdo con la normativa vigente en la provincia de Córdoba, no se requería de la aprobación por un comité de ética puesto que no aplica según la Disposición 40, artículo 5° CoEIS (Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba).

Tabla 1. Funciones de las dimensiones de la atención primaria de salud (APS) valoradas por cuestionarios PCAT y variables en cada una correspondiente a la versión para usuarios adultos (PCAT-AE) (Berra et al., 2013) y la versión abreviada (Vázquez Peña et al., 2017).

Dimensiones o funciones de la APS	Subdimensión	Variables
Primer contacto	Utilización	Cuando tiene un problema de salud, ¿viene o asiste a este CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO antes de asistir a otro lado?
	Acceso	Cuando el CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO está abierto y usted lo necesita, ¿puede recibir indicaciones

		médicas rápidamente por teléfono o algún medio de comunicación virtual (WhatsApp o videollamada)?
		Cuando lo necesita ¿resulta difícil ser atendido en el CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO?
Continuidad de la atención		Cuando viene al CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO, ¿siempre le atiende el/la mismo/a profesional?
		¿Siente confianza con los/as profesionales del CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO para hablar de sus preocupaciones o problemas?
		Los/as profesionales del CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO, ¿saben con quién vive usted?
		Los/as profesionales del CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO, ¿conocen cuáles son los problemas más importantes para usted y su familia?
		Si fuera fácil de hacer, ¿se cambiaría de CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO a algún otro SERVICIO DE SALUD* o profesional de salud?
Atención continua	<i>Coordinación</i>	¿Su médico/a o algún profesional de su CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO le recomendaron que consultara a otro especialista o servicio de especialidad médica?
		¿Su médico/a o algún profesional de su CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO le dieron alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista?
		¿Su médico/a o algún profesional de su CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO conocen cuáles fueron los resultados de esa consulta?

		¿Su médico/a o algún profesional de su CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO se interesan en la calidad de la atención que Ud. recibe cuando va al especialista o servicio de especialidad médica?
	<i>Sistemas de información</i>	Cuando va a consulta al CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO, ¿su historia clínica está siempre disponible?
Atención integral	<i>Prestaciones disponibles</i>	Si hay servicios disponibles para asesorarlo en cuestiones de salud mental
		Si hay servicios disponibles para asesorarlo sobre el consumo de tabaco
		Si hay servicios disponibles para asesorarlo sobre los cambios con el envejecimiento
		Colocación de DIU o implante anticonceptivo.
	<i>Prestaciones realizadas (hablan con usted de los siguientes temas)</i>	Alimentación, descanso y actividad física.
		Indicaciones, dudas y dificultades sobre la medicación que está tomando.
		Situaciones de riesgo de caídas de los/as adultos/as mayores.
Orientación familiar		¿Le consultan sobre sus ideas y opiniones cuando planifican un tratamiento para usted o alguna persona de su familia?

		¿Los profesionales de su centro de salud/dispensario se reunirían con miembros de su familia si eso fuera de ayuda para su atención?
Orientación comunitaria		¿Algún/a profesional del CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO lo/a ha visitado en su domicilio alguna vez?
		Los/as profesionales que lo/a atienden en el CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO, ¿tienen un conocimiento adecuado de los problemas más importantes de su BARRIO*?
		¿Los profesionales del CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO tienen en cuenta opiniones e ideas de la POBLACIÓN* para poder mejorar la atención de salud? Por ejemplo, a través de encuestas

VIII. Resultados

Características de la muestra

La muestra estuvo conformada por un total de 123 encuestas, distribuidas en 12 localidades del interior de la Provincia de Córdoba. De las 123 encuestas, 58 corresponden a localidades sin médicos/a del programa, y 65 corresponden a localidades con médicos/as del programa. En la tabla 2 se pueden ver las localidades que participaron seleccionadas en la muestra.

Tabla 2: Distribución de encuestas respondidas en las localidades según la presencia de médico/a del Programa. Año 2025.

Presencia de médico/a del Programa					
No			Si		
Localidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Localidades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Agua de Oro	5	9%	La Paquita	18	28%
Altos de Chipión	2	3%	San Javier y Yacanto	13	20%
Falda del Carmen	16	28%	San Marcos Sierras	9	14%

Las Peñas	6	10%	Sinsacate	7	11%
Los Reartes	16	28%	Transito	18	28%
Morrison	8	14%			
San Antonio de Arredondo	5	9%			
Totales	58	100%		65	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas a usuarios/as de centros de salud de localidades seleccionadas de la provincia de Córdoba, 2025.

El promedio de edad general fue de 41,5 años (DE=13,8), para la muestra sin médicos/as del Programa fue de 43 años (DE=15; mediana: 40 años) y para la muestra con médicos/as del Programa fue de 40 años (DE=13; mediana: 38 años). Con respecto a la variable género, se observó una predominancia del género femenino en ambas muestras. En las localidades sin médicos/as del programa, las mujeres correspondieron al 69% de las personas encuestadas, mientras que en las localidades con médicos/as del programa representaron un 77%. Esto representa una mayor feminización de la muestra de los centros de salud con médicos del programa. No obstante, entre ambas muestras no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de mujeres encuestadas. En relación a la variable nivel de estudios alcanzados, en ambas muestras, el mayor porcentaje se correspondió a “secundaria completa (incluye terciarios o universitario completo)” con un 40% en la muestra sin médicos del programa, y un 37% en la muestra con médico/a del programa. Estos resultados se pueden observar en la tabla 3.

Tabla 3. Características sociodemográficas de las muestras según presencia de médicos del Programa de Radicación.

Variable	Con médicos del programa (n=65)	Sin médicos del programa (n=58)	Total (n=123)
Edad: Media (DE)	40,3 (12,8)	42,9 (14,9)	41,5 (13,8)
Rango etario (años)	18 - 80	18 - 80	18 - 80
Género n (%)			
Mujer	50 (76,9%)	40 (69,0%)	90 (73,2%)
Hombre	14 (21,5%)	18 (31,0%)	32 (26,0%)
Mujer trans	1 (1,5%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)
Nivel educativo n (%)			
Sabe leer y escribir	8 (12,3%)	5 (8,6%)	13 (10,6%)
Primaria completa	23 (35,4%)	11 (19,0%)	34 (27,6%)

Secundaria completa	24 (36,9%)	23 (39,7%)	47 (38,2%)
Terciario/Universitario completo	10 (15,4%)	19 (32,8%)	29 (23,6%)

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas a usuarios/as de centros de salud de localidades seleccionadas de la provincia de Córdoba, 2025.

Atributos de la Atención Primaria de la Salud

En relación con los atributos de la APS evaluados mediante el PCAT, se observó que ambas muestras presentaron puntuaciones superiores a 6,6. El puntaje promedio total obtenido en todos los centros fue de 7,82; siendo de 8,18 para los centros con médicos del programa y 7,46 para los centros sin. Al calcular la diferencia de medias (-0,72) entre ambos grupos, esta diferencia fue estadísticamente significativa con una $p = 0,00029$.

En el mismo sentido, al comparar las medias obtenidas en cada atributo entre los centros de salud con y sin médicos/as del Programa, se encontraron puntuaciones superiores en todas las dimensiones en aquellos centros de salud que contaban con la presencia de profesionales del Programa, tal como se observa en la tabla 4. Del mismo modo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las siguientes dimensiones: ***continuidad de la atención*** ($p = 0,0195$), ***integralidad*** ($p = 0,0056$) y ***orientación familiar*** ($p = 0,0018$) en la muestra con médicos del programa.

En los centros de salud con profesionales del programa, los atributos de la APS mejor valorados fueron, en orden descendente los siguientes: orientación familiar, coordinación, primer contacto, integralidad, continuidad de la atención y por último la orientación comunitaria. En cambio, en los centros sin médicos/as del Programa se observó que la coordinación fue el atributo con mayor puntuación, seguido por el primer

contacto, orientación familiar, integralidad, orientación comunitaria y finalmente continuidad de la atención.

Tabla 4. Comparación de los atributos de la Atención Primaria de la Salud según la presencia de médico/a del Programa. Año 2025

Atributos (APS)	Media sin médico/a del programa	Media con médico/a del programa	p-valor
Primer contacto	8.12	8.54	0.3025
Continuidad de la atención	6.64	7.48	0.0195
Coordinación	8.16	8.57	0.2712
Integralidad	7.37	8.18	0.0056
Orientación familiar	7.44	8.86	0.0018
Orientación comunitaria	7.04	7.44	0.4030

Fuente: *Elaboración propia a partir de encuestas realizadas a usuarios/as de centros de salud de localidades seleccionadas de la provincia de Córdoba, 2025.*

Nota: valores de p obtenidos mediante prueba t de Student bilateral. Se considera diferencia estadísticamente significativa para $p < 0,05$.

A continuación, se describen los resultados de cada función de la APS mediante la distribución de porcentajes obtenidos en cada uno de los ítems evaluados, con el propósito de complementar el análisis basado en los puntajes promedios de los atributos.

Las respuestas “probablemente sí” y “sí, sin duda” corresponden al puntaje 6,6 de la escala.

a) Primer contacto

Los resultados correspondientes a la evaluación de la función primer contacto se pueden observar en las tablas 5 y 6. En relación con la posibilidad de recibir indicaciones médicas rápidamente mediante comunicación telefónica o medios virtuales, se observó que el 74% de las personas encuestadas de los centros con médicos del Programa respondieron “Si, sin duda” en comparación con el 41% de lo respondido en los centros sin profesionales del Programa.

Respecto a la dificultad de ser atendidos cuando las personas lo requieren, el 68% de los encuestados/as de los centros con médicos del Programa respondió “No, en absoluto”, mientras que, un 64% en los centros sin profesionales. No obstante, el 12% en los centros con médicos del Programa respondió “Si, sin duda” y en los centros sin profesionales del Programa un 5%.

Tabla 5. Distribución de las respuestas sobre accesibilidad telefónica o medios virtuales según la presencia de médicos/as del Programa de Radicación. Año 2025

	Presencia de medico/a del Programa de Radicación			
	No		Si	
¿Cuándo el CENTRO DE SALUD/ DISPENSARIO está abierto y usted lo necesita, ¿puede recibir indicaciones médicas rápidamente por teléfono o algún medio de comunicación virtual (whatsapp o videollamada)?	(n)	(n%)	(n)	(n%)

a. Sí, sin duda	24	41%	48	74%
b. Probablemente sí	16	28%	6	9%
c. Probablemente no	5	9%	3	5%
d. No, en absoluto	3	5%	5	8%
e. No lo sé	10	17%	3	5%
Total general	58	100%	65	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas a usuarios/as de centros de salud de localidades seleccionadas de la provincia de Córdoba, 2025.

Tabla 6. Distribución de las respuestas sobre dificultad de que la persona sea atendida en el CS según la presencia de médicos/as del Programa de Radicación. Año 2025

	Presencia de medico/a del Programa de Radicación			
	No		Si	
C11. Cuando lo necesita ¿resulta difícil ser atendido en el CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO?	(n)	(n%)	(n)	(n%)
a. Sí, sin duda	3	5%	8	12%
b. Probablemente sí	2	3%	3	5%

c. Probablemente no	10	17%	5	8%
d. No, en absoluto	38	66%	44	68%
e. No lo sé	5	9%	5	8%
Total general	58	100%	65	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas a usuarios/as de centros de salud de localidades seleccionadas de la provincia de Córdoba, 2025.

b) Continuidad de la atención

El atributo “continuidad de la atención” fue evaluado mediante cinco preguntas. Estas preguntas incluyeron aspectos vinculados a si la persona al momento de la consulta, lo atiende siempre el mismo profesional, siente confianza para hablar de sus preocupaciones/problemas, si los profesionales saben con quien vive, si conocen los problemas más importantes de su familia y, por último, si la persona se cambiaría de centro si fuera fácil de hacer. Los resultados se pueden observar en la tabla 7.

En el gráfico 1 podemos observar cómo, en todas las preguntas que exploran el atributo continuidad de la atención, las personas encuestadas de los centros de salud con profesionales del programa respondieron de manera afirmativa (“Si, sin duda”) en mayor proporción que en los centros sin médicos del programa. La única excepción se observó en la pregunta si se cambiaría de centro de salud, donde el porcentaje de respuestas afirmativas, fue levemente superior en los centros sin profesionales del programa. Cabe destacar que en esta última pregunta la respuesta “si, sin duda”, se interpreta de manera desfavorable.

Tabla 7. Distribución porcentual de las respuestas sobre la continuidad de la atención según la presencia de médicos/as del Programa de Radicación. Año 2025

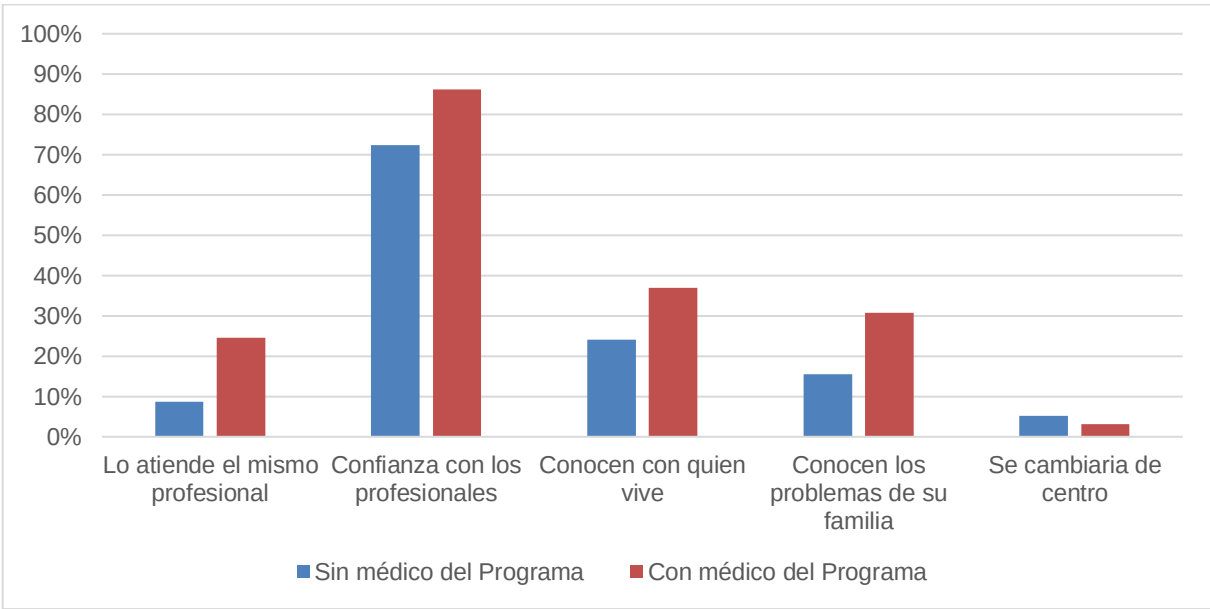
Continuidad de la atención	Sin médicos del programa		Con médicos del programa	
Componentes evaluados	(n)	(n%)	(n)	(n%)
D1. Cuando viene al CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO, ¿siempre le atiende el/la mismo/a profesional?				
a. Sí, sin duda	5	9%	16	25%
b. Probablemente sí	17	29%	14	22%
c. Probablemente no	22	38%	23	35%
d. No, en absoluto	13	22%	10	15%
e. No lo sé	1	2%	2	3%
Total general	58	100%	65	100%
D6. ¿Siente confianza con los/as profesionales de su CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO para hablar de sus preocupaciones o problemas?				
a. Sí, sin duda	42	72%	56	86%
b. Probablemente sí	13	22%	6	9%
c. Probablemente no	1	2%	1	2%
d. No, en absoluto	0	0%	1	2%

e. No lo sé	2	3%	1	2%
D8. Los/as profesionales del CENTRO DE SALUD/ DISPENSARIO, ¿saben con quién vive usted?				
a. Sí, sin duda	14	24%	24	37%
b. Probablemente sí	16	28%	25	38%
c. Probablemente no	13	22%	7	11%
d. No, en absoluto	11	19%	3	5%
e. No lo sé	4	7%	6	9%
D9. Los/as profesionales del CENTRO DE SALUD/ DISPENSARIO, ¿conocen cuáles son los problemas más importantes para usted y su familia?				
a. Sí, sin duda	9	16%	20	31%
b. Probablemente sí	13	22%	16	25%
c. Probablemente no	11	19%	11	17%
d. No, en absoluto	15	26%	8	12%
e. No lo sé	10	17%	10	15%
D15. Si fuera fácil de hacer, ¿se cambiaría de CENTRO DE SALUD/ DISPENSARIO a algún otro SERVICIO DE SALUD* o profesional de salud?				
a. Sí, sin duda	3	5%	2	3%
b. Probablemente sí	6	10%	6	9%

c. Probablemente no	22	38%	8	12%
d. No, en absoluto	20	34%	42	65%
e. No lo sé	7	12%	7	11%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas a usuarios/as de centros de salud de localidades seleccionadas de la provincia de Córdoba, 2025.

