

Maestría en Salud Pública

Universidad Nacional de Rosario

Centro de Estudios Interdisciplinarios

Tesis de Maestría

Título: El registro en salud pública

**Subtítulo: Experiencia de las personas trabajadoras del primer nivel de
atención en Rafaela, durante el período 2020-2021**

Tesista: Luciana L. Galloni

Directora: Mg. María Eugenia Padrón

Co- Director: Dr. Esteban Grippaldi

Rafaela, 2022

Agradecimientos

Un profundo agradecimiento a mi directora María Eugenia Padrón, compañera de trabajo y amiga, por abonar a una construcción de escritura reflexiva y compartida. Agradezco sus lecturas atentas, minuciosas y sus señalamientos inteligentes.

A mi co- director Esteban Grippaldi, por aportar conocimientos desde saberes y recorridos académicos diversos que han permitido complejizar y enriquecer al problema en estudio. Gracias por compartir generosamente un cúmulo de autores y miradas del campo social. Destaco sus lecturas generosas, respetuosas y la pertinencia de sus reflexiones.

A la Maestría en salud pública, por ofrecer un espacio académico que promueve el intercambio colectivo y la producción de conocimiento crítico para analizar políticas atinentes a la salud y desafiar a seguir bregando por la construcción de un sistema integrado de salud.

A la Dirección de Salud Mental de la provincia de Santa Fe, por acompañar procesos de investigación y reflexión sobre las prácticas.

A las personas trabajadoras en el campo de la salud pública, a ellos/ellas mi profundo agradecimiento, reconocimiento y admiración.

A Dios, no creo en la religión, soy una persona de fe.

Dedicatorias

Dedico este escrito a quienes han sido parte de mis (de)construcciones en los últimos diez años. Gracias por los espacios de encuentro, por las luchas y posicionamientos compartidos y, por los no tanto. Gracias a mis compañeros/as de los centros de salud, a mis amigos/as del equipo DISER, a la comunidad con quienes trabajo a diario, a docentes, colegas, estudiantes y a los/as autores/as que con sus escrituras permiten el trascender de los conocimientos. Gracias a cada un/a de ellos/ellas por la permanencia e insistencia en la construcción de un sistema de salud público, justo e inclusivo.

A Facundo, mi compañero. A Amanda y a su hermanito/a en camino, son felicidad y esperanza. Gracias por el sostén y el empuje. Esta tesis ha sido un esfuerzo compartido.

A mi familia ampliada, gracias por cuidar de Amanda durante el tiempo más arduo de lectura y escritura.

A los interlocutores que vendrán, con quienes ansío tener diálogos que sigan enriqueciendo y complejizando la construcción colectiva de conocimientos.

Resumen

En la investigación presente se describe el proceso de registro en salud que realizan las personas trabajadoras en el primer nivel de atención en la red de salud pública, en Rafaela durante los años 2020 y 2021.

Metodológicamente se trata de un estudio descriptivo. Se parte de entender que la complejidad del problema planteado exige una estrategia de acercamiento que trabaje con un enfoque mixto a partir de técnicas de revisión documental y entrevistas.

El estudio abre la pregunta respecto del lugar que tiene el registro en el proceso de trabajo en salud. Así, las personas entrevistadas reconocen la importancia de realizar registro de sus actuaciones y la necesidad de acceder a estos.

Como hallazgo emergente, se encontraron registros heterogéneos, según cada persona artífice del proceso. Se observa que el registro está centrado, mayormente, en saberes procedimentales. Las narraciones dan cuenta de la importancia de producir cuidados integrales e integrados, pero se identifican prácticas de registro fragmentadas que resultan en procesos de trabajo no articulados.

Finalmente, surge la necesidad de reflexionar sobre la participación de las personas usuarias en sus procesos de cuidado. Se concluye en la importancia de cavilar en torno a una producción de conocimiento que bregue por disminuir y reparar desigualdades sociales en salud.

Palabras Claves

Atención Primaria de la Salud- Proceso de salud, enfermedad, cuidado- Proceso de trabajo en salud - Proceso de registro en salud

Abreviaturas

A fin de facilitar la lectura del documento se presentan los criterios utilizados en siglas y abreviaturas.

APS: Atención Primaria de la Salud

CDSS: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

CS: Centro de salud

HCF: Historia Clínica Familiar

DISER: Dispositivo Interdisciplinario Soporte Estratégico Regional

DSS: Determinantes Sociales de Salud

LF: Legajo Familiar

MDSS: Modelo de Determinación Social en Salud

MGyF: Medicina General y Familiar

MMH: Modelo Médico Hegemónico

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

Pse: Proceso salud- enfermedad

Psec: Proceso de salud-enfermedad-cuidado

SC: Salud Colectiva

SICAP: Sistema Integral para los Centros de Atención Primaria

SIS: Sistemas de Información en Salud

Tabla de contenido

Resumen.....	3
Palabras Claves	3
Abreviaturas	4
1 Introducción.....	8
2 CAPÍTULO I: CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA- OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
2.1 El problema de investigación	12
2.2 Justificación.....	13
2.3 Objetivos	14
2.4 Estado del Arte	14
3 CAPÍTULO II: LA CONSTRUCCIÓN DE UNA TRAMA CONCEPTUAL	20
3.1 Organización del capítulo	20
3.2 Atención Primaria de la Salud: estrategia para garantizar derechos y mitigar la injusticia social	22
3.3 Equipos de referencia en salud: centralidad en las prácticas de cuidado integral.....	28
3.4 Proceso de salud- enfermedad- cuidado: un objeto de estudio multideterminado.....	34
3.5 Proceso de trabajo en salud	39
3.6 Proceso de registro: construcción de la práctica de escritura	44
3.7 Lectura subjetiva del registro: el acto de narrar la clínica.....	48
3.8 Información en salud: sistemas de Información.....	52
4 CAPÍTULO III: DECISIONES TEÓRICO- METODOLÓGICAS	55
4.1 Tipo de estudio y diseño.....	55
4.2 Cuestiones del método	58
4.3 Objeto del estudio.....	59

4.4	Fuentes de Información	61
4.5	Estrategia analítica	62
4.6	Aspectos éticos de la investigación	64
5	CAPÍTULO IV: DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO DE ESTUDIO	66
5.1	Marcos regulatorios del registro en salud.....	66
5.2	Descripción de la ciudad de Rafaela.....	69
5.2.1	Situación socioeconómica local	69
5.2.2	Red pública de salud en Rafaela.....	71
5.2.3	Primer nivel de atención en contexto de Pandemia por coronavirus (COVID- 19).....	75
5.2.4	Primer nivel de atención en Rafaela	79
5.3	El registro en la provincia de Santa Fe	88
6	CAPÍTULO V: EL PROCESO DE REGISTRO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD.....	97
6.1	Organización de la presentación.....	97
6.2	Características del proceso de registro.....	97
6.2.1	Historia del registro en SICAP según narraciones de las personas trabajadoras	134
6.2.2	Tipos de registro	136
6.2.3	Momentos del registro	138
6.2.4	La ética del registro: el tema del secreto profesional y el consentimiento informado	142
6.2.5	Interacción con escritos de otras personas trabajadoras	145
	Consulta de otros registros.....	145
	Construcción participativa de escritura	147
6.3	Nociones de las personas trabajadoras sobre el registro en salud	151
6.3.1	Proceso de trabajo en salud	152

6.3.2	Proceso de salud- enfermedad- cuidado	155
6.3.3	Ideas sobre el registro en salud.....	157
6.4	Usos que se otorgan al registro en salud.....	163
6.4.1	Utilidad referida al registro.....	164
7	CAPÍTULO VI: HALLAZGOS Y DISCUSIONES	172
7.1	Reflexión sobre la práctica y el proceso de escritura	172
7.2	El proceso de registro en salud	175
	REFLEXIONES FINALES, CERRANDO PARA ABRIR	180
8	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	185
	ANEXOS.....	196
8.1	Anexo 1: Entrevista	196
8.2	Anexo 2: Declaración de confidencialidad en el manejo de los datos personales y clínicos.....	198
8.3	Anexo 3: Planilla construida para observación de datos en Legajo Familiar o Historia Clínica Familiar	201
8.4	Anexo 4: Historia Clínica Familiar construida por la Residencia de Medicina General y Familiar	202
8.5	Anexo 5: Mapa de Rafaela y ubicación de los efectores de salud pública.....	203
8.6	Anexo 6: Tabla de población por barrios, según cada efector de salud en estudio	204

1 Introducción

En la actualidad, desde los equipos de salud se hace evidente la necesidad de revisar y reflexionar en torno a las prácticas en salud y su construcción colectiva, no sólo en términos de cantidad (número de atenciones y número de prácticas) sino, más bien, en la capacidad de reconocer y dar respuesta a las necesidades de salud de una población a cargo (Galloni, 2018).

En este sentido, como teorizan Alonso y Bonifazzi (2019), resulta necesario entender al proceso de registro en salud como parte del proceso de atención que realizan las personas trabajadoras del campo de la salud. Entonces, se considera que la construcción de datos, la sistematización de información y la producción de conocimiento son materia prima al momento de tomar decisiones respecto de la gestión interna de los efectores, trabajar en la integralidad y continuidad de los procesos de salud-enfermedad-cuidado, promover la reflexión sobre las prácticas y generar categorías conceptuales que se constituyan en analizadores de los procesos de trabajo.

A lo largo del escrito de tesis se aborda la problemática del registro como proceso y como práctica de las personas trabajadoras en efectores de primer nivel de atención de la red de salud pública, en la ciudad de Rafaela durante los años 2020 y 2021.

Según el recorte temporal que plantea la tesis, es necesario mencionar que, en diciembre de 2019, en Wuhan- China, se detectó un nuevo coronavirus (Lana et.al., 2020). Un mes después, en enero del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al Covid-19¹ como emergencia de salud pública de interés internacional². Posteriormente, en febrero del año 2020 la OMS reportó el primer caso en Brasil³ y en marzo se notificaron los primeros casos en Argentina y Chile⁴. Así, ya a principios de julio del año 2020, los 51 países y

¹La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2. Disponible en:

https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

² World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report 38 [Internet]. 27 feb 2020 [citado 24 mar 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/sqacl3q>.

³ World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report 38 [Internet]. 27 feb 2020 [citado 24 mar 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/sqacl3q>.

⁴ World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report 44 [Internet]. 4 mar 2020 [citado 24 mar 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/umtahd5>

territorios de la región de las Américas habían notificado casos de COVID-19 (OPS, 2020).

Entonces, desde el inicio de la pandemia, a la actualidad, el sistema de salud pública se ha encontrado con el desafío de garantizar respuestas en la atención de salud por situación de COVID-19, sin obstaculizar el acceso a servicios de salud esenciales, según las necesidades de cada persona y grupo poblacional.

En este marco, el trabajo de investigación tuvo por objetivo general, describir el proceso de registro en salud que realizan las personas trabajadoras y por objetivos específicos, identificar las nociones de las personas respecto del mismo, describir las características del proceso de registro y conocer los usos que las personas le otorgan.

Así, analizando los modelos de salud, desde sus inicios se advierte que los servicios de salud se han organizado según un modelo de gestión que pareciera no haber sido diseñado, originariamente, para instituciones de la salud (Merhy, 1997). En este sentido, la administración en salud fue concebida bajo un modelo de organizaciones fabriles, lo que incidió en la forma de definir, entre otras cosas, a su productividad.

Siguiendo a Merhy (1997), desde el paradigma industrial la eficacia del proceso de trabajo en salud estaba dada según sea el aumento de su producción. A modo de ejemplo se podría decir que la productividad en salud era signada por el crecimiento en la cantidad de consultas y de prácticas.

Sin embargo, Franco y Merhy (2016) refieren a que en los últimos años, se evidencia un desplazamiento del campo de la producción de valor, ponderado por el paradigma industrial, hacia el campo de la producción colectiva. Esto visibiliza la relevancia del trabajo cotidiano como instituyente de la capacidad de reconocernos, conocernos y actuar en el campo de las prácticas sociales.

Reflexionar respecto de los procesos de trabajo, requiere valorizar la fuerza que tienen las personas trabajadoras, entre otros actores, como promotoras de transformaciones en el sistema de salud. En palabras de Minayo (2012), un/a trabajador/a comprometido/a con su tarea es aquel/lla que forma parte

de la definición del propio proceso de trabajo. Asimismo, Franco y Merhy (2016) plantean que el producto del trabajo en salud solamente existe durante su misma producción y para las personas directamente involucradas en el proceso, es decir, personas trabajadoras y personas usuarias.

En esta línea, cobra importancia el identificar los procesos de atención instituidos que, más de una vez, reproducen prácticas liberales materializadas en estrategias normativas y no en una construcción colectiva y participativa de prácticas territoriales para dar respuesta a las necesidades de salud de una población (Franco & Merhy, 2016).

A continuación, se presenta una breve referencia del contenido de tesis y su organización en capítulos.

En el Capítulo I, se introduce la situación problemática y se trabaja la construcción del objeto-problema de investigación. Se presenta en detalle el problema de estudio, su justificación y los objetivos planteados.

En el Capítulo II, se desarrolla la construcción conceptual que da sostén teórico a la investigación. Conceptualmente, este escrito se inscribe en un paradigma que entiende a la salud desde una perspectiva integral y no normativa (Ferrara, 1985), recuperando la dimensión sociohistórica de los procesos de salud-enfermedad-cuidados (Breilh, 2013), (Laurell A. C., 1981), y destacando el enfoque de derechos para su abordaje. Este documento incorpora aportes conceptuales provenientes del Movimiento Latinoamericano de la Salud Colectiva (Granda, 2004), articulados con la Atención Primaria de la Salud como estrategia organizadora de todo el sistema de salud (Sousa Campos G. , 1998). Asimismo, se caracterizan a los equipos de referencia en salud, ubicados en efectores territoriales (Stolkiner, 1999), y se describe la producción de procesos de salud-enfermedad-cuidado (Psec) en su entramado comunitario (Merhy et al., 2016).

De esta manera, como parte del proceso de trabajo en salud se inscribe el proceso de registro (Boragnio & Cantú, 2016) y se reflexiona en torno a las lecturas subjetivas en la producción del mismo (Freud, 1912). Finalmente, se

enuncia la necesidad de trabajar con sistemas de información en salud (Savio, 2019) y se desarrollan sus características y usos.

En el Capítulo III, se explicita la perspectiva metodológica elegida. Entonces, se definen y operacionalizan los conceptos y analizadores utilizados haciéndose mención a los instrumentos de recolección de datos y el diseño general del estudio.

En el Capítulo IV, se presenta, en primer lugar, una caracterización de los marcos legales vigentes que regulan la práctica del registro y, posteriormente, se caracteriza a la ciudad de Rafaela. En este sentido, se describe su situación socioeconómica y a la red pública de salud, haciendo énfasis en el primer nivel de atención local. Posteriormente, se mencionan los tipos de registro existentes en el proceso de trabajo de las personas, en el primer nivel de atención.

En el Capítulo V, se enuncian los hallazgos obtenidos durante el acercamiento al campo de estudio. A tal fin, se presentan tres apartados que se corresponden a cada uno de los objetivos específicos construidos para la tesis.

Finalmente, en el Capítulo VI, se discuten los hallazgos a la luz del *corpus* teórico y se abren algunos ejes que permiten seguir reflexionando y abonando en torno al proceso de registro en salud pública.

2 CAPÍTULO I: CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA- OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 El problema de investigación

En sus producciones teóricas, Franco y Merhy (2017) entienden al registro en salud como parte del proceso de atención realizado por las personas que integran los equipos de trabajo en salud. En este sentido, trabajadores y trabajadoras del primer nivel de atención en salud reconocen la importancia de registrar sus prácticas, por ejemplo, en las Historias Clínicas (HC) y en el Sistema Integral para los Centros de Atención Primaria (SICAP) (Galloni, 2018). Ahora bien, hasta aquí pueden pensarse diversos interrogantes en torno a: ¿qué registro realizan las personas trabajadoras en el primer nivel de atención?, ¿quiénes registran?, ¿dónde se registra?, ¿qué datos se registran?, y lo que se registra: ¿resulta significativo al momento de construir y/o dar continuidad a los procesos de cuidados en salud?, ¿permite planificar en salud y/o tomar decisiones respecto de la gestión interna de los efectores? Asimismo, y, ante la necesidad de revisar intervenciones e historiar procesos de cuidado, ¿el registro otorga información unificada e interdisciplinaria? Por otra parte, para las personas trabajadoras, ¿la práctica del registro se integra al proceso de trabajo?; ¿qué lugar tiene dicha práctica en el proceso de cuidado de la salud?; finalmente se podría plantear la pregunta respecto a los usos dados al registro, es decir: ¿para qué se registra?

En consonancia con los interrogantes planteados y tomando los aportes de Spinelli (2010), es menester reconocer que el campo de la salud es un campo atravesado por el conflicto producto de las acciones de actores individuales, colectivos y corporativos dotados de intereses, capacidades singulares y objetivos, incluso, antagónicos. Al hablar de actores, el autor refiere a profesionales del campo de la salud, gestores de salud, actores vinculados a la política, sindicatos, representantes de la industria farmacéutica y da visibilidad al rol de las personas usuarias como actores necesariamente activos en la construcción del sistema de salud.

Entonces, al reflexionar en torno al proceso de registro en salud, se debe trascender una descripción solo en términos de registro numérico (cantidad de atenciones, diagnósticos, prácticas, población adscripta) para conocer, además, cómo se construye el proceso de registro y quienes participan en dicha producción (Rovere, 2018). Asimismo, y entendiendo al registro como modo de inscripción de las prácticas en salud es relevante conocer, además, qué usos tiene la práctica de registro para las personas trabajadoras (Feldman, 2019).

En este marco, la pregunta de investigación planteada es: ¿cómo es el proceso de registro en el primer nivel de atención, en la ciudad de Rafaela tomando el período 2020 y 2021?

2.2 Justificación

El tema trazado permite describir el modo de registro que inscribe a los procesos de salud-enfermedad-cuidado (Psec), por parte de las personas trabajadoras, en el primer nivel de atención. Esta temática, en la localidad Rafaela, en el contexto del primer nivel de atención y desde la APS, no ha sido estudiada aún. Por ello, el presente trabajo abona a la producción de conocimiento local y abre a la posibilidad de reflexión colectiva sobre la práctica del registro. Así, este estudio busca describir el proceso de registro y visibilizar qué lugar ocupa en el proceso de atención. Además, pretende identificar los usos construidos en torno al registro tomando como referencia la revisión documental y los relatos de las personas trabajadoras.

Entonces, describir la práctica de registro sostenida desde los efectores de salud; visibilizar la adecuación de la misma a las necesidades de las personas trabajadoras y de la comunidad y; pensar la relación entre demanda y necesidad de las personas usuarias en correspondencia a los cuidados producidos, se consolida en tema de especial relevancia (Franco y Merhy, 2017).

De este modo, lo desarrollado a lo largo de presente trabajo de investigación, intenta ser un aporte que permita pensar a los procesos de trabajo en salud,

en el primer nivel de atención y, consecuentemente, echar luz sobre los modos concretos de operar la gestión de los servicios públicos de salud.

2.3 Objetivos

El estudio desarrollado tiene por objetivo general describir el proceso de registro en salud que realizan las personas trabajadoras del primer nivel de atención en Rafaela, durante los años 2020 y 2021. De allí se desglosan tres objetivos específicos: describir las características del proceso de registro de las personas trabajadoras, identificar las nociones de las personas sobre el proceso de registro y conocer los usos que se le otorgan a dicho registro.

2.4 Estado del Arte

Los antecedentes encontrados sobre el tema del registro en Atención Primaria de Salud son un cúmulo de trabajos científicos abordados, mayoritariamente, desde perspectivas estadísticas cuantitativas. Es decir, hay estudios respecto del análisis de indicadores contruidos para dar respuesta a la necesidad de contabilizar cantidad y distribución de problemas de salud-enfermedad en poblaciones, para lo cual, el registro en salud se convierte en una herramienta de innegable utilidad.

Asimismo, existen también trabajos que abordan la problemática del registro desde las representaciones de las personas trabajadoras, los sentidos que éstas otorgan al proceso de registrar y los fines para los cuales se registra.

En Barcelona, España, Fusté et al. (2002), llevaron adelante una investigación donde estudian la importancia de analizar los sentidos que se les otorgan al registro en el primer nivel de atención en salud. Refieren, por un lado, a la necesidad de acordar un conjunto de datos compartidos para unificar criterios entre las personas trabajadoras que realizan la práctica del registro y, por otro, enuncian la necesidad de discutir al interior de los equipos el “por qué” y el “para qué” de la construcción del registro en salud pública. En este marco, introducen la discusión sobre algunas finalidades del registro en relación con la práctica clínica y comunitaria y con decisiones de gestión en salud. En este

estudio, la metodología utilizada fue mixta. Los autores concluyen en la construcción de criterios al momento de registrar, un ejemplo de ello es la necesidad de propiciar acuerdos, entre personas trabajadoras, respecto de los datos mínimos e indispensables a consignar en cada proceso de atención. Finalmente, mencionan que tener un registro de las prácticas, permitiría planificar en salud, tener mayor claridad al momento de financiar servicios, abriría a la posibilidad de evaluar las prácticas de atención e impulsaría investigaciones en salud.

Otro estudio realizado por Aragonés et al. (2010), en Madrid, España, profundiza en la prevalencia del déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en personas adultas según el registro de las Historias Clínicas Informatizadas en atención primaria. Se trata de un estudio transversal sobre las bases de datos de las Historias Clínicas (HC) electrónicas. Mencionan que el primer nivel de atención propicia trabajar la detección oportuna y procesos de cuidados adecuados a los principales problemas de salud mental de una población. Explicitan que el efector elegido para el estudio tiene una implantación completa de las Historias Clínicas electrónicas. Esta investigación concluye mencionando que el TDAH en adultos es escasamente detectado y registrado en el primer nivel de atención en Cataluña. Dicha conclusión les abre a preguntas varias, una de ellas refiere a cómo se registra el TDAH, es decir, bajo qué etiquetas diagnósticas se cataloga. En este sentido, ponen en discusión los acuerdos sobre las categorías de registro utilizadas.

Por otro lado, en Callao, Perú, Tanaka et al. (2013), presentaron un estudio de cohorte descriptivo donde trabajan en torno a la calidad del registro en HC en un centro de salud. Se basan en el análisis crítico y sistemático de la atención médica desde la evaluación de HC cuya finalidad fue mejorar la calidad de las prestaciones en salud. En este marco, dentro de las actividades de control de calidad, realizaron un estudio descriptivo transversal de 91 HC de consulta externa (medicina, pediatría, nutrición y odontología) elegidas mediante un muestreo por conveniencia. Las personas autoras concluyeron en que el 85,7% de las HC fueron calificadas como documentos por mejorar,

y el resto, 14.3%, fueron aceptable. La frecuencia de registro de las distintas variables fue muy heterogénea, según cada servicio realizara la escritura. Observaron que un gran número de HC no cumplimentaron con los criterios de completud y orden, ya que se encontraron con registros pobres en datos y que solo el 32% de las HC estaban escritas con letra legible. El estudio plantea la necesidad de mejorar dicho registro, destacando la relevancia de estos documentos como instrumento con validez legal.

Hasta aquí, en la bibliografía consultada, se observa de modo unánime el reconocimiento dado a la importancia del registro en salud. En este sentido, en la ciudad de Cauca, Colombia, se presentó un trabajo de tesis donde las autoras, Carrillo y Chávez (2006), mencionan la importancia de considerar al proceso de registro en salud como parte del proceso de cuidado integral en salud. El trabajo describe la necesidad de avanzar en una revisión sistemática de la producción del registro y sus usos. Como resultados evidencian un aumento de profesionales de enfermería convencidos en la necesidad de registrar sus prácticas y mejorar la calidad del registro. Señalan que, mejorar las prácticas atinentes a la producción del registro, permitiría visibilizar la labor del servicio de enfermería y su implicancia en la producción de cuidados en salud.

En la provincia de Buenos Aires, Sy (2020), llevó a cabo un estudio antropológico y etnográfico donde analiza 4.000 HC de mujeres que fallecieron en un hospital psiquiátrico en Buenos Aires entre los años 1885 y 1985. El estudio tuvo como fin, problematizar las narraciones inscriptas en las HC y cuestionar la idea de linealidad en la construcción de las mismas. En base a estos datos la investigadora realizó un análisis de contenido con foco en las expresiones y los modos de nombrar que estructuran las escrituras sobre los padecimientos y su tratamiento. Algunas conclusiones, entre otras varias, fueron que existía una superposición de criterios diagnósticos y de tratamientos donde convivían diversos procedimientos, lógicas, formas de pensar y tratar el sufrimiento psíquico. En este marco se abre la discusión respecto de cómo, en la actualidad, se construyen los diagnósticos y el lugar

que ocupan dichas categorías nosográficas en la forma de dar entidad al sufrimiento humano.