Gráfico 1. Distribución de respuestas “Sí, sin duda” en el atributo continuidad de la atención según la presencia del médico/a del programa de radicación. Año 2025



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas a usuarios/as de centros de salud de localidades seleccionadas de la provincia de Córdoba, 2025.

c) Coordinación

Los resultados correspondientes a la función coordinación pueden observarse en la Tabla 8 y Gráfico 2. La Tabla 8 muestra la distribución porcentual de las respuestas para cada uno de los ítems evaluados, mientras que el Gráfico 4 resumen el porcentaje de respuestas “Sí, sin duda”. Fueron considerados aspectos vinculados con la derivación a otros servicios, el intercambio de información entre profesionales y la disponibilidad de la historia clínica en el centro de salud.

Tabla 8. Distribución porcentual de las respuestas sobre la coordinación según la presencia de médicos/as del Programa de Radicación. Año 2025

Coordinación	Sin médicos del programa		Con médicos del programa	
Componentes	(n)	(n%)	(n)	(n%)
E7. ¿Su médico/a o algún profesional de su CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO le recomendaron que consultara a otro especialista o servicio de especialidad médica?				
a. Sí, sin duda	23	40%	33	51%
b. Probablemente sí	22	38%	18	28%
c. Probablemente no	2	3%	1	2%
d. No, en absoluto	7	12%	8	12%
e. No lo sé	4	7%	5	8%

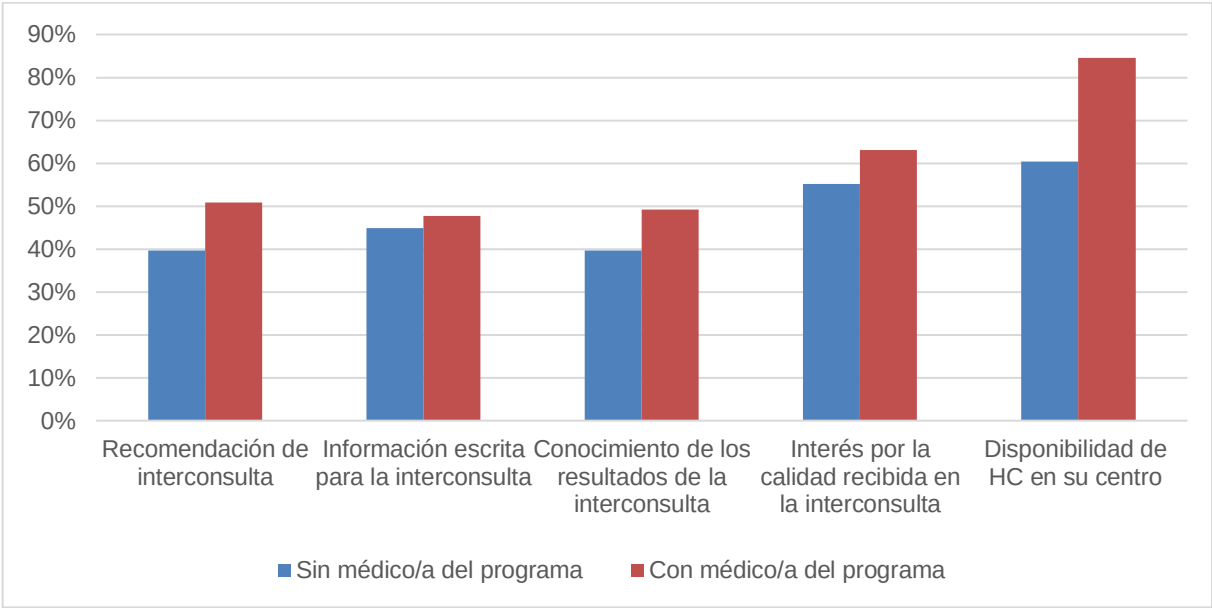
E8. ¿Su médico/a o algún profesional de su CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO le dieron alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista?				
a. Sí, sin duda	26	45%	31	48%
b. Probablemente sí	14	24%	22	34%
c. Probablemente no	4	7%	3	5%
d. No, en absoluto	9	16%	2	3%
e. No lo sé	5	9%	7	11%
E12. ¿Su médico/a o algún profesional de su CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO conocen cuáles fueron los resultados de esa consulta?				
a. Sí, sin duda	23	40%	32	49%
b. Probablemente sí	17	29%	22	34%
c. Probablemente no	5	9%	4	6%
d. No, en absoluto	7	12%	2	3%
e. No lo sé	6	10%	5	8%
E14. ¿Su médico/a o algún profesional de su CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO se interesan en la calidad de la atención que Ud. recibe cuando va al especialista o servicio de especialidad médica?				
a. Sí, sin duda	32	55%	41	63%
b. Probablemente sí	12	21%	18	28%

c. Probablemente no	1	2%		0%
d. No, en absoluto	3	5%	1	2%
e. No lo sé	10	17%	5	8%
F2. Cuando va a consulta al CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO, ¿su historia clínica está siempre disponible?				
a. Sí, sin duda	35	60%	55	85%
b. Probablemente sí	14	24%	7	11%
c. Probablemente no	3	5%	1	2%
d. No, en absoluto	1	2%		0%
e. No lo sé	5	9%	2	3%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas a usuarios/as de centros de salud de localidades seleccionadas de la provincia de Córdoba, 2025.

Como podemos observar en el gráfico 4, en los centros de salud con médicos del programa, todos los ítems que exploraron la función coordinación presentaron mayor porcentaje de respuestas “sí, sin duda” al compararlo con los centros de salud sin médicos del programa. Los aspectos de la coordinación mejor valorados consistieron en la disponibilidad de historia clínica en el centro y el interés por parte del profesional del centro de salud por la atención recibida de la persona cuando fue derivada a la consulta de mayor complejidad.

Gráfico 2. Distribución de respuestas “Si, sin duda” en el atributo coordinación según la presencia del médico/a del programa de radicación. Año 2025



Fuente: *Elaboración propia a partir de encuestas realizadas a usuarios/as de centros de salud de localidades seleccionadas de la provincia de Córdoba, 2025.*

d) Integralidad

Los resultados correspondientes al atributo integralidad se pueden observar en las Tablas 9 y 10, y en los Gráficos 3 y 4. Este atributo está constituido por dos dimensiones: disponibilidad de servicios y servicios efectivamente proporcionados.

Tabla 9. Distribución porcentual de las respuestas sobre la integralidad en su dimensión servicios disponibles, según la presencia de médicos/as del Programa de Radicación. Año 2025

Integralidad	Sin médicos del programa	Con médicos del programa
--------------	--------------------------	--------------------------

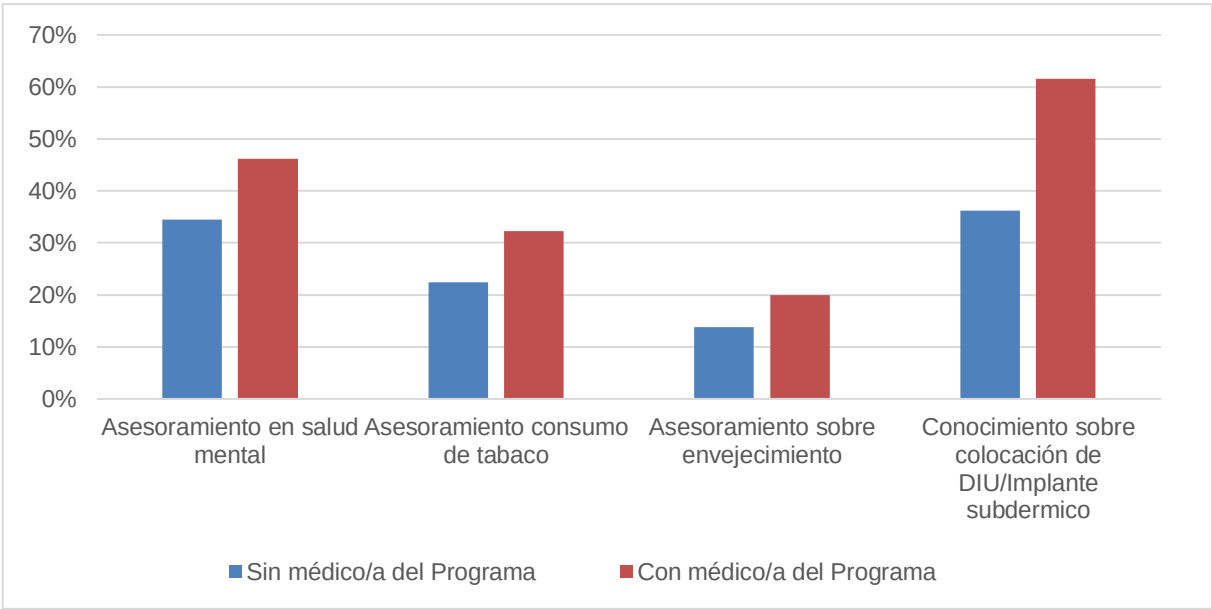
Componentes	(n)	(n%)	(n)	(n%)
G12. Si hay servicios disponibles para asesorarlo en cuestiones de salud mental				
a. Sí, sin duda	20	34%	30	46%
b. Probablemente sí	19	33%	18	28%
c. Probablemente no	0	0%	2	3%
d. No, en absoluto	2	3%	4	6%
e. No lo sé	17	29%	11	17%
G16. Si hay servicios disponibles para asesorarlo sobre el consumo de tabaco				
a. Sí, sin duda	13	22%	21	32%
b. Probablemente sí	12	21%	21	32%
c. Probablemente no	2	3%	2	3%
d. No, en absoluto	7	12%	3	5%
e. No lo sé	24	41%	18	28%
G17. Si hay servicios disponibles para asesorarlo sobre los cambios con el envejecimiento				
a. Sí, sin duda	8	14%	13	20%
b. Probablemente sí	11	19%	21	32%

c. Probablemente no	6	10%	1	2%
d. No, en absoluto	5	9%	2	3%
e. No lo sé	28	48%	28	43%
G19. Colocación de DIU o implante anticonceptivo.				
a. Sí, sin duda	21	36%	40	62%
b. Probablemente sí	11	19%	13	20%
c. Probablemente no	3	5%	1	2%
d. No, en absoluto	2	3%		0%
e. No lo sé	21	36%	11	17%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas a usuarios/as de centros de salud de localidades seleccionadas de la provincia de Córdoba, 2025.

En relación a la disponibilidad de servicios (Gráfico 5), los centros con médicos/as del programa presentaron mayores porcentajes de respuestas “sí, sin dudas” en todos los componentes evaluados. Las diferencias más marcadas se observaron en la disponibilidad de colocación de DIU o implante subdérmico, donde un 62% de las personas encuestadas respondieron “sí, sin dudas” en relación a un 32% en los centros sin profesionales del programa, y en la disponibilidad de asesoramiento en salud mental con un 46% y un 34% respectivamente.

Gráfico 3. Distribución de respuestas “Si, sin duda” en el componente disponibilidad de servicios del atributo integralidad, según la presencia del médico/a del programa de radicación. Año 2025



Fuente: *Elaboración propia a partir de encuestas realizadas a usuarios/as de centros de salud de localidades seleccionadas de la provincia de Córdoba, 2025.*

Tabla 10. Distribución porcentual de las respuestas sobre la integralidad en su dimensión servicios efectivamente brindados, según la presencia de médicos/as del Programa de Radicación. Año 2025

Integralidad: Servicios efectivamente brindados (el profesional habla con usted los siguientes temas)	Sin médicos del programa		Con médicos del programa	
Componentes	(n)	(n%)	(n)	(n%)

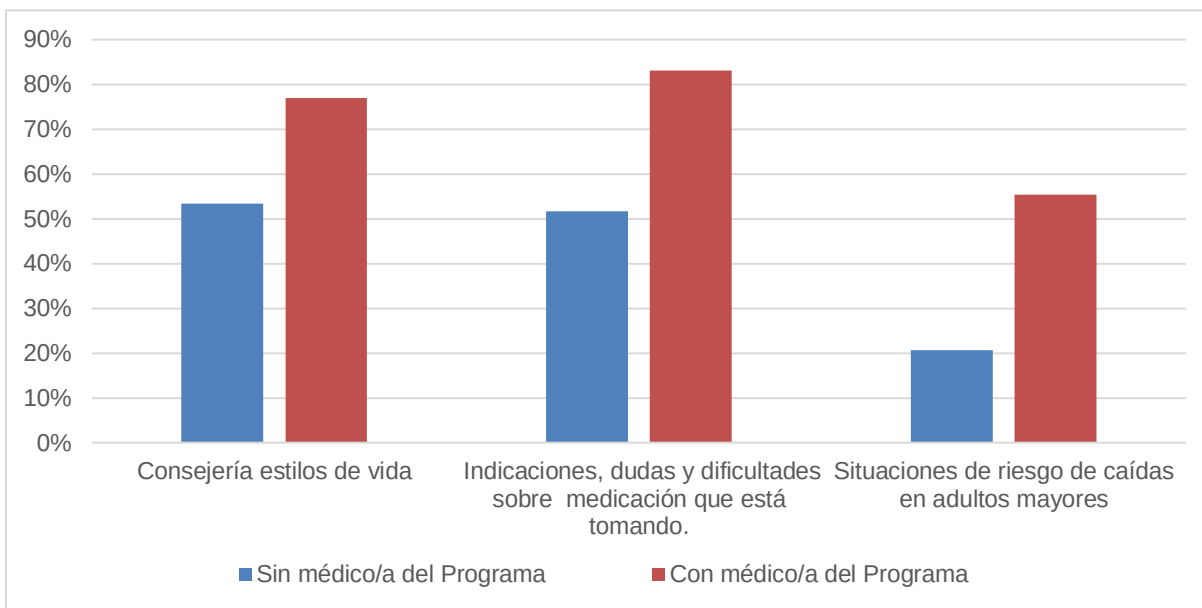
H1. Alimentación, descanso y actividad física.				
a. Sí, sin duda	31	53%	50	77%
b. Probablemente sí	15	26%	9	14%
c. Probablemente no	1	2%	2	3%
d. No, en absoluto	3	5%	2	3%
e. No lo sé	8	14%	2	3%
H11. Indicaciones, dudas y dificultades sobre la medicación que está tomando.				
a. Sí, sin duda	30	52%	54	83%
b. Probablemente sí	14	24%	4	6%
c. Probablemente no	2	3%	2	3%
d. No, en absoluto	6	10%	3	5%
e. No lo sé	6	10%	2	3%
H12. Situaciones de riesgo de caídas de los/as adultos/as mayores.				
a. Sí, sin duda	12	21%	36	55%
b. Probablemente sí	14	24%	12	18%

c. Probablemente no	6	10%	3	5%
d. No, en absoluto	5	9%	4	6%
e. No lo sé	21	36%	10	15%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas a usuarios/as de centros de salud de localidades seleccionadas de la provincia de Córdoba, 2025.

Con respecto a los servicios efectivamente brindados (Gráfico 4), tal como sucedió con la dimensión sobre disponibilidad de servicios, se encontraron diferencias superiores en los centros de salud con profesionales del programa, destacándose el componente indicaciones o dudas sobre la medicación que la persona está tomando, donde el 83% respondió “sí, sin duda” en comparación con un 52% de las personas encuestadas de los centros sin médicos del Programa.

Gráfico 4. Distribución de respuestas “Sí, sin duda” en el componente servicios efectivamente proporcionados del atributo integralidad, según la presencia del médico/a del programa de radicación. Año 2025



Fuente: *Elaboración propia a partir de encuestas realizadas a usuarios/as de centros de salud de localidades seleccionadas de la provincia de Córdoba, 2025.*

e) Orientación familiar

Los resultados correspondientes a la función orientación familiar se presentan en la Tabla 11. En ambos componentes, el porcentaje de respuestas “Sí, sin duda” fue superior en los centros de salud con profesionales del programa de radicación.

Con respecto a la consideración de las ideas y opiniones de la persona y su familia al momento de planificar un tratamiento, el 57% de las personas respondieron “sí, sin duda”, mientras que un 31% en los centros sin estos profesionales. En el componente respecto a la predisposición del profesional o equipo de salud de reunirse con la familia de la persona en caso de ser necesario, la diferencia fue aún mayor, siendo del 66% de las respuestas “sí, sin duda” en los centros con médicos del plan, en comparación al 31% de los centros sin estos profesionales.

Tabla 11. Distribución de respuestas sobre el atributo orientación familiar según la presencia de médicos/as del Programa de Radicación. Año 2025

Orientación familiar	Sin médico del programa		Con médico del programa	
Componentes	(n)	(n%)	(n)	(n%)
I2. ¿Le consultan sobre sus ideas y opiniones cuando planifican un tratamiento para usted o alguna persona de su familia?				
a. Sí, sin duda	18	31%	37	57%
b. Probablemente sí	16	28%	20	31%
c. Probablemente no	5	9%	2	3%
d. No, en absoluto	3	5%	1	2%
e. No lo sé	16	28%	5	8%
I4. ¿Se reunirían con miembros de su familia si eso fuera de ayuda para su atención?				
a. Sí, sin duda	18	31%	43	66%
b. Probablemente sí	17	29%	13	20%
c. Probablemente no	4	7%	2	3%
d. No, en absoluto	5	9%	1	2%
e. No lo sé	14	24%	6	9%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas a usuarios/as de centros de salud de localidades seleccionadas de la provincia de Córdoba, 2025.

f) Orientación comunitaria

Los resultados de la función orientación comunitaria se pueden observar en la Tabla 12. En términos generales, los centros de salud con médicos del programa presentaron mayores porcentajes de respuestas “sí, sin duda” en los tres componentes evaluados, en relación a los centros sin estos profesionales.

Las diferencias más destacadas se observaron en la consideración de las opiniones de la población para mejorar la atención del centro de salud, donde el 40% de las personas encuestadas en los centros con profesionales del programa respondió “sí, sin duda”, en comparación al 29% en los centros sin estos profesionales. De igual manera, se observaron mayores porcentajes de respuestas “sí, sin duda” en relación con las visitas domiciliarias (37% vs. 24%) y con el conocimiento de los problemas más importantes del barrio por parte de los profesionales (26% vs. 21%)

Tabla 12. Distribución de las respuestas sobre el atributo orientación comunitaria según la presencia de médicos/as del Programa de Radicación. Año 2025

Orientación comunitaria	Sin médico del programa		Con médico del programa	
Componentes	(n)	(n%)	(n)	(n%)
J1. ¿Algún/a profesional del CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO lo/a ha visitado en su domicilio alguna vez?				
a. Sí, sin duda	14	24%	24	37%

b. Probablemente sí	5	9%	10	15%
c. Probablemente no	4	7%	1	2%
d. No, en absoluto	33	57%	27	42%
e. No lo sé	2	3%	3	5%
J2. Los/as profesionales que lo/a atienden en el CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO, ¿tienen un conocimiento adecuado de los problemas más importantes de su BARRIO*?				
a. Sí, sin duda	12	21%	17	26%
b. Probablemente sí	16	28%	24	37%
c. Probablemente no	6	10%	8	12%
d. No, en absoluto	6	10%	3	5%
e. No lo sé	18	31%	13	20%
J3. ¿El Centro de salud/dispensario tiene en cuenta opiniones e ideas de la POBLACIÓN para poder mejorar la atención de salud? (por ejemplo, a través de encuestas)				
a. Sí, sin duda	17	29%	26	40%
b. Probablemente sí	17	29%	22	34%
c. Probablemente no	3	5%	1	2%
d. No, en absoluto	3	5%	3	5%
e. No lo sé	18	31%	13	20%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas a usuarios/as de centros de salud de localidades seleccionadas de la provincia de Córdoba, 2025.

IX. Discusión

Este trabajo tuvo como objetivo evaluar el grado cumplimiento de las funciones de la APS en centros de salud de la provincia de Córdoba, comparando aquellos con y sin la presencia de médicos/as del programa de radicación, desde la mirada de los usuarios. Las funciones de la APS evaluadas correspondieron a los atributos primer contacto, continuidad de la atención, coordinación, integralidad, orientación familiar y orientación comunitaria.

A modo general, ambos grupos de centros de salud del PNA de la provincia que fueron comparados obtuvieron un buen desempeño en todas las funciones de la APS evaluadas, superando los valores de 6,6, valor a partir del cual se considera buen desempeño según la literatura (Berra et al., 2013; Vázquez Peña et al., 2017). Este resultado es relevante porque contrasta con la mayoría de los resultados publicados desde la mirada de los usuarios en la bibliografía. En las revisiones sistemáticas realizadas en Brasil por Prates et al. (2017) y Paula et al. (2016), los resultados encontrados son heterogéneos. Si bien se observó un buen desempeño en algunas de las funciones como el primer contacto, continuidad de la atención y coordinación, no así en las funciones integralidad, orientación familiar y orientación comunitaria. En el mismo sentido, los hallazgos de este trabajo contrastan con los resultados de Berra et al. (2018), quienes evaluaron las funciones en centros de salud públicos del PNA de la localidad de Córdoba y obtuvieron puntuaciones por debajo de los valores deseados, traduciéndose como incumplimiento de las funciones de la APS.

Una posible explicación de esta diferencia podría deberse a las características de los centros de salud incluidos en el presente trabajo, localizados en pequeñas localidades del interior provincial, mientras que los estudios de Brasil se realizaron en grandes centros urbanos, y el trabajo de Berra et al. (2018) en centros de la capital provincial. En estas localidades pequeñas, los equipos de salud suelen tener vínculos, conocimiento y contacto más estrecho con su población a cargo, lo que favorecería el desempeño de los atributos evaluados. En cambio, los estudios realizados en Brasil fueron realizados en

grandes centros urbanos, con características sociodemográficas diferentes. En este sentido, Lamarche et al. (2010) realizaron un estudio con el objetivo de determinar si las evaluaciones de la experiencia de los usuarios de atención primaria variaban según el contexto geográfico en el cual se obtenían los servicios sanitarios, observando que los usuarios de zonas rurales (ciudades menores a 10.000 habitantes) tendían a valorar de manera más positiva su experiencia en la atención, en comparación a las personas que vivían en los grandes centros urbanos. Otro de los aspectos a considerar es que la muestra total estuvo conformada por el 73% de mujeres, lo que podría contribuir a valoraciones más favorables de la atención. Está demostrado que las mujeres realizan un uso más frecuente de los servicios de salud y una evaluación más detallada de los mismos (Bertakis et al., 2000; Wang et al., 2013).

En relación a los objetivos del presente trabajo, los centros de salud con profesionales del programa presentaron valores promedio superiores en todas las funciones al compararlos con los centros de salud sin estos profesionales. Se destacan principalmente las funciones continuidad de la atención, integralidad y orientación familiar con diferencias estadísticamente significativas. Esto pondría en evidencia la importancia de los fundamentos de la Medicina Familiar y la aplicación del programa de la carrera donde la atención integral, continua y centrada en la persona y su familia constituye el eje fundamental de la práctica clínica, tal como señalan Múnera Piedrahita et al. (2013) y Rosas Prieto et al. (2013). En el mismo sentido, la mayoría de las evaluaciones realizadas en Brasil, demostraron que las Unidades de Salud Familiar presentaron mayor orientación hacia la APS que las Unidades de Atención Básica (tradicionales) (Campos & Pereira, 2016; Macinko et al., 2007; Paula et al., 2016; Penso et al., 2017). Estos resultados han sido atribuidos a las inversiones sostenidas para este modelo así como a las políticas destinadas a institucionalizar el monitoreo y la evaluación de estos servicios de salud familiar (Paula et al., 2016).

En comparación al estudio realizado por Cossani et al. (2018) en la provincia de Entre Ríos (Argentina), en el cual el grado de desempeño de las funciones integralidad y orientación familiar fueron insuficientes, es importante mencionar que, las autoras

atribuyeron estos bajos resultados a la escasez de médicos generalistas. En contraste, los resultados obtenidos en el presente trabajo muestran niveles significativamente superiores para estos mismos atributos, lo que sugiere que la presencia de profesionales con formación en medicina familiar, y la estabilidad de los mismos en el territorio, podrían ser factores esenciales para el desarrollo y fortalecimiento de las funciones de la APS, aunque se requieren estudios longitudinales para evaluar estos aspectos con mayor profundidad.

Distintos estudios internacionales como los realizados en Brasil (Elias et al., 2006; Prates et al., 2017) y en China (Li et al., 2018) , han reportado resultados similares a los hallados en nuestro trabajo, donde los centros de salud o modalidades de atención con médicos de familia se asociaron a mejores resultados en APS, particularmente en las funciones continuidad de la atención, integralidad y orientación familiar. Estos resultados son consistentes con los obtenidos por Starfield (2001) y Shi (1992), quienes destacaron que la disponibilidad de médicos de familia en el PNA se asocia con mejores resultados sanitarios, y que para ello se requiere de inversiones, tanto políticas como financieras, a largo plazo. Una posible explicación de estos resultados consiste en las competencias específicas de la Medicina Familiar, ya que es una especialidad orientada al seguimiento continuo de las personas, al abordaje integral de los problemas de salud, donde la unidad funcional es la familia y el individuo, y tiene como base el método clínico-epidemiológico y social (Alcázar et al., 2014). Estas características favorecen el desarrollo de vínculos longitudinales, una atención más integral y la mayor incorporación de un enfoque familiar, aspectos que mostraron mejores resultados en los centros con profesionales del programa. Del mismo modo, Ramírez et al. (2011) señalaron como condiciones de éxito de un sistema basado en APS, contar con recursos humanos calificados para vincularse con las familias y comunidades.

Con respecto a los atributos en los que observamos diferencias estadísticamente significativas como continuidad de la atención, integralidad y orientación familiar en centros de salud con médicos del programa, estos hallazgos reafirman la importancia de la formación en los pilares fundamentales de la medicina de familia y la APS. Esto resulta

interesante ya que estas tres funciones se caracterizan por presentar mayor ponderación al momento de evaluar la orientación de los servicios hacia la APS (Vázquez Peña et al., 2017). A si mismo diversos trabajos, como los realizados por Starfield et al. (2005), Shi (1992), Macinko et al. (2007) y Pereira Gray et al. (2018a) entre otros, destacan que estas funciones se asocian a mayores resultados sanitarios en términos de reducción de inequidades, disminución de internaciones y de mortalidad, y eficiencia en el uso de recursos. Esto no significa que las otras funciones no sean importantes, ya que los atributos de la APS actúan en conjunto y se potencian mutuamente. Además, estos resultados no implican que los centros de salud sin médicos del programa no estén orientados hacia la APS, sino que los centros de salud con médicos con formación en medicina familiar representan un valor agregado, ya que desde su formación se promueve un modelo de salud basado en los pilares de la APS.

En relación a la continuidad de la atención los resultados obtenidos podrían deberse a la presencia y radicación de estos profesionales en las localidades y su inserción en la comunidad. Este es un atributo clave de la Estrategia de APS en general y de la medicina familiar en particular, e implica un cuidado centrado en la persona y sostenido en el tiempo, estableciendo un vínculo personal de confianza (Villalon, 2021). La continuidad de la atención es un indicador central de la APS, y es considerada una característica propia de los modelos de atención basados en medicina familiar. Se ha demostrado en diversos estudios como los de Cabana & Jee, (2004), Pereira Gray et al. (2018) y Baker et al. (2020) su impacto beneficioso en indicadores sanitarios objetivos como ser la reducción de las consultas a urgencias, la disminución de las internaciones y la disminución de la mortalidad. En este sentido, y considerando que los centros de salud con médicos del programa presentaron puntajes significativamente superiores en este atributo y dada su importancia sanitaria, sería interesante realizar estudios que busquen medir estos indicadores sanitarios. Estos estudios contribuirían a generar evidencia local y a fundamentar con mayor solidez la política del Plan de Radicación de médicos con formación en medicina familiar.

En el atributo integralidad, otro de los aspectos fundamentales de la Medicina Familiar y de la APS; también se observaron diferencias estadísticamente significativas, tanto en la disponibilidad de servicios como en los servicios efectivamente brindados, siendo el grado de cumplimiento mayor en los centros con profesionales del programa. Estos resultados sugieren mayor capacidad de dichos equipos para brindar una atención integral centrada en la persona y no en la enfermedad, lo que podría asociarse a la formación específica en medicina familiar, donde los profesionales se forman aplicando el “modelo clínico centrado en la persona” y promoviendo un abordaje integral del proceso salud enfermedad atención (Suarez Cuba, 2012; Fuentes & Albino, 2016). Este hallazgo tiene implicancias sanitarias relevantes, ya que mejores resultados en integralidad permitirían resolver las necesidades básicas de atención de una población. Esto se logra mediante acciones de promoción, prevención y tratamiento oportuno de los problemas de salud, garantizando que los servicios sanitarios se ajusten a las necesidades de salud de la población y un mayor poder resolutivo en el PNA (Starfield, 1998). Según Baughman et al. (2025) una atención integral está relacionada con una mayor calidad en la atención, menores costos y mayor accesibilidad a los servicios de salud.

Por último, también se observaron diferencias significativas en la evaluación de la orientación familiar a favor de los centros de salud con médicos y médicas del programa. Esto es fundamental ya que, como refieren Montoro Ruiz & Fernández Ruiz (2006), para el médico o médica de familia el enfoque familiar en la consulta supone trasladar la atención tradicional individual al del conjunto de personas que componen la familia, reconociendo que los vínculos y contextos familiares influyen de manera decisiva en los problemas de salud de cada persona. Los estudios realizados en Brasil por Macinko et al. (2007) y Rasella et al. (2014) sostienen que la orientación familiar favorece intervenciones preventivas tempranas y una mejor adherencia terapéutica, al encontrar mejores resultados en indicadores de salud materno-infantil y reducción de hospitalizaciones. Estos resultados podrían estar relacionados a que los médicos del programa, en su etapa de formación, incorporan competencias específicas relacionadas al abordaje de la familia como unidad de cuidado. Entre estas competencias se destacan

la construcción e interpretación del genograma, la estructura y análisis del ciclo vital familiar, la identificación de crisis normativas y para normativas, y el reconocimiento de acontecimientos vitales estresantes y su impacto en la salud individual y familiar.