En Córdoba, Argentina, Burijovich (2011), desarrolló un trabajo de investigación que estudia el proceso de construcción de Buenas Prácticas en salud pública. Plantea a la producción de conocimiento, enmarcada en las políticas públicas de salud, y menciona que se han obtenido dos tipos de respuestas: por un lado, una respuesta informativa que se limita a brindar datos y otra, más compleja, que intenta contextualizar los problemas y proporcionar nuevas definiciones incluyendo las dimensiones subjetivas y simbólicas. En este sentido, refiere a la importancia del registro para pensar Buenas Prácticas en salud, ya que, sistematizar y documentar experiencias permite, por un lado, ampliar la comprensión de la complejidad de los servicios, pensar en clave de transformaciones y, por el otro, mostrar diferentes soluciones a los problemas de los equipos interdisciplinarios. El estudio utilizó una metodología cualitativa y, como técnicas de recolección de datos, se llevaron adelante entrevistas semiestructuradas, en este sentido, se trabajó con un diseño evaluativo de tipo comprensivo. La investigación buscó aportar valor a las prácticas de salud individuales, colectivas e interdisciplinarias. En síntesis, la autora explicita que el estudio de las Buenas Prácticas, desde una perspectiva cualitativa, sólo es posible si se comprende que, en el sector salud, ninguna transformación se puede implementar sin la participación comprometida de todos sus actores. Así, hace alusión a la importancia de los procesos participación y reflexivos sobre las prácticas, la sistematización de estos y la documentación de las experiencias territoriales. Concluye en que, la documentación de la tarea permite transmitir y extrapolar experiencias.

En Argentina, en lo que refiere al campo de la salud mental, Augsburger (2004) dedicó sus estudios a describir, analizar y reflexionar respecto de los sentidos, obstáculos y limitaciones en la producción de información sobre salud mental en las comunidades. La autora toma como análisis de caso a efectores del primer nivel de atención municipal, de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. El artículo introduce la reflexión respecto a en qué

medida los criterios y las categorías utilizadas para el diagnóstico y la clasificación de los problemas de salud mental, constituyen un obstáculo teórico y metodológico para el desarrollo de la epidemiología en salud mental. Los resultados contemplan dos aspectos: por un lado, la reflexión teórica destinada a redefinir el objeto de estudio y, por otro lado, se enuncia el análisis de los esquemas teóricos y operativos desde los que intervienen los profesionales de la salud mental. El proceso de investigación se orientó a fortalecer la producción de información epidemiológica de salud mental en el municipio de Rosario. Se trabajó desde una metodología cualitativa que indaga significaciones, valoraciones y prácticas sostenidas por las personas trabajadoras en salud mental. En el escrito, la autora repara en la necesidad de fortalecer una construcción de epidemiología en salud mental que refleje las necesidades actuales que el campo presenta e invita a problematizar las clasificaciones diagnósticas. Finalmente, pone en tensión al objeto de estudio de las taxonomías clasificatorias actuales y propone el uso de la categoría sufrimiento psíquico. Concluye diciendo que el uso de la categoría sufrimiento psíquico, por un lado, pone en escena la dimensión subjetiva del proceso de salud-enfermedad y, por otro lado, recupera el carácter procesual del enfermar. Asimismo, visibiliza su determinación histórica e social dejando enunciada la importancia de no patologizar situaciones de la vida social.

Por otra parte, en Rosario, provincia de Santa Fe, Herrmann (2013) desarrolló un trabajo investigativo exploratorio que tuvo por objetivo indagar las capacidades del primer nivel de atención para producir cuidados adecuados a las condiciones crónicas de salud, en términos de longitudinalidad e integralidad. En este estudio se utilizan fuentes de información secundaria, observación de Historia Clínica Familiar y fuentes primarias, entrevistas y encuesta a informantes claves. Así, el autor reflexiona en torno al uso de las HC y su potencialidad al momento de recuperar procesos de atención y cuidados de la población. El trabajo se entrama desde la perspectiva de la Salud Colectiva entendiendo así, a la salud como un proceso determinado por procesos sociales más amplios y, en este marco, se pondera al proceso de registro.

A modo de cierre de este apartado, se considera menester insistir en que el presente estudio contribuye a reflexionar en torno a los procesos de trabajo en salud, entendido a la práctica de registro como parte del proceso de cuidado. A lo largo de la investigación, se caracteriza al proceso de escritura recuperando las experiencias y los relatos de las personas trabajadoras del primer nivel de atención local.

En consonancia con algunas de las investigaciones enunciadas, la presente tesis destaca la tarea comprometida y reflexiva de las personas trabajadoras respecto del propio proceso de registro.

3 CAPÍTULO II: LA CONSTRUCCIÓN DE UNA TRAMA CONCEPTUAL

3.1 Organización del capítulo

En el capítulo presente, destinado a desarrollar en profundidad el marco teórico que sustenta el trabajo de tesis, se exponen los temas y conceptos que posibilitan el recorte del problema-objeto de la investigación. Primeramente, se caracteriza el sistema de salud en Argentina y su estrategia de organización, en este sentido, se exponen algunas reflexiones respecto de la Atención Primaria de la Salud (APS). La presentación se hace siguiendo dos ejes, por un lado, lo acontecido con la APS desde que fuera propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como estrategia para alcanzar la meta Salud para todos en el año 2000⁵, donde la evidencia muestra que, las realidades sociosanitarias de cada región modificaron la propuesta original. Por otra parte, se trabaja la vinculación entre APS y los determinantes sociales de salud (DSS). Se enuncia a la APS como estrategia central para afrontar y mitigar las desigualdades en salud. En este marco, el presente trabajo de investigación está realizado en el escenario de la salud pública, tomando como referencia a los efectores del primer nivel de atención que organizan sus lógicas de cuidado bajo la estrategia de la APS.

Luego, se exponen algunas ideas teóricas sobre la definición de equipos de referencia en salud. Entonces, se trabaja siguiendo tres líneas, por un lado, la relación de los equipos de referencia con los modelos de atención y gestión en salud, por otra parte, se los enmarca en la red de atención de la salud haciendo foco en el entramado de los territorios y las comunidades; finalmente, se desarrolla la idea de equipos de referencia desde la importancia del encuentro y el vínculo para producir cuidados de salud. En este marco, el proceso de investigación recupera, a través de la revisión documental en salud y de las narraciones de las personas trabajadoras, las experiencias de los/as trabajadores/as que integran equipos de referencia en salud pública.

⁵ Salud para todos en el año 2000: Estrategia mundial (OMS, 1981) Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/196909>

Contiguamente, se enuncian ideas en torno a los procesos de salud, enfermedad y cuidado (Psec). Entonces, se inicia con un recorrido respecto de los alcances del Modelo Médico Hegemónico (MMH), su comprensión de la enfermedad y sus presupuestos teóricos para atenderla. Asimismo, se menciona la profunda crisis que da lugar al surgimiento del movimiento de la Salud Colectiva (SC) y su necesaria ruptura epistémica.

Finalmente, se trabaja la vinculación estructural entre los Psec y los DSS. En el presente trabajo de tesis se entiende a la construcción de los problemas de salud desde su dimensión colectiva y a los Psec como procesos determinados por modos de producción y expresión propios de un momento social, histórico y cultural.

Posteriormente, el escrito versa sobre los procesos de trabajo en salud. Se describen las particularidades que tiene el trabajo en salud vinculado a los modelos de gestión históricos y vigentes. Se los asocia a las nociones de participación y finalmente, se hace alusión a la autonomía de las personas trabajadoras en la toma de decisiones sobre sus prácticas. Desde el estudio propuesto, la construcción del proceso de registro es considerado parte de los procesos de trabajo en salud.

Luego, se recuperan desde diversos autores/as, ideas sobre el proceso de registro vinculado a la producción de subjetividad que implica, necesariamente, la dialéctica entre escritura, lectura y reflexión sobre las prácticas.

Para concluir, se trabajan algunas nociones teóricas en torno a los sistemas de información en salud, sus sentidos e importancia al momento de la producción de conocimiento en salud pública.

3.2 Atención Primaria de la Salud: estrategia para garantizar derechos y mitigar la injusticia social

(...) el derecho a la salud se transforma en parte de las principales estrategias políticas de un gobierno. Es decir, no podemos pensar a la salud separada del proyecto político y social. Toda política social es una política de salud.

(Laurell A. , 2018)

El derecho a la salud se encuentra definido en la Constitución nacional y provincial (Canosa, 2017). Ambos marcos normativos explicitan que la salud es un bien público y asumen compromisos en materia de: APS, la extensión de derechos de acceso a salud para toda la ciudadanía, la prevención y tratamiento de enfermedades, la promoción de la salud y la priorización de los grupos poblacionales más vulnerables (OMS, 2008).

En este sentido, se entiende a la salud como un derecho social, un derecho humano universal que el Estado debe garantizar. Entonces, asegurar este derecho no se limita solo a velar por el acceso equitativo y oportuno de las poblaciones a los servicios de atención de salud sino que, además, implica asegurar condiciones de vida y de trabajo necesarias para producir salud, analizar y explicar las desigualdades en salud (Ministerio de Salud, 2017). Al hablar de desigualdades en salud se asume que no todos parten de las mismas condiciones de producción de la salud. Así, estas desigualdades se convierten en iniquidades ya que definen relaciones de poder, de acceso y posesión de bienes y servicios, profundamente diferentes (OMS, 2011).

En el campo de la salud, las desigualdades son notorias y, por ende, fácilmente identificables en las condiciones de salud de los grupos sociales según etnia, cultura, clase social, edad, género, traduciéndose en modos de vivir, enfermar y morir diferenciales marcados por el acceso, o falta de acceso, a los recursos disponibles en el sistema de salud (Lima Barreto, 2017).

En este sentido, Lima Barreto (2017), menciona que la mayor parte de las desigualdades observadas en el campo de la salud se vinculan a desigualdades en otros planos de la vida social. El autor refiere a que, durante

las últimas décadas y con el crecimiento de la perspectiva neoliberal y el culto al individualismo, se ha afianzado la premisa de que los sucesos sociales son responsabilidad de quienes los sufren, suprimiendo así el carácter social y colectivo del proceso salud-enfermedad (Pse), es decir, invisibilizándose el determinismo en salud.

A nivel internacional, podría fecharse el año 2005 como hito en la historia, ya que los DSS fueron enunciados y ponderados a partir de la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS. Esta comisión tuvo la misión de identificar las desigualdades en salud, ayudar a afrontar las causas sociales de estas desigualdades y trabajar así sobre las inequidades sanitarias evitables buscando, como fin último, lograr equidad en salud a nivel mundial. En el informe final, publicado en 2008, titulado: Cerrando la brecha en una generación (OMS, 2008), se realizó un análisis respecto de la incidencia de las desigualdades sociales en salud y su determinación sobre los problemas de salud. Seguidamente, dicha comisión instó a la OMS y a los gobiernos de los países a concentrar esfuerzos en el trabajo para la reducción de todas las formas de desigualdades en salud.

En materia de desigualdades, diversos sanitaristas plantean que existen barreras de acceso a la salud generadas por el propio sistema de salud (Merhy et al., 2012). En Argentina, el sistema de salud se caracteriza por su fragmentación, segmentación y complejidad, aspectos que se han profundizado con las reformas neoliberales (Stolkiner et al., 2011). Aquí, las autoras definen segmentación como la presencia de distintos subsistemas responsables por la protección y atención de la salud de diferentes grupos poblacionales con ausencia institucional de coordinación entre estos.

Al ser Argentina un país federal, constitucionalmente, la salud es competencia provincial y municipal con poca rectoría a nivel nacional principalmente en el subsector de la seguridad social y el subsector privado (Canosa, 2017). Ello habilita a que cada provincia y municipio tengan parte en la toma de decisiones referidas a las políticas de salud para sus comunidades (Ley 22373, 1981). Como se menciona en párrafos anteriores, el sistema de salud está fragmentado en tres subsectores: el subsector estatal en sus niveles

nacional, provincial y municipal, el subsector de obras sociales y el subsector privado. En cada subsector rigen lógicas de funcionamiento diferentes e incluso antagónicas entre sí, ello deja en evidencia una profunda heterogeneidad en los principios de organización por subsectores, los actores que intervienen, los intereses que se persiguen y en la captación y forma de utilización de los recursos (Stolkiner et al., 2011). En este contexto y, siguiendo a las autoras se entiende que las políticas sanitarias son herramientas que pueden ayudar a corregir la fragmentación del sistema o, muy por el contrario, potenciarla.

El Estado, en nuestro país, tiene función de rectoría fundamentalmente sobre el subsector público y organiza sus recursos e instituciones a fin de dar respuestas a las necesidades sanitarias de las poblaciones. La OMS define al sistema de salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de los/as ciudadanos/as (OMS, 2005). El subsector público de salud se caracteriza por los valores de universalidad, integralidad, gratuidad y por ser el único subsector que responde priorizando las necesidades sanitarias de las poblaciones, entendiendo que la resolución de los problemas de salud debe considerar tanto a la atención, prevención, rehabilitación como así también asegurar la amplitud y continuidad de los cuidados de las personas (Gobierno de la provincia de Santa Fe, 2018).

La forma de organización que se ha dado el sistema público para responder a las necesidades del pueblo y reducir inequidades en el acceso a salud ha sido la estrategia de la APS (OMS, 2008). Desde la Declaración de la Conferencia Mundial de Alma-Ata en 1978, persisten tensiones entre países sobre distintos modos de entender y trabajar la implementación de la APS. No obstante, y reescribiendo a Rovere (2018) es indiscutible que la APS ha direccionado las prácticas y los discursos de todo el sector de la salud pública.

La Declaración de Alma-Ata dio a conocer una concepción de la APS interpretada como parte de un sistema integrado de cuidados de la salud y del desarrollo económico y social de una sociedad. Ello involucró la interrelación con otros sectores para trabajar los DSS y la participación social (OMS, 2008).

En este sentido, numerosos sistemas de salud en el mundo se han organizado según los lineamientos de la APS. Definida esta, como la estrategia más adecuada para atender a los problemas de salud-enfermedad-cuidado, entendiendo que dicha estrategia debería organizar a la red de servicios de salud y la oferta de los mismos a fin de garantizar la accesibilidad e integralidad de los cuidados (OMS, 1978).

Desde sus comienzos, la APS se convirtió en la política central de la OMS y, cuarenta años más tarde, los valores que encarnó siguieron gozando de respaldo internacional. A nivel mundial, distintos países han basado su política sanitaria en esta estrategia, pues se ha comprobado empíricamente que permite pensar al sistema público de salud, desde una organización más equitativa y justa. La OMS (1978) enunció principios que han sido rectores de la APS algunos de estos son el acceso universal a la atención y la cobertura de salud en función de las necesidades poblacionales, equidad sanitaria, intersectorialidad y participación de la comunidad en procesos de definición y aplicación de agendas en salud.

En esta línea, Rovere (2018) refiere al carácter polisémico de la APS y destaca que esta estrategia logró entramar diversos dispositivos, escenarios y modelos de atención. La polisemia de sentidos que se le ha atribuido permitió que fuese entendida como primer nivel de atención, o puerta de entrada al sistema, como programa (APS selectiva), como estrategia organizadora del sistema de salud lo- cual coincide con la idea original de Alma Ata- y, en los últimos años, se habla de la APS vinculada a los derechos humanos. Esta última significación concibe a la salud como derecho humano inalienable a ser garantizado por los Estados en todos sus niveles, referentes políticos, entre otros. En función a ello, Stolkiner et al. (2011), mencionan que, en la actualidad, hay un enfoque de la APS que centra su accionar en las causas/determinantes de la salud, definidas por la CDSS donde se pondera a la salud como derecho social y humano. Focalizan que el debate actual se centra en lograr los principios de universalidad, equidad, justicia y garantía de derechos en salud. La diversidad en la comprensión e implementación de las

APS devela que, desde las realidades socio sanitarias de cada país y cada región, se ha modelado la propuesta original (Herrmann, 2013).

Rovere (2018) hace un análisis sobre la APS y refiere a que solo es posible revisar la estrategia ponderando el accionar de cada persona trabajadora que, a lo largo del mundo, se ha apropiado de sus categorías, las ha resignificado y transformado según las realidades concretas de cada territorio⁶ y que, desde ahí, han podido analizar la práctica cotidiana en salud. Plantea, entonces, que la APS está directamente ligada a los modos en que las comunidades y las personas trabajadoras en salud han ido significándola, situados desde las realidades propias de cada contexto.

Sin embargo, y por sobre las diferencias de interpretación, la potencia de la declaración ha sido la generación de consenso mundial. De manera unánime, los países en el mundo acordaron que la APS sería el medio para alcanzar la tan anhelada salud para todos en el año 2000 (Tejada de Rivero, 2003). La mayoría de los países miembro de la OMS suscribieron en Alma Ata a la estrategia. Desde aquel entonces hasta el presente, la APS ha sido uno de los componentes explícitos más relevantes de las políticas sanitarias en la agenda de los organismos internacionales, nacionales y locales (Rovere, 2018).

Almeida et al. (2015), plantean que sigue siendo un desafío la construcción de un sistema público universal que busque garantizar el derecho a la salud y el acceso universal en respuesta a las necesidades individuales y colectivas de salud de los/las ciudadanos/as. Mencionan que esto se correspondería con el espíritu de la APS pregonado en la Declaración de Alma-Ata, desde donde se pensó una estrategia que permitiera garantizar la atención integral. Los autores reconocen que la APS, como estrategia organizadora de los cuidados de salud en la red, sumado a la construcción de participación social y políticas

⁶ Se entiende al territorio, como construcción social, colectiva e histórica, que se encuentra en un permanente proceso de mutación a partir de quienes lo habitan, lo transforman y al mismo tiempo, son transformados por este (Carballeda, 2018).

públicas intersectoriales, podrían dar batalla a los determinantes sociales de realidades injustas y promover mejores indicadores de salud.

Aún sin una participación activa de la comunidad, como pregonan el modelo de la Medicina Social y el movimiento de la SC y, estando atravesados permanentemente por el MMH, los sistemas de salud con fuerte presencia estatal y basados en la APS, han demostrado ser más eficientes a fin de garantizar salud como un derecho humano (Rovere, 2018). En este sentido, la intervención del Estado habilita la posibilidad de generar un sistema de salud más justo y equitativo.

En el presente trabajo de investigación, se entiende a la APS como estrategia organizadora transversal a todo el sistema de salud. Se destaca su capacidad de acercar la atención de salud a las poblaciones, dado que entiende a los cuidados en forma longitudinal y progresiva (OMS, 1978). Esta progresión en los cuidados inicia en la comunidad y debe garantizarse en la corresponsabilidad entre la comunidad y los equipos de salud territoriales, interdisciplinarios, mediante políticas y prácticas que favorezcan la participación comunitaria, el acceso a diagnóstico oportuno, acceso a tratamientos, propuestas de promoción de salud, instancias de articulación con otros niveles del sistema de salud y con otros sectores por fuera del sector salud (OMS, 1978). Dicha interacción vuelve a poner en escena que los procesos de salud y enfermedad son complejos y sus resortes de producción están en las condiciones de la vida social (Ferrara, 1985).

3.3 Equipos de referencia en salud: centralidad en las prácticas de cuidado integral

La revolución por la Vida nos exige el cambio de paradigma cultural para sacudirnos el androcentrismo. Sacudirnos de ese yugo que esclaviza es sacudirnos del neoliberalismo, que es la máxima expresión de ese perverso paradigma. En tanto, las suaves silenciosas brizas de la Vida, custodiada por mujeres campesinas, por naciones pueblos originarios, nos dicen que hoy es tiempo de darnos cuenta de que la Vida es el centro.

(Monsalvo, 2018)

Cada sistema de salud tiene un modelo de gestión y un modelo de atención que le son propios y organizan las lógicas de funcionamiento de todo el sistema. El modelo de gestión pone énfasis en la organización del sistema, enmarca los modos de participación e interacción de los diversos actores que lo integran y condiciona la toma de decisiones respecto de planificación, organización de servicios, distribución de recursos, entre otros (Ministerio de Salud, 2017). Por otra parte, se entiende al modelo de atención como la estrategia construida y las tecnologías utilizadas para garantizar la vinculación entre la red de atención de salud y las personas ciudadanas a fin de dar asistencia a una población (Tobar, 2017).

Tobar (2017), analiza los modelos de atención y refiere a que, en nuestro país, el modelo de atención tiene sus principios acompasados con los ejes de la estrategia de la APS y el movimiento de la SC. Por esto, menciona que el modelo de atención potencia el desarrollo y la articulación entre los niveles de atención que conforman la red de cuidados en salud y permite pensar líneas de cuidados, es decir, procesos terapéuticos integrales según las necesidades de los grupos sociales. Para ello, pone especial énfasis en el primer nivel de atención priorizando los equipos de salud territoriales interdisciplinarios con población a cargo. Entendiendo a estos efectores como nucleares en los procesos de cuidado (Tobar, 2017).

En esta línea, la OMS (2006), enfatiza que las personas trabajadoras, integrantes de equipos de salud, tienen como finalidad promover salud en la

comunidad. La OMS refiere a que los equipos de salud asumen un rol relevante en la producción de procesos de cuidado y atención de la salud. Explicita que son equipos dispuestos en instituciones de salud que se organizan por niveles de complejidad progresiva, a lo largo de toda la red de servicios públicos de salud (OMS, 2006).

Estos se caracterizan por ser heterogéneos en su constitución, conformados por personas con saberes disciplinares y no disciplinares, lo que genera un valioso interjuego de inter-saberes (Stolkiner, 1999). Cada efector está estratégicamente ubicado en el territorio y desde allí se le adjudica poblaciones a cargo para las cuales un equipo se constituye en referencia. La referencia hace sentido en el marco del cuidado de una población y se materializa, entre otras propuestas, en prácticas de salud y cuidado integrales (Tobar, 2017). A tal fin, se construyen áreas de referencia priorizándose la relación entre personas trabajadoras y la comunidad, valorizándose la potencia de producir cuidados desde la cercanía de los vínculos (Galloni, 2018). Por esto, Sousa Campos (1998), define que el modelo de atención enmarcado en la estrategia de APS estrecha y prioriza el valor del vínculo dando lugar a la construcción de procesos de salud y cuidados singulares y comunitarios.

En palabras de Sousa Campos,

El estímulo a la institución de gradientes de vínculos genera mecanismos de aproximación y de compromiso entre los pacientes y el equipo de referencia, permitiendo mayor visibilidad de la calidad del trabajo de cada equipo, al disminuir la distancia, hoy abismal, entre el poder de los técnicos y de los pacientes. (1998, pág. 5)

Así, Tobar (2017) menciona que los equipos de personas trabajadoras son parte de la construcción de los procesos de cuidados en salud. Estos equipos asumen un accionar comprometido y responsable en cada territorio con los cuales se entraman. Trabajan desde una relación de confianza, construyendo vínculos con la comunidad. Esta cercanía, según Merhy (2006), permite conocer la población, facilitar y mejorar el acceso a salud y acompañar el tránsito de las personas usuarias por toda la red de salud. En este sentido,

Sousa Campos (2001), menciona que el vínculo es un recurso terapéutico y parte esencial del trabajo en salud.

En la tesis titulada: Cuidados de salud mental en la red de cuidados de salud general, se estudia que los Psec no siguen procesos lógicos y racionales de construcción sino, más bien, están atravesados por determinantes sociales y subjetivos que impactan los modos de pensar las adscripciones. Un proceso de adscripción puede darse por diversas vías, es decir, por acceso territorial signado por la proximidad a un efector de la salud, por procesos de derivaciones o bien porque las personas usuarias eligen el lugar donde desean atender su salud. Esta elección podría coincidir o no, con el efector de salud cercano al domicilio (Galloni, 2018).

En esta línea, Merhy (1997), plantea la importancia de visibilizar los movimientos en la adscripción ya que dan cuenta de la multiplicidad de recorridos y tránsitos que realizan las personas usuarias para atender sus problemas de salud. Entonces, las personas usuarias podrían estar territorialmente vinculadas a un efector de salud, y construir lazos con otros equipos. Ello denota el carácter activo de las redes de cuidados que construyen las comunidades, tanto al interior del sector salud como, así también, por fuera de este (Merhy, 2006).

Ahora bien, entendiendo la construcción de cuidados en la interacción entre los equipos de salud y la comunidad Merhy (2006), plantea que los proyectos terapéuticos de cuidados son responsabilidad compartida entre las personas trabajadoras de salud y las poblaciones. Menciona que este modo de entender los procesos de cuidados estimula procesos dialécticos y dialógicos al interior de los equipos, por un lado y, por otro, insta a generar espacios de encuentros permanentes con la comunidad.

En este sentido, la organización del sistema de salud en niveles progresivos de cuidados posibilita, al primer nivel de atención, pensar propuestas creativas y situadas de prácticas de salud. Trabajar en el primer nivel de atención habilita mayores grados de autonomía y libertad e inventiva en las prácticas de las personas trabajadoras, según sean, entre otras cosas, las interacciones

y condiciones comunitarias (Franco y Merhy, 2016). Aquí es necesario recordar que la estructura de poder de las organizaciones condiciona comportamientos y posiciones. Merhy (2006), plantea que cuando el poder es mayoritariamente verticalizado, las tomas de decisiones son centralizadas y los procesos de trabajo hacen foco en el uso de procedimientos y no en la producción colectiva de salud. De este modo, pensar intervenciones no convencionales en salud tales como, sostener encuentros en el domicilio de las personas, transitar los espacios barriales, generar vínculos con instituciones y/o grupos en el territorio, permite a los y las sanitaristas construir líneas de cuidados situados y singulares y generar disposición al diálogo con los saberes de la comunidad (Merhy, 2006).

La posibilidad de generar encuentros entre personas trabajadoras y personas usuarias facilita que se construya desde la diversidad de saberes, que se aprenda a observar y a escuchar para ser un intérprete de las necesidades e intereses de ambos. En el extremo opuesto, Merhy et al. (2016), mencionan que las personas trabajadoras pueden optar por refugiarse en programas y protocolos normalizados y producir así una parálisis en el cuidado lo cual va en detrimento de la significancia del encuentro. Por ello, los autores trabajan la idea de valorar los vínculos entre personas trabajadoras y personas usuarias, poniendo el eje en el lazo y no solo en el saber disciplinar. Hablan de problematizar el encuentro dejando que la vida (otra) interroge los saberes propios. Se preguntan sobre cómo se construye el conocimiento desde lo vincular respondiéndose que es necesario poner en suspenso las certezas construidas respecto de las historias de cada persona.

En relación con esto, los autores mencionados hacen una advertencia e introducen la necesidad de analizar las prácticas para pesquisar si se está pensando en clave de prácticas integrales o si hay una reproducción de modelos prescriptivos. Así, reflexionan sobre la desafiante tarea de los equipos en dejarse afectar por el encuentro con otros/as para producir salud. (Merhy et al., 2016).

Se trata de poner la centralidad de las prácticas de cuidado, en las demandas y necesidades de las personas y de las comunidades para, desde allí,

resignificar modos instituidos como, por ejemplo, la clínica (Merhy et al., 2016).

Por otro lado, es interesante la vinculación entre equipos de referencia y población y entre estos, planificación y gestión en salud. Este nexo se transforma en instrumento para pensar cuidados de salud integrales en una sociedad. Merhy et al. (2016), refieren a que la integralidad podría entenderse como dispositivo que interrogue lo cotidiano. Mencionan que esta categoría surge con la intención de generar cambios radicales en los modos de pensar las prácticas pero que, si bien se ha hablado mucho del concepto integralidad, hay muy poca invención en el marco de la producción de los cuidados.

Narran que, en ocasiones, el concepto integralidad ha disfrazado prácticas autoritarias deslizando bajo su nombramiento prácticas verticalistas del trabajo en salud. Insisten en que ello se evidencia en las respuestas fragmentadas que se dan a las personas usuarias en términos de derivaciones sin procesos de referencia a lo largo de la red. Al hablar de integralidad también advierten sobre la participación de las personas usuarias en la construcción del Psec. En este sentido, integralidad estaría a cuenta de colocar la centralidad de las prácticas de salud en el cuidado, en las demandas y necesidades de los colectivos sociales (Merhy et al., 2016).

Ampliando la perspectiva de integralidad se considera que, al interior de los equipos de salud, también pueden darse procesos integrales cuando se pondera el trabajo reflexivo sobre las propias prácticas y a partir de allí, se habilitan encuentros entre las personas usuarias y las personas trabajadoras, construyendo espacios de diálogo donde se albergue saberes otros y se potencie la intención de producir saberes colectivos (Merhy et al., 2016).

Gollan (2015), plantea que cuando se trabaja desde los equipos de referencia de salud, la intervención del Estado en su rol de subsidiar la oferta, acompañar la provisión de recursos y fortalecer con políticas públicas el trabajo en los territorios, se torna estrategia sanitaria necesaria. Menciona que, en los países donde del sesenta al setenta por ciento de los recursos en salud son puestos en el primer nivel de atención, a través de equipos de

referencia responsables del cuidado de la salud de una población, se resuelven el ochenta y cinco por ciento de las consultas de salud. Esto siempre enmarcado en la necesidad de sostener contacto permanente con las personas usuarias, realizando los controles correspondientes según protocolos epidemiológicos y acompañando a las personas en el tránsito por la red de niveles de complejidad tecnológica, según sean las necesidades de salud. El sanitarista refiere que estos son sistemas que priorizan la prevención de enfermedad y la promoción de la salud, generando acceso oportuno al sistema y el uso racional de los recursos en salud.

3.4 Proceso de salud- enfermedad- cuidado: un objeto de estudio multideterminado

La interfase salud sociedad no es una relación subordinada en la que una aparece como la variable dependiente (Salud) y la otra independiente (Sociedad). Lo social está hecho del mundo, de la constelación, de las relaciones interpersonales y los vínculos de atención y de cuidado que están en el centro de las relaciones interpersonales e intergeneracionales y contribuyen centralmente a constituir esa elusiva materia prima que llamamos 'lo social'.

(Rovere, 2018, pág. 323)

Desde diversos ámbitos se han estudiado las características del Modelo Médico Hegemónico (MMH) identificándose procesos de resistencias al mismo por parte de diferentes sectores sociales (Menéndez, 2020). El MMH desarrollado por Eduardo Menéndez (1988), permitió pensar respecto a las formas en que las sociedades atendían su salud. Teorizó en relación a que el MMH se caracteriza por un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica. El autor destacó que surge a fines del siglo XVIII como alternativa a prácticas y saberes dominantes en los conjuntos sociales y subrayó que, en el contexto de su surgimiento, se consolidó como la única forma de atender a la enfermedad, legitimada por la ciencia y por el Estado.

Este modelo signó las prácticas en salud desde su surgimiento y, en la actualidad, coexiste con otros modelos emergentes, críticos del primero (Menéndez, 2020). Granda (2004) dirá que el MMH ha centrado su desarrollo en la atención de la enfermedad desde una dimensión biológica, su objeto de estudio es el cuerpo en tanto máquina biológica. El autor refiere a que, desde este modelo, se alcanza la salud descontando enfermedad. El lugar que ocupan los destinatarios de las prácticas es el de pacientes con una participación subordinada y pasiva frente al saber médico; único saber científico, racional, universalizable y por tanto, válido (Granda, 2004).

El autor explicita que dicho modelo sostiene una concepción evolucionista, lineal y positivista de la producción del conocimiento. En este sentido, el paradigma positivista es legitimador del saber desde la ilusión de objetividad y universalidad que brinda el método científico. Es un modelo ahistórico y desanclado de las condiciones concretas de existencia de las personas y los grupos sociales. Sin embargo, su objeto tiene un carácter social en tanto piensa a la sociedad como suma de individuos. Las formas de intervenir en lo social son a través de lo individual (el cuerpo), se individualiza la problemática para poder intervenir sobre ella. Por ello, el MMH es subsidiario a un modelo social Capitalista ya que se sostienen procesos de mercantilización entre actores libres que comercializan un bien (Granda, 2004). En este sentido, Stolkiner (2013) plantea que en el sistema Capitalista todo se mercantiliza e introduce el concepto de medicalización, ya que todo puede ser objeto de intervención médica y por tanto, catalogado como patología.

En la década del '60 el MMH entra en crisis por los cuestionamientos en torno a su ineficacia, a los altos costos vinculados a la complejidad tecnológica y a la limitada accesibilidad reservada solo para quienes tienen capacidad de pago, generándose una brecha entre quienes pueden pagar (salud para ricos) y quienes tienen un acceso limitado (salud para pobres). Este escenario se corresponde con la crisis del Positivismo (Granda, 2004).

Contemporáneo a esta triple crisis del MMH surge un movimiento alternativo latinoamericano llamado movimiento de la Salud Colectiva (SC) en Brasil y tuvo referentes en cada país de Latinoamérica (Paim y Filho, 1999). Granda (2004), refiere que su surgimiento tuvo dos vertientes, por un lado, fue a través de la producción de conocimiento científico y académico y, por el otro, fue dándose por la organización de movimientos y grupos sociales. Asimismo, Paim y Filho (1999), mencionan que el movimiento de la SC nació en un escenario de profunda transformación en toda Latinoamérica con un ideario de época desde donde todo podía y debía ser cambiado. En esta línea, Gómez Ferrals (2019), rememora el discurso de Fidel Castro al dar a conocer la segunda Declaración de La Habana, en 1962, donde expresó que el deber de todo revolucionario era hacer la revolución.

Así, el movimiento de la SC permitió, entre otras cosas, superar la visión tecnicista de la Salud Pública Tradicional, y fundamentar la propuesta de una salud contextualizada. Granda (2004), explicita que los cambios que se suscitaron en aquella época obligaron a la salud pública a encontrar un nuevo rumbo desde donde considerar el estudio de la salud y la vida y, no solo a la enfermedad, que además se permita estudiar la cultura poblacional y las formas de circulación del poder asignando un lugar de privilegio a las acciones de la sociedad en su lucha por construir salud.

El autor reflexiona en torno a tres características de la Salud Pública convencional o Medicina Tradicional. Por un lado, esta considera a la enfermedad y a la muerte como punto de partida para analizar a la salud; por el otro, entiende al método positivista como único método capaz de explicar los riesgos de enfermar y, su abordaje conceptual, fue el funcionalismo. Finalmente, reconoce al Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad. Con el surgimiento del movimiento de la SC, Granda (2004) enmarca una nueva propuesta alternativa en el campo de la salud pública a la que nombró Salud Pública Alternativa y analizó las tres características mencionadas generando críticas a cada una de ellas. Primeramente, evidenció la necesidad de integrar métodos con sus diversas metáforas, propone así distintos modelos explicativos, incluido el Positivismo, capaces de dar cuenta de la acción social. Por otra parte, enunció la importancia de reconocer múltiples prácticas sociales y actores y, finalmente, señaló la necesidad de considerar otros poderes, además del poder del Estado.

La salud pública mantiene una crisis histórica para resolver los problemas de atención a la enfermedad y generación de salud, tanto de individuos como de colectivos. Como se mencionó, una explicación a ello es que su base epistemológica es restrictiva y los recursos de los sistemas de salud, por sí mismos, no garantizan la salud. Por otra parte, las propuestas alternativas a la salud pública advirtieron sobre la necesidad de comprender a los procesos de salud en sus construcciones históricas y su contexto de surgimiento. Así, la Medicina Social y la SC latinoamericana debatieron sobre el sentido

epistemológico del objeto salud entendiéndolo como un campo disciplinar complejo donde los saberes y las prácticas son abordados desde distintos paradigmas. Entonces, la SC resignificó la noción del proceso salud-enfermedad a la luz de otros procesos tales como la relación entre las ciencias sociales y la salud (Granda, 2004).

Breilh (2013) refiere que, al hablar del Pse y sus determinantes sociales, se pone en evidencia que el sistema social y el sector salud son intrínsecamente clasistas y dicha afirmación es sustentada en los diferentes perfiles de morbi-mortalidad de una población. Según la clase social, la gente cuida su salud, se enferma y muere de maneras notablemente diferentes. Concluye en que la enfermedad tiene un carácter histórico y social. El sanitarista visibiliza como la SC denuncia esta realidad y propone al Pse como objeto de estudio en el acontecer económico, político e ideológico de una sociedad. Dicho proceso es caracterizado por su dinamismo y se lo analiza como expresión de procesos sociales más amplios.

El autor mencionado, entiende a lo social como estructura de clase en conflicto, por la tenencia, o no, de los medios de producción. Por su parte, la SC importa conceptos y categorías del Materialismo Histórico de Marx, tales como proceso de trabajo, reproducción social y clase social. Así también, la SC se interpela respecto a cómo, desde estos operadores teóricos, pueden analizarse las diversas formas de vivir, enfermar y morir de las poblaciones (Breilh, 2013).

Laurell (1981) define al objeto salud-enfermedad como un proceso social que está socialmente determinado y, a su vez es, en sí mismo, un proceso social. El estudio del Pse como proceso social no refiere solo a una exploración de su carácter, sino que señala la necesidad de articulación con otros procesos sociales, lo que remite inevitablemente al problema de sus determinaciones.

En tal sentido, la SC entiende a la salud y la enfermedad como expresiones de un mismo proceso. Paim y Filho (1999) mencionan que el objeto de la SC está en los límites de lo biológico y de lo social, que comprende los determinantes de la producción social de las enfermedades, el estudio de la

organización de los servicios de salud y la historicidad del saber y las prácticas sobre los mismos.

Entender a la salud y a la enfermedad como parte de un mismo proceso permite agudizar la comprensión sobre un asunto complejo y superar las dicotomías de salud/enfermedad e individuo/sociedad, ampliando el campo de conocimiento y diseñando abordajes interdisciplinarios. Según Paim y Filho (1999), el carácter interdisciplinario del objeto lleva explícita la necesidad de trabajar desde diversas áreas disciplinares. Plantean que, para la SC, el conocimiento se genera por la comprensión de la realidad y el compromiso para transformarla.

Releyendo a Ferrandini (2011) estudiar los Psec implica que las personas en comunidad deseen ocupar el protagonismo de la propia vida y construir salud en el encuentro con otros y otras. Para ello, las personas ciudadanas, constituidas como personas deseantes, deben asumir su capacidad de lucha colectiva para transformar lo que les hace sufrir.

3.5 Proceso de trabajo en salud

El trabajo vivo en acto no puede, en el interior del proceso de trabajo, liberarse plenamente del trabajo muerto, pero tiene condiciones de comandarlo si consigue aprender a interrogarlo, a dudar de su sentido y a abrirse a los ruidos/analizadores presentes en su cotidiano. Con esto, y con una caja de herramientas que contenta el compromiso con el sujeto de la acción, y en acción, se puede reinventar la lógica del proceso de trabajo, su gestión, organización y finalidad, en acto, colectiva y públicamente.

(Franco y Merhy, 2016, pág.19)

La organización de los procesos de trabajo en salud es indisoluble de la discusión sobre los valores sociales que produce. Estudiar el registro en salud contribuye a reflexionar sobre los procesos de producción de información y conocimiento y su incidencia en la oportunidad de mejorar el acceso a salud entendiendo a la salud como derecho social (Seixas et al., 2016).

Antes de introducir el tema del proceso de trabajo en salud, es necesario recuperar a Tulio y Merhy (2016), quienes leen y analizan los constructos teóricos de Marx a fin de enmarcar algunos principios sobre el trabajo. Plantean que el pensamiento marxista nos aproxima a un entendimiento amplio de la cuestión del trabajo en general. Destacan que la corriente marxista ha trabajado sobre el sentido del trabajo humano. Así, mencionan que Marx entiende al trabajo, no solo en su dimensión operativa, es decir, como una actividad más sino y, ante todo, como una práctica que expone la relación del hombre con el mundo en un proceso dialéctico de mutua producción. En este sentido, refieren a que todo hombre se produce a sí mismo construyendo sus propios intereses y, al realizarlos, muestra cómo se va relacionando con el mundo a través del proceso de trabajo (Seixas et al., 2016).

De este modo, los procesos de trabajo en salud se materializan en los actores que los producen. Actores que son individual y colectivamente productores y producidos en cada una de sus prácticas y en el encuentro con otros y otras. Todo espacio, en el que se producen prácticas de salud opera en el campo

de los procesos de subjetivación, que se expresan en la construcción de subjetividades comprometidas con la producción de sentidos para aquellas prácticas (Franco y Merhy, 2017).

Ahora bien, al recorrer la historia es sabido que, desde sus inicios, los servicios de salud se han organizado según un modelo de gestión que pareciera no haber sido diseñado, originariamente, para instituciones de la salud (Merhy, 1997). En este marco, Merhy plantea que la administración en salud ha sido concebida bajo el modelo de organizaciones fabriles, lo que incidió en la forma de definir, entre otras cosas, a su productividad.

Merhy (1997), refiere que desde el paradigma industrial, la eficacia del proceso de trabajo en salud era dada según fuera el aumento de su producción. En un ejemplo gráfico, la productividad en salud estaba signada por el aumento de la cantidad de consultas y de prácticas en salud. La experiencia taylorista muestra que las organizaciones capitalistas han aprendido a instruir a los trabajadores para poder avanzar hacia procesos de organización del trabajo en líneas de producción. Franco y Merhy (2016), plantean que una organización de este tipo está constantemente frente a la necesidad de estructurar sus procesos y ejercer control sobre estos a fin de alcanzar una línea de producción final.

En función a este pensamiento, Rovere (2015) explica que lo que legitimaba a un efector de salud era la producción, el autor menciona que,

(...) llevado al extremo de lo absurdo, podría indicar que es más importante el número de consultas o el número de egresos que la cantidad de problemas resueltos. Producción y resultado pueden quedar fuertemente disociados. (Rovere, 2015, pág. 113)

Tulio y Merhy (2016), abordan en profundidad el análisis de los procesos de trabajo en salud y estudian los entrecruzamientos entre los procesos de trabajo, la producción de cuidados y la construcción de subjetividad en salud. Mencionan que los procesos de trabajo en salud están atrapados por lógicas instituyentes donde el juego entre producción, consumo y necesidad tiene una dinámica particular. Dinámica que está siempre en estructuración, dentro de

un marco de incertidumbre sobre cuál es el producto final realizado, y cuál es el modo de satisfacción que este genera. Por ello mencionan que el trabajo en salud se produce en acto, es decir que el producto de trabajo solamente existe durante su producción y para las personas directamente involucradas en el proceso, es decir, personas trabajadoras y personas usuarias.

El proceso de trabajo tiene herramientas tecnológicas que Merhy (2006), caracteriza bajo el concepto de maletín tecnológico. Este maletín está formado por tres tipos de tecnologías: las tecnologías “duras”, que corresponden a los equipamientos, medicamentos, entre otras; tecnologías “blanda-duras”, aquí reconoce los *corpus* conceptuales, conocimientos estructurados y saberes disciplinares, como por ejemplo la clínica y la epidemiología; y por último, las tecnologías “blandas”, tras esta categoría introduce a las tecnologías relacionales que dan lugar a la escucha, el diálogo, la capacidad de comprender y establecer vínculos (Franco y Merhy, 2016).

Otra idea importante que estudian Tulio y Merhy (2016), al pensar los procesos de trabajo en salud, es el sentido de autonomía que tienen las personas trabajadoras al interior de los efectores. En este sentido, los/as trabajadores/as tienen la posibilidad de tomar decisiones en el ámbito del encuentro con las personas usuarias. Dicha característica, refieren los autores, les permiten tomar decisiones que abarcan desde cómo recibir a la persona usuaria, qué trato tener, qué orientación clínica dar, si se habilita o no un turno programado y consensuado entre ambos, si se permite un intercambio de saberes o se obtura desde un posicionamiento jerárquico y hegemónico. Vinculando lo descrito con la definición de salud planteada por Ferrara (1985), quien definió a la salud como la capacidad de lucha ante los conflictos, se podría interrelacionar a la producción de salud con la capacidad de autonomía por parte de las personas usuarias al momento de decidir modos de estar/andar en el mundo.

En este marco y retomando a Rovere (2015), se considera sustancial entender como parte de los procesos de trabajo, la necesidad de que, desde los equipos de salud, se prioricen los momentos de revisión y reflexión sobre las propias prácticas y su construcción colectiva. No solo en términos de cantidad

(número de atenciones y número de prácticas) sino y más bien, en la capacidad de reconocer y atender las necesidades de salud de una población a cargo.

Tulio y Merhy (2016), refieren a que hay un desplazamiento del campo de la producción de valor, ponderado por el paradigma industrial, hacia el campo de la producción colectiva. Ello visibiliza la relevancia del trabajo cotidiano como instituyente de la capacidad de reconocernos, conocernos y actuar en el campo de las prácticas sociales.

Entonces, se torna importante posicionar a las personas trabajadoras como artífices de los procesos de trabajo que, a la vez, producen prácticas de salud relacionales y situadas en un territorio. En este marco, cobra sentido recuperar el concepto de participación comunitaria. Una categoría teórica que, dirá Montero (2005), es de uso común pero tienen definiciones complejas. Menciona que, por usarse habitualmente, en la vida cotidiana, el concepto se enriquece cada día con los múltiples significados que les otorgan las personas.

La autora define a la participación como un proceso organizado, colectivo, libre e incluyente. Refiere que en este proceso hay actores diversos que difieren según las tareas que realizan y sus grados de compromiso con la totalidad del proceso. Habla de que los procesos participativos generan valores y objetivos comunes que, en la búsqueda de concreción, producen, por añadidura, transformaciones individuales y colectivas. Ahora bien, de la participación, afirma Montero (2005), deriva el reconocimiento de que en el trabajo con otros/as coexisten diversos saberes, los cuales deben ser tomados en cuenta. Refiere a que la admisión de tales condiciones, si bien enriquece el intercambio, son fuente de conflicto, ya que, los procesos de trabajo con otros/as son intrínsecamente complejos.

Diversos autores -como Menéndez y Spinelli (2006), Montero (2012)- han hablado sobre la participación comunitaria y acuerdan en que los procesos participativos son necesarios y transformadores para las personas que participan, las instituciones representadas y las comunidades implicadas. Una

de las ideas fuerza que investiga y teoriza Montero (2005) es que la participación comunitaria tiene un efecto político, ya que forma ciudadanía al mismo tiempo que desarrolla y fortalece a la sociedad civil aumentando, también, la responsabilidad social.

Entonces, valorar las prácticas, reflexionar y construir con otras personas y actores se vuelve, necesariamente, un acto político (Franco y Merhy, 2017). Por esto conocer los procesos de trabajo en salud permite pensar los modos de producción del cuidado que traen inscriptos en sí mismos, las acciones de las personas trabajadoras. Acciones que constituyen en primer lugar a las personas trabajadoras y al mismo tiempo, a la relación de éstas con las personas usuarias de los servicios de salud y finalmente, con los procesos de la institución (Sousa Campos G. , 1998).

En este sentido, es relevante hacer audible la voz de las personas trabajadoras, reconociéndolas como actores protagónicos en los procesos de trabajo en salud. Así, Merhy (1997), plantea que la potencia del trabajo vivo, entendido como proceso realizado por las personas, tiene, de manera intrínseca, el atributo de la libertad, de la creación, de la inventiva. Menciona que, la importancia del concepto de trabajo vivo aplicado al proceso de trabajo en salud revela la posibilidad que tienen los/as trabajadores/as de realizar su tarea con alto grado de libertad, ejerciendo la capacidad de tomar decisiones sobre la actividad producida.

Lo recientemente referido abre a reflexionar en torno a la subjetividad y los procesos subjetivantes que provoca el trabajo en salud y la producción de cuidados. Merhy (2006), plantea que es necesario revisar cómo se estructuran y se gestionan los procesos de trabajo en los efectores que inciden en el diseño del sistema de salud. Finalmente, se menciona la importancia de cuestionar los procesos técnicos para dar lugar al debate sobre los modos de producción de la salud partiendo de describir gradualmente los procesos de trabajo en salud.

3.6 Proceso de registro: construcción de la práctica de escritura

No hay vocación que resista a la repetición mecánica de actos fragmentarios.

(Sousa Campos G. W., 1997)

A partir de la necesidad de pensar la noción de proceso, Pichón Rivière (1987) en su libro *El Proceso Grupal*, despliega algunas ideas en función al término haciendo alusión a la producción de hechos no lineales, sino más bien, atravesados por el conflicto. Rivière describe a los procesos de aprendizaje y refiere que la riqueza del proceso está en que, al momento en que las personas se apropian de la realidad, para transformarla, son transformadas. Toma al aprendizaje como proceso de apropiación instrumental de la realidad desde donde el sujeto es modificado a partir de sus experiencias.

Así, al hablar de proceso, Rivière (1999) explica al aprendizaje como una situación de cambio que ocurre como resultado de una práctica y de la interacción con otros y otras. Conlleva en sí mismo una tarea que tiene dos sentidos; uno explícito, que se direcciona hacia un objetivo enunciado desde el grupo de personas involucradas, y un sentido implícito dado por la producción de subjetividad, es decir, el proceso signado por la tarea facilita que las personas se posicionen como sujetos productores y producidos. La tarea implica elaboración colectiva instancia que, muy lejos de ser armónica, despliega un campo de contradicciones fértiles (Rivière, 1999).

Los procesos siempre son en una trama histórica, las personas construyen conocimiento en un momento y, a partir de la propia experiencia y la práctica, se reelabora y se vuelve a ordenar desde la dialéctica entre el presente y la historia. En todo momento donde hay aprendizajes, el punto de partida (y de llegada) es la experiencia y la historia de saberes. Es por ello que Rivière menciona que los aprendizajes son la suma de la historia personal y del intercambio con otros y otras, ello enriquece y matiza la comprensión de la realidad (Rivière, 1997).