Resulta relevante destacar que los profesionales del Programa de Radicación realizaron su etapa de formación (residencia) en los centros de salud a los que denominamos en este trabajo “centros de salud con médicos del programa”. Esto es un aspecto clave ya que, la formación de estos profesionales, no debe entenderse únicamente como un proceso individual y aislado de adquisición de competencias sino como un intercambio dinámico de producción de conocimiento, reflexión crítica y transformación institucional. En este sentido, los médicos y médicas del programa no solo se forman en el territorio, sino que intervienen activamente en él, con el objetivo de fortalecer prácticas clínicas, promover espacios reflexivos en los equipos de salud y tensionar los modelos fragmentados de atención (Frenk et al., 2010). Estos aspectos podrían contribuir a explicar los mejores resultados observados en los centros de salud con estos profesionales, ya que su presencia podría impactar favorablemente en las prácticas del equipo de salud en su conjunto. En este sentido, sería valioso realizar estudios dirigidos a comprender con mayor profundidad este impacto.

En síntesis, los centros de salud con médicos y médicas del programa, presentaron mejores resultados en todas las funciones de la APS, especialmente en las funciones continuidad de la atención, integralidad y orientación familiar, en las cuales se observaron diferencias significativas. El cumplimiento de estas funciones es de gran relevancia sanitaria, ya que como se mencionó anteriormente, se ha demostrado que, a mayor grado de cumplimiento de estas, se obtienen mejores resultados en salud. Los resultados obtenidos son coherentes con los hallados en estudios internacionales, donde los centros y equipos con médicos de familia presentaron mejores desempeños en las funciones de la APS que las modalidades tradicionales de atención. Estos hallazgos aportan elementos a la discusión sobre la importancia de diseñar políticas públicas de recursos humanos con orientación a la formación en medicina familiar, así como la radicación y

permanencia de los profesionales en las comunidades, especialmente en localidades del interior provincial donde esta estrategia parece mostrar resultados favorables.

X. Algunas fortalezas y limitaciones

Algunas de las principales fortalezas de este trabajo fueron haber realizado un estudio evaluativo y comparativo de centros de salud del PNA en la Provincia de Córdoba desde la perspectiva de los usuarios. Otra fortaleza consistió en haber utilizado el PCAT, un cuestionario estandarizado y validado en Argentina por Berra et al. (2013) lo que permitió realizar comparaciones con estudios nacionales e internacionales. La aplicación de este cuestionario, en el marco de acciones para mejorar la calidad de la atención, favorece la evaluación rápida y global de la orientación de los sistemas hacia la APS (Vázquez Peña et al., 2017), y posibilitó identificar de manera clara diferencias significativas atribuibles a la presencia de médicos y médicas del programa de radicación. Por último, el estudio fue realizado en 12 localidades pequeñas del interior provincial permitiendo observar y evaluar el grado de desempeño de las funciones de la APS en un contexto poco estudiado.

En cuanto a las principales limitaciones debemos mencionar que se realizaron encuestas autoadministradas a personas que se encontraban en la sala de espera al momento de la recolección de datos. Esto pudo generar un sesgo de selección, ya que la opinión de estas personas puede ser diferente a la de la población que no asiste al centro de salud. En el mismo sentido, el lugar donde se completó la encuesta también pudo haber influido en las respuestas de las personas encuestadas, generando sesgos en las mismas. Si bien, se mantuvo el anonimato en las respuestas, responder sobre el funcionamiento de los servicios en el mismo lugar donde se recibe la atención podría tender hacia valoraciones más favorables.

El tipo de diseño, al ser transversal, no permite establecer causalidad por lo que los resultados hallados podrían no ser efectos directos del programa de radicación y ser solo

asociaciones observadas. Además, los resultados podrían explicarse por otras variables que no fueron analizadas en el presente trabajo como podrían ser las capacidades de gestión de las localidades, recursos con los que cuentan, capacitaciones y formación del equipo de salud. En una revisión realizada por Lega et al. (2013) observaron que el desempeño de los sistemas de salud está asociado a distintos aspectos de la gestión. En su artículo identifican cuatro grandes dimensiones relacionadas con resultados favorables en salud como ser: las capacidades y características de los gestores, las prácticas de gestión (incluyen planificación, elaboración de presupuestos, la organización, la dotación de personal), el grado de involucramiento de los profesionales en la gestión y la cultura organizacional. Estos aspectos actúan en forma combinada, lo que dificultarían explicaciones lineales o unicasuales de los desempeños observados.

Otra limitación a considerar es que no se realizó un ajuste estadístico por género en el análisis de los resultados. Si bien se observó una mayor proporción de mujeres en el grupo con médicos del programa (77%) en comparación con el grupo sin estos profesionales (69%), esta diferencia no resultó estadísticamente significativa. Esto es relevante ya que las mujeres tienden a un mayor uso de los servicios de salud y una valoración más detallada de la experiencia en la consulta (Bertakis et al., 2000; Wang et al., 2013).

Sin duda, los hallazgos de esta tesis ponen en evidencia la necesidad de profundizar mediante futuras investigaciones el impacto del Plan de Radicación de Médicos en el Interior y su formación específica en Medicina Familiar, así como incorporar otras variables que permitan comprender el peso específico de dicho programa.

XI. Conclusiones

Este trabajo se centró en la evaluación del grado de desempeño de las funciones de la APS, comparando centros con profesionales del Programa de Radicación y centros sin estos profesionales. Si bien el grado de desempeño de las funciones de la APS fue adecuado en todos los centros, en aquellos con médicos y médicas del Programa resultó significativamente mayor.

Al realizar el análisis comparativo entre ambos grupos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las funciones continuidad de la atención, integralidad y orientación familiar en el grupo con profesionales del programa. Estos resultados destacan la importancia de la formación en medicina familiar y la existencia de políticas públicas orientadas a la formación y radicación de profesionales en el interior provincial.

Los hallazgos de este trabajo permitieron obtener una visión general del desempeño de las funciones de la APS en centros del PNA del interior provincial, y evaluar en cierta forma, una política pública de recursos humanos. Sin duda, este trabajo constituye un punto de partida para futuras investigaciones que pongan el foco en el impacto real de políticas de formación de recursos humanos en salud.

Para fortalecer la Estrategia de APS se requieren políticas públicas que garanticen la formación y el desarrollo de recursos humanos especializados en el PNA. Estas políticas deben ser capaces de reconocer al primer nivel como la base del sistema sanitario, con el objetivo de garantizar el primer contacto, la continuidad de la atención, la coordinación y la integralidad desde un enfoque centrado en la persona, la familia y la comunidad. Solo así será posible avanzar hacia “Una Salud para Todos”.

XII. Referencias

- Acevedo, G., Farías, M. A., Dursi, C., Cadile, M. del C., Ciaravino, O., & Duré, I. (2016). Formación elegida por médicos que aprobaron el examen único de residencias y no accedieron al cargo. *Revista Argentina de Salud Pública*, 7(29), 19-25.
- Acosta, L., Burrone, M. S., Lopez de Neira, M. J., Lucchese, M., Cometto, C., Ciuffolini, B., Didoni, M., Jure, H., Acevedo, G., Estario, J. C., & Fernández, A. R. (2011). Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. *Enfermería Global*, 10(21), 0-0.
- Alcázar, V. R. H., Labrador, M. C. P., Esperón, J. M. T., Díaz, I. E. F., Delgado, D. A. M., & Lubián, M. del C. M. (2014). Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en cuba y otros países. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3), 364-374.
- Añel-Rodríguez, R. M., Astier-Peña, P., Añel-Rodríguez, R. M., & Astier-Peña, P. (2022). Longitudinalidad en Atención Primaria: Un factor protector de la salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(2), 75-76.
- Ase, I. (2006). *La Descentralización Servicios Salud Córdoba 2006 - Salud Colectiva ISSN: 1669- - Studocu*. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-cordoba/educacion-para-la-salud/ase-la-descentralizacion-servicios-salud-cordoba-2006/23632421>
- Ase, I., & Burijovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, 5(1), 27-47. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.229>
- Ase, I., & Burijovich, J. (2022, octubre 12). Análisis: ¿Existe un “cordobesismo” sanitario? *Ate Córdoba*. <https://atecordoba.org/?p=34139>

- Baker, R., Freeman, G. K., Haggerty, J. L., Bankart, M. J., & Nockels, K. H. (2020). Primary medical care continuity and patient mortality: A systematic review. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 70(698), e600-e611. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X712289>
- Baughman, D., Nasir, R., & Bazemore, A. (2025). Methods for measuring comprehensiveness in primary care: A narrative review. *Journal of Primary Health Care*. <https://doi.org/10.1071/HC25101>
- Bernal, I. L. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 48-51.
- Bernal, M., & Bizarro, V. (2019). Relaciones intergubernamentales y gestión pública de salud: Argentina y el caso de la Provincia de Córdoba. *Revista Derecho y Salud*, 3(3), Article 3. [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2019\)02](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2019)02)
- Berra, S. del V., Rivera, C., Nicora, M. V., & Passarín, M. I. (2018). *Experiencias con el primer nivel de atención según cobertura de salud en Córdoba, Argentina*. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/91900>
- Berra, S., Hauser, L., Audisio, Y., Mántaras, J., Nicora, V., Oliveira, M. M. C. de, Starfield, B., & Harzheim, E. (2013). *Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud*. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/94572>
- Bertakis, K. D., Azari, R., Helms, L. J., Callahan, E. J., & Robbins, J. A. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *The Journal of Family Practice*, 49(2), 147-152.
- Cabana, M. D., & Jee, S. H. (2004). Does continuity of care improve patient outcomes? *The Journal of Family Practice*, 53(12), 974-980.
- Calbano, A. G. (2017). ¿Crisis de la residencia o crisis de la Medicina Familiar y General? *Archivos de Medicina Familiar y General*, 14(1). <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/26>

- Calbano, A. G., Godoy, A. C., Calbano, M. A. G., Perrotta, A. C., Zamora, A. C., & León, R. C. F. P. de. (2013). Censo 2013 de Residencias de Medicina Familiar y General de la República Argentina. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 10(2), Article 2. <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/78>
- Campos, G. W. de S., & Pereira, N. (2016). Primary care in Brazil, and the Mais Médicos (More Doctors) Program in the Unified Health System: Achievements and limits. *Ciencia & Saude Coletiva*, 21(9), 2655-2663. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016>
- Castellanos Robayo, J. (1977). Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*;82(6),Jun. 1977. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17488>
- Centeno, Á. M., Campos, S., Centeno, Á. M., & Campos, S. (2017). La educación médica en Argentina. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 20(6), 265-271. <https://doi.org/10.33588/fem.206.924>
- Cetrángolo, O., & Gatto, F. (2002). *Descentralización fiscal en Argentina: Restricciones impuestas por un proceso mal orientado*. <https://hdl.handle.net/11362/28459>
- Chuit, R., & Iglesias, M. (2004). *Mesa Debate: Modelos provinciales de salud. En Seminarios Salud y Políticas Públicas. CEDES*. <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3886/1/SSPP200407.pdf>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2.^a ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 00-00.
- Cossani, E. B., Rivera, C., & Berra, S. del V. (2018). *Calidad del Primer Nivel de Atención según usuarios y prestadores de servicios municipales de Concepción del Uruguay, Entre Ríos*. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/92543>

- D'Avila, O. P., Pinto, L. F. da S., Hauser, L., Gonçalves, M. R., & Harzheim, E. (2017). The use of the Primary Care Assessment Tool (PCAT): An integrative review and proposed update. *Ciencia & Saude Coletiva*, 22(3), 855-865. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.03312016>
- Doherty, W. J., & Baird, M. A. (1986). Developmental levels in family-centered medical care. *Family Medicine*, 18(3), 153-156.
- Drury, R. L. (2018). The Evolution of Family Medicine: A Focused Review. *Archives of Community and Family Medicine*, 1(1), 51-54. <https://doi.org/10.22259/2638-4787.0101009>
- Ducant, M., Godoy, A. C., & Alonso, D. E. (2022). Monitor sanitario: Experiencia de gestión y monitoreo de líneas de cuidado priorizadas en Córdoba. *Archiv. med. fam. gen. (En línea)*, 5-16.
- Elias, P. E., Ferreira, C. W., Alves, M. C. G., Cohn, A., Kishima, V., Escrivão Junior, Á., Gomes, A., & Bousquat, A. (2006). Atenção Básica em Saúde: Comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 633-641. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>
- Elorza, M. E., Moscoso, N. S., & Lago, F. P. (2017). Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(3), 1-17.
- Fernández Ortega, M. A., Arias Castillo, L., Brandt Toro, C., Irigoyen Coria, A., & Roo Prato, J. B. (2012). Hacia el fortalecimiento de la medicina familiar y la atención primaria en los sistemas de salud: IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. En *Hacia el fortalecimiento de la medicina familiar y la atención primaria en los sistemas de salud: IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar* (pp. 20-20). https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/articulo_med_fam_par_2011.pdf
- Franco-Giraldo, Á. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3), 414-424. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11>

- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376(9756), 1923-1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Fuentes, M. S. C., & Albino, Z. O. de los M. R. (2016). El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 780-784. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2565>
- García-Blanco, D., & Cubillo-Llanes, J. (2022). Orientación comunitaria en los equipos de atención primaria. *Atención Primaria Práctica*, 5(1). <https://doi.org/10.1016/j.appr.2022.100165>
- Gérvás, J. (2012). *Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012—ScienceDirect*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003360>
- Gibson, C., Arya, N., Ponka, D., Rouleau, K., & Woollard, R. (2016). Approaching a global definition of family medicine: The Besrouer Papers: a series on the state of family medicine in the world. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 62(11), 891-896.
- Girardi, S. N., Carvalho, C. L., Pierantoni, C. R., Costa, J. de O., Stralen, A. C. de S. van, Lauar, T. V., & David, R. B. (2016). Assessment of the scope of practice of physicians participating in the Mais Médicos (More Doctors) Program, and associated factors. *Ciencia & Saude Coletiva*, 21(9), 2739-2748. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15912016>
- Gobierno de Córdoba. (2019, abril 23). Plan cordobés de radicación de médicos en el interior. *Gobierno de Córdoba*. <https://prensa.cba.gov.ar/salud-2/plan-cordobes-de-radicacion-de-medicos-en-el-interior/>

- Gobierno de la Provincia de Córdoba. (2025, diciembre 29). *Intendentes y jefes comunales— Datos Gestión Abierta*. <https://datosgestionabierta.cba.gov.ar/dataset/intendentes-y-jefes-comunales>
- Godoy, A. C., Didoni, M. S., Lopez, L. I., Perez, A. S., Bertotto, A., Astegiano, C., & Metrebian, S. (2024). Experiencia docente en un programa de formación de Medicina Familiar y General a distancia. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 21(1), Article 1. <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/272>
- Gofin, J., & Gofin, R. (2007). *Atención primaria orientada a la comunidad: Un modelo de salud pública en la atención primaria*. <https://iris.paho.org/items/0a768529-462d-4392-aa34-79516e3e33e9>
- González Sánchez, M. C., Parceró Páez, I., & Tonini, M. (2018, diciembre). *El Programa de Médicos Comunitarios: Una aproximación desde el enfoque de referenciales de políticas públicas*. X Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata (Ensenada, 5 al 7 de diciembre de 2018). <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/79581>
- Gupta, A., Gray, C. S., Landes, M., Sridharan, S., & Bhattacharyya, O. (2021). Family medicine. *Canadian Family Physician*, 67(9), 647-651. <https://doi.org/10.46747/cfp.6709647>
- Hacia el fortalecimiento de la Primaria en los sistemas de salud Medicina Familiar..pdf*. (s. f.).
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 327(7425), 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- INDEC. (2022). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. <https://censo.gob.ar/>
- Institute of Medicine. (1994). *Defining Primary Care: An Interim Report* (M. Donaldson, K. Yordy, & N. Vanselow, Eds.). National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK231312/>