Ahora bien, al hablar de instancias de escritura, se hace referencia a la noción procesual de su construcción. La escritura es un proceso y por ende involucran *per se* una elaboración. Entonces, registrar implica detenerse, limitar un tiempo y un espacio para hacer lugar al acto de escribir (Padrón y Galloni, 2019).

Según el diccionario (RAE, 2020), el término escritura acuña varios sentidos, entre ellos acción y efecto de escribir, sistema de signos, obra escrita, carta documento. Así, Savio (2019), escribe respecto a la historia de la escritura y explicita dos puntos. En primer lugar, refiere que la escritura no surge ni como complemento ni como suplemento de la lengua oral y que tampoco tendría una relación de subordinación o de dependencia de la oralidad. No obstante, enfatiza la idea de que hay que comprender la oralidad para poder entender la escritura. En segundo lugar, habla de la escritura como tecnología. Entiende a la tecnología como un marco de conocimientos para el desarrollo de habilidades y, también, como un marco de condiciones para el uso de capacidades. Asimismo, la escritura como tecnología se vale de herramientas necesarias como lapiceras, una superficie, dispositivos, entre otros. La autora destaca que la escritura provee el interjuego entre proximidad y distancia para comprender y reflexionar sobre lo escrito. Alude a que toda escritura siempre es social ya que implica una forma de relación social en el acto mismo de convocar a un/a otro/a lector/a (Savio, 2019).

Vainer (2011) y Carpintero (2018), teorizan respecto de la vinculación entre escritura, registro y memoria. En la letra de Carpintero (2018) puede leerse que la herencia que dejan quienes producen sentido debe ser insumo para crear y producir en base a la realidad propia; no para reproducir. Entonces, es necesaria la existencia de un pasado en tensión con el presente que permita fantasear una idea de futuro. Si no hay pasado desde donde crear, no hay posibilidad de inventiva. Carpintero plantea que es en esta tensión, entre lo construido en tiempo pasado y el presente, donde se ubica la propia experiencia de las personas, esto es, la del sujeto de la escritura. Así, en el presente, las personas pueden apropiarse, recrear e incluso transformar representaciones, teorías, prácticas. El psicoanalista señala:

No se puede crear desde la nada; cada generación tiene que partir de las ideas y experiencias de las generaciones anteriores para cuestionarlas y así recrear nuevas ideas. (Carpintero, 2018)

Continuando con los aportes del autor, podría decirse que la cultura actual se caracteriza por la competitividad e individualismo, donde la ganancia propia es el principal objeto del deseo y por ello el sujeto se ha transformado en una mercancía intercambiable para el mercado. Entonces, siguiendo a Carpintero (2018), este individualismo construye subjetividades basadas en un individuo aislado y disociado de sus relaciones sociales. Esto lleva a la ruptura del lazo social y pone en escena la imperiosa necesidad de tener anclajes en el pasado que permita su reconstrucción, entendiendo este mover como tarea política y cultural para un pensamiento crítico.

La escritura posibilita la comprensión, construcción y resignificación de las experiencias (Padrón y Galloni, 2019). Reflexionan respecto de la función de borde que habilita lo escrito, encausando la palabra y dándole existencia. Ello ayuda a nombrar y ordenar la realidad cuando se presenta confusa y caótica. En este sentido, los procesos de escritura en salud no se constituyen desde una perspectiva homogénea, sino entre saberes diversos. Saberes que buscan no ser protagonistas unos sobre otros sino democratizar el poder y, así, generar prácticas que corran el límite de lo posible (Ferrandini, 2011).

Recuperando los escritos de Boragnio y Cantú (2016), se visibiliza que los procesos de registro habilitan la reflexión sobre la *praxis* a fin de enriquecerla, interrogarla, y poner en diálogo una necesaria diversidad de saberes. Asimismo, plantean que la reflexión sobre lo escrito contribuye a la inventiva de nuevos sentidos, es decir, que la lectura de los registros posibilita el surgimiento de nuevas interpretaciones. Algo se produce al escribir y reescribir que no es la mera reproducción de lo ya conocido o manifiesto. En este sentido, los autores refieren a que los procesos de registro son en sí mismos procesos productivos. Entonces, los procesos de registro dan existencia a una realidad y generan una inscripción que, al estar documentada, tiene la función de circular y trascender en la historia.

Finalmente, entienden que la escritura colectiva despliega una producción vincular que edita y reedita significaciones dando paso a nuevas inscripciones y a reescrituras. Hablan de las creaciones “entre” mencionando que dicho prefijo estaría signado por lo relacional, enmarcando y dejando marcas en los procesos de producción de conocimiento. Escribir con otros obliga a partir de cierta semejanza necesaria.

La escritura como proceso facilita espacios de articulación y reflexión colectiva. Esto implica que los equipos hagan *praxis* en su propia práctica, manteniendo abierta la pregunta sobre el sentido de la práctica y sus efectos (Onocko et al., 2018).

En relación a lo trabajado hasta aquí, se considera necesario, además, hacer mención a la categoría de práctica ya que, el presente estudio, refiere al registro como proceso y como práctica. Burijovich (2011) define el concepto de práctica desde el campo de las ciencias sociales, más específicamente retomando los desarrollos de Bourdieu⁷. Menciona que las prácticas no se explican sólo por la conciencia de los actores, sino que, también, suponen la interiorización de esquemas cognitivos y perceptivos conformados al interior del grupo social en el que las personas se encuentran. Así explicita que las prácticas son razonables dejando en el extremo opuesto la adjetivación de las mismas como racionales o irracionales.

El sector salud, continúa Burijovich, está formado por actores sociales y existe un orden simbólico desde donde pueden identificarse nociones, representaciones y paradigmas en permanente tensión. Sumado a ello, hay marcos institucionales regulatorios, legales, que configuran, también, los modos de actuar. En este escenario, concluye, se desarrollan habitualmente, las prácticas de cuidados (Burijovich, 2011).

7 Pierre Bourdieu (Denguin, 1930 – París, 2002) fue uno de los sociólogos más relevantes del siglo XX. Su trabajo se centró en los ámbitos de la sociología de la cultura, la educación, los medios de comunicación y los estilos de vida. Entre 1958 y 1960 comenzó las investigaciones que fundamentarían sus posteriores obras de crítica social.

3.7 Lectura subjetiva del registro: el acto de narrar la clínica

El pasado no es libre. Ninguna sociedad lo abandona a sí mismo. Es regido, administrado, conservado, explicado, narrado, conmemorado u odiado. Ya sea que se lo celebre o se lo oculte, sigue siendo un desafío fundamental del presente.

(Robin, 2012)

Murillo (2020), plantea que las personas y la sociedad necesitan de narraciones. Refiere que las narraciones tienen efecto sobre la subjetividad y sobre las instituciones, enunciando algunos de estos: posibilitan el relato de lo cotidiano, la reflexión sobre el hacer, la construcción de identificaciones, la construcción de ilusiones y la apertura al surgimiento del deseo. Asimismo, continúa, éstas permiten instancias críticas de análisis colectivo respecto a condiciones materiales, institucionales y políticas y, en este sentido, tienen una función subjetivantes sobre quienes se dan al acto de narrar.

Por su parte, Mantilla (2015), señala que la construcción de narrativas es un elemento sustancial de la práctica en salud. En este marco, enuncia a las narrativas terapéuticas enlazadas al relato en el psicoanálisis. Explicita que, en la estructura de la explicación psicoanalítica, un hecho solo tiene significado luego de otro acontecimiento. Entonces, es en la trama retroactiva de una historia donde puede entenderse algo del presente. La autora trabaja la importancia de entramar los acontecimientos y sucesos a lo largo de la historia, para que algo de lo singular tenga sentido.

Asimismo, Good (1994), enuncia que la narrativa es una de las formas en que la experiencia se representa. Sin embargo, añade que, en todos los casos, la experiencia supera ampliamente a su descripción o narración. En este sentido, es que la práctica del registro no tiene como única finalidad la transcripción de una realidad (de una persona usuaria) o dar evidencia de las atenciones en un consultorio, sino que, en tanto práctica formativa, guía, condiciona y moldea la tarea de las personas trabajadoras.

En esta línea, Feldman (2020), refiere que para el psicoanálisis narrar es un acto político, advierte que toda narración es implicada pues siempre se relata desde algún lugar. Menciona que cuando algo de la palabra se escribe, no solo deviene registro escrito, sino, nueva lectura. Explicita que la escritura es un proceso de creación donde algo de lo dicho se inscribe y deviene propio. Así, señala, el escribir se liga a una práctica que compromete al escribiente.

Feldman (2020), insiste en que escribir es un proceso dialéctico dado al entramado de leer y escribir, indisociables a lo largo del proceso. Así, otorga importancia al vínculo entre la escritura y la creatividad mencionando que para ello es necesario el factor tiempo. Tiempo de pausa y reflexión que invita a pensar y ordenar ideas, saberes, experiencias. En este sentido, Feldman (2019) focaliza en la importancia de escribir como acto que habilita un modo particular de leer la propias práctica, de entender los territorios, de abrir preguntas y problematizar lo instituido. Por esto refiere que en la escritura se da el pasaje de monólogo a un diálogo entre saberes.

Por su parte, Savio (2019) menciona que para el psicoanálisis, la pregunta por la función de lo escrito, tanto en la enseñanza teórica y transmisión clínica, ha sido una pregunta que motorizó diversos trabajos de investigación. En efecto, el problema de la escritura interpela al psicoanálisis desde su nacimiento y hasta la actualidad. En esta línea, Freud refiere al relato clínico como género particular, y en su escrito *Consejos al médico sobre el tratamiento Psicoanalítico* (Freud, 1912), deja una guía orientadora para pensar el proceso de registro en la clínica. Allí, dirá que no recomienda, en el curso del encuentro, tomar extensas notas. Menciona que mientras se toman apuntes en presencia del analizante, inevitablemente, se realiza una sesgada selección de material. Refiere a que, mantener la atención flotante, debía servir para ceder la escucha al inconsciente y dar lugar a la latencia en la significación. Por ello sugiere postergar la escritura durante el encuentro con el analizante y realizar el historial clínico en el marco de una escritura, siempre posterior. Claro que, a esto señaló algunas excepciones a la regla tales como, registrar fechas, años, o algún dato de esta índole. Freud habla de dejarse sorprender por los virajes a los que lleva el paciente, acompañándolo desde

un lugar ingenuo, desde un no saber a priori. Dirá que “Para el analista la conducta correcta consistirá en pasar de una actitud psíquica a la otra, al compás de sus necesidades.” (Freud, 1912)

De manera análoga, Good (1994), expone que narrar historias clínicas es decir, relatar historias de salud-enfermedad es, a menudo, un tema muy personal e íntimo. Los trabajadores de la salud escuchan historias de vida donde la estructura temporal se organiza según eventos significativos para las personas y grupos sociales que acuden en busca de cuidados. Cuando el registro de esas narraciones se circunscribe a lo meramente categorial y diagnóstico algo del sentido se vacía, se pierde. Por ello habla de construir “historia” clínica haciendo alusión al sentido de la experiencia de salud-enfermedad de las personas, en un momento (sociohistórico) y en un tiempo. Entonces, se pregunta por la relación entre historia y experiencia. Va a decir que el registro en salud debería reflejar eventos y experiencias con cierta organicidad dada por el sentido que le atribuyen las personas usuarias, protagonistas de su experiencia.

Finalmente, reflexiona sobre la afectación que tienen las personas trabajadoras en salud durante la construcción de registros ya que, quien registra se encuentra en medio de una historia. Esto le permite acercarse a la comprensión de la situación y, en ese intercambio dialéctico, construir una narración de la historia, en una trama de sentidos (Good, 1994).

Franco y Merhy (2016), dirán que la práctica del registro establece un compromiso de acuerdos y responsabilidades entre personas trabajadoras, personas usuarias, la comunidad y sectores diversos, incluso fuera del campo de la salud, con quienes se construyen acciones y se comparten tareas.

Concatenado a esto y en relación al registro en salud mental, existe un cúmulo de teorizaciones que han cuestionado los modos en que los saberes disciplinares transforman desigualdades, violencias, malestares, sufrimientos sociales en afecciones individuales, reduciéndolos en categorías diagnósticas (Augsburger, 2004).

En este sentido, Epele (2015) señala que hay disciplinas en el ámbito de salud y la salud mental, que tienden a comprimir y capturar la diversidad de las experiencias y realidades en categorías tradicionales. Hace mención a un tipo de escucha reduccionista, por parte de las personas profesionales, que insiste en traducir un malestar desconocido al ámbito de lo conocido (categorías diagnósticas). Así, Alazraqui et al. (2006) refieren a que en la lectura de la realidad y la producción de conocimiento, existe un proceso hermenéutico. Por ello es que, a partir de la misma información, pueden producirse distintos conocimientos. Desde aquí se vinculan las diferencias en los sentidos, según al carácter interpretativo del conocimiento realizado por un actor individual y/o colectivo y en relación con sus referencias teóricas e ideológicas.

3.8 Información en salud: sistemas de Información

Una de las desigualdades presentes en nuestra sociedad es la relativa al acceso a la información y al conocimiento. La lucha contra ellas es parte de la construcción de ciudadanía social con el fin de construir una sociedad de inclusión.

(Alazraqui et al., 2006)

Los sistemas de información en salud (SIS) siguiendo a Urra (2011), son creados con el propósito de dar respaldo a los sistemas de salud para los cuales fueron diseñados. Son construcciones humanas, sociales e históricas y, por ende, no pueden ser extrapolados o usados desconectados de la realidad y contexto de creación. En este sentido, el uso de los sistemas de información debería apoyar a los procesos y las necesidades en salud. Por esto el autor entiende a los SIS como la construcción de conocimientos anclada a procesos sociales, históricos y culturales. Procesos que permiten transformar la práctica y reconocen el papel fundamental de la producción de conocimiento para dicha transformación.

Rolando García (2006), en su texto *Sistemas Complejos*, menciona que un sistema no es complejo por la cantidad de componentes que lo constituyen sino, cuando sus elementos son indivisibles de su articulación con la totalidad del sistema.

Un sistema complejo es una representación de un recorte de esa realidad, conceptualizado como una totalidad organizada (de ahí la denominación de sistema), en la cual los elementos no son "separables" y, por tanto, no pueden ser estudiados aisladamente. (García, 2006, pág. 20)

Así Urra (2011), menciona que la construcción de los SIS es a partir de una necesidad de la realidad y son producciones sociales que tienen objetivos específicos para su creación. Permiten resguardar información de las prácticas que se van realizando y al mismo tiempo, son insumo para el desarrollo de nuevos conocimientos. En este sentido, el autor menciona que

se puede tener el mejor sistema de información, pero, solo aporta valor al análisis de datos, si está vinculado a las necesidades y demandas del contexto en el cual surge dicho sistema.

La dinámica entre lo constituyente y lo constituido, puede ser el camino de sistemas de información que aprenden, que se transforman y que se ajustan a las necesidades de los espacios sociales que los construyen. (Urra, 2011, pág. 105)

En esta línea, el autor recupera la idea de que los sistemas de información están en proceso de constante construcción ya que, aunque la información esté accesible, el conocimiento requiere de la construcción de las personas y ello sólo tiene sentido cuando el sistema está en uso. Esto último conlleva un proceso de apropiación y significación de las personas trabajadoras y de los actores que participan en la producción de conocimientos.

Alazraqui et al. (2006), parten de considerar a los SIS como sistemas abiertos y complejos. Mencionan que los problemas de los SIS se centran en el poco avance en su utilización como soporte de la gestión. En sus desarrollos explicitan que para abordar la lógica procesual del SIS hay que discutir sus procesos de producción y aplicación de información en salud. En este sentido, señalan que un sistema de información, que pueda dar soporte a la gestión local, debe considerar a la producción de información como conjunto de datos procesados que deriven en la construcción de conocimiento dada por la comprensión del fenómeno y la apropiación del sujeto. Enuncian a la comunicación como el eje articulador de los conceptos anteriores junto a la planificación de acciones en salud. Todos ellos orientados a la construcción de ciudadanía social.

Los componentes recientemente listados se entienden como conjunto, con lógica de proceso, y no como compartimentos estancos. Así, los autores, refieren a que estos elementos conforman dos subgrupos, uno vinculado a la producción y el otro a la aplicación de la información. El componente tradicional, de carácter normativo, está relacionado con la producción (dato e información) y el componente de aplicación, de carácter estratégico comunicacional, está formado por el conocimiento, comunicación y acción (los

autores, al hablar de acción, remiten fundamentalmente a acciones que acompañen la reducción de desigualdades en salud).

Finalmente, Alazraqui et al. (2006), explicitan que en toda América Latina se visualizan problemas en la producción y utilización de información sobre condiciones de vida y eventos del Psec. Señalan como dificultades la presencia de registros asistemáticos, ausencia de registros en soporte papel, la existencia de bases de datos sin formalización institucional (esto es registros sin reconocimiento formal de la institución), mencionan que habitualmente, los datos recolectados no son utilizados para producir información que dé soporte a posibles intervenciones, pasando a tener solo una función administrativa.

En función a lo descripto, Urra (2011) continúa sus reflexiones en torno a la importancia de que la construcción de los SIS, su uso y el análisis de la información formen parte de la cultura de las personas trabajadoras, entendiéndolas como parte integral de los procesos de trabajo en salud:

Un sistema de información y conocimientos debe estar al servicio de la salud sustentada en una red de instituciones y personas que participen en su construcción, un sistema ya no solo en el sentido de representación sino de estructura, de relaciones. (Urra, 2011, pág. 110)

Por otra parte, en consonancia a la idea de construcción de los sistemas de registros, Sy (2020), refiere a que un registro, por ejemplo historias clínicas, responden a construcciones sociales en torno a la noción de salud-enfermedad, atravesadas por consideraciones políticas, culturales, morales de cada época. A partir de esto, señala que en tanto la producción de conocimiento es efecto de instancias de construcción de consensos discursivos, los sistemas de registros deben ser contextualizados. Esto es, reconocer en qué momento histórico y social surgen y a qué fines responden. En este sentido, Sy convoca a pensar al proceso de registro como una práctica social, cultural, aprendida e histórica.

4 CAPÍTULO III: DECISIONES TEÓRICO- METODOLÓGICAS

4.1 Tipo de estudio y diseño

La presente propuesta de investigación constituye un estudio descriptivo (Borsotti, 2007) que tiene por objeto de estudio el proceso de registro que realizan las personas trabajadoras en salud pública. Es un trabajo de secuencia transversal (indagación de los fenómenos en un momento determinado) haciendo un corte en el tiempo para cada uno de ellos (Souza Minayo M. , 2010). La investigación se realizó durante los años 2020 y 2021 en efectores de salud del primer nivel de atención en la ciudad de Rafaela, provincia de Santa Fe. La elección de los efectores fue discrecional considerando como factor de selección la diversidad: se eligió un efector de gestión municipal, dos de gestión provincial y uno de gestión mixta (gestión nacional, provincial y municipal). Los criterios de selección de las personas entrevistadas, de la población bajo estudio, fueron los siguientes: personas trabajadoras en el primer nivel de atención de la red de salud pública de la ciudad de Rafaela (Santa Fe), que tengan parte en la construcción del proceso de registro en salud y que manifiesten su voluntad de participar en el estudio a través del consentimiento informado.

A fines de establecer un recorte en el abordaje de la presente tesis, se realizó una selección de cuatro efectores de la red de centros de salud mencionada anteriormente. La selección comprende a dos centros de gestión provincial, uno de gestión municipal y uno de gestión mixta. El criterio de selección se justifica en la diversidad de la administración. Si bien hay políticas públicas en salud que son comunes, las decisiones al interior de cada efector, la gestión de los recursos, las fuentes de financiación y la dirección estratégica es heterogénea. Esta situación implica la existencia de tres ámbitos de administración pública, con potestades y funciones exclusivas, concurrentes y complementarias.

A continuación, en la Tabla N°1 se detallan los centros de salud seleccionados para el estudio presente y las personas trabajadoras entrevistadas, diferenciadas por servicios.

Tabla 1: CENTROS DE SALUD Y PERSONAS TRABAJADORAS ENTREVISTADAS POR SERVICIO

CENTROS DE SALUD	PERSONAS TRABAJADORAS ENTREVISTADAS (1 por servicio)
Centro de salud C⁸ Gestión mixta	Psicología (1) Medicina general (1) Enfermería (1)
Centro de Salud A Gestión provincial	Nutrición (1) Psicología (1)
Centro de salud B Gestión provincial	Enfermería (1) Odontología (1) Administración (1)
Centro de salud D Gestión municipal	Medicina general (1) Administración (1) Servicios generales (1)

Fuente: elaboración propia.

La invitación a participar del estudio fue extendida a la totalidad de personas trabajadoras de los equipos de salud seleccionados. Ante la situación de emergencia sanitaria por COVID-19 (detallada en el Capítulo IV), las y los trabajadores/as identificaron dificultades al momento de convenir las entrevistas. Finalmente, fueron 11 (once) las personas que alegaron tener tiempo, disponibilidad e interés en participar de la investigación.

Entonces, la muestra se compone de once personas trabajadoras de diversos servicios y equipos de salud (Tabla N°1). Las entrevistas se realizaron, en su totalidad, por fuera del horario laboral. La decisión de hacerlas en horarios vespertinos fue consensuada con las personas trabajadoras quienes solicitaron que sea de ese modo por el cúmulo de tarea diaria.

⁸ A fin de respetar el criterio de confidencialidad, durante el desarrollo de la tesis, se decide nombrar con letras a cada uno de los efectores de salud seleccionados. La correspondencia entre el efector y la letra que lo identifica es aleatoria, esto es, que no guardan ninguna vinculación.

En cuanto estudio de campo, primeramente, se construyeron reportes del Sistema Integral para los Centros de Atención Primaria (SICAP) y se procedió a la revisión documental de Historias Clínicas (HC).

Ambas fuentes fueron insumo para organizar las entrevistas y lograr un acercamiento al estado de situación del proceso de registro en los centros de salud.

En un segundo momento, se realizaron las entrevistas con las personas trabajadoras. Al momento de iniciar dicho proceso se sortearon ciertos obstáculos. En primer lugar, la situación de pandemia mundial (Capítulo IV) y su afectación en el funcionamiento del sistema de salud, dificultó generar encuentros y acordar días y horarios de entrevistas. En este sentido, las personas mostraron interés de participar en la muestra, pero refirieron la imposibilidad de soslayar algunas dificultades tales como: exceso de trabajo, cansancio y, en ocasiones, situaciones de aislamiento preventivo obligatorio por motivos de la pandemia. Entonces, ocurrió que, en varias oportunidades, se acordaba un día y horario de encuentro desarticulándose, horas antes, por pedido de las personas convocadas.

A modo general, las entrevistas tuvieron una duración de entre una y dos horas, aproximadamente. En cuanto a la modalidad de encuentro, fue diversa. Siete personas, por protocolo de cuidados en contexto de la pandemia, optaron por preferir reuniones virtuales, en estos casos se utilizó la plataforma Google Meet⁹ ya que, la totalidad de personas entrevistadas, conocían su uso. En cambio, cuatro de las personas entrevistadas, eligieron generar encuentros de modo presencial. En la instancia de encuentro presencial, las entrevistas se llevaron adelante en el espacio de los centros de salud, una vez finalizada la jornada laboral.

Por otra parte, es menester esclarecer que, en la propuesta inicial de investigación, se contempló la posibilidad de realizar entrevistas grupales

⁹ Google Meet es la aplicación de videoconferencias de Google, para navegadores web y dispositivos móviles, enfocada al entorno laboral y que sustituye a Google Hangouts, dentro de G-Suite, el pack de aplicaciones de Google para profesionales. Disponible es: <https://www.trecebits.com/2020/04/27/google-meet>

participativas a fin de dialogar en torno al proceso de registro. Ello fue desestimado ya que, en el marco de la emergencia sanitaria, se limitaron, preventivamente, los espacios grupales (Capítulo IV).

4.2 Cuestiones del método

A continuación, se explicita el proceso metodológico adoptado a fin de avanzar en el desarrollo de la investigación y responder la pregunta objeto-problema planteada.

Se parte de entender que la complejidad del problema exige una estrategia de acercamiento que trabaje desde el métodos cualitativo y cuantitativo.

Maritza Montero (2012) refiere, desde el campo de la psicología comunitaria, a la noción de complementariedad entre ambos métodos. Ella menciona que no se validan unos a otros, pero sí se recaban datos provenientes de estudios diferentes sobre un mismo fenómeno que, al unirse, generan una visión más completa e integral del mismo. Asimismo, plantea que la triangulación metodológica fortalece el criterio cualitativo, otorgándole mayor confianza en la investigación y corrigiendo posibles errores o sesgos. Finaliza aludiendo a que la aplicación conjunta de ambos métodos hace más complejo el trabajo y aumenta las exigencias del mismo. En este sentido, la investigación cualitativa, metodológicamente, puede complementar o ser complementada por otras lógicas y otras modalidades de investigación, pero se diferencia de ellas.