- Jantsch, A. G., Burström, B., Nilsson, G., & de Leon, A. P. (2021). Detection and follow-up of chronic health conditions in Rio de Janeiro – the impact of residency training in family medicine. *BMC Family Practice*, 22(1), 223. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01542-5>
- Jantsch, A. G., Burström, B., Nilsson, G. H., & Ponce de Leon, A. (2022). Residency training in family medicine and its impact on coordination and continuity of care: An analysis of referrals to secondary care in Rio de Janeiro. *BMJ Open*, 12(2), e051515. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051515>
- Jantsch, A. G., Burström, B., Nilsson, G. H., & Ponce De Leon, A. (2023). The impact of residency training in family medicine on hospital admissions due to Ambulatory-care Sensitive Conditions in Rio de Janeiro. *PLOS Global Public Health*, 3(10), e0000547. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000547>
- Lamarche, P. A., Pineault, R., Haggerty, J., Hamel, M., Levesque, J.-F., & Gauthier, J. (2010). The experience of primary health care users: A rural-urban paradox. *Canadian Journal of Rural Medicine: The Official Journal of the Society of Rural Physicians of Canada = Journal Canadien De La Medecine Rurale: Le Journal Officiel De La Societe De Medecine Rurale Du Canada*, 15(2), 61-66.
- Lardone, M., & Cingolani, M. (2006). Gobiernos bajo presión. Relaciones intergubernamentales y reforma del Estado. El caso de Córdoba, de Martín Lardone y Mónica Cingolani. *REVISTA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE ANÁLISIS POLÍTICO*, 2(3), 661-664.
- Lassi, Z. S., Kumar, R., & Bhutta, Z. A. (2016). Community-Based Care to Improve Maternal, Newborn, and Child Health. En R. E. Black, R. Laxminarayan, M. Temmerman, & N. Walker (Eds.), *Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 2)*. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361898/>
- Lazzarini, N. (2023, mayo 23). Acceso a la salud en Córdoba: Se acentúa la concentración de médicos en la Capital | Ciudadanos. La Voz del Interior. <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/acceso-a-la-salud-en-cordoba-se-acentua-la-concentracion-de-medicos-en-la-capital/>

- Lega, F., Prenestini, A., & Spurgeon, P. (2013). Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 16(1 Suppl), S46-51. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2012.10.004>
- Legislación de Córdoba. (2003). *Ley de garantías saludables 9.133*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/>
- Legislación Provincial de Córdoba. (1989, noviembre 17). *Ley Número 7850: Ley de Reforma del Estado*. <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/ea2d7faf0be79c1303257f77005458b4?OpenDocument>
- Legislación Provincial de Córdoba. (1998). *Ley de Descentralización de Funciones y Servicios Provinciales* (Ley N.º 8.663). <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/f9dc03a99ad8b9890325723400646116?OpenDocument>
- Li, L., Zhong, C., Mei, J., Liang, Y., Li, L., & Kuang, L. (2018). Effect of family practice contract services on the quality of primary care in Guangzhou, China: A cross-sectional study using PCAT-AE. *BMJ Open*, 8(11), e021317. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021317>
- López García, A., & Barber Pérez, P. (2024). Revisión sistemática de los instrumentos de evaluación de la calidad de Atención Primaria utilizados en los últimos 10 años. *Atencion Primaria*, 56(9), 103046. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103046>
- Maceira, D. (2008a). *Crisis económica, política pública y gasto en salud: La experiencia Argentina*. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4133>
- Maceira, D. (2008b). *Descentralización y equidad en el sistema de salud argentino*. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/244995>

- Maceira, D. (2020). Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. *Rev Estado Pol Públ.* 2020;14:155-179. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4536>
- Macinko, J., Almeida, C., & de Sá, P. K. (2007). A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy and Planning*, 22(3), 167-177. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm008>
- Martín Zurro, Amando., Jodar Solà, Gloria, Bosch Fontcuberta, Josep María, ed. lit., & Albéniz Lizarraga, Carmen. (2011). *Atención familiar y salud comunitaria: Conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Amsterdam etc.; Barcelona: Elsevier. https://jabega.uma.es/discovery/fulldisplay/alma991003061619704986/34CBUA_UMA:VU1
- McDaniel, S., Campbell, T., & Seaburn, D. (2005). *Family-Oriented Primary Care*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/b137394>
- McWhinney, I. R. (1998). Primary care: Core values. Core values in a changing world. *BMJ*, 316(7147), 1807-1809. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7147.1807>
- Millman, M. (1993). *Access to Health Care in America*. National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235882/>
- Ministerio de Salud. (2010). *Argentina Plan Federal de Salud 2010-2016*. <https://extranet.who.int/countryplanningcycles/planning-cycle-files/argentina-plan-federal-de-salud-2010-2016>
- Ministerio de Salud. (2015). Los recursos humanos en salud en Argentina. En *Los recursos humanos en salud en Argentina* (pp. 31-31). <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento6.pdf>
- Montoro Ruiz, R., & Fernández Ruiz, J. S. (2006). La Atención familiar, una estrategia de cambio necesaria y pertinente. *Semergen: revista española de medicina de familia*, (5), 203-204.
- Moscoso, N. S., & Modarelli, R. (2009). Descentralización en salud: Marco conceptual y políticas públicas en Argentina. *Ciencias Económicas*, 27(2), 155-169.

- Múnera Piedrahita, F. A., Salamanca, D., & Mora, S. (2013). Reflexiones sobre el rol de la medicina familiar y la atención primaria de salud. *Atención Familiar*, 20(1), 28-30. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30083-9](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30083-9)
- Nardi, M. A., Arceo, D., & Ladenheim, R. (2023). Análisis del sistema de residencias argentino desde el paradigma de las Ciencias de la Complejidad. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 80(2), 163-167. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v80.n2.39843>
- Nocetti, M. R., & Paulín, H. L. (2011). *Investigación cualitativa: Construcción y reflexividad*.
- ONU. (2015, septiembre 25). La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. *Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
- OPS/OMS. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. <https://iris.paho.org/items/16d791fd-20ea-4e80-9bc0-30f7bd27828c>
- OPS/OMS. (2018, octubre 25). *Nuevo compromiso mundial con la atención primaria de la salud en la Conferencia de Astaná*. <https://www.paho.org/es/noticias/25-10-2018-nuevo-compromiso-mundial-con-atencion-primaria-salud-conferencia-astana>
- OPS/OMS. (2024, abril 24). *Atención primaria de salud—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas*. <https://www.paho.org/es/documentos/redes-integradas-servicios-salud-conceptos-opciones-politica-hoja-ruta-para-su-1>
- Palomo, D. (2022). El hospital y el enfoque de derechos. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 19(2). <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/210>
- Parchman, M. L., & Culler, S. (1994). Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *The Journal of Family Practice*, 39(2), 123-128.

- Paula, W. K. A. S. de, Samico, I. C., Caminha, M. de F. C., Filho, M. B., & Silva, S. L. da. (2016). Primary health care assessment from the users' perspectives: A systematic review. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 50(2), 335-345. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200021>
- Penso, J. M., Périco, E., Oliveira, M. M. C. de, Strohschoen, A. A. G., Carreno, I., & Rempel, C. (2017). Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 12(39), 1-9. [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1212](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1212)
- Peña, S. (2015). El Programa de Médicos Generales de Zona de Chile, una estrategia multidimensional para atraer y fidelizar a médicos en las zonas rurales. *Cuadernos Médico Sociales*, 55(1-2), 7-21.
- Pereira Gray, D. J., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A., & Evans, P. H. (2018a). Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*, 8(6), e021161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>
- Pereira Gray, D. J., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A., & Evans, P. H. (2018b). Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*, 8(6), e021161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>
- Pereira, L. L., Silva, H. P. da, & Santos, L. M. P. (2015). Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de caso em comunidades Quilombolas. *Rev. ABPN*, 28-51.
- Pérez, P. N., Sánchez, A. J. C., Gómez, M. del C. J., Villegas, P. S., Garrido, C. S.-C., & Martín, N. L. (2015). Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la República Argentina. En *Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la República Argentina* (pp. 280-280). <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/w9ddn>
- Petchey, R. (1995). Collings report on general practice in England in 1950: Unrecognised, pioneering piece of British social research? *BMJ : British Medical Journal*, 311(6996), 40-42. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6996.40>

- Phillips, W. R., & Haynes, D. G. (2001). The domain of family practice: Scope, role, and function. *Family Medicine*, 33(4), 273-277.
- Prates, M. L., Machado, J. C., Silva, L. S. da, Avelar, P. S., Prates, L. L., Mendonça, E. T. de, Costa, G. D. da, & Cotta, R. M. M. (2017). Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: Uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1881-1893. [https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016)
- Ramírez, N. A., Ruiz, J. P., Romero, R. V., & Labonté, R. (2011). Comprehensive primary health care in South America: Contexts, achievements and policy implications. *Cadernos De Saude Publica*, 27(10), 1875-1890. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011001000002>
- Rasella, D., Harhay, M. O., Pamponet, M. L., Aquino, R., & Barreto, M. L. (2014). Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: A nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*, 349, g4014. <https://doi.org/10.1136/bmj.g4014>
- Rodríguez, C. C., Montoya, M. A. L., Alcaraz, G. A., & Muñoz, J. L. C. (2007). Calidad de atención y satisfacción del usuario con cita previa en medicina familiar de Guadalajara. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(3), 0.
- Rosas Prieto, A. M., Narciso Zarate, V., & Cuba Fuentes, M. S. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1), 42-47.
- Rovere, M. (2006). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Segunda edición ampliada y corregida*. <https://iris.paho.org/items/b25803b1-7c11-45e4-a9aa-76e9254259e0>
- Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em Debate*, 36(94), 327-342.
- Sacks, E., Schleiff, M., Were, M., Chowdhury, A. M., & Perry, H. B. (2020). Communities, universal health coverage and primary health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(11), 773-780. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.252445>

- Segalini, A. M., Weisbrot, M., Vietto, V., Rezzónico, M., Vázquez Peña, F., Kopitowski, K., & Terrasa, S. A. (2017). Valoración de la atención primaria de la salud en el Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón desde la perspectiva de los profesionales de la salud: Estudio de corte transversal. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires (2004)*, 4-9.
- Seixas, C. T., Merhy, E. E., Baduy, R. S., & Slomp Junior, H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: Una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 12, 113-123. <https://doi.org/https://doi.org/10.18294/sc.2016.874>
- Shi, L. (1992). The relationship between primary care and life chances. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 3(2), 321-335. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0460>
- Silberman, P., & Silberman, M. (2022). ¿Cómo evolucionó la distribución de médicas y médicos especialistas en Argentina? Un análisis demográfico de la profesión médica al 2020. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 19(3), Article 3. <https://www.revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/221>
- Silberman, P., & Silberman, M. (2023). Factores relacionados a la elección de residencias médicas que reproducen las desigualdades en la distribución de especialistas en Argentina. *Investigación en educación médica*, 12(47), 22-32.
- Silva, C. S. de O. e, Fonseca, A. D. G., Souza, L. P. S. e, Siqueira, L. das G., Belasco, A. G. S., & Barbosa, D. A. (2014). Integralidade e Atenção Primária à Saúde: Avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 4407-4415. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.14122013>
- Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology* | Oxford Academic. <https://academic.oup.com/book/54224>
- Starfield, B. (2001). *Equidad en salud y atención primaria: Una meta para todos*. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2906>
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

- Stolkiner, A. (2003). Descentralización y equidad en salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense. *Seminarios Salud y Política Pública*;2003(2),2003. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3873>
- Stolkiner, A., Comes, Y., & Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciênc. Saúde Colet. (Impr.)*, 2807-2816.
- Stolkiner, A., & Otros. (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. Buenos Aires: Dunken. En *La Salud en Crisis—Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Dunken.
- Suarez Cuba, M. Á. (2012). MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE. *Revista Médica La Paz*, 18(1), 67-72.
- Tejada de Rivero, D. (2013). Lo que es la atención primaria de la salud: Algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(2), 283-287.
- Terraza Núñez, R., Vargas Lorenzo, I., & Vázquez Navarrete, M. L. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: Una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 485-495.
- Testa, M. (1988). *Atención ¿Primaria o Primitiva?* <https://es.scribd.com/document/219837884/Mario-Testa-Atencion-Primaria-o-Primitiva-1>
- Ugalde, A., & Homedes, N. (2008). La descentralización de los servicios de salud: De la teoría a la práctica. *Salud colectiva*, 4(1), 31-56.
- Van der Stuyft, P., & De Vos, P. (2008). La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4), 0-0.
- Vázquez Peña, F., Harzheim, E., Terrasa, S., & Berra, S. (2017). [Psychometric validation in Spanish of the Brazilian short version of the Primary Care Assessment Tools-users questionnaire for the evaluation of the orientation of health systems towards primary care]. *Atencion Primaria*, 49(2), 69-76. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.04.007>

- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.
- Vilas, C. M. (2003). *Descentralización de políticas públicas: Argentina en la década del 90*. <https://www.estadisticaciudad.gob.ar%2Fpergamo%2Fdocumento.php%3Fui%3D1%26recno%3D1459%26id%3DPERGAMO.1.1459>
- Villalon, G. E. (2021). Continuidad del cuidado. *Evid. actual. práct. ambul*, e002112-e002112.
- Wang, Y., Hunt, K., Nazareth, I., Freemantle, N., & Petersen, I. (2013). *Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003320>
- Zarco Rodriguez, J. (2025). *Bases conceptuales y filosóficas del ejercicio de la medicina de familia*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.32440/ar.2025.142.02.rev08>

XIII. Anexos

a. Cuestionario PCAT versión abreviada

Información sobre la investigación

Su participación en esta investigación es clave para evaluar la Atención Primaria de la Salud en Córdoba. **Sus respuestas son anónimas** y ayudarán a mejorar los centros de salud. La investigación fue aprobada por la Universidad Nacional de Rosario, y **no le causará inconvenientes**. Para más información, contacte a Maximiliano Mora (maximilianomora92@gmail.com). Si acepta, lea las instrucciones y complete el cuestionario. **¡Muchas gracias, su aporte es muy valioso!**

Instrucciones para responder el cuestionario

La mayoría de las preguntas tienen **4 opciones de respuesta** ("Sí, sin duda"; "Probablemente sí"; "Probablemente no"; "No, en absoluto") y una adicional: "No lo sé". Si algo ocurre a veces sí y a veces no, elija entre las opciones intermedias según cuál sea más frecuente. No hay respuestas incorrectas; lo importante es expresar su opinión. Si no sabe o no quiere responder, seleccione "No lo sé".