En relación con las condiciones éticas de la investigación cualitativa, Souza Minayo (2010), plantea que todo/a investigador/a cualitativo/a es desafiado/a a comprenderse en un mundo en el que las vivencias y las experiencias son significativas, pero marcadas por la incompletitud de su conocimiento. Así, menciona que en esa condición entra en el movimiento circular del otro como ser en el tiempo (ser histórico) y como ser en permanente velamiento y desvelamiento (Souza Minayo M. , 2010).

La autora refiere a las bases en que debe sostenerse una investigación cualitativa. Por un lado, saber que el/a interlocutor/a que relata su experiencia

es una persona que produce una narrativa significativa sobre sí y sobre su mundo y que al enunciarla está envuelto en el desvelamiento y en el velamiento de las situaciones vividas. Su narrativa indefectiblemente está impregnada por la comprensión que él/ella tiene de su lugar en la historia, de las tradiciones del grupo, de sus intereses y de cómo da continuidad a la trayectoria colectiva del mundo del cual es parte. Esto conlleva a pensar que las narrativas son una comprensión del mundo, que tienen las personas (Souza Minayo M. , 2010).

Para introducirnos al campo de estudio a través de la revisión del material documental (HC y reportes de SICAP) y las entrevistas, atento al criterio de diversidad (Montero, 2012), se trabajó en distintos centros de salud, con diversas disciplinas y saberes no disciplinares.

Por otra parte, a fin de proceder en la revisión de documentos se utilizó la técnica del registro de observación. Yuni y Urbano (2006), mencionan que la revisión documental permite reconstruir la historia del documento y rescatar al valor de lo escrito, propiciando el conocer hechos históricos y modos de accionar.

4.3 Objeto del estudio

La investigación tiene como objeto de estudio al proceso de registro de las personas trabajadoras del primer nivel de atención en salud durante los años 2020 y 2021, en la localidad de Rafaela. Este objeto se construye con fundamento en el marco teórico.

Los ejes de análisis y sus dimensiones se vinculan a los objetivos específicos construidos para este estudio. A continuación, se presenta en la Tabla N°2, los ejes y las dimensiones de análisis conformados en interjuego con los constructos teóricos desarrollados en el Capítulo II, al servicio de la presente tesis de investigación.

Tabla 2: EJES Y DIMENSIONES DE ANÁLISIS

EJES DE ANÁLISIS		DIMENSIONES
1	Proceso de salud-enfermedad-cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Nociones en torno a salud • Nociones de APS • Ideas sobre cuidados en el primer nivel de atención
2	Proceso de trabajo en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Ideas respecto a la tarea en el centro de salud
3	Nociones del registro en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Ideas sobre el registro en salud • Característica del registro
4	Procedimiento para la construcción del registro	<p>Momentos del registro en la atención ambulatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuándo se registra (ej.: en el momento de la atención, después, nunca) • Asignación de turnos • Dónde se registra (soportes) • Qué se registra (ej.: diagnóstico, práctica, observaciones, entre otros) • Tipos de registros (si los hubiera) <p>Procedimiento en la construcción de otro registro (por fuera del registro de la consulta ambulatoria)</p>
5	Interacción con registro de otros/as trabajadores/as	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de registros de otros/as integrantes del equipo • Construcción participativa de escritura/registro
6	Utilidad referida al registro	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de personas usuarias • Interconsultas • Diagnóstico de situación comunitaria • Uso de reportes • Otros

Fuente: elaboración propia según marco conceptual desarrollado en el Capítulo II.

4.4 Fuentes de Información

- En cuanto a la revisión de fuentes documentales, se obtuvieron reportes del SICAP en los efectores seleccionados para el estudio. A continuación, se detallan los datos consultados en el sistema.

1. Cobertura poblacional

- 1.1- Total de personas adscriptas en cada efector.
- 1.2- Cantidad de personas que cuentan con HC registradas en SICAP por efector y porcentaje sobre el total de adscripciones.

2. Atenciones en el efector.

- 2.1- Total de prestaciones con y sin diagnósticos, en un período de tiempo de seis meses (de enero a junio) durante el año 2020.
- 2.2- Total de prestaciones con y sin diagnósticos, en un período de tiempo de seis meses (enero a junio) durante el año 2021.

La obtención de datos, considerando ambos períodos, permitió comparar los años 2020 y 2021, según el total de prestaciones registradas con y sin diagnóstico.

- Por otra parte, se consultaron en los efectores 60 HC en formato papel. En dichos documentos se buscó identificar qué servicios registran y observar el modo de registro según la formalidad detallada en la Resolución N° 1278/2011 (desarrollada en el Capítulo IV). Las HC se seleccionaron de forma aleatoria y posteriormente se leyeron a partir del instrumento construido para tal fin (Anexo 3- Planilla de observación de datos del Legajo Familiar o HCF). Para la construcción del instrumento de recolección de datos, se consideró

como referencia a los ejes del registro para HC propuestos en la Resolución N°1278/2011.

El número de HC observadas se realizó priorizando el criterio de diversidad (Montero, 2012) y según el principio de saturación de la muestra (Urbano & Yuni, 2006). Aquí los autores refieren a que la retirada de la escena se produce cuando el/la investigador/a completa el plan de muestreo, es decir, cuando se logra encontrar suficiente y reiterada evidencia sobre las categorías de la búsqueda.

- En relación al proceso de entrevistas, se realizaron once entrevistas individuales a personas trabajadoras de efectores del primer nivel de atención. En las entrevistas se buscó reconstruir relatos que den cuenta del proceso de producción del registro, de las ideas que tienen las personas respecto al registro en salud e identificar la utilidad dada al registro.

Las entrevistas fueron semiestructuradas considerando los objetivos específicos contruidos para el desarrollo del presente estudio y sus respectivos ejes de análisis (Tabla N°2). En este sentido, se propusieron ejes para organizar la entrevista sin embargo se priorizó, en todo momento, el relato de las personas profundizando en sus decires, según se desplegaban las narraciones en cada encuentro (Anexo1- Entrevista).

4.5 Estrategia analítica

Respecto del análisis de la información documental, Yuni y Urbano (2006), mencionan la importancia de contextualizar las condiciones en las que, los materiales escritos, fueron producidos atendiendo a los significados del contexto histórico y a las convenciones de su elaboración.

Entonces, en cuanto al análisis de los reportes obtenidos desde SICAP, en primer lugar, se construyeron tablas donde se transcribieron los datos obtenidos de dichos reportes y, posteriormente, se calcularon porcentajes lo

cual permitió lograr información descriptiva sobre cada efector, así como, comparar los datos entre efectores.

En otro momento, estos datos se leyeron, además, a la luz de las narraciones recabadas en las entrevistas y del desarrollo teórico construido para el presente trabajo de tesis.

En cuanto a la revisión de HC, primero se registró en una grilla (Anexo 3) la presencia o ausencia de los datos que establece la Resolución N° 1278/2011 para el registro en HC.

Se completó una grilla por cada HC consultada, teniendo un total de 60 grillas correspondientes a la revisión de 60 HC de los centros de salud. Seguidamente, para el análisis de la información obtenida, se observó la completud o incompletud de dichos documentos según Resolución N°1278/201. Finalmente, se vinculó la información obtenida aquí, a la información derivada de las entrevistas a personas implicadas en el proceso de registro.

En relación a las entrevistas, todas ellas, fueron grabadas y transcritas íntegramente en formato digital, conformándose un *corpus* textual que conserva el registro verbal y señala elementos no verbales. Con el fin de garantizar el anonimato de las personas entrevistadas, los relatos fueron ordenados aleatoriamente y se identificaron con el servicio en el cual trabaja la persona y el año en que fue realizada la entrevista (por ej. Enfermería, 2020) y en el caso de tratarse de más de una persona integrante de un mismo servicio se demarcó con números (por ej. Psicología 1, 2020). Este modo de enunciación se sostuvo a través de toda la escritura.

Posteriormente se transcribió el *corpus* general de cada entrevista según los ejes de análisis construidos, reagrupándolos en un nuevo *corpus* de orden temático donde estaban incluidas las citas de las entrevistas. Finalmente, se procedió a la lectura de cada una de las secciones temáticas lo que permitió identificar y seleccionar los párrafos y frases textuales más significativos en términos de su regularidad, singularidad y/o relevancia, que constituyen la voz de los/as entrevistados/as en este trabajo (Souza Minayo M. C., 2009).

En cuanto a los hallazgos, se presentan de acuerdo con los objetivos específicos de investigación, enunciados en el Capítulo II. Entonces, del proceso de trabajo de campo, circunscripto a los efectores de salud seleccionados, se obtuvieron 12 reportes de SICAP, se revisaron 60 HC y se realizaron 11 entrevistas a personas trabajadoras en salud pública.

Las entrevistas se realizaron a personas de diversos servicios: 2 personas del servicio de medicina general, 1 persona del servicio de nutrición, 2 personas del servicio de enfermería, 2 personas del servicio de psicología, 1 persona de odontología, 2 personas del servicio de administración, 1 persona de servicios generales.

El análisis y discusión final se presentan en los capítulos V, VI y VII poniéndose en diálogo la información obtenida del trabajo de campo, desde sus diversas fuentes de información, con el *corpus* conceptual construido para el estudio desarrollado.

4.6 Aspectos éticos de la investigación

El presente proceso de investigación no representó dificultades para la condición de trabajo de las personas invitadas a participar del mismo.

A quienes aceptaron formar parte del estudio se les facilitó el correspondiente consentimiento informado (Anexo 2) donde se explicitaba el propósito del estudio, el procedimiento y las actividades a realizarse. Se garantizó la absoluta confidencialidad de los datos de la persona entrevistada y de los documentos sobre los cuales se relevó información. En ningún caso se registraron datos personales.

Para el desarrollo del presente estudio, se contó con el aval del Comité de Docencia del Hospital Regional Dr. Jaime Ferré y con la conformidad escrita del coordinador de los centros de salud de la ciudad de Rafaela.

Previo al inicio de la investigación, la maestranda, se comprometió al tratamiento confidencial de la información, a través de una declaración de

confidencialidad en el manejo de los datos personales y clínicos de los documentos consultados y las entrevistas realizadas (Anexo 2).

5 CAPÍTULO IV: DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO DE ESTUDIO

5.1 Marcos regulatorios del registro en salud

Entendiendo que la información y la producción de conocimiento en salud, deben estar al servicio de los actores intervinientes, se afirma la importancia de considerarla insumo al momento de pensar el diseño de políticas públicas que garanticen derechos en salud. A nivel nacional y provincial existen sistemas de información que brindan información confiable y fidedigna para la recolección y el tratamiento de datos (Defensoría del Pueblo y Universidad Nacional de Rosario, 2019).

Tanto el Estado nacional como provincial, cuentan con sistemas de estadísticas vitales propios (defunciones y nacimientos). En Argentina existe un Sistema Integrado de Información Sanitaria (SISA) (Ministerio de Salud Argentina, 2007), que funciona en coordinación con las jurisdicciones provinciales y que cuenta con diversos registros (oncológicos, farmacéuticos, actuaciones profesionales, entre otros). Así, el Plan del proyecto SISA¹⁰ explicita que para el Ministerio de Salud, en su carácter de organismo rector de las políticas nacionales, y para los Ministerios de Salud provinciales, responsables de los sistemas provinciales de salud, tener un sistema que asegure calidad, oportunidad e integralidad de la información, es una necesidad indiscutible.

En la Constitución Nacional argentina de 1994, queda establecido que el acceso a la información pública es un derecho humano. Del mismo modo, en la provincia de Santa Fe, la Constitución Provincial de 1962, lo reconoce implícitamente como derecho en su artículo 19 y, el Decreto Provincial 0692/2009, regula su acceso. Particularmente este último decreto hace mención, en su artículo 5, a que el acceso a la información pública constituye una instancia de participación ciudadana por la cual, toda persona puede ejercitar su derecho a requerir, consultar y recibir información de organismos

¹⁰ Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino. Plan de Proyecto SISA abril de 2008. Disponible en <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/#sisa>

estatales. Asimismo, en el artículo 7 se menciona que la finalidad del acceso a la información pública es promover una efectiva participación ciudadana a través de la provisión de información completa, adecuada, oportuna y veraz (Gobierno de la provincia de Santa Fe, 2009).

Se entiende el derecho al acceso a la información pública y a la confidencialidad de la misma, en caso de ser información protegida por el secreto profesional, como una facultad de la ciudadanía y una obligación de los Estados en garantizarlo (Defensoría del Pueblo y Universidad Nacional de Rosario, 2019).

En tal sentido y en materia del derecho a la salud, hay normativas que se enuncian resguardando la garantía al acceso de información por parte de las personas usuarias del sistema de salud, con el fin de que puedan tomar decisiones respecto de sus cuidados. Un ejemplo de ello es la Ley de Derechos de los Pacientes (Ley 26.529, 2009) y el marco legal nacional sobre la protección de la información personal de las y los usuarios/as (Ley 26.343, 2007).

Asimismo, la Ley Nacional 26.529 (2009) menciona en el artículo 15 que las personas usuarias de los servicios de salud son titulares de su HC. Por ello, ante su requerimiento, debe suministrársele copia de la misma, autenticada por una autoridad competente de la institución (Ley 26.529, 2009). Por su parte, la Ley Nacional 26.343 (2009) en su artículo 14 explicita que la persona usuaria, titular de los datos, previa acreditación de su identidad, tiene el derecho a solicitar y obtener información inscripta en la HC (Ley 26.343, 2007).

Respecto de la confidencialidad en el uso de la información personal de las personas usuarias, la Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326 (2000) en el artículo 10, refiere al deber de la confidencialidad. Enuncia que las personas que intervengan en cualquier fase del tratamiento de datos personales están obligadas al secreto profesional. Tal obligación subsistirá aún después de finalizada la relación con el titular del archivo de datos (Ley 25.326, 2000).

En lo que refiere al campo de la salud mental, el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la Argentina (Fe.P.R.A) aprobado en 1999 y modificado por la Asamblea extraordinaria en 2013, enuncia principios generales y normas éticas que regulan la práctica profesional. Los principios planteados orientan las actuaciones profesionales y las normas tienen un carácter obligante para las personas trabajadoras. Dentro de las normas y, consecuente al tema del registro, se consigna la importancia del consentimiento informado y la obligatoriedad del secreto profesional (Fe.P.R.A, 2013).

Respecto del consentimiento informado, la FePRA (2013), menciona que su obligación se sustenta en el respeto por la autonomía de la persona usuaria, entendiendo que es válido en tanto la persona que lo brinda lo haga voluntariamente y con capacidad para comprender los alcances de sus actos. En vinculación con ello, la Ley Nacional 26.529 (2009) de Derechos del Paciente, en su relación con las personas profesionales y las instituciones de salud, en el artículo 5, enuncia la obligatoriedad del consentimiento informado para con la persona usuaria, luego de recibir, a través de el/la profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: su estado de salud; el procedimiento propuesto, los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles.

En cuanto al secreto profesional, la FePRA (2013), regula que los y las profesionales psicólogos/as tienen el deber de guardar secreto asegurando así la confidencialidad a fin de proteger la seguridad y dignidad de las personas consultantes, sus familias y comunidades, cualquiera sea el ámbito profesional de desempeño. En referencia a los informes escritos, se enuncia que sólo se deberán excluir aquellos antecedentes que estén bajo el amparo del secreto profesional y ello será exceptuado sólo cuando, por criterio profesional, la información sea un elemento ineludible para configurar el informe.

En cuanto a la práctica vinculada al trabajo en equipos, el código refiere que, al momento de compartir información, la obligación de guardar el secreto se extiende a todas las personas profesionales participantes (Fe.P.R.A, 2013).

Finalmente, continuando con la descripción del registro y sus marcos regulatorios, en los efectores de salud pública, en Argentina, en el año 2004, se propuso un conjunto de datos exigibles para dar cuenta del proceso de atención. Estos datos fueron llamados Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) ¹¹ usados para registrar atenciones ambulatorias independientemente del nivel de atención, disciplina y/o especialidad interviniente. El CMDB está conformado por los datos del establecimiento, la fecha de la atención, las personas profesionales actuantes, los datos filiatorios de las personas usuarias y los datos relativos a la atención (motivo de consulta, prácticas, tratamientos y derivaciones). El Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, en el año 2012, resolvió unificar los registros ambulatorios referidos al CMDB en un único instrumento: el Registro Diario de Consultas Ambulatorias¹². Ello implica que toda atención ambulatoria, con independencia del tipo de establecimiento (centro de salud u hospital), lugar (guardia o consultorio externo), tipo de administración (municipal o provincial), disciplina profesional o especialidad médica, y/o soporte material (papel o sistema informático), debe registrarse allí.

5.2 Descripción de la ciudad de Rafaela

5.2.1 Situación socioeconómica local

La ciudad de Rafaela se encuentra ubicada al Oeste de la provincia de Santa Fe. Según el censo 2010, aplicando la tasa de crecimiento anual, se estima una población de 109,790¹³ habitantes en el año 2021.

A continuación, se muestra un mapa urbano de la ciudad donde se visibilizan los barrios que la conforman.

¹¹ Ministerio de Salud Argentina. Sistema Estadístico de Información. Serie 1 N° 16 ISSN 0325-0008 Ciudad de Buenos Aires, septiembre de 2004. Registro. Disponible en <http://deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie1Nro16.pdf>

¹² Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. Resolución N° 2319/2012. Registro diario de Consulta Ambulatoria. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/195332/950213/file/resol%202319-2012.pdf>

¹³ Dato proporcionado por el Instituto de Capacitación y Estudios para el desarrollo local, de la ciudad de Rafaela (ICEDel)- tomado del Instituto Provincial de Estadística y Censos (IPEC) de la provincia de Santa Fe.



Respecto a la situación socioeconómica local, el relevamiento realizado en el año 2021 por el ICEDeL¹⁴, refleja que la tasa de actividad que mide la población económicamente activa (PEA), sobre el total de la población, alcanzó el 48,7%. Así, se ubica la tasa de actividad de Rafaela, por encima del valor medio nacional que, según el INDEC¹⁵, es del 46,3%.

Dicho relevamiento menciona que el 17,7% de la PEA enfrenta problemas de inserción laboral, esta cifra contiene un 9,5% de subocupación demandante y un 8,2% de desocupación abierta.

Las principales ocupaciones de la población local se distribuyen en los siguientes sectores laborales: área de servicios (50,7%), área industrial (21,7%), área de comercios (17,5%), actividad ligada a la construcción (7,0%), actividad sector agropecuario (2,9%).

En cuanto a la educación formal en Rafaela, un estudio exploratorio del año 2016¹⁶ que describe el estado de situación en materia de educación, menciona que la localidad cuenta con establecimientos del sistema estatal, y

¹⁴ ICEDeL- Instituto de Capacitación y Estudios para el desarrollo local, de la ciudad de Rafaela. Estudio Socioeconómico disponible en: <http://icedel.rafaela.gob.ar/archivos/BV-PDF/PPT%20RS%202021.pdf>

¹⁵ Indicador correspondiente al primer trimestre del año 2021, publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y el Instituto provincial de Estadística y Censos (IPEC)

¹⁶ Estado de situación: la educación en la ciudad de Rafaela. Estudio exploratorio. Año 2016. Disponible en: https://www.rafaela.gob.ar/Nuevo/Files/Noticias/14302_parte.pdf

del sistema privado, siendo el sistema educativo estatal el que mayor cantidad de personas trabajadoras emplea y mayor estructura edilicia contiene, llegando a un total de 57 efectores públicos educativos.

5.2.2 Red pública de salud en Rafaela

El sistema de servicios de salud pública en la ciudad de Rafaela está constituido por efectores de diferentes complejidades. La estrategia de gestión del sistema de salud de la provincia de Santa Fe busca garantizar el acceso a salud de toda la población desde una estrategia territorial. Entonces el modelo de gestión que propone es consolidar la red de servicios de salud, centrándose en la APS como estrategia que permita atender/cuidar y responder oportunamente a las necesidades de las poblaciones.

Así, la red de servicios de salud provincial se organiza por regiones sanitarias. Hay definidas cinco regiones y cada una está delimitada por departamentos. En cada región se identifica una ciudad referente como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades técnicas. Allí mismo, se encuentran los servicios de mayor complejidad y las sedes administrativas y logísticas del gobierno provincial (Gobierno de la provincia de Santa Fe, 2018).

Como se mencionó recientemente, las regiones sanitarias son cinco: Región N°1 Reconquista, Región N°2 Rafaela, Región N°3 Santa Fe, Región N°4 Rosario y Región N°5 Venado Tuerto. En cuanto a la movilidad y el traslado a lo largo de la provincia, cada región se conecta a través de un Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) que cuenta con vehículos y centrales de operaciones y traslados.

La ciudad de Rafaela posee una amplia red de servicios públicos de salud. Entonces la red administrada por el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, comparte el territorio con la red administrada por la Secretaría de Salud municipal. Ambas organizan sus efectores de salud desde la estrategia de APS.

La Región N°2 Rafaela, cuenta con un hospital general regional polivalente Hospital Dr. Jaime Ferré, categorizado como de segundo nivel de atención. El efector tiene servicio de neonatología, unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados intensivos pediátricos y guardia general. Asimismo, la red de salud pública local está conformada por una oferta significativa de efectores del primer nivel de atención. Hay, actualmente, 11 centros de salud (ocho de gestión provincial, dos de gestión municipal, uno de gestión mixta) y una posta sanitaria de gestión municipal. Los efectores del primer nivel de atención se ubican en barrios del territorio local bajo una planificación estratégica de salud que permite dar respuesta ambulatoria y comunitaria a la población local.

En el entramado de la red pública de salud funciona, también, un equipo matricial interdisciplinario de salud mental (Sousa Campos G. , 1998). Dicho equipo se constituyó en el año 2011 bajo el nombre de equipo Matricial en Salud Mental y en el año 2015, mutó su nombre a equipo DISER (Dispositivo Soporte Estratégico Regional).

Los DISERs dependen técnica y administrativamente de la Dirección Provincial de Salud Mental del Ministerio de salud de la provincia de Santa Fe y están integrados por personas trabajadoras de los ámbitos de la salud mental, del arte y del ámbito jurídico. Estos equipos enmarcan sus prácticas en los plexos legales vigentes en materia de salud mental: Ley nacional de salud Mental 26.657 (2010), la Ley provincial de Salud Mental 10.772 (1991).

El DISER Rafaela, tiene por finalidad acompañar a los equipos de salud de la Región N°2 en la construcción y el fortalecimiento de las prácticas de cuidado de salud/salud mental bregando por la garantía de derechos de las personas usuarias. En este sentido, el trabajo desde la matricialidad constituye un acuerdo organizativo y un modo de pensar las prácticas de salud mental como parte de los procesos de salud general. El acompañamiento ofrecido desde el DISER a los equipos de salud, tiene como propósito que estos puedan aumentar su capacidad resolutive a favor de ofrecer cuidados que contemplen la complejidad de la vida de las personas.

Por otra parte, el equipo DISER Rafaela tiene una función técnica- formativa ya que, al ser un equipo interdisciplinar, ofrece espacios de capacitación e intercambio sobre procesos de atención y cuidados a toda la red de salud. Entonces, se generan encuentros regionales y locales a fin de reflexionar sobre las prácticas, intercambiar saberes y tejer redes al interior del campo de la salud y por fuera de este, insistiendo en la construcción de entramados intersectoriales.

Asimismo, desde el equipo se acompañan instancias participativas de cuidado en salud y salud mental, dirigido a los/las trabajadores/as. En este sentido, se han sostenido encuentros virtuales y presenciales con distintos equipos de trabajo. Estos espacios han tenido por objetivo propiciar la circulación de voces, la escucha colectiva y el soporte ante situaciones de malestar. Dichos encuentros han sido sostenidos con mayor sistematicidad durante el contexto de emergencia sanitaria dado por la pandemia mundial. Entonces, se trabajó con personal del servicio de Emergencia y Traslado 107, con diversos servicios del Hospital Dr. Jaime Ferré, con equipos de los Departamentos 9 de Julio, San Cristóbal, Castellanos y con los centros de salud locales.

Desde el año 2018, las personas trabajadoras en el DISER Rafaela, promueven una publicación semestral dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, que agrupa escritos y narraciones de personas trabajadoras, personas usuarias, actores que comparten tarea con el sector salud (educación, dispositivos territoriales, entre otros) y producciones artísticas de la comunidad. La publicación es regional, recibe producciones de los departamentos de la Región N°2: 9 de Julio, San Cristóbal y Castellanos. La revista se titula Cuaderno de Experiencias en Salud¹⁷ y hasta el momento,

¹⁷ Revista: "Cuaderno de Experiencias en salud" ISSN 2618-561X

Cuaderno N°1, disponible en:

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/253328/1332205/file/Cuaderno%20de%20experiencia%20en%20salud.pdf>

Cuaderno N° 2, disponible en:

https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/256607/1351399/file/cuadernos%20de%20experiencias%20en%20salud-n%C2%BA2_compressed.pdf

Cuaderno N° 3, disponible en:

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/262427/1377871/file/Revista%20cuaderno%20de%20experiencias%20en%20salud%20Nro3.pdf>

han sido publicadas tres ediciones. Dicha publicación está destinada a las personas trabajadoras del campo de la salud y a sectores externos al mismo (equipos territoriales, las comunidades, espacios académicos, equipos de otros ministerios). Son escritos que intentan construir narraciones colaborativas con las comunidades, por esto los relatos buscan trascender los espacios institucionales y ser accesibles a las poblaciones.

Finalmente, desde el DISER Rafaela, se acompaña un dispositivo sustitutivo a lógicas manicomiales (Ley 26657, 2010) de carácter formativo-laboral que aboca su tarea a la elaboración y comercialización de productos panificados. El emprendimiento productivo se llama Del Sol y participan allí personas usuarias del sistema de salud con padecimiento subjetivo. Dicho espacio es facilitado desde el equipo DISER y acompañado por la Dirección Provincial de Salud Mental. Su objetivo es impulsar la inclusión laboral y social de usuarias/os del sistema de salud y trabajar para su autonomía.

Asimismo, el equipo conduce un espacio con jóvenes desde 14 a 25 años. Este dispositivo está orientado al trabajo con propuestas audiovisuales a fin de propiciar y desarrollar capacidad discursiva crítica y manejo de herramientas vinculadas a la oralidad, diseño de imágenes y redacción.

Cabe mencionar que, si bien ambos dispositivos son abiertos a la participación comunitaria, priorizan en sus convocatorias a personas que tengan referencias con los equipos de salud pública locales y de la zona.

Con respecto al sector privado de la salud, se organiza con un número importante de consultorios médicos, centros de atención ambulatoria, tres clínicas y dos centros de diálisis. La articulación local público-privada es dificultosa ya que las lógicas de funcionamiento son profundamente antagónicas, no obstante, frente a la situación epidemiológica de los años 2020 y 2021 (Capítulo IV), el Hospital local Dr. Jaime Ferré, centró sus políticas de cuidado en los procesos de atención vinculados al COVID- 19. Dicha política sanitaria generó que, necesariamente, se diagramaran acuerdos con algunas clínicas privadas de la ciudad para ofertar atención a consultas ambulatorias de salud. Asimismo, se generaron convenios a fin de

efectivizar la gestión de internaciones ante problemas de salud no vinculados a la emergencia covid (intervenciones quirúrgicas de urgencia, partos por cesárea, descompensaciones de salud, urgencias en salud mental, por mencionar algunos ejemplos).

5.2.3 Primer nivel de atención en contexto de Pandemia por coronavirus (COVID- 19)

El comienzo de la pandemia, en Argentina, ha dado lugar a una necesaria medida de aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) según Decreto 297/2020¹⁸. En vinculación con ello, Bang (2020) refiere a que las dinámicas de las instituciones de salud se transformaron radicalmente, centrándose en la prevención, detección y tratamiento del COVID-19, lo cual implicó la suspensión de actividades grupales y comunitarias de salud y salud mental.

Así, según la autora, fue necesario repensar los espacios y formas de encuentro con la comunidad, creando nuevas vías apoyadas en las redes comunitarias existentes. Uno de los grandes desafíos fue la transformación, en poco tiempo, de las formas de trabajo, relación y articulación con la vida comunitaria. Bang (2020), profundiza estas ideas diciendo que pensar nuevas estrategias, ha requerido un cambio epistemológico. Esto es, aceptar otras demandas, construir a partir de la heterogeneidad y trabajar en lo impredecible. En este sentido, Stolkiner (2020) menciona que una de las características que ha atravesado el proceso de cambios descrito fue cierta horizontalización en la relación de personas trabajadoras y personas usuarias, evidenciando que la situación de excepcional vulnerabilidad atravesó a toda la comunidad.

Bang (2020), plantea que la medida preventiva de distanciamiento físico en el contexto de pandemia ha mostrado que las propuestas de cuidado en salud, necesariamente, deben ser colectivas ponderando la importancia del lazo social y las redes comunitarias.

¹⁸ Aislamiento social preventivo y obligatorio. Decreto 297/2020. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

En este sentido, Gollan (2020) refiere a la necesidad de visibilizar la importancia de un Estado presente, fortaleciendo el acceso a salud universal y resguardándola en su dimensión de derecho. Stolkiner (2020), sostiene que durante la pandemia el mercado mostró ser un mal proveedor de servicios y, allí, los Estados ocuparon un lugar de centralidad, entendiendo a la respuesta del propio Estado y a las prácticas colectivas de cuidado, como factores protectores de posibles efectos traumáticos.

La Organización Panamericana de la Salud (2020), menciona que el aumento de la demanda de atención de la salud como resultado de la pandemia y el incremento en la morbimortalidad por otras patologías, determinaron la necesidad de una reorganización de los servicios del primer nivel de atención. Esto tuvo como fin mejorar su capacidad resolutive para garantizar una respuesta adecuada al COVID-19 sin obstaculizar el acceso a servicios de salud esenciales según las necesidades específicas de cada grupo poblacional.

En consonancia con ello se delinearon funciones claves en el primer nivel de atención durante la progresión de la pandemia. Una de ellas fue la necesidad de reorganizar y ampliar la capacidad resolutive del primer nivel con miras a facilitar y activar una atención centrada en respuesta a las necesidades de las personas con COVID-19, lo cual incluye el acompañamiento de casos confirmados y sospechosos.

Asimismo, se instó a proteger a las personas con factores de riesgo¹⁹ de desarrollar formas graves de COVID-19, y construir intervenciones de comunicación tendientes a promover hábitos de vida saludables y de prevención de contagios de COVID-19. Finalmente, se informó la importancia de mantener la continuidad de los servicios de salud sosteniendo acciones dirigidas a promover la salud y dar continuidad a procesos de cuidados como

¹⁹ Según la Organización Panamericana de la Salud (2020) las personas con afecciones de salud subyacentes, como las enfermedades no transmisibles (ENT), enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer, tienen un mayor riesgo de enfermedad grave y más probabilidades de morir por COVID-19. Los factores de riesgo para las ENT pueden hacer que las personas sean más vulnerables a enfermarse gravemente con COVID-19. Disponible en: <https://www.paho.org/es/ent-covid-19>

el control de embarazos, la prevención y control de otras enfermedades y la atención de personas con enfermedades que requieren cuidados a largo plazo (virus de la inmunodeficiencia humana -VIH-, diabetes, hipertensión). Todos estos servicios fueron adaptados al contexto de pandemia, tomándose las medidas para proteger a las personas trabajadoras en salud (OPS, 2020).

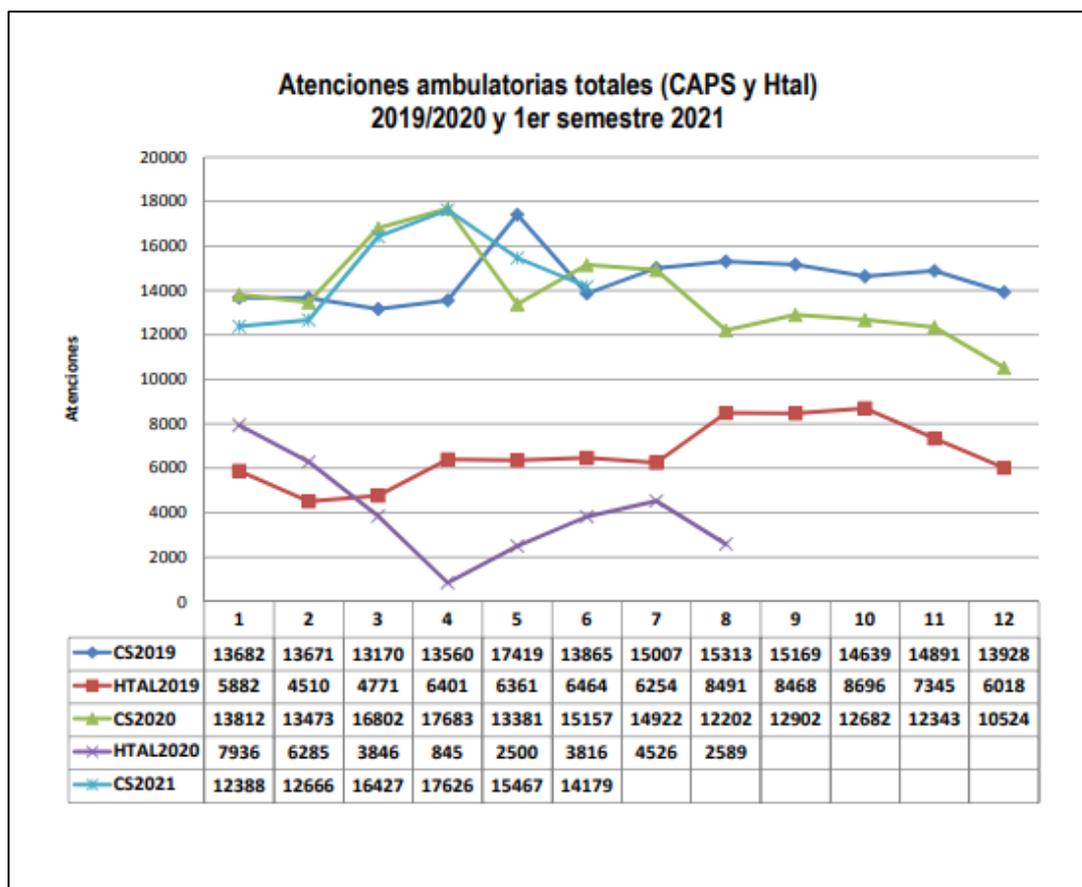
Comes (2020), recupera el rol central del primer nivel de atención en las políticas de cuidado territoriales durante la pandemia, en Argentina. Menciona que el primer nivel es imprescindible ya que da cuenta de un cuidado en el territorio.

Ballatore y Boris (2021) describen que, durante el año 2020, la modalidad de trabajo en salud se vio afectada por la pandemia y el consecuente ASPO. Explicitan que en ese período de tiempo no se contó con las redes inter e intrainstitucionales habituales lo cual puso en crisis al sistema de salud. Entonces, señalan que, previo a la pandemia, se sostenían reuniones entre equipos para el abordaje de situaciones en salud y se ofertaban espacios comunitarios más allá de las atenciones ambulatorias. Citan como ejemplo a los talleres colectivos, clubes, propuestas culturales, espacios educativos. Señalan que una práctica nueva durante el año 2020 fue el seguimiento telefónico y el trabajo virtual con pacientes que estaban atravesando el aislamiento por covid, y con las personas que no podían ser atendidas de manera presencial.

En cuanto a la localidad de Rafaela, en el marco de la Carrera de Especialización en Medicina General y Familiar²⁰, se reconstruyeron las atenciones ambulatorias totales, considerando a los centros de salud y el hospital, durante los años 2019, 2020 y el primer semestre del año 2021. Estos datos fueron recabados desde SICAP y posteriormente se configuró el Gráfico N°1 que se presenta a continuación.

²⁰ La carrera de Posgrado de Especialización en Medicina General y Familiar es una oferta académica de la Universidad Nacional de Rosario (UNR)- Facultad de Ciencias Médicas. En la localidad de Rafaela se dicta la currícula de dicha formación en el Hospital Regional "Dr. Jaime Ferré".

Gráfico 1 ATENCIONES AMBULATORIAS TOTALES (CENTROS DE SALUD Y HOSPITAL) DURANTE LOS AÑOS 2019, 2020 Y PRIMER SEMESTRE 2021



Fuente: elaboración en el marco de la Carrera de Posgrado de Especialización en Medicina General y Familiar. Universidad Nacional de Rosario (UNR)- Facultad de Ciencias Médicas.

El Gráfico N°1 da cuenta del total de atenciones ambulatorias en los once centros de salud durante los años 2019 (azul), 2020 (verde) y el primer semestre del año 2021 (celeste). Asimismo, se reflejan las atenciones ambulatorias de los servicios de consultorio externo y guardia del Hospital Regional Dr. Jaime Ferré de la localidad de Rafaela en los años 2019 (rojo) y 2020 (violeta).

De la observación del gráfico se puede denotar una disminución en las atenciones ambulatorias en el hospital, es decir, guardia y consultorios externos, durante el año 2020 (violeta) en relación con el aumento abrupto de atenciones ambulatorias, de todos los centros de salud, en el mismo período de tiempo (verde).

Estos datos indican cómo, a partir del inicio de la pandemia y ante el decreto del ASPO en marzo del 2020, decrecen las atenciones ambulatorias en el hospital y aumentan considerablemente las atenciones en los centros de salud del primer nivel de atención. Esta referencia surge, también, de los dichos de una de las personas entrevistadas, en este sentido, una trabajadora manifestó: “Hay un redireccionamiento de la demanda que fue, desde el hospital a los centros de salud, sin que hubiera un aumento de la oferta.” (Medicina general 2, 2021)

Por otra parte, en mayo y junio del año 2019 (azul) se visibiliza el incremento de atenciones ambulatorias en los centros de salud, que se corresponden al aumento de enfermedades estacionales invernales (Medicina general 2, 2021). Si se realiza una comparación entre los mismos meses del año 2020 (verde) puede observarse que esto no se replica ya que, al decretarse el ASPO, las enfermedades respiratorias disminuyeron y, ante síntomas asociados a las vías respiratorias, se sospechaba de covid (Enfermería 1, 2021). Las atenciones ambulatorias en los centros de salud, durante los meses invernales, en el año 2021 (celeste) dan cuenta de una mayor regularidad en las consultas, volviéndose a observar el registro de atenciones por enfermedades respiratorias invernales. Esto último se corresponde al control de la curva de contagios y a la apertura en la movilidad de las personas.

5.2.4 Primer nivel de atención en Rafaela

Características generales de los centros de salud del primer nivel de atención en Rafaela

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en los centros de salud que conforman el primer nivel de atención en la ciudad de Rafaela. Hay una totalidad de once efectores de la salud, ocho de ellos son de gestión provincial, dos de gestión municipal, y uno de gestión mixta, es decir, provincial, municipal y nacional.

Se encuentran emplazados estratégicamente y bajo criterios de planificación en salud en todo el territorio de la localidad de Rafaela (Anexo 5).

Todos los equipos ofrecen servicios de enfermería, consultorios de medicina general y familiar, administración y servicios generales, es decir, limpieza. La variabilidad está en la inclusión de los servicios de nutrición, pediatría, odontología, psicología, obstetricia, kinesiología y la figura de agentes territoriales o comunitarios. La figura de los agentes territoriales o agentes comunitarios está asignada, frecuentemente, a personas que viven en el barrio y se han constituido en referentes territoriales. En este sentido, asumen un rol de mediadores/as e interlocutores/as entre el efector y la población.

Los once efectores tienen servicio de laboratorio descentralizado del hospital. Entonces, semanalmente, desde cada equipo se ofrece a su población a cargo prácticas de extracción, recogimiento de muestras- procesadas en el laboratorio central de hospital local- devolución de resultados y seguimiento de los cuidados atinentes al laboratorio. Esto se gestiona mediante la asistencia de una persona formada como técnica de laboratorio que, de modo planificado, recorre los centros de salud llevando adelante prácticas de laboratorio, en coordinación con cada uno de los equipos de salud.

Del mismo modo, se sostiene, en todos los efectores, un servicio de mantenimiento edilicio descentralizado del hospital. Así, mediante contratación y previa licitación anual, se asigna una persona encargada de concurrir a los efectores y asistirlos en todas las necesidades atinentes a arreglos menores y problemas edilicios.

En los centros de salud, los horarios de atención son mayoritariamente por la mañana en una franja horaria que abarca desde las 6:00 a las 12:00hs exceptuando tres de los efectores que ofrecen atención extendida hasta las 17:00hs. Posterior a estos horarios, las urgencias se refieren a la guardia central general del Hospital Dr. Jaime Ferré.

Si bien hay políticas públicas de salud transversales a todas las instituciones que conforman el sistema de salud, es real que cada uno de los equipos sostiene una modalidad de atención singular producto de construcciones

territoriales particulares. Entonces, por ejemplo, respecto a la gestión y acceso a turnos, hay variabilidad ya que, en algunos efectores, la demanda se organiza por turnos programados y se destinan dos horas para la atención de la demanda del día, es decir, espontánea. Otros efectores realizan la totalidad de las atenciones bajo la lógica de demanda espontánea.

Por otra parte, en cuanto a los Psec, los equipos priorizan algunas líneas de cuidados comunes, estas son: cuidados en el embarazo; seguimientos de salud en niños y niñas; detección y cuidados en enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles. Sin embargo, también, cada uno de los equipos sostiene procesos de cuidados según las necesidades y características de sus poblaciones de referencia, priorizando el trabajo territorial y construyendo propuestas de prácticas intersectoriales, un ejemplo de ello son las mesas de gestión que se construyen en los territorios. Dichas mesas de gestión son intersectoriales y están conformadas por actores situados en cada uno de los territorios, tales como: escuelas, organizaciones no gubernamentales, clubes, iglesia, centros de salud, referentes barriales de la comunidad, vecinales, destacamento policial, copa de leche, comedores, equipos territoriales municipales. Este dispositivo permite realizar análisis comunitarios y ordenar un conjunto de estrategias de cuidados consensuados entre los diversos actores en un territorio.

Finalmente, resulta de interés mencionar que algunos de los efectores acompañan actividades de capacitación y docencia a residentes de Pediatría, residentes de Medicina General y Familiar, residentes de Ginecología, estudiantes de la Tecnicatura en Enfermería y estudiantes de la Licenciatura en Obstetricia. Asimismo, hay vigentes convenios con dos universidades de la localidad, de las carreras de Licenciatura en Psicología y Licenciatura en Psicopedagogía, que realizan prácticas pre-profesionales en los centros de salud y en el hospital de Rafaela.

A fines de establecer un recorte en el abordaje de la presente tesis, se realizó una selección de cuatro efectores de la red de centros de salud mencionada anteriormente. La selección comprende a dos centros de gestión provincial, uno de gestión municipal y uno de gestión mixta. El criterio de selección se

justifica en la diversidad de la administración. Si bien hay políticas públicas en salud que son comunes, las decisiones al interior de cada efector, la gestión de los recursos, las fuentes de financiación y la dirección estratégica es heterogénea. Esta situación implica la existencia de tres ámbitos de administración pública, con potestades y funciones exclusivas y complementarias.

En Rafaela, existe una Subsecretaría de Salud que tiene como objetivo fortalecer y supervisar los planes de promoción de salud y acompañar la conducción de programas en salud pública. Dicha subsecretaría tiene a cargo la gestión de dos efectores de primer nivel de atención y acompaña políticas de salud al interior del Hospital Regional Dr. Jaime Ferré. Los efectores de salud, bajo la gestión municipal, están emplazados en los barrios 2 de Abril y Virgen del Rosario.

A continuación, se mencionan²¹ los efectores elegidos a fin de la presente investigación y se refieren algunas características generales de cada uno de estos. Por otra parte, en el Anexo 5, se presenta un mapa de la localidad de Rafaela con la ubicación de cada uno de los efectores que componen la red de salud pública.

Centro de salud C

El centro de salud C, de gestión mixta, está emplazado en la zona norte de la ciudad de Rafaela. Se construyó en el año 2001 con fondos del Ministerio de Salud nacional, quedando lo atinente a la gestión de los recursos humanos y las fuentes de financiamiento, compartida entre el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe y la Secretaría de Salud del municipio local. El efector extiende sus horarios de atención desde las 6:00 a las 17:00hs diariamente.

²¹ A fin de respetar el criterio de confidencialidad, durante el desarrollo de la tesis, se decide nombrar con letras a cada uno de los efectores de salud seleccionados. La correspondencia entre el efector y la letra que lo identifica es aleatoria, esto es, que no guardan ninguna vinculación.

Tiene dos barrios de referencia (en Anexo 6 se mencionan los barrios de referencia por efector y la población total de cada uno de estos).

Al interior del edificio, coexisten actividades de diversos ministerios generándose propuestas comunitarias tales como, el espacio de comedor para niños y niñas, retiro de viandas y alimentos para familias de los barrios de referencia, espacio de arte con mujeres que tienen padecimiento subjetivo. Del mismo modo, se sostienen talleres recreativos propiciados por el municipio local, en articulación con organizaciones de la sociedad civil y se desarrollan propuestas formativas- educativas con fondos provenientes de los Ministerios de Educación y Trabajo de la provincia de Santa Fe.

Si bien recientemente se mencionó respecto de la existencia de espacios colectivos y comunitarios, es necesario señalar que, durante los años 2020 y principios del 2021, estos se vieron afectados por la inminente obligatoriedad de sostener el ASPO, agendado por la emergencia sanitaria por COVID- 19. En este marco, las personas trabajadoras refieren haber sostenido contacto con las personas que asistían a los talleres valiéndose de llamadas telefónicas, videollamada y visitas en domicilio (Enfermería 2, 2020).

En cuanto a la organización del espacio edilicio, el efector cuenta con cuatro consultorios para atención de personas usuarias, un consultorio odontológico, un salón de usos múltiples, sala de espera, una farmacia, un lugar de administración y recepción, dos espacios de enfermería y un consultorio que ha sido adaptado para atenciones de kinesiología. Quienes integran el equipo de referencia explican que el consultorio de kinesiología, ha tomado relevancia en los últimos dos años priorizando la atención de personas con afecciones de tipo respiratorias y su rehabilitación, en el marco de los contagios por COVID-19 (Medicina general 1, 2021).

Respecto a la organización de los servicios todos los días por la mañana, hay atención de enfermería, pediatría, medicina general y psicología. Asimismo, semanalmente, asisten personas trabajadoras que realizan la concurrencia de Ginecología y Obstetricia y personas que cursan la residencia de Medicina General y Familiar. Durante la tarde solo se prolonga la atención de

enfermería y medicina general y tres veces a la semana se ofrece atención de kinesiología.

Por otra parte, desde hace cuatro meses, se oferta, una vez a la semana, atención desde el servicio de nutrición. Dicho servicio tiene una carga horaria reducida, ello ha incidido en la decisión de que se prioricen actividades comunitarias de promoción de la salud por sobre otras prácticas. En lo que refiere a la atención ambulatoria el equipo tratante, previa evaluación de cada situación, deriva paciente al servicio de nutrición. Finalmente, el servicio de tareas generales, farmacia y administración sostienen tareas a lo largo de toda la jornada extendida.

Centro de salud D

El centro de salud D, de gestión provincial, se encuentra en la zona Oeste de la ciudad de Rafaela, y tiene una población de referencia conformada por cuatro barrios (Anexo 6).

Fue inaugurado hace treinta y siete años, es decir, en el año 1984. En la actualidad, cuenta con un edificio que le pertenece a la provincia de Santa Fe, el cual incluye un espacio para enfermería, cuatro consultorios, un consultorio odontológico, un área administrativa, una sala de espera y un patio amplio.

La atención se sostiene en horario matutino, de 6:00 a 12:00hs y los servicios que se ofrecen diariamente son: enfermería, medicina general, pediatría, nutrición, kinesiología, administración, servicios generales.

La persona trabajadora en el servicio de odontología comparte su atención con el Hospital local Dr. Jaime Ferré. En cuanto al servicio de psicología ofrece atención tres veces a la semana.

Asimismo, semanalmente, asisten personas que realizan la concurrencia de pediatría.

El equipo sostiene dos espacios comunitarios de trabajo, uno de ellos tiene por fin acompañar a mujeres que transitan un embarazo con el objetivo de fortalecer el encuentro y el diálogo al mismo tiempo que se brinda información sobre los cuidados integrales en el embarazo y, por otro lado, se desarrolla un espacio grupal desde donde se abordan procesos de cuidado en primera

infancia y estimulación temprana. Ambos espacios, mencionan las personas trabajadoras, fueron interrumpidos por motivo de las restricciones en pandemia (Psicóloga 1, 2020).

Centro de salud A

Respecto del centro de salud A, de gestión provincial, es uno de los más antiguos en la ciudad. Se constituyó como tal en el año 1982 y el edificio es de pertenencia provincial. Dicho efector está emplazado en la zona sureste de la ciudad y tiene a cargo cinco barrios (Anexo 6).

Desde el centro de salud se brinda atención en el horario de 6:00 a 12:00hs, a excepción del servicio de medicina general que, desde hace unos ocho meses, oferta un consultorio de salud sexual integral tres veces a la semana en el horario de 12:30 a 15:00hs. Respecto a lo edilicio, hay un sector destinado a enfermería, un consultorio médico, un consultorio odontológico, un espacio para administración y una sala de espera. Al ser un lugar relativamente pequeño, el servicio de psicología realiza sus atenciones en un espacio aledaño al efector de salud, destinado este al comedor comunitario que funciona todas las tardes.