B. Primer contacto - utilización

Por favor, elija la mejor respuesta:

	Sí, sin duda	Probable- mente sí	Probable- mente no	No, en absoluto	No lo sé
6. Cuando tiene un problema de salud, ¿viene o asiste a este CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO antes de asistir a otro lado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

C. Primer contacto - Acceso

Por favor, elija la mejor respuesta:

	Sí, sin duda	Probable- mente sí	Probable- mente no	No, en absoluto	No lo sé
7. Cuando el CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO está abierto y usted lo necesita, ¿puede recibir indicaciones médicas rápidamente por teléfono o algún medio de comunicación virtual (whatsapp o videollamada)?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
8. Cuando lo necesita ¿resulta difícil ser atendido en el CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○

D. Atención longitudinal

Por favor, elija la mejor respuesta:

	Sí, sin duda	Probable- mente sí	Probable- mente no	No, en absoluto	No lo sé
9. Cuando viene al CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO, ¿siempre le atiende el/la mismo/a profesional?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
10. ¿Siente confianza con los/as profesionales del CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO para hablar de sus preocupaciones o problemas?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
11. Los/as profesionales del CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO, ¿saben con quién vive usted?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
12. Los/as profesionales del CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO, ¿conocen cuáles son los problemas más importantes para usted y su familia?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
13. Si fuera fácil de hacer, ¿se cambiaría de CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO a algún otro SERVICIO DE SALUD* o profesional de salud?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○

E. Atención continua - coordinación

Por favor, elija la mejor respuesta:

	Sí, sin duda	Probable- mente sí	Probable- mente no	No, en absoluto	No lo sé
14. ¿Su médico/a o algún profesional de su CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO le recomendaron que consultara a otro especialista o servicio de especialidad médica?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○
15. ¿Su médico/a o algún profesional de su CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO le dieron alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista?	4 ○	3 ○	2 ○	1 ○	9 ○

- | | | | | | | |
|-----|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 16. | ¿Su médico/a o algún profesional de su CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO conocen cuáles fueron los resultados de esa consulta? | 4 ☐ | 3 ☐ | 2 ☐ | 1 ☐ | 9 ☐ |
| 17. | ¿Su médico/a o algún profesional de su CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO se interesan en la calidad de la atención que Ud. recibe cuando va al especialista o servicio de especialidad médica? | 4 ☐ | 3 ☐ | 2 ☐ | 1 ☐ | 9 ☐ |

F. Atención continua - sistemas de información

- | | | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Por favor, elija la mejor respuesta: | Sí, sin
duda | Probable-
mente sí | Probable-
mente no | No, en
absoluto | No lo sé |
| 18. Cuando va a consulta al CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO, ¿su historia clínica está siempre disponible? | 4 ☐ | 3 ☐ | 2 ☐ | 1 ☐ | 9 ☐ |

G. Atención integral - prestaciones disponibles

Indique, por favor, si en el CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO están disponibles estos servicios o prestaciones:

- | | | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Por favor, elija la mejor respuesta: | Sí, sin
duda | Probable-
mente sí | Probable-
mente no | No, en
absoluto | No lo sé |
| 19. Si hay servicios disponibles para asesorarlo en cuestiones de salud mental | 4 ☐ | 3 ☐ | 2 ☐ | 1 ☐ | 9 ☐ [G1] |
| 20. Si hay servicios disponibles para asesorarlo sobre el consumo de tabaco | 4 ☐ | 3 ☐ | 2 ☐ | 1 ☐ | 9 ☐ [G2] |
| 21. Si hay servicios disponibles para asesorarlo sobre los cambios con el envejecimiento | 4 ☐ | 3 ☐ | 2 ☐ | 1 ☐ | 9 ☐ |
| 22. Colocación de DIU o implante anticonceptivo. | 4 ☐ | 3 ☐ | 2 ☐ | 1 ☐ | 9 ☐ |

Las siguientes preguntas refieren a diferentes tipos de atención a la salud que usted pudo haber recibido:

Durante la consulta en su CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO, ¿hablan con usted los siguientes temas?

- | | | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Por favor, elija la mejor respuesta: | Sí, sin
duda | Probable-
mente sí | Probable-
mente no | No, en
absoluto | No lo sé |
| 23. Alimentación, descanso y actividad física. | 4 ☐ | 3 ☐ | 2 ☐ | 1 ☐ | 9 ☐ |

- | | | | | | | |
|-----|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 24. | Indicaciones, dudas y dificultades sobre la medicación que está tomando. | 4 ○ | 3 ○ | 2 ○ | 1 ○ | 9 ○ |
| 25. | Situaciones de riesgo de caídas de los/as adultos/as mayores. | 4 ○ | 3 ○ | 2 ○ | 1 ○ | 9 ○ |
| 26. | ¿Le consultan sobre sus ideas y opiniones cuando planifican un tratamiento para usted o alguna persona de su familia? | 4 ○ | 3 ○ | 2 ○ | 1 ○ | 9 ○ |
| 27. | ¿Los profesionales de su centro de salud/dispensario se reunirían con miembros de su familia si eso fuera de ayuda para su atención? | 4 ○ | 3 ○ | 2 ○ | 1 ○ | 9 ○ |

J. Orientación comunitaria

- | Por favor, elija la mejor respuesta: | Sí, sin duda | Probable mente sí | Probable mente no | No, en absoluto | No lo sé |
|--|--------------|-------------------|-------------------|-----------------|----------|
| 28. ¿Algún/a profesional del CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO lo/a ha visitado en su domicilio alguna vez? | 4 ○ | 3 ○ | 2 ○ | 1 ○ | 9 ○ |
| 29. Los/as profesionales que lo/a atienden en el CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO, ¿tienen un conocimiento adecuado de los problemas más importantes de su BARRIO*? | 4 ○ | 3 ○ | 2 ○ | 1 ○ | 9 ○ |
| 30. ¿Los profesionales del CENTRO DE SALUD/DISPENSARIO tienen en cuenta opiniones e ideas de la POBLACIÓN* para poder mejorar la atención de salud? Por ejemplo, a través de encuestas | 4 ○ | 3 ○ | 2 ○ | 1 ○ | 9 ○ |

Por favor, asegúrese de haber respondido todas las preguntas del cuestionario. **¡Muchas Gracias!**

b. Programa de formación de la especialidad de medicina familiar y general

**PROGRAMA DE FORMACIÓN CARRERA DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
Y GENERAL**

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CÓRDOBA

Año de creación: 1999

Autoridades:

Responsable del Departamento de Medicina Familiar- FCM-UNC:
Mg. María Beatriz Ciuffolini

Director: Dr. Humberto Jure

Jefa del Servicio Medicina Familiar del HNC: Dra. Marisa Didoni

Jefa del Servicio Medicina Familiar del HMPA: Mg. María Beatriz
Ciuffolini

Instructoras: Méd. Florencia Ducoin. Méd Cecilia Astegiano

Jefa de Residentes: Méd. Ileana Quaranta

Dirección: Santa Rosa 1564. B° Alberdi. Ciudad de Córdoba. Tel: 4337050. Mail:

medpregrado@yahoo.com.ar Web: <http://moodle.fcm.unc.edu.ar/course>

FUNDAMENTACIÓN

La formación y el ejercicio de la medicina se han sustentado hasta el presente en un modelo de atención, que considera a la enfermedad como una entidad específica, que se pretende objetivo y que desconoce los aspectos subjetivos y contextuales del proceso salud- enfermedad.

Si bien esta perspectiva biologista continúa haciendo innumerables aportes al progreso de la medicina, resulta claramente insuficiente para dar respuesta a la complejidad que requiere el abordaje de los problemas de salud.

Ante las insuficiencias de este modelo y la necesidad de pensar una perspectiva integral que recuperase las esencias de la tradición hipocrática y el humanismo médico, surgieron entre las décadas del 60' y 70' nuevas propuestas, entre ellas, los postulados del paradigma biopsicosocial, acuñados por George Engel, la certera crítica al Modelo Médico Hegemónico que estructura Eduardo Menéndez y la generación de un modelo clínico alternativo, el Proceso Clínico Centrado en el Paciente (PCCP) propiciado por Ian Mc Whinney,.

Por otro lado, la Declaración de Alma Ata (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1978), situó el debate sobre el concepto, los objetivos y los constituyentes de la Atención Primaria de la Salud, por primera vez en el centro de la escena.

Desde esta nueva perspectiva el enfermar es un fenómeno complejo, estrechamente ligado a la persona, su subjetividad, sus circunstancias vitales, sus condiciones sociales, culturales, económico-políticas y medioambientales.

En este marco la Medicina Familiar es la especialidad médica que en función de esta nueva concepción del proceso salud-enfermedad se ocupa del acompañamiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en las personas, familias o comunidades, independientemente de la edad, sexo o el órgano o sistema afectado. Dado que el propósito y unidad funcional de los cuidados son la familia y la comunidad y no sólo el individuo enfermo, el abordaje de los problemas de salud se desarrolla dentro

de este contexto microsocial, evitando fragmentar cada integrante del grupo familiar en distintos componentes.

Conforme a esta perspectiva y en consonancia con diversas recomendaciones internacionales (Conferencia OMS- Wonca, 1994, Conferencia OMS Copenhaghe, 1999, Declaración de Sevilla 2002, Declaración de Granada 2004) que señalan la imperiosa necesidad de ajustar los perfiles

profesionales y las propuestas educativas a los requerimientos y demandas sociales y sanitarias y a los modos de organización de los sistemas sanitarios, considerando que el mejoramiento de la calidad y la pertinencia de la formación de recursos humanos en salud, es una estrategia central para el mejoramiento de la eficiencia y equidad de la atención de la salud, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, pone en marcha en 1999 el primer centro formador universitario de especialistas en Medicina Familiar y General. Luego de diez años de desarrollo, considerando los logros y limitaciones del programa de formación hasta aquí desarrollado, y como resultado de numerosas búsquedas teóricas y metodológicas, arribamos a esta primera reforma del programa de formación, centrada en el desarrollo de una propuesta teórica y metodológica para el *Abordaje Integral del Proceso Salud Enfermedad Atención*, sustentado en premisas vinculadas a la Teoría de la Complejidad de Edgar Morin, la propuesta de Epidemiología Crítica de Jaime Breilh y el modelo de abordaje centrado en la persona de Ian Mc Whinney:

- La comprensión del proceso salud- enfermedad como un fenómeno complejo, es decir como un tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones y azares que posibilitan su consubstanciación como fenómeno.
- La realización de una doble operación de análisis, requiriendo por una parte procesos operacionales que permitan jerarquizar, distinguir, seleccionar y ordenar los elementos constitutivos y que por otra parte faciliten religar, asociar dichos componentes, de manera tal de poder “distinguir sin desarticular y asociar sin reducir”
- La elaboración a partir de esta concepción, de perfiles epidemiológicos como recurso de síntesis, es decir de sistematización de características esenciales de un sistema multidimensional de procesos protectores y procesos deteriorantes.
- La caracterización de los modos de vida como un recurso que posibilita identificar vulnerabilidades y protecciones de los grupos sociales.
- La identificación de tales procesos como un insumo para la acción, ya sea evitando o atenuando los procesos deteriorantes (estrategias de prevención) o fortaleciendo los procesos protectores (estrategias de promoción).

- La constitución de múltiples saberes y disciplinas, procurando un campo de conocimiento transdisciplinar, como recurso facilitador de la comprensión del carácter complejo del proceso salud enfermedad.
- La integración de la subjetividad y la perspectiva de todos los actores involucrados en el proceso, incluso las del propio observador. ¹

A partir de las premisas mencionadas elaboramos los siguientes propósitos de formación:

- ✓ Formar médicos de Familia capacitados para realizar una atención integral e integrada de la persona, la familia y su comunidad, a partir de la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención como un fenómeno complejo y multidimensional.
- ✓ Estimular un modelo de atención centrado en la persona.
- ✓ Promover la construcción y uso de herramientas de la Epidemiología Crítica.
- ✓ Impulsar el trabajo interdisciplinar en el ámbito de la FCM-UNC.
- ✓ Contribuir a un desempeño responsable y ético de la atención médica de la persona y su familia, desde la perspectiva de salud con enfoque de derechos.

PERFIL DEL EGRESADO

El Especialista en Medicina Familiar y General será un profesional que:

- Reconoce el carácter complejo y multivariado del proceso salud- enfermedad- atención en todas sus dimensiones (particulares, singulares y generales)
- Proporciona una atención integral, continua y longitudinal de una población con referencia territorial, responsabilizándose del cuidado de la salud en todos los momentos del proceso salud-enfermedad- atención
- Aborda problemas de diversa índole y en cualquier momento del ciclo vital, reconociendo al mismo tiempo las interacciones que se dan al interior de la población/comunidad.
- Realiza intervenciones de carácter promocional, preventivo y asistencial considerando a la persona, como un sujeto, dentro de su contexto familiar y comunitario.
- Opera como un actor fundamental en el ingreso, circulación y acompañamiento de las personas en el sistema sanitario.
- Trabaja integrado a un equipo interdisciplinario y a redes intersectoriales.
- Desarrolla actividades de docencia e investigación que contribuyan a fortalecer la Medicina Familiar y General.
- Comprende los principios éticos que rigen la atención médica de la persona y su familia, desde la perspectiva de salud con enfoque de derechos.

CRONOGRAMA DE ROTACIONES

	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUN
1°	CENTRO DE SALUD								CONSULTORIOS DE MF EN HOSPITAL			
2°	CENTRO DE SALUD y CONSULTORIOS DE MF EN HOSPITAL									Servicio de Cardiología del HNC/HMPA	Servicio de Dermatología Del Hospital Pediátrico	CS y CONSULT. MF EN HOSPITAL
3°	CENTRO DE SALUD/CONSULTORIOS DE MF										ROTACION EXTERNA ELECTIVA*	

La rotación caracteriza un ámbito de desempeño diferente al habitual que es sede del programa de residencia en el cual el residente adquiere conocimientos, saberes y destrezas que completan su formación y cuyo aprendizaje no es posible en la sede.

*En centros de formación de Medicina Familiar con convenios con la FCM-UNC.

AÑO	Centro de Atención Primaria/ Consultorios de MF	Guardia	Consultorios Externos (otras especialidades)	Electivas
-----	---	---------	--	-----------

PRIMERO	4 días por semana, anual.	24 hs Anual	NO	
SEGUNDO	4 días por semana durante 10 meses	24 hs Anual	4 días durante 2 meses	
TERCERO	2 días por semana Anual	12 hs Durante 8 meses	NO	En el país o extranjero por 2 meses.

OBJETIVOS GENERALES POR AÑO DE CARRERA

PRIMER AÑO	SEGUNDO AÑO	TERCER AÑO
Al finalizar el primer año los residentes serán capaces de: ✓ Adquirir elementos teórico-metodológicos para el análisis y comprensión del proceso salud-enfermedad-atención en sus dimensiones generales, particulares y singulares. ✓ Desarrollar habilidades para una comunicación efectiva con la persona y la familia. ✓ Comprender la influencia de la familia en el proceso salud-enfermedad-atención. ✓ Desarrollar un modelo de abordaje clínico centrado en una perspectiva integral. ✓ Realizar la atención integral de la salud en las distintas etapas del ciclo vital, el abordaje de problemas prevalentes ambulatorios, manejar urgencias y emergencias en los servicios de guardia. ✓ Comprender el alcance de la investigación en el primer nivel de atención y elaborar proyectos de investigación.	Al finalizar el segundo año los residentes serán capaces de: ✓ Implementar intervenciones comunitarias que favorezcan desarrollos colectivos en salud basadas en el análisis de procesos críticos. ✓ Desarrollar abordajes integrales vinculados a la problemática familiar. ✓ Realizar un manejo eficaz y eficiente de problemas prevalentes, de urgencias y emergencias en los servicios de guardia. ✓ Desarrollar actividades de investigación relacionadas a su práctica.	Al finalizar el tercer año los residentes serán capaces de: ✓ Implementar estrategias de monitoreo participativo de las intervenciones comunitarias realizadas. ✓ Adquirir conocimientos y habilidades para realizar actividades de gestión en el primer nivel de atención. ✓ Abordar los problemas de salud desde una perspectiva de atención familiar. ✓ Optimizar sus conocimientos, habilidades y destrezas para el manejo eficaz y eficiente de problemas prevalentes. ✓ Realizar actividades de educación formal y no formal. ✓ Publicar

✓ Fortalecer el pensamiento crítico y actitud favorable hacia el aprendizaje continuo.		comunicaciones científicas.
---	--	------------------------------------

CONTENIDOS POR AÑO DE CARRERA

Cuidar la salud de la Comunidad que implica: Sostener procesos de análisis de la situación local de salud reconociendo la determinación social del proceso salud - enfermedad - atención de modo permanente, determinar las dimensiones de los problemas y necesidades de salud con la comunidad, elaborar y aplicar estrategias de abordaje de los problemas y necesidades sanitarios, evaluar el proceso y los resultados		
Año	Práctica Profesional	Contenidos
Primer año	Análisis desde la perspectiva de la determinación social del PSEA de la situación local de modo continuo. Situarse y formalizar las relaciones en el marco del Equipo de Salud y en el sistema sanitario.	Proceso Salud-Enfermedad: Paradigmas en salud. Producción social del proceso salud-enfermedad. Determinantes del proceso salud-enfermedad. Atención Primaria de la Salud: A.P.S. Declaración de Alma Ata, evolución histórica de la Estrategia de APS. Sistemas de salud, evolución histórica del sistema sanitario argentino. Rol del Estado. Equidad, universalidad y solidaridad. Introducción a la medicina Familiar-General, evolución histórica de la disciplina en Latinoamérica y el país. Conceptos básicos para el abordaje de la salud comunitaria: Conceptualización de comunidad. Participación comunitaria: distintas conceptualizaciones y modalidades. Participación social. Alcances y características de las diferentes propuestas de abordaje comunitario. Vulnerabilidad. El equipo de salud en el trabajo comunitario. El trabajo multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinario.