El equipo está formado por los servicios de medicina general, odontología, psicología, enfermería, administración y servicios generales. Desde hace dos meses, las personas trabajadoras están impulsando un incipiente proceso de construcción de mesa de gestión intersectorial conformado por una escuela primaria y una secundaria, la copa de leche, el comedor comunitario, el destacamento policial, la vecinal, la escuela de fútbol, el equipo territorial municipal y el centro de salud.

En la actualidad se sostiene un espacio de encuentro comunitario para trabajar en torno al sufrimiento ocasionado por la pandemia. Dicho espacio está destinado mayormente, a personas usuarias que han atravesado internaciones prolongadas en el hospital general por diagnósticos de COVID-19. No obstante, el equipo de salud señala que, si bien la distinción en la

convocatoria fue por una necesidad de la comunidad, el dispositivo permanece abierto a la comunidad (Odontología, 2021).

Centro de salud B

En cuanto al centro de salud D, de gestión municipal, está ubicado en la zona noreste de la ciudad. Este es uno de los efectores de construcción más reciente ya que se inauguró en el año 2014.

La población de referencia comprende dos barrios de la localidad (Anexo 6). El efector sostiene un horario de atención de 7:00 a 13:00hs.

El edificio es de pertenencia municipal. Dispone de dos consultorios médicos, un consultorio odontológico, un área de administración, una sala de espera y un salón de usos múltiples. Al momento actual, se ofrecen servicios de: medicina general, odontología, kinesiología, nutrición, administración y servicios generales.

Las personas trabajadoras mencionan que el equipo sostenía un espacio de talleres para trabajar cuidados integrales en personas con diagnósticos de enfermedades crónicas no transmisibles pero que, a la actualidad, estos talleres se han discontinuado por la desarticulación de reuniones colectivas que agenció la pandemia (Medicina general 1, 2021).

A modo de cierre de la descripción narrada, se presenta, a continuación, en formato de tabla, la información descripta de cada efector de salud: centros de salud, tipo de gestión, cantidad de barrios de referencia, horarios de atención, servicios que ofrecen a la comunidad.

Tabla 3: CENTROS DE SALUD, POBLACIÓN A CARGO, ATENCIÓN, OFERTA DE SERVICIOS.

Centro de salud	Población a cargo (barrios) ²²	Días y horarios de atención	Servicios y número de personas por servicio
CS C Gestión mixta	2 barrios	Lunes a viernes 6:00 a 17:00hs	medicina general (2) residencia MGyF (2) odontología (1) conurrencia pediatría (1) conurrencia ginecología (1) psicología (1) enfermería (4) administración (2) farmacia (2) tareas generales (2) kinesiología (1) nutrición (1)
CS D Gestión provincial	4 barrios	Lunes a viernes 6:00 a 12:00hs	medicina general (1) odontología (1) tareas generales (1) administración (1) psicología (1) pediatría (1) nutrición (1) kinesiología (1)
CS A Gestión provincial	5 barrios	Lunes a viernes 6:00 a 12:00hs Lunes y miércoles consultorio de salud sexual	enfermería (1) medicina general (1) odontología (1) tareas generales (1) administración (1) psicología (1)

²² Los nombres de los barrios no se enuncian a fin de resguardar la confidencialidad de los datos.

		integral de 12:30 a 15:30hs	
CS B Gestión municipal	2 barrios	Lunes a viernes 7:00 a 13:00h	enfermería (2) medicina general (1) kinesiología (1) administración (1) nutrición (1) tareas generales (1)

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de las características generales en cada efector de salud, seleccionado para la muestra.

5.3 El registro en la provincia de Santa Fe

En la provincia de Santa Fe, la red de atención pública de salud cuenta, desde el año 2012, con un sistema de información propio llamado SICAP,²³ cuyas siglas significan Sistema Integral para los Centros de Atención Primaria. Este sistema es accesible a todos los efectores desde cualquier dispositivo móvil conectado a internet por medio de un usuario y contraseña, suministrados por la sectorial de informática. En su resolución de creación N° 2319/2012, se menciona que el Ministerio de Salud tendría a su cargo la distribución de los instructivos de carga y circuito y la capacitación de las personas trabajadoras.

Asimismo, la resolución enuncia que, al interior de los efectores, cada servicio debe registrar sus atenciones de salud. Entonces, todas las personas trabajadoras tienen el deber de registrar las atenciones ambulatorias, disponiendo para ello de instrumentos universales²⁴ y sistemas de información oficiales²⁵. Dicho registro, debe realizarse en la Planilla de Registro de

²³ Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. Resolución N° 2319/2012. SICAP.

Disponible en:

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/195332/950213/file/resol%202319-2012.pdf>

²⁴ Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. Resolución N° 2319/2012. Registro diario de Consulta Ambulatoria. Disponible en:

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/195332/950213/file/resol%202319-2012.pdf>

²⁵ Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. Resolución N° 1003/2010. Reconocimiento de los Sistemas informáticos provinciales: SICAP y Diagnose.

Atención Ambulatoria, conocida por las personas trabajadoras como Planilla Única, la cual contiene campos para los datos filiatorios y de atención, para el diagnóstico y motivo de consulta. Esta inscripción última se realiza según un cúmulo de códigos contemplados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10)²⁶. Luego, toda la información consignada en la Planilla única, es ingresada al SICAP. Los datos cargados en SICAP puede ser recuperados para su procesamiento y análisis con la confección de reportes obtenidos desde el mismo sistema.

Si bien hay lineamientos que atañen a los modos en que debería realizarse el registro, el trabajo de investigación titulado: Cuidados de salud mental en la red de cuidados de salud general (Galloni, 2018), da cuenta de que la modalidad del registro varía, entre otras cosas, por la especificidad del equipo que aborda la situación, por el tipo de servicio que registra y por la experiencia y familiaridad en el uso de los códigos recientemente mencionados.

Por otra parte, en cuanto al registro, es menester señalar que la totalidad de registros en SICAP no da cuenta de la suma de atenciones y prácticas que se realizan en el primer nivel de atención, sino que, produce una aproximación a uno de los momentos del proceso de atención: el de la consulta diaria y ambulatorias (Galloni, 2018).

En la Tabla N°4, se identifican las particularidades del registro en SICAP. Los campos de la tabla se han completado en base a lo dispuesto en la Resolución N°2319/2012 para el registro diario de consultas ambulatorias.

²⁶ Clasificación Internacional de Enfermedades- CIE-10 constituye uno de los estándares internacionales más usados para elaborar estadísticas de morbilidad y mortalidad en el mundo. El propósito de la CIE es permitir el registro sistemático, análisis, interpretación y comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países y en diferentes momentos. La clasificación permite la conversión de los términos diagnósticos, de palabras a códigos alfanuméricos que facilitan su almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información. Disponible en: <https://www.paho.org/es>

Tabla 4: REGISTRO DIARIO DE CONSULTAS AMBULATORIAS SEGÚN SICAP

REGISTRO DIARIO DE CONSULTAS AMBULATORIAS	
Datos Filiatorios del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Número de legajo familiar • Número de historia clínica individual • Apellido y Nombre • Sexo: Varón (V), Mujer (M), Varón Trans (VT), Mujer Trans (MT), Intersex (I). Observaciones • Fecha de nacimiento • Número de documento • Domicilio
Controles	<ul style="list-style-type: none"> • Peso • Talla • Perímetro cefálico • Tensión arterial máxima y mínima • Fecha última menstruación (FUM)
Atención	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico o motivo de consulta • Consulta primera vez (PV) ulterior (U) o alta (A) • Prácticas • Tratamiento • Derivación
<p>En caso de personas menores a 14 años deberán registrarse los datos de un tutor, por única vez, a fin de conformar el registro del grupo familiar.</p>	

Fuente: elaboración propia en base a datos de Resolución N° 2319/2012. La nominación de los campos se consigna a modo textual, según el documento de origen.

Respecto al registro de prácticas y atenciones en salud mental en SICAP, se ha consensuado el uso de una serie de códigos acordados entre la Dirección

provincial de Información para la Gestión, la Dirección provincial de Salud Mental y las personas trabajadoras²⁷.

Esta labor fue parte de un proceso colectivo y participativo. Desde las direcciones mencionadas, se convocó a las personas trabajadoras en salud y salud mental, principalmente, a fin de reflexionar, por un lado, sobre la necesidad del registro y, por otro lado, respecto al uso de las nomenclaturas diagnósticas.

El proceso de trabajo compartido propició la problematización en torno a la práctica de registro y visibilizó la carencia de epidemiología en salud mental por ausencia o incompletud de datos. Ello permitió poner en discusión la estigmatización que conlleva el uso de diagnósticos clasificatorios y habilitó a pensar la construcción de categorías organizadas según dimensiones de análisis y según niveles de complejidad.

Como acto seguido al trabajo sistemático entre los actores listados, se produjo un documento donde se formalizaron ejes para la construcción del registro. Estos acuerdos se fundamentaron en objetivos detallados en el documento de la propuesta de registro mencionada.

Algunos de los objetivos fueron: mejorar la práctica de registro en salud mental; avanzar en la construcción de un registro que permitan la producción de información accesible, oportuna y sistemática de las problemáticas de salud mental atendidas en el primer nivel de atención; lograr una identificación de problemas en salud mental; caracterizar los requerimientos de la población y manejar herramientas oficiales de registro. Dicho proceso ha permitido pensar el proceso de registro en base a tres dimensiones²⁸: en primer lugar, la caracterización de padecimiento subjetivo; por otro lado, explicitar los

²⁷ Propuesta de registro elaborada cooperativamente entre: Ministerio de Salud de la provincia Santa Fe. Dirección de Salud Mental. Dirección de Atención primaria. Secretaría de Salud pública Municipalidad de Rosario

Propuesta de registro de consulta ambulatoria de salud mental en la red de servicios de salud. Disponible en <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/250873/1317758/>

²⁸ Propuesta de registro de consulta ambulatoria de salud mental en la red de servicios de salud.

Disponible en <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/250873/1317758/>

problemas que atañen a la salud pública; y, finalmente, identificar condiciones de inequidad en salud.

Por otra parte, continuando con la descripción de herramientas para el registro, la provincia de Santa Fe cuenta con un registro manual de las prácticas y atenciones en salud llamado Legajo Familiar (LF) o Historia Clínica Familiar (HCF) e Historia Clínica Individual (HCI). Estos documentos están detallados en la Resolución provincial N° 1278/2011.²⁹

La Ley nacional 26.529 (2009) en su artículo 12, define a la HC como el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que deben registrarse toda actuación realizada por profesionales y auxiliares de la salud, siendo obligatorio su uso para toda atención que se brinde en un efector de salud. En este sentido, el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe define en la Resolución N° 1278/2011 a la HC como el conjunto de documentos que recoge toda la información de las atenciones en salud que se ofrece a las personas usuarias.

Herrmann (2013) menciona que la HCF o LF fue implementada en el primer nivel de atención, en el año 2001, referenciando que dicha herramienta fue un modo de registro superador de los formatos más antiguos (Historias Clínicas Individuales e Historias Clínicas por áreas específicas: pediátrica, del adulto, odontológica, ginecológica, psicología). El autor refiere que ello tuvo como objetivo alentar el registro centrado en la familia, el seguimiento integral de sus problemas y necesidades y, al mismo tiempo, cuidar la singularidad de cada uno de sus integrantes.

En la Resolución provincial N° 1278/2011, se observa que el LF se compone de diversos apartados y en ellos se estructuran caracteres de completamiento obligatorios. Estos son: el registro de la información de la familia (integrantes, familiograma, historia de vida, recursos y problemas familiares); y secundariamente, otro apartado para el registro de la información singular por

²⁹ Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. Resolución N° 1278/2011. Disponible en: <http://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/195330/950207/file/resolucion%201278-2011.pdf>

persona usuaria que consulta (datos filiatorios, antecedentes personales, problemas relevantes, actividades de prevención y promoción, y hojas de evolución).

El documento referenciado, explicita que el registro debe ser realizado por toda persona trabajadora en los efectores de salud que estén en contacto con las personas usuarias y la comunidad.

De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 15 de la Ley nacional 26.529 (2009), en toda HC se deberá asentar: a) la fecha de inicio de su confección; b) datos identificatorios de la persona usuaria y su núcleo familiar; c) datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad; d) registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes; e) antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos; d) todo acto médico realizado o indicado.

Entonces, a continuación, se presenta en la Tabla N°5 la enunciación de los campos que componen a la HCF o LF, según la Resolución N°1278/2011.

Tabla 5: LEGAJO FAMILIAR O HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR

LEGAJO FAMILIAR		
Integrantes del grupo familiar	Datos personales de cada integrante del grupo familiar	Nombre y Apellido
		Fecha de nacimiento
		Número de documento
		N° de HCI
		Traslado (consignar el CS al que fue trasladado)
		Equipo de referencia: nombre del médico y enfermera
Familiograma	Datos de la situación socioeconómica de la familia	Fecha
		Dimensión
		Sostenimiento de la familia
		N° de habitaciones para dormir
		N° de personas que habitan la vivienda
		Provisión de agua
		Disposición de excretas
		Materiales que predominan en la vivienda

		Otras características (piso, animales, etc.)
		Observaciones
Historia de vida familiar	Agenda de problemas de la familia	Fecha
		Problema Construido
Evolución de los problemas y seguimiento de las intervenciones	Antecedentes familiares	
	Antecedentes personales	Patológico
		Quirúrgicos
		Ginecológicos
		Obstétricos
		Intolerancias medicamentosas
		Ocupación
		Educación
	Datos de la vida cotidiana	Alimentación
		Sueño
		Consumos de sustancias
		Actividad física
		Otros datos de la vida cotidiana
Esquema de aplicación de vacunas		
Indicaciones de medicamentos	Fecha	
	Medicamentos	
Informe odontológico	Prácticas odontológicas	
	Fecha	
Exámenes complementarios	Examen	
	Fecha	
Agenda de Problemas	Problema	
	Fecha	
	Responsable	
Evolución		
Recordar: en cada intervención consignar la fecha, y firmar y aclarar el nombre		

Fuente: elaboración propia en base a datos de Resolución N° 1278/2011. La nominación de los campos se consigna a modo textual según documento de origen.

En la localidad de Rafaela, las personas integrantes de la residencia de Medicina General y Familiar, a fin de facilitar el proceso de registro, han diseñado una HCF (Anexo 4) donde constan algunos datos del LG. Dicho documento fue socializado con todos los equipos del primer nivel de atención

y, en la actualidad, se utiliza como modelo de HCF por consenso (Medicina general 2, 2021).

A continuación, en la Tabla N°6 se presenta el formato de la HCF utilizada por las personas trabajadoras del primer nivel de atención local.

Tabla 6: HCF SEGÚN RESIDENCIA DE MGyF

Historia Clínica Familiar N°				
Centro de Salud:		Fecha:		
Domicilio				
Barrio		Teléfono:		
Integrantes del grupo familiar				
Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Documento	HCI N°	Equipo/médico de referencia
Familiograma				
Vulnerabilidad y Antecedentes familiares				
Hacinamiento	Violencia	Falta de servicios	Otros	
Bajos recursos	Adicciones	Asentamientos		
Desempleo	Vivienda precaria			

Fuente: documento elaborado por la residencia de Medicina General y Familiar- ciudad de Rafaela, provincia de Santa Fe.

Finalmente, en la Ley 26.529 (2009) se menciona que la HC debe cumplimentar cuatro criterios que hacen a su constitución como documento legal y obligatorio.

En primer lugar, el artículo 16 de la Ley 26.529 (2009), habla del criterio de Integridad. Aquí refiere que en toda HC deben estar los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería,

protocolos quirúrgicos, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello de el/la profesional actuante. Por otra parte, el artículo 17, menciona el criterio de Unicidad. Esto indica que la HC tiene carácter único en cada establecimiento de salud público o privado.

Asimismo, en el artículo 18, se enuncia el criterio de Inviolabilidad. Aquí dice que la HC es inviolable. Los establecimientos y las personas trabajadoras allí tienen a su cargo el deber de instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en las HC por personas no autorizadas. Finalmente, el artículo 19, habla del criterio de Legitimación. Este establece que la primera persona legitimada para solicitar su HC, es la persona usuaria y/o su representante legal, si lo hubiera (Ley 26.529, 2009).

6 CAPÍTULO V: EL PROCESO DE REGISTRO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD

6.1 Organización de la presentación

En el presente capítulo se describen los resultados obtenidos durante el acercamiento al campo de estudio. En tal sentido, el proceso de producción de conocimiento tuvo por objetivo general, describir el proceso de registro en salud que realizan las personas trabajadoras y como objetivos específicos, describir las características del proceso de registro, identificar las nociones de las personas sobre el mismo y conocer los usos que se otorgan al registro en salud.

Cada uno de los apartados que componen al Capítulo V se corresponden con los objetivos específicos de la tesis. Así, a fin de dar cuenta del proceso de registro, se mencionan los hallazgos derivados de la descripción de información obtenida de reportes de SICAP, del proceso de revisión de HC y del análisis de las entrevistas a personas trabajadoras en los centros de salud. Todo ello se presenta en diálogo con el *corpus* teórico producido para la tesis actual.

6.2 Características del proceso de registro

Para iniciar la caracterización del proceso de registro que realizan las personas trabajadoras, resulta menester explicitar cuáles son las ideas que tienen sobre el registro en salud. En este sentido, Montero (2012) convoca a reflexionar en las formas diversas que tienen las personas de enfocar el mundo y que, acceder a ello, permite iniciar procesos de problematización. Define a la problematización como un proceso relacional, es decir, colectivo, que asume la necesidad de discernir el/los motivos que subyacen a las acciones.

Entonces, de los relatos obtenidos en las entrevistas, puede identificarse la diversidad de ideas vinculadas al registro que se profundizan en el avance del capítulo presente.

En primera instancia, todas las personas entrevistadas aseveran que incluyen a la práctica de registro, como parte de sus tareas habituales, es decir, de sus procesos de trabajo en salud. Ahora bien, las ideas en torno al registro son heterogéneas. Cinco personas mencionan que el registro es una manera de “mostrar” la cantidad del trabajo realizado, ligándolo a la legitimidad del hacer profesional. En palabras de una persona trabajadora: “Registrar es mostrar cuántas topicaciones de flúor hiciste, cuántas extracciones, cuántos arreglos hiciste en los últimos tres meses, por ejemplo (...).” (Odontología, 2021)

Asimismo, dos personas definen al registro como una práctica obligatoria que permite dejar asentado las acciones diarias: “El registro es lo que hay que hacer sí o sí, es una obligación, no es opcional. Anotas lo que hiciste en el día desde una vacuna, una curación, tomar la tensión (...).” (Enfermería 2, 2020). Del mismo modo, dos personas, al referirse al registro, distinguen “tipos de registros” que utilizan en su actividad diaria: “(...) registros hay dos tipos distintos, por un lado, la carga en SICAP y por el otro en las HC (...).” (Medicina general, 1, 2021). Por otra parte, una persona define al registro desde su incumbencia legal y lo ubica en términos de la garantía de derechos a las personas usuarias: “(...) el registro tiene dos cuestiones, primero es una obligación legal del profesional y segundo hay que pensarlo en términos de que es un derecho del paciente” (Medicina general 2, 2021). Finalmente, una de las personas entrevistadas, menciona que su práctica de registro consta de la anotación del horario de ingreso y egreso al efector, entonces, ubica al registro como control del cumplimiento de asistencia al lugar de trabajo: “(...) entro y anoto a la hora que entro y cuando me voy, a la hora que salgo. Ahí pueden ver si cumplo las cuatro horas.” (Servicios generales, 2021)

La manera en que se piensa al registro se vincula al proceso y al modo de realizar dicha práctica. En este sentido, Franco y Merhy (2016), mencionan que en el acto productivo, el trabajo vivo en acto está abierto a otros procesos heterogéneos fuera de los lugares necesariamente dados, son lugares en producción, es decir, instituyentes. Así se podría pensar que el trabajo vivo en acto es instituyente. Es este trabajo en acto el que opera en los procesos productivos del cuidado.

Entonces, las personas entrevistadas aseveran realizar el registro en el sistema informático SICAP de la provincia de Santa Fe (desarrollado en el Capítulo IV). Dicho sistema permite, mediante la obtención de reportes, construir datos que den cuenta de los procesos de atención en una comunidad. Por lo tanto, como parte del proceso de investigación, se obtuvieron datos del SICAP a través de la construcción de reportes en todos los efectores de salud elegidos. Los reportes evidenciaron modos dispares de realizar la práctica de registro, observándose discrepancias en cada uno de los efectores e incluso, al interior de cada uno de estos.

A continuación, se presentan los reportes obtenidos a fin de hacer una primera descripción del proceso de registro en los centros de salud (CS) del primer nivel de atención, en Rafaela.

El primer reporte permite un acercamiento al dato de la adscripción o población adscripta por efector. Esta información se construye a partir de la carga de datos (registro) que hacen las personas trabajadoras en el sistema. La adscripción contempla a toda persona que haya tenido una o más atenciones en salud, desde que se utiliza la herramienta informática del registro. En la ciudad de Rafaela se implementó el sistema, en el primer nivel de atención, extensible a todas las personas trabajadoras, a partir del año 2010 (Enfermería 2, 2020).

A fin de presentar los datos, se discrimina la información por centro de salud y por grupo etario tomando la referencia secuencial de rango etario que brinda el programa SICAP: menores a 1 año, 1 año, 2 a 4 años, 5 a 9 años, 10 a 14 años, 15 a 49 años, 50 años y más.

Los datos fueron obtenidos considerando la suma de todos los servicios activos en cada efector de salud. Si bien el SICAP reporta como adscripción a toda persona que haya realizado una o más consultas, en los centros de salud de la localidad de Rafaela, según refiere el servicio de medicina general (2021), se han consolidado acuerdos entre las personas, mediante procesos de diálogo donde se definió que la adscripción a un efector se realiza sólo cuando una persona consulta a varios servicios de un mismo centro de salud.

Por otro lado, es necesario advertir respecto del sesgo que tiene el dato “adscripción”, ya que hay personas registradas más de una vez con el mismo documento nacional de identidad (DNI), en un mismo efector y/o en diversos efectores. Esta reiteración de datos en la carga se vincula, según una persona del servicio de enfermería (2020), al modo de carga durante los primeros años usando SICAP. En este sentido, menciona: “Al principio no sabíamos, cada centro que veía a una persona la cargaba como paciente nuevo, no sabíamos ver si ya estaba cargada. Hay pacientes que están cargados hasta cuatro veces en distintos centros o repetidos en el mismo centro.” (Enfermería 2, 2020)

Los datos arrojados por el SICAP en torno a las adscripciones por efector, permiten construir, posteriormente, otro reporte que brinda datos respecto de cuántas personas adscriptas tienen HC en formato papel, en cada efector de salud.

En la Tabla N°7 se presenta un reporte total de adscriptos, del centro de salud C³⁰, por grupo etario, teniendo en cuenta la suma de todos los servicios del centro de salud.

Tabla 7: POBLACIÓN ADSCRIPTA CS C

Reporte – SICAP									
Reporte: Total Adscriptos por Grupo Etario									
Reporte por Efector: CS C									
Servicio: Todos los servicios									
Profesionales: Todos los profesionales									
Grupo Etario	<1Año	1Año	2 a 4Año	5 a 9Año	10 a 14Año	15 a 49Año	50 y mas	Sin Edad	Total
Cantidad	76	85	352	808	656	2782	609	-	5368
Reporte Generado: 17-09-2021									

Fuente: elaboración propia según Sistemas Integral para Centros de Atención Primaria (SICAP). Fecha de consulta: 17/09/2021.

³⁰ A fin de resguardar la confidencialidad de los datos, cada efector elegido se nomina con una letra mayúscula.

En la Tabla N°8 se presenta un reporte del total de adscriptos, del centro de salud D, por grupo etario, teniendo en cuenta la suma de todos los servicios del centro de salud.

Tabla 8: POBLACIÓN ADSCRIPTA CS D

Reporte – SICAP									
Reporte: Total Adscriptos por Grupo Etario									
Reporte por Efector: CS D									
Servicio: Todos los servicios									
Profesionales: Todos los profesionales									
Grupo Etario	<1Año	1Año	2 a 4Año	5 a 9Año	10 a 14Año	15 a 49Año	50 y mas	Sin Edad	Total
Cantidad	51	78	313	598	582	2819	909	-	5351
Reporte Generado: 17-09-2021									

Fuente: elaboración propia según Sistemas integral para Centros de Atención Primaria (SICAP). Fecha de consulta: 17/09/2021.

En la Tabla N°9 se presenta el reporte del total de adscriptos, del centro de salud A, por grupo etario, teniendo en cuenta la suma de todos los servicios del centro de salud.