	Elaboración y análisis del perfil epidemiológico de la comunidad local.	Epidemiología: Epidemiología: conceptos, usos y perspectivas. Aplicaciones. Evolución histórica. La propuesta de la epidemiología crítica. Crítica al paradigma de riesgo en el discurso social. El concepto de modo de vida. Modo de vida y salud. Vida Cotidiana. Lo público y <i>lo</i> privado. Lugares y no lugares. Información en Salud: Recursos instrumentales para la construcción de información en Salud: uso y alcances de las diferentes herramientas cualicuantitativas. Análisis documental, relevamiento, historias de vida, talleres basados en grupo focal y grupo de discusión. Propuesta dato, información, conocimiento, comunicación y acción (DICCAs). Matriz de procesos críticos. Modelo de trabajo integral en salud comunitaria: Ejes conceptuales. Análisis de condiciones locales. Población a cargo: conceptos y utilidades. Georreferenciamiento de lo local. Instituciones, organizaciones y grupos. Redes. Diseño e implementación de estrategias de análisis de situación socio- sanitaria. Condiciones de acceso a campo.
Segundo año	Elaboración y aplicación de estrategias de abordaje de los problemas y necesidades de salud Sostener espacios de participación y elaborar proyectos comunitarios	INTERVENCIONES COMUNITARIAS: Ciudadanía, gobernabilidad, derechos humanos. Teoría sobre intervenciones comunitarias Insumos para las intervenciones: Interculturalidad. Intersubjetividad. Concepciones del sujeto comunitario. Metodologías de abordaje: planificación estratégica; redes.
Tercer año	Evaluación del proceso y los resultados Sostener espacios de participación y elaborar proyectos comunitarios	MONITOREO Y EVALUACIÓN: Monitoreo para el control de calidad de las necesidades. Metodologías cualicuantitativas de monitoreo y evaluación participativas de intervenciones comunitarias. Indicadores de proceso. Tratamiento de datos: organización, procesamiento, análisis e interpretación.

--	--	--

Cuidar la salud de la persona y su familia. que implica: conocer a la persona y su familia, realizando la práctica clínica, jerarquizando los controles de salud y la atención de enfermedades prevalentes, agudas y crónicas de abordaje ambulatorio y domiciliario.		
Área de competencia	Práctica Profesional	Contenidos

Primer año	Utilización de las herramientas de exploración de la familia. Reconocimiento de la estructura familiar, identificación e interpretación de las crisis de desarrollo por las que atraviesa la familia a lo largo de su ciclo vital familia. Comprensión de la familia como fuente de recursos y problemas.	INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA FAMILIA: La atención familiar. Origen y evolución histórica de la familia. Conceptos de familias. Familia y salud. Diversidad de familia. Vínculos familiares. Parentesco. Abordaje familiar: Aportes de las diferentes teorías al estudio de la familia. Familia y redes sociales. Genograma: Construcción e interpretación. Usos. Indicaciones. Modelo de los círculos familiares. Construcción e interpretación. Estructura familiar: Distintas clasificaciones. Características de cada una. Implicancias en el funcionamiento familiar. Ciclo vital familiar: Distintas clasificaciones. Características de cada etapa. Crisis del desarrollo. Mecanismos de adaptación familiar. Crisis normativas. Implicancia en la familia. Asesoramiento familiar: Conceptos, métodos. Problemas de salud y conductuales en las distintas etapas del Ciclo Vital Familiar. Dislocaciones y disrupciones, impacto en la familia. Eventos estresores: Tipos de acontecimientos vitales. Clasificación. Mecanismos de adaptación familiar. Efectos de los acontecimientos sobre el individuo y la familia. Instrumentos para evaluar los acontecimientos vitales estresantes. Estudio de las experiencias vitales. Red social y recursos familiares: Conceptos y características de la red social. Identificación y análisis de la red social. Apoyo social y recursos familiares: dimensiones. Relación con la salud individual y familiar. Instrumentos para conocer el apoyo social. Utilización e interpretación. Entrevista familiar. Intervención en red.
Segundo año	Comprensión del impacto de los problemas de salud en la dinámica familiar. Elaboración estudios familiares ante	LA FAMILIA EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD: La familia en patologías crónicas: Modelo explicativo. Abordaje familiar en problemas crónicos. Cronología del PSE, ciclo vital familiar. Creencias y experiencias. Organización y función familiar. Atención familiar en pacientes discapacitados y/o inmovilizados. Orientación familiar: consejería, terapia, alcances y limitaciones. La familia con enfermos terminales: Abordaje familiar en

	problemáticas específicas.	pacientes terminales. El duelo. Cuidados formales e informales. El cuidador principal familiar. Atención domiciliaria y atención socio sanitaria. Problemas psicosociales: Adicciones: abordaje del paciente adicto y su familia. Tabaquismo. Alcoholismo. Diagnóstico. Manifestaciones clínicas y familiares Violencia domestica: maltrato de la mujer, niño y anciano.
Tercer año	Profundización del estudio de la familia y problemáticas específicas Seguimiento de las familias bajo responsabilidad y gestión de recursos para el abordaje.	LA FAMILIA EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD: La familia en patologías crónicas: Modelo explicativo. Abordaje familiar en problemas crónicos. Ciclo vital familiar. Creencias y experiencias. Organización y función familiar. Atención familiar en pacientes discapacitados y/o inmovilizados. Orientación familiar: consejería, terapia, alcances y limitaciones. La familia con enfermos terminales: Abordaje familiar en pacientes terminales. El duelo. Cuidados formales e informales. El cuidador principal familiar. Atención domiciliaria y atención socio sanitaria. Problemas psicosociales: Adicciones: abordaje del paciente adicto y su familia. Tabaquismo. Alcoholismo. Diagnóstico. Manifestaciones clínicas y familiares Violencia domestica: maltrato de la mujer, niño y anciano.
Cuidar la salud de la persona y su familia.		
Área de competencia	Práctica Profesional	Contenidos

	Conocer a la persona y su familia.	Proceso de atención del paciente individual: Evolución histórica de los modelos de atención en salud: Del el método clínico tradicional al Proceso clínico centrado en la persona. Modelo médico hegemónico conceptualización y críticas. Características y componentes del PCCP. Derechos humanos y procesos de atención en salud. Relación médico – paciente: Comunicación. Relación médico-paciente, sus implicancias en la resolución de problemas de salud, estrategias para optimizarla. Bioética: responsabilidad personal: Conceptos básicos: disposiciones jurídicas y deontológicas, principios de la bioética, confidencialidad. Secreto profesional. Consentimiento informado. Capacidad del paciente para tomar decisiones.
--	------------------------------------	--

--	--	--

Primer año	Atención clínica, jerarquizando los controles de salud	Recursos tecnológicos para la consulta: Uso de métodos no invasivos: Procedimientos diagnósticos utilizados en el primer nivel de atención. Indicación e interpretación. Contraindicaciones. Pruebas rápidas de orientación diagnóstica y rastreo. Epidemiología aplicada a las pruebas Diagnósticas. Medicina por evidencia. Uso racional de medicamentos. Salud del niño: La salud de los niños en el contexto social actual. Derechos del niño. Recién nacido normal. Valoración del crecimiento y del desarrollo infantil. Enfoque socio-epidemiológico. Diagnósticos antropométricos. Utilización e interpretación de los percentilos. Acciones de prevención primaria y secundaria recomendadas según edades. Alimentación y desarrollo de hábitos alimentarios en las distintas etapas. Lactancia materna. Estimulación del desarrollo, importancia en la salud del niño. Vínculos familiares. Socialización. Escolaridad inicial (guarderías). Prevención de accidentes, higiene y puericultura en el hogar, desarrollo de los afectos. Maltrato infantil. Salud integral del adolescente: perspectiva histórica de la salud de los adolescentes. Pubertad, adolescencia, familia y sociedad. Vulnerabilidad y resiliencia. Valoración de salud del adolescente. Salud integral de la mujer: condiciones sociales y salud. Derechos de la mujer. Enfoque de género. Salud Sexual y reproductiva. Climaterio Prácticas anticonceptivas. Violencia conyugal y familiar. Atención del parto de bajo riesgo: Características de la familia en formación. Atención pre-concepcional. Asesoramiento familiar anticipado .Atención prenatal de bajo riesgo: acciones de prevención primaria y secundaria. Manejo diagnóstico y terapéutico de patologías prevalentes durante esta etapa. Atención del parto de bajo riesgo. Atención de puerperio normal. Salud y atención integral del adulto: examen periódico de salud. Riesgo cardiovascular. Detección y control de problemas prevalentes. Cuidado integral del adulto mayor: envejecimiento. Jubilación. Abandono y maltrato en la ancianidad. Control de salud. Evaluación geriátrica multidimensional. Cuidados domiciliarios. Manejo del paciente de riesgo. Motivos de consulta frecuentes: caídas, incontinencia urinaria, impedimentos visuales y auditivos, inanición.
------------	--	--

Primer, segundo y tercer año	Atención clínica eficiente de los problemas prevalentes, agudos y crónicos de abordaje ambulatorio y domiciliario.	Manejo de problemas prevalentes durante la infancia: Nutrición y alimentación: nutrición y sus problemas en Argentina y América Latina. Desnutrición por micronutrientes, obesidad. Atención del recién nacido: adaptación de R.N., recepción, asfixia neonatal y resucitación, prematurez, bajo peso al nacer, desnutrición fetal, postmadurez, enfermedad de la membrana hialina, ictericia neonatal, enfermedad hemolítica del recién nacido, cardiopatías congénitas. Enfermedades exantemáticas. Enuresis, encopresis. Problemas traumatológicos: pie plano, metatarso aductus, escoliosis. Manejo de problemas prevalentes durante la adolescencia: trastornos del desarrollo, uso de sustancias psicoactivas, accidentes, trastornos de la alimentación, problemas (suicidio y depresión). Manejo de problemas frecuentes: caídas, incontinencia urinaria, impedimentos visuales y auditivos, inanición. Problemas sistémicos: Fiebre, síndrome febril prolongado, evaluación del paciente con astenia. Enfoque del paciente con poliadenomegalias. Síndromes mononucleosiformes. Pérdida de peso involuntaria. Mareo y vértigo. Síncope. Dolor torácico. Disnea. Hipo. Edema de MMII. Ascitis de origen desconocido. Náuseas y vómitos. Problemas respiratorios: Patología respiratoria alta y baja. Asma bronquial, EPOC; TBC, Ca de pulmón. Enfoque de pacientes con tos crónica, hemoptisis, derrame pleural. Cianosis. Insuficiencia respiratoria. Neumotórax. Enfermedad ocupacional: manejo y prevención. Problemas cardiovasculares: Evaluación el riesgo cardiovascular. Manejo del paciente con síntomas cardíacos: dolor torácico, disnea, edemas, palpitaciones, soplos. Manejo integral de problemas prevalentes: HTA, cardiopatía isquémicas, fibrilación auricular y otras arritmias. Insuficiencia cardiaca congestiva. Cardiopatía reumática. Interpretación de ECG, indicaciones de ecocardiograma, prueba de esfuerzo, Holter, TAC y Ecografía. Problemas gastrointestinales: Procedimientos exploratorios y Dx. Dolor abdominal en niños y adulto. Reflujo gastro-esofágico. Enfermedad ulcerosa. Constipación, Colon irritable. Diarrea aguda con y sin deshidratación. Diarrea prolongada. SMA, enf. Celíaca. Encopresis. Enfermedad diverticular. Enfermedad intestinal inflamatoria (Crhon, CUI). Hepatopatías: Insuficiencia hepática, cirrosis. Ictericia. Patología anorrectal. Hemorroides. Fisura. Dolor anal. Litiasis vesicular. Cáncer digestivo. Problemas infecciosos: Parotiditis.
-------------------------------------	---	--

		TBC. Hepatitis viral. SIDA. Parasitosis: amebiasis, giardiasis, oxiuriasis, ascariasis, chagas,
--	--	---

		toxoplasmosis, helmintiasis, teniasis. Meningitis. Encefalitis. Enfermedades regionales: Chagas, toxoplasmosis, Triquinosis, Hidatidosis, Dengue, Fiebre Hemorrágica Argentina, Hantavirus, Brucelosis, Salmonelosis, Tétanos. Paludismo. Exantemáticas. ETS. VIH-SIDA. Problemas de nariz, garganta y oído: Sinusitis. Otitis y otalgia. Hipoacusia. Trastornos de la voz. Obstrucción nasal, insuficiencia respiratoria nasal. Acúfenos. Síndrome vertiginoso. Manejo de técnicas: otoscopia. Extracción de tapón de cerumen. Taponamiento nasal anterior. Indicación de métodos complementarios en ORL (audiometría, rx de senos y cavum). Problemas oftalmológicos: Ojo rojo. Disminución de agudeza visual Alteraciones palpebrales. Retinopatía hipertensiva y diabética. Problemas nefro – urológicos: Exploración y procedimientos Dx. Alteraciones de parámetros nefrourológicos. Disuria. Infección urinaria. Tratamiento y seguimiento. ITU a repetición. Reflujo vesico-ureteral. Litiasis renal. Hematuria. Proteinuria. Microalbuminuria. Enuresis. Incontinencia urinaria. Fimosis. Parafimosis. Criptorquidia. Hernia inguinal. Hidrocele. Adherencia o sinequia de los labios mayores. Hiperplasia prostática benigna. Disfunción sexual eréctil. Prostatitis, epididimitis, balanitis, uretritis. Cáncer renal, vesical y prostático. Detección y derivación de insuficiencia renal. Problemas neurológicos: Procedimientos exploratorios y Dx. (TAC ,RMN ,EEG ,EMG, PL). Convulsiones y epilepsia. Mareos. Vértigos. Cefalea y algias faciales. Trastornos isquémicos transitorios. ACV y manejo de las secuelas. Demencia y deterioro cognitivo. Temblor (esencial, enf. de Parkinson, secundario a otras enfermedades o fármacos). Alteraciones motoras y sensitivas: enf de los pares craneales. Sospecha diagnóstica y derivación de: enfermedad desmielinizante, tumor cerebral, enf. Neuromuscular. Neuropatías. Problemas ginecológicos y obstétricos: Trastornos en el ciclo menstrual, dismenorreas. Patologías benignas de mama. E.I.P. Manejo de la paciente con flujo. Cervicitis. Prolapso genital. Climaterio y menopausia. Controversias de la terapia de reemplazo hormonal. Pesquisa de cáncer de mama y de Cérvix. Dispareunia y otras. disfunciones sexuales. Patologías médicas del embarazo: HTA del embarazo, DBT, infección urinaria, amenaza de parto prematura, sangrado de la 1era y 2da mitad, RCIU. Hiperémesis. Puerperio patológico. Problemas dermatológicos prevalentes: Trastornos de la piel y mucosas: acné, hidrosadenitis, dermatitis peribucal. Piodermatitis. Alteraciones de los folículos pilosos: alopecias, foliculitis, hirsutismo. Dermatitis eccematosa. Psoriasis. Nevus. Manifestaciones dermatológicas de enfermedades sistémicas. Cáncer en piel. Lesiones orales. Problemas endocrinológicos: Patologías tiroideas: hipo e hipertiroidismo. Bocio nodular y difuso. Nódulo tiroideo. Dislipemias. Síndrome metabólico.
--	--	--

		Manejo del paciente con DBT. Prevención primaria y secundaria de las
--	--	--

		complicaciones. Obesidad: prevención, complicaciones, tratamiento. Problemas de talla en la niñez. Problemas hematológicos: Alteraciones de los parámetros del laboratorio (VSG, Hb, poliglobulia, leucocitosis, leucopenia, trombocitopenia, coagulograma, eosinofilia). Anemias, clasificación. Manejo y seguimiento del paciente con anemia. Púrpuras. Trastornos mieloproliferativos. Neutropenia febril. Problemas musculoesqueléticos: Luxación congénita de cadera. Problemas ortopédicos en la infancia y adolescencia (pie plano, varo-valgo metatarso aductus, escoliosis). Lumbalgias. Cervicalgias. Radiculalgias. Hombro doloroso. Osteoporosis. Osteoartritis. Poliartralgias y poliartritis. Monoartritis. Fibromialgia reumática. Salud laboral: Marco normativo y organizativo de la Salud Laboral. Incapacidad laboral temporal y permanente. Burn-out profesional. Factores de riesgo y problemas de salud laboral (neumoconiosis, esterilidad, trastornos auditivos y visuales, cardiológicos, respiratorios, dermatológicos). Problemas de salud mental: Cuidados de la salud mental: recomendaciones para la promoción. Trastornos por ansiedad primarios: crisis de angustia, desorden de ansiedad generalizado, desorden obsesivo-compulsivo, estrés postraumático y fobia. Cuadros mixtos. Desórdenes de ansiedad no específicos. Depresión y distimia. Trastorno bipolar. Trastorno obsesivo compulsivo. Fobias. Trastornos sexuales y de la identidad sexual. Trastornos del deseo sexual, de la excitación sexual; trastornos orgásmicos y sexuales por dolor. Parafilias. . Trastornos del aprendizaje. Retraso y fracaso escolar. Trastorno generalizado del desarrollo del lenguaje. Trastornos de la conducta alimentaria en niños: inapetencia persistente, retraso en la alimentación con sólidos, vómitos o regurgitaciones reiteradas, pica. Anorexia. Bulimia. Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE). Trastornos de la imagen. Detección de problemas psiquiátricos mayores: trastornos delirantes, trastornos graves de la personalidad. Criterios de derivación. Trastornos relacionados con sustancias: uso y abuso. Problemas oncológicos: Abordaje integral del paciente con cáncer. Comunicación de malas noticias. Muerte, duelo y familia. Control de los síntomas en cuidados paliativos: dolor, náuseas, vómitos, constipación. Manejo de la terapéutica. Urgencias y emergencias: Disnea aguda: TEPA, Neumotórax, Crisis de asma grave, Derrame pleural, EPOC descompensada, NAC en adultos, EAP. Dolor agudo en MMII: isquemia arterial aguda. Niño taquipneico: Bronquiolitis. Insuficiencia respiratoria aguda. NAC en niños. Tos aguda en niños: Laringitis. Tos convulsa, otras causas de tos. Fiebre sin foco. Inflammaciones cutáneas y de
--	--	---

		TCS: celulitis, erisipela, flebitis. Heridas y mordeduras. Trastornos del pulso. Palpitaciones
--	--	--

		Síncope Crisis de angustia, ansiedad, pánico, fobia. Alteraciones del nivel de conciencia. Accidente cerebrovascular. Confusión, delirio y caídas en el anciano. Politraumatismo en niños y adultos. Monoartritis aguda. Lumbociatalgia aguda. Hombro doloroso. Fracturas, esguinces. Convulsiones .Reacciones alérgicas. Shock anafiláctico. Dolor precordial: sínd. coronario, pericarditis aguda, espasmo esofágico, disección aórtica. Urgencia y emergencia hipertensiva. Dolor abdominal agudo: obstrucción, perforación, síndrome ulceroso, colecistitis, cólico biliar, apendicitis, pancreatitis. Hemorragia digestiva. Diarrea aguda con deshidratación. Ictericia. Procesos agudos de la región anorrectal: fisura, crisis hemorroidal. Urgencias en el diabético: coma hiperosmolar, cetoacidosis diabética, Hipoglucemia. Crisis tiroideas. Hematuria. Retención aguda de orina. Oligoanuria.
--	--	---

2.

Gestionar el proceso de atención de la salud de la persona, familia y comunidad. que implica: situarse y formalizar las relaciones en el marco del Equipo de Salud y en el sistema sanitario, gestionar el sistema de atención, evaluar el sistema de atención en el que está inmerso.		
Área de competencia	Práctica Profesional	Contenidos
Primer año	Situarse y formalizar las relaciones en el marco del Equipo de Salud y en el sistema sanitario.	Gestión de la consulta: Sistemas de registro: de la historia clínica tradicional a la Historia Clínica Familiar Orientada al Problema: características y potencialidades para el enfoque integral. Sistemas de registro informatizados. Análisis de la información producida en la consulta, uso en la gestión de programas de trabajo.

Segundo año	Gestión del sistema de atención	Adecuación de RRHH según perfil epidemiológico. Calidad. Proceso de referencia y contrarreferencia. Redes. Gestión por procesos.
Tercer año	Evaluación del sistema de atención en el que está inmerso.	Evaluación de procesos. Satisfacción.

--	--	--

3.

Participar de procesos de investigación y educación médica continua y permanente. implica: Justificar el enfoque adoptado en el proceso de investigación, realizar validación metodológica, elaborar y difundir informes de investigación y participar en acciones de educación médica continua y permanente.		
Área de competencia	Práctica Profesional	Contenidos

Primer año Segundo año Tercer año	Justificar el enfoque adoptado en el proceso de investigación Realizar validación metodológica.	Metodología de la investigación: La investigación en el primer nivel de atención. Introducción a la metodología de la investigación: definición, enfoques epistemológicos. Definición de problemas. Diseño y ejecución de proyectos de investigación. Metodología cuantitativa y cualitativa. Investigación-acción-participativa. Bioética en investigación Principios éticos de beneficencia, de respeto a la dignidad humana y de justicia. Consentimiento informado. Legislación internacional y argentina. Estadística: Estadística descriptiva. Tipos de estudios: alcances y propósitos. Medidas de morbilidad, incidencia, prevalencia. Medidas de mortalidad, tasas. Estadística aplicada: pruebas, significación estadística, error, intervalos de confianza, metaanálisis. Confiabilidad, validez (sensibilidad y especificidad), valor de predicción
	Elaborar y difundir informes de investigación.	Escritura y comunicación científica. Gestión de estrategias y medios para la publicación y presentación de trabajos en jornadas de divulgación científica.
Primer año Segundo año	Participar en acciones de educación médica permanente.	Procesos educativos formales: Estrategias de búsqueda de información. Lectura crítica de la información: calidad, validez interna y externa. Medicina Basada en la Evidencia: alcances y limitaciones. Educación permanente en servicio. Se desarrollan actividades docentes y de investigación. Procesos educativos no formales: Fundamentos de los
Tercer año		procesos de educación con y para la comunidad. Estrategias. Ámbitos de desarrollo.

Organización de las actividades por año de formación

PRIMER AÑO

Actividades prácticas:

a) Actividades en Centros de Atención Primaria y consultorios de Medicina Familiar: cuatro veces por semana durante todo el año. Consultas de primer nivel de atención, razonamiento clínico, utilización de recursos y habilidades en la comunicación. Actividad comunitaria y de investigación. Las actividades deben ser acompañadas y supervisadas por un docente especialista en Medicina Familiar y General, logrando una formación personalizada.

b) Actividades en guardias hospitalarias: con un total de seis guardias mensuales, de 24 horas cada una, anual el servicio de Guardia Central del Hospital General.

Actividades teórico- prácticas:

c) Actividades teórico-prácticas presenciales: Seminarios y talleres cuatro veces por semana, durante el año completo, desarrollando los siguientes módulos: introducción a la Salud comunitaria; epidemiología; introducción al estudio de la familia; instrumentos para la salud familiar; recursos para la gestión de la consulta; atención integral del niño y adolescente, de la mujer y del Adulto y Anciano; la familia en el proceso salud-enfermedad; manejo de problemas prevalentes (Hipertensión arterial, Diabetes y riesgo cardiovascular); Metodología de la investigación, procesos educativos formales.

d) Actividades teórico-prácticas no presenciales: tareas de autoaprendizaje (estudio individual, búsqueda y análisis de información, resolución de casos, preparación de seminarios/talleres, diseño de proyectos de investigación)

SEGUNDO AÑO

Actividades prácticas:

a) Actividades en Centros de Atención Primaria y consultorios de Medicina Familiar: consultas de primer nivel de atención, razonamiento clínico, utilización de recursos, habilidades en la comunicación. Actividad comunitaria y de investigación, durante diez meses.

b) Actividades de atención ambulatoria en consultorios externos de otros servicios: durante dos meses.

c) Actividades en guardias hospitalarias: la misma modalidad de primer año, con diferente nivel de

complejidad.

Actividades teórico- prácticas:

d) Actividades teórico-prácticas presenciales: seminarios y talleres dictados tres veces por semana, durante el año completo, desarrollando los siguientes módulos: Intervenciones comunitarias; la familia en el proceso salud-enfermedad; manejo de problemas prevalentes (problemas sistémicos, respiratorios, cardiovasculares, gastrointestinales, infecciosos, nariz-garganta y oído, nefrourológicos, urgencias y emergencias). Estadística. Bioética en investigación.

e) Actividades teórico-prácticas no presenciales: tareas de autoaprendizaje (estudio individual, búsqueda y análisis de información, resolución de casos, preparación de seminarios/talleres, elaboración y ejecución de proyectos de investigación)

TERCER AÑO

Actividades prácticas:

a) Actividades en Centros de salud: desarrollo de competencias en administración y gestión según objetivos determinados; acompañamiento de los especializandos de primer y segundo año, dos días por semana durante todo el año.

b) Actividades en los Consultorios de Medicina Familiar: desarrollo de competencias en administración y gestión según objetivos determinados; acompañamiento de los especializandos de primer y segundo año, dos días por semana durante todo el año.

c) Actividades en guardias hospitalarias: realizando monitoreo y acompañamiento permanente de los especializandos de primer y segundo año, con un total de cuatro guardias mensuales de 12 hs cada una, durante 8 meses.

d) Rotaciones en centros formadores en el país o en el exterior: Opcional, con duración total de dos meses.

Actividades teórico- prácticas:

e) Actividades teórico-prácticas presenciales: Seminarios y talleres: dictados tres veces por semana, durante el año completo, con los siguientes temas: monitoreo y control de calidad de las intervenciones comunitarias; la familia en el proceso salud-enfermedad; procesos educativos no formales; comunicaciones científicas; problemas prevalentes: problemas neurológicos, ginecológicos y obstétricos, dermatológicos, endocrinológicos, hematológicos, musculoesqueléticos, salud laboral, salud mental y oncológicos.

f) Actividades teórico-prácticas no presenciales: tareas de autoaprendizaje (estudio individual, búsqueda y análisis de información, resolución de casos, preparación de seminarios/talleres,

elaboración y ejecución de proyectos de investigación)

g) Actividades docentes: colaboración con las actividades docentes de la carrera.

CRONOGRAMA SEMANAL DE ACTIVIDADES

		Lunes	Martes	miércoles	jueves	Viernes
8: 15 a 8:45			Revista de sala/actualizaciones	Revista de sala/actualizaciones	Revista de sala/actualizaciones	Revista de sala/actualizaciones
8 a 13hs	Segundo año	Consultorio en Hospital, descanso posguardia o centro de salud				
	Primer año	Capacitación Primer año (comunitaria)	Centro de salud o descanso posguardia			
14 a 14.30		Ateneo guardia	Ateneo guardia	Ateneo guardia	Ateneo guardia	
14:30 a 17hs		Taller sobre contenidos de primer año	Seminario Área cuidados de la salud/ Talleres sobre atención familiar		Aprendizaje basado en problemas	Capacitación el área atención comunitaria (tutorías o talleres)

4. RECURSOS

El cuerpo docente de la carrera está compuesto por el director del Centro Formador, dos Instructores/as docentes, los/las Jefe/a de Residentes y doce profesores asistentes (médicos de familia, especialista en clínica médica y trabajadora social) encargados del acompañamiento de los alumnos.

El desarrollo del programa se lleva a cabo en cinco centros de Atención Primaria pertenecientes a la Municipalidad de Córdoba, los consultorios de Medicina Familiar, consultorios externos de otras especialidades y servicio de Guardia del Hospital Príncipe de Asturias (Municipalidad de Córdoba) y del Hospital Nacional de Clínicas (Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Córdoba).

Los alumnos son acompañados en cada instancia por un tutor médico especialista en Medicina Familiar, que hará el seguimiento del proceso de aprendizaje.

En todos los ámbitos existen espacios áulicos destinados al funcionamiento de la carrera de especialización, donde se desarrollan seminarios y talleres según cronograma.

En el Hospital Nacional de Clínicas se encuentra la biblioteca del Departamento de Medicina Familiar con los materiales elegidos (libros y revistas) para trabajar los contenidos propuestos por este programa. Actualmente se cuenta con 150 publicaciones y computadoras con acceso a internet.

MODALIDAD DE EVALUACION

Propuesta de evaluación de aprendizaje

La evaluación durante el proceso de formación en Medicina Familia-General, tiene como objetivo, supervisar la marcha del proceso de aprendizaje de los residentes y comprobar que adquieran los conocimientos, valores, habilidades y destrezas profesionales adecuadas al perfil definido.

La evaluación, según el momento, será realizada por los docentes a cargo, el instructor, jefe de residentes, docentes a cargo en los centros de salud y de cada rotación.

Esta se realiza en cuatro etapas:

- Evaluación inicial o diagnóstica: al inicio de la Carrera, a fin de conocer los conocimientos previos de los ingresantes.
- Evaluación formativa o de proceso: destinada a monitorear la evolución del proceso de formación y realizar los ajustes necesarios. Se realiza en forma cuatrimestral.
- Evaluación sumativa o final anual: al finalizar cada año, y acreditará el paso al año siguiente. Está orientada a verificar el grado que han sido alcanzados los objetivos de formación.
- Evaluación final de la carrera: se realizará al finalizar el último año. Evaluará el cumplimiento de los objetivos específicos de la Carrera.

Otras evaluaciones del proceso formativo

- Evaluación de docentes a cargo: para evaluar los conocimientos y actitudes adquiridos en el ámbito del centro de salud, las

rotaciones y las guardias. Se realiza de manera semestral.

- Evaluación actitudinal de jefe de residentes e instructor: con la finalidad de valorar las actitudes durante las actividades de la carrera (asistencia, puntualidad, entrega de informes, participación en seminarios y talleres). Se realiza de manera semestral Evaluación de los especializandos a los docentes y de la propuesta curricular: para ajustar aspectos docentes y relacionales según necesidades surgidas. Se realiza cuatrimestralmente