Tabla 9: POBLACIÓN ADSCRIPTA CS A

Reporte – SICAP									
Reporte: Total Adscriptos por Grupo Etario									
Reporte por Efector: CS A									
Servicio: Todos los servicios									
Profesionales: Todos los profesionales									
Grupo Etario	<1Año	1Año	2 a 4Año	5 a 9Año	10 a 14Año	15 a 49Año	50 y mas	Sin Edad	Total
Cantidad	33	20	108	374	333	1182	577	-	2627
Reporte Generado: 17-09-2021									

Fuente: elaboración propia según Sistemas Integral para Centros de Atención Primaria (SICAP). Fecha de consulta: 17/09/2021.

En la Tabla N°10 se presenta un reporte del total de adscriptos, del centro de salud B, por grupo etario, teniendo en cuenta la suma de todos los servicios del centro de salud.

Tabla 10: POBLACIÓN ADSCRIPTA CS B

Reporte – SICAP									
Reporte: Total Adscriptos por Grupo Etario									
Reporte por Efector: CS B									
Servicio: Todos los servicios									
Profesionales: Todos los profesionales									
Grupo Etario	<1Año	1Año	2 a 4Año	5 a 9Año	10 a 14Año	15 a 49Año	50 y mas	Sin Edad	Total
Cantidad	46	51	188	260	254	1223	337	-	2359
Reporte Generado: 17-09-2021									

Fuente: elaboración propia según Sistemas Integral para Centros de Atención Primaria (SICAP). Fecha de consulta: 17/09/2021

Los números totales de los reportes muestran que, el centro de salud C tiene un total de 5.358 personas adscriptas, el centro de salud D tiene un total de 5.351 personas adscriptas, el centro de salud A un total de 2.627 adscriptos y el centro de salud B un total de 2.359.

A fin de poder comprender y contextualizar los datos, se realizó la Tabla N°11 (Anexo 6) donde se calculó la cantidad total de población, por barrios de referencia asignados a cada efectores. A partir de allí se consultaron los datos del Censo 2010³¹ y se aplicó el ajuste correspondiente, según tasa de crecimiento poblacional al 2021³², brindada por ICEDeL³³ IPEC³⁴.

Estos cálculos mostraron que la población total del CS C es de 3.191 habitantes. La población total del CS D es de 9.005, la población total del CS A es de 3.748 y la población total del CS B es de 2.966.

Seguidamente, se presenta en la Tabla N°12, la población adscripta a cada CS, sobre la población total (sumatoria de población de todos los barrios que conforman el área de referencia de cada efectores).

³¹ Censo nacional de población, hogares y vivienda 2010. Ciudad de Rafaela. Disponible en: <http://icedel.rafaela.gob.ar/archivos/otros%20estudios/C%202010%20P%20R%20B%20Y%20D.pdf>.

³² Tasa de crecimiento anual estimado: 1.325%. Según Proyección de Población Oficial del IPEC.

³³ Instituto de Capacitación y Estudios para el Desarrollo Local (ICEDeL). Ciudad de Rafaela.

³⁴ Instituto provincial de Estadística y Censos

Tabla 12: POBLACIÓN ADSCRIPTA SOBRE POBLACIÓN TOTAL

Centro de salud	Población total (sumatoria de barrios de cobertura) ajustada según tasa de crecimiento anual (Tabla 12)	Población adscrita según datos de SICAP. (Tablas N°7, N°8, N°9, N°10)	Porcentaje de la población adscrita al CS, sobre población total.
CS C	3.198	5.368	168%
CS D	9.005	5.351	59%
CS A	3.748	2.627	70%
CS B	2.966	2.359	79%

Fuente: elaboración propia según Sistemas Integral para Centros de Atención Primaria (SICAP) y datos obtenidos de ICEDEL

Hasta aquí, los reportes reflejan que la relación entre la población total (suma de todos los barrios que corresponden a cada efector) y la población adscrita por efector, en todos los casos, es significativamente representativa.

Estos datos dan muestra de la completud del registro elemental que propone SICAP, según Resolución N°2319/2012. Dichos campos incluyen datos filiatorios y domiciliarios de pertenencia que se corresponden a un área de influencia según la distribución de los efectores de salud en el territorio.

Así en el CS C la adscripción es mayor al 100% de su población de cobertura. Ello podría atribuirse a dos motivos, según refieren dos personas del efector que hay sido entrevistadas. Entonces, por un lado, mencionan que personas de otros barrios sostienen la continuidad de sus cuidados en dicho CS (Administración 2, 2021); y por otro, señalan el sesgo del dato “adscripción” en función a la repetición de la carga de personas usuarias (nombre y DNI) en uno o varios efectores (Medicina general 2, 2021). Entonces, una misma

persona usuaria podría estar registrada dos veces, o más, en distintos efectores.

Por otro lado, el CS D tiene una adscripción que supera el 50% de su población de cobertura, mientras que, el CS A tiene un 70% y el CS B tiene casi el 80% de la población adscripta en relación con la cobertura poblacional. Todo esto podría indicar, por un lado, la referencia real de la comunidad a los centros de salud y, por otro lado, el compromiso de las personas trabajadoras en la sistematicidad de la carga de datos, lo que estaría en consonancia con los relatos obtenidos en la instancia de entrevistas.

En este sentido y, continuando con la construcción de reportes del SICAP, se presentan datos, por efector, donde se muestra el total de personas que tienen HC registradas en SICAP y, de éstas, cuántas corresponden a las personas adscriptas (Tablas N°7, 8, 9 y 10). Este dato permite construir información respecto del porcentaje de HC que están codificadas, numeradas y cargadas en el sistema informático. No obstante, de las narraciones obtenidas en las entrevistas, puede identificarse que, si bien hay una escasa cantidad de números de HC cargadas, no significa que no haya existencia de HC, sino que, este dato, da cuenta de la decisión de no cargar las HC en el SICAP (Medicina general 2, 2021).

Los datos recabados de ambos reportes son insumos para construir una primera aproximación al modo de producción del registro, según cada efector. Se parte de entender que una de las características del trabajo en salud es la capacidad que tienen las personas trabajadoras, a través de su libertad de acción, de pensar y producir procesos de trabajo, entre ellos el registro (Merhy, 2006).

Ahora bien, según SICAP, en el centro de salud C hay un total de 4.570 HC registradas y de éstas, 2.125 son de personas adscriptas al efector (Tabla N°13). Las personas usuarias que tienen HC representan el 46.5% sobre el total de adscripciones.

Tabla 13: PERSONAS USUARIAS CON HC Y PERSONAS USUARIAS CON HC ADSCRIPTAS AL CS C

Efactor: Cs C	TOTAL
Personas usuarias con Historias Clínica en el efector	4570
Personas con Historias Clínicas adscriptas en el efector	2125
Reporte – SICAP	
Reporte: Padrón de Personas Con y Sin Legajo Familiar y/o Historia Clínica	
Inscritos en Período: Sin Período de Tiempo Seleccionado.	
Reporte Generado 17/09/2021	

Fuente: elaboración propia según Sistemas Integral para Centros de Atención Primaria (SICAP).
Fecha de consulta: 17/09/2021.

En la Tabla N°14 se observa la cantidad de personas que cuentan con HC registradas en SICAP en el centro de salud D, las cuales suman un total de 4.715 y de las mismas 3.691 son de personas adscriptas al efector. Entonces, las personas usuarias que tienen HC representan el 78% sobre el total de adscripciones.

Tabla 14: PERSONAS USUARIAS CON HC Y PERSONAS USUARIAS CON HC ADSCRIPTAS AL CS D

Efactor: Cs D	TOTAL
Personas usuarias con Historias Clínica en el efector	4715
Personas con Historias clínicas adscriptas en el efector	3691
Reporte – SICAP	
Reporte: Padrón de Personas Con y Sin Legajo Familiar y/o Historia Clínica	
Inscritos en Período: Sin Período de Tiempo Seleccionado.	
Reporte Generado 17/09/2021	

Fuente: elaboración propia según Sistemas Integral para Centros de Atención Primaria (SICAP).
Fecha de consulta: 17/09/2021.

En la Tabla N°15 se muestra la cantidad de personas que cuentan con HC registradas en SICAP en el centro de salud A. Aquí solo se evidencia 1 HC registrada. Ello refiere a que las HC no están cargadas en el SICAP (Medicina General 1, 2021). Aquí es necesario recordar que, como se explicitó anteriormente, este dato según los decires de las personas trabajadoras, no debe interpretarse como ausencia de HC en el efector sino, que desde este CS se ha optado por un modo de registro que no contempla la carga numérica de las HC en el sistema SICAP.

Tabla 15: PERSONAS USUARIAS CON HC Y PERSONAS USUARIAS CON HC ADSCRIPTAS AL CS A

Efactor: Cs A	TOTAL
Personas usuarias con Historias Clínica en el efector	1
Pacientes con Historias clínicas adscriptas en el efector	1
Reporte – SICAP	
Reporte: Padrón de Personas Con y Sin Legajo Familiar y/o Historia Clínica	
Inscriptos en Período: Sin Período de Tiempo Seleccionado.	
Reporte Generado 17/09/2021	

Fuente: elaboración propia según Sistemas Integral para Centros de Atención Primaria (SICAP).
Fecha de consulta: 17/09/2021.

La Tabla N°16, muestra la cantidad de personas que cuentan con HC registradas en SICAP en el centro de salud B. En este caso, el número 0 indica que las HC no se cargan en el SICAP.

Tabla 16: PERSONAS USUARIAS CON HC Y PERSONAS USUARIAS CON HC ADSCRIPTAS AL CS B

Efactor: CS B	TOTAL
Personas usuarias con Historias Clínica en el efector	0
Personas con Historias clínicas adscriptas en el efector	0
Reporte – SICAP	
Reporte: Padrón de Personas Con y Sin Legajo Familiar y/o Historia Clínica	
Inscriptos en Período: Sin Período de Tiempo Seleccionado.	
Reporte Generado 17/09/2021	

Fuente: elaboración propia según Sistemas Integral para Centros de Atención Primaria (SICAP).
Fecha de consulta: 17/09/2021.

En cuanto a los reportes recientemente presentados, desde donde se obtuvo la cantidad de HC cargadas en el sistema SICAP, en cada CS se observa la diversidad en los modos de carga por efector.

Así, los datos arrojan que, en los CS C y CS D, el número total de HC cargadas es cercano a la cantidad total de población adscripta. No así en los CS A y CS B, donde la carga de HC en el SICAP es casi inexistente. Entonces, como se mencionó anteriormente, ello da cuenta de la heterogeneidad en el modo de cargar en el sistema. Una de las personas entrevistadas del CS B, refieren a este no registro de HC en SICAP y dice: “Acá se realizan las HC, se les asigna

un número para identificarlas y se las ordena alfabéticamente, pero eso no se anota en el SICAP. Son dos registros distintos para nosotros.” (Medicina general 2, 2021). Por otra parte, del relato de una persona surge la utilidad de cargar el número de HC en el SICAP, aludiendo a la posibilidad que ello otorga para “(...) ubicar con agilidad cada una de las HC”. (Administración 1, 2020)

Atento a los modos disímiles que adoptan las personas el registro en SICAP, siete personas entrevistadas refieren no haber tenido formación respecto a la utilización del sistema informático. Una de ellas explicita: “(...) te decían que había que cargar, pero no se nos explicó cómo, ibas preguntando y aprendiendo, no es difícil.” (Psicología 1, 2020). Así, quienes reseñan instancias formativas para el uso del SICAP relatan, por un lado, procesos colaborativos entre pares: “(...) cuando empecé me capacitó otra administrativa que hace un año que ya estaba, fui a su centro de salud y aprendí (...)” (Administración 2, 2021) y, por otro lado, desde el servicio de enfermería, se narran procesos formales y sistemáticos de capacitación. Las personas del servicio de enfermería, atribuyen la existencia de espacios a que fueron las/os enfermeros/as, quienes iniciaron a utilizar SICAP en los efectores de salud (Enfermería 1, 2021).

En vinculación con lo referido, Urra (2011) explicita que los sistemas de información están en proceso de constante construcción ya que, aunque la información esté accesible, el conocimiento requiere de la construcción de las personas y ello sólo tiene sentido cuando el sistema está en uso. Esto conlleva un proceso de formación, apropiación y significación de las personas trabajadoras y de los actores que participan en la producción de información y conocimientos.

Finalmente, se obtuvo un reporte del sistema SICAP que da cuenta del registro de atenciones en cada efector, discriminadas según los servicios que integran a cada centro. En las tablas siguientes, se visualiza el total de prestaciones registradas con y sin diagnósticos en un período de tiempo de seis meses: del 1/01/2020 al 30/06/2020 y del 1/01/2021 al 30/06/2021, en los cuatro efectores afectados a la muestra. Se consideran dos semestres a fin de poder comparar la carga entre el año 2020 y 2021.

En este punto, es necesario hacer mención y, una distinción, en relación con el servicio de enfermería ya que es el único que registra prácticas sin diagnósticos. Ante la pregunta sobre ello, las dos personas entrevistadas del servicio de enfermería refieren a que “(...) diagnósticos cargan los médicos, acá nosotras solo podemos poner las prácticas, porque realizamos prácticas.” (Enfermería 1, 2021)

En relación con esto, podrían problematizarse dos cuestiones, por un lado, la referencia a que, según lo enunciado, la única posibilidad de construir un diagnóstico es con las nociones categoriales del CIE10³⁵ (desarrollado en Capítulo IV), lo cual va en detrimento de los señalamientos trabajados por los autores que invitan a pensar construcciones diagnósticas integrales que incluyan a los determinantes sociales del proceso salud enfermedad cuidado (Lima Barreto, 2017). En este sentido, el servicio de enfermería narra y construye descripciones diagnósticas que atañen a condiciones sociales del proceso de cuidado, pero, de ello, no hay registro en el SICAP. En palabras de Enfermería 2 (2020), “(...) vienen a medirse la tensión y charlando con la gente te das cuenta que está mal porque se quedó sin trabajo y tiene la presión altísima, por ejemplo, pero cuando registramos solo ponemos la práctica se le hizo (...)” Estos decires dan cuenta de la producción de cuidados que se dan en el ámbito del encuentro relacional, siempre en acto (Franco & Merhy , 2017) y de ello no queda una inscripción.

Por otra parte, al observar el registro realizado desde el servicio de enfermería y oír sus relatos, se abre la reflexión respecto a la existencia actual del MMH (junto a otros paradigmas emergentes) desde el cual, refiere Granda (2004), el saber médico es el único válido. En este caso, el saber médico disciplinar es referenciado por el servicio de enfermería como el único válido para realizar

³⁵ Clasificación Internacional de Enfermedades- CIE-10 constituye uno de los estándares internacionales más usados para elaborar estadísticas de morbilidad y mortalidad en el mundo. El propósito de la CIE es permitir el registro sistemático, análisis, interpretación y comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países y en diferentes momentos. La clasificación permite la conversión de los términos diagnósticos, de palabras a códigos alfanuméricos que facilitan su almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información. Disponible en: <https://www.paho.org/es>

diagnósticos, según las coordenadas del CIE10, no así el saber de las personas que se han formado en enfermería.

Continuando con el proceso de registro, las personas trabajadoras señalan que el diagnóstico “(...) es un dato obligatorio y hay que ponerlo” (Medicina general 1, 2021). En este sentido, quienes integran el servicio de psicología, se permiten allí una pregunta vinculada a la complejidad de ubicar un diagnóstico prontamente. Mencionan la necesidad de “(...) construir el diagnóstico” (Psicología 1, 2020), haciendo alusión al proceso de entrevistas preliminares que anteceden la inclusión de una categoría diagnóstica. Por otra parte, avanzada la entrevista con una persona del servicio de medicina general (2021), surge la referencia a la insuficiencia de los códigos para “(...) describir algunos problemas que son complejos, porque no es solo que consume cocaína, es el entorno, el delito, todo (...)” (Medicina general 2, 2021).

Así, las reflexiones en torno a las construcciones diagnósticas podrían analizarse desde los aportes de la SC, pues desde allí se valorizan los diversos modos de vivir, enfermar y morir profundamente desiguales, atravesados por componentes sociales, históricos, económicos, culturales (Breilh, 2013). En este sentido, se abre una pregunta vinculada a si es necesario, en todos los casos, la inclusión de categorías diagnósticas clínicas. Asimismo, se podría habilitar un interrogante respecto a cómo construir diagnósticos a cuenta de pensar procesos de salud- enfermedad inscriptos en procesos sociales más amplios.

A continuación, se presentan los datos por efector de salud, donde se visualiza el total de prestaciones con y sin diagnósticos en un período de tiempo de seis meses: desde el 1/01/2020 al 30/06/2020 y del 1/01/2021 al 30/06/2021.

Centro de salud C

En el reporte del centro de salud C (Tabla N°17) se muestra que, durante el primer semestre del año 2020, se han registrado un total de 15.369

atenciones, de las cuales el 58% (8.923) fueron con diagnósticos registrados en SICAP y el 42% (6.446) restante sin diagnósticos registrados.

Aquí es importante considerar, según se explicitó recientemente, el influjo que tiene sobre los números totales, el registro sin diagnósticos del servicio de enfermería.

Tabla 17: TOTAL PRESTACIONES CON Y SIN DIAGNÓSTICO. PERÍODO DESDE: 01/01/2020 HASTA: 30/06/2020. CS C

Reporte – SICAP				
Total Prestaciones Con y Sin Diagnóstico				
Reporte: Total Prestaciones Con y Sin Diagnóstico				
Período Desde: 01-01-2020 Hasta: 30-06-2020				
Reporte por Efector: CS C				
Servicio: Todos los servicios				
Profesionales: Todos los profesionales				
Efector	Servicio	Atenciones con Diagnósticos	Atenciones sin Diagnósticos	Total Atenciones
CS C	CLÍNICA MÉDICA	15	0	15
CS C	MEDICINA GENERAL	8341	58	8399
CS C	PSICOLOGÍA	182	0	182
CS C	ECOGRAFÍA	0	65	65
CS C	KINESIOLOGÍA	385	0	385
CS C	ENFERMERÍA	0	6323	6323
		8923	6446	15369
Reporte Generado: 17/09/2021				

Fuente: elaboración propia según Sistemas Integral para Centros de Atención Primaria (SICAP).
Fecha de consulta: 17/09/2021.

El segundo reporte (Tabla N°18) informa que, en el CS C, durante el primer semestre del año 2021, se registraron un total de 12.642 atenciones de las cuales el 59% (7.464) fueron con diagnósticos registrados en SICAP y el 41% (5.178) restante sin diagnósticos registrados.

Tabla 18: TOTAL PRESTACIONES CON Y SIN DIAGNÓSTICO. PERÍODO DESDE: 01/01/2021 HASTA: 30/06/2021. CS C

Reporte - SICAP				
Total Prestaciones Con y Sin Diagnóstico				
Reporte: Total Prestaciones Con y Sin Diagnóstico				
Período Desde: 01-01-2021 Hasta: 30-06-2021				
Reporte por Efector C				
Servicio: Todos los servicios				
Profesionales: Todos los profesionales				
Efector	Servicio	Atenciones con Diagnósticos	Atenciones sin Diagnósticos	Total Atenciones
CS C	CLÍNICA MÉDICA	174	1	175
CS C	PEDIATRÍA	420	12	432
CS C	TOCOGINECOLOGÍA	321	1	322
CS C	NUTRICIÓN	30	5	35
CS C	MEDICINA GENERAL	5963	78	6041
CS C	ODONTOLOGÍA	1	0	1
CS C	PSICOLOGÍA	407	6	413
CS C	EXTRACCIONES LABORAT.	0	146	146
CS C	ECOGRAFÍA	0	69	69
CS C	KINESIOLOGÍA	120	40	160
CS C	ENFERMERÍA	16	4819	4835
		7464	5178	12642
Reporte Generado: 17/09/2021				

Fuente: elaboración propia según Sistemas Integral para Centros de Atención Primaria (SICAP).
Fecha de consulta: 17/09/2021.

En relación con los períodos seleccionados se observa, en el primer semestre del 2021, la incorporación de registros de nuevos servicios, estos son: nutrición, tocoginecología, pediatría, odontología, laboratorio. En función a ello, una persona trabajadora refiere: "(...) la pandemia hizo que se descentralice el recurso humano del hospital y mandaron profesionales a algunos CS, eso fue muy bueno. Estamos en discusiones para que se sostenga" (Medicina general 2, 2021)

Otra evidencia que reflejan los reportes es que, durante el año 2021, se generaron, en muchos servicios, menos registros de consultas que durante el año 2020. Los servicios que registraron menos consultas fueron: medicina general, enfermería y kinesiología. En cambio, el registro de psicología y clínica médica aumentó considerablemente la carga, en comparación al año 2020. Aquí una de las personas entrevistadas hace mención a que, efectivamente, los servicios de enfermería, kinesiología y medicina, repartieron su carga horaria entre el CS y el hospital local, por necesidades de servicios a fin de garantizar atenciones a personas afectadas por covid (Medicina General 2, 2021). Por otra parte, desde el servicio de psicología, se enuncia: “(...) vengo mejorando la carga creo que este año pude darle mayor valor, empecé a cargar.” (Psicología 1, 2020)

Centro de salud D

El reporte obtenido del centro de salud D, en el primer semestre del año 2020 (Tabla N°19) muestra que se registraron un total de 11.411 atenciones de las cuales el 27% (3.105) fueron con diagnósticos registradas en SICAP y el 73% (8.306) restante sin diagnósticos.

Tabla 19: TOTAL PRESTACIONES CON Y SIN DIAGNÓSTICO. PERÍODO DESDE: 01/01/2020 HASTA: 30/06/2020. CS D

Reporte – SICAP				
Total Prestaciones Con y Sin Diagnóstico				
Reporte: Total Prestaciones Con y Sin Diagnóstico				
Período Desde: 01-01-2020 Hasta: 30-06-2020				
Reporte por Efector: CS D				
Servicio: Todos los servicios				
Profesionales: Todos los profesionales				
Efector	Servicio	Atenciones con Diagnósticos	Atenciones sin Diagnósticos	Total Atenciones
CS D	PEDIATRÍA	792	4	796
CS D	MEDICINA GENERAL	1804	3	1807
CS D	TOCOGINECOLOGÍA	316	4	320
CS D	NUTRICIÓN	28	10	38
CS D	ODONTOLOGÍA	0	409	409

CS D	PSICOLOGÍA	20	0	20
CS D	KINESIOLOGÍA	145	1	146
CS D	ENFERMERÍA	0	7875	7875
		3105	8306	11411
Reporte Generado: 17/09/2021				

Fuente: elaboración propia según Sistemas Integral para Centros de Atención Primaria (SICAP).
Fecha de consulta: 17/09/2021.

Por otro lado, el reporte en el centro de salud D, obtenido del primer semestre del año 2021 (Tabla N°20) advierte que, se registraron un total de 9.970 atenciones de las cuales el 40% (3.957) fueron con diagnósticos registradas en SICAP y el 60% (6.013) restante sin diagnósticos.

Tabla 20: TOTAL PRESTACIONES CON Y SIN DIAGNÓSTICO. PERÍODO DESDE: 01/01/2021 HASTA: 30/06/2021. CS D

Reporte – SICAP				
Total Prestaciones Con y Sin Diagnóstico				
Reporte: Total Prestaciones Con y Sin Diagnóstico				
Período Desde: 01-01-2021 Hasta: 30-06-2021				
Reporte por Efector: CS D				
Servicio: Todos los servicios				
Profesionales: Todos los profesionales				
Efector	Servicio	Atenciones con Diagnósticos	Atenciones sin Diagnósticos	Total Atenciones
CS D	PEDIATRÍA	850	1	851
CS D	MEDICINA GENERAL	2093	5	2098
CS D	TOCOGINECOLOGÍA	637	2	639
CS D	NUTRICIÓN	103	0	103
CS D	SALUD MENTAL	7	9	16
CS D	ODONTOLOGÍA	0	513	513
CS D	KINESIOLOGÍA	267	2	269
CS D	ENFERMERÍA	0	5481	5481
		3957	6013	9970
Reporte Generado: 17/09/2021				

Fuente: elaboración propia según Sistemas Integral para Centros de Atención Primaria (SICAP).
Fecha de consulta: 17/09/2021.

En relación con los períodos seleccionados se observa que, en el primer semestre del 2021, no aparece el servicio de psicología ya que, la persona que allí trabajaba estuvo por algunos meses y se interrumpió su continuidad en el efector. Por este motivo, se incorpora el registro del servicio de salud mental. Este servicio representa la atención brindada y registrada por el equipo de salud mental DISER Rafaela (dispositivo descrito en Capítulo IV) que, durante el año 2020 y 2021, estuvo brindando acompañamiento al efector de salud D realizando atenciones a personas usuarias.

Se evidencia también que, durante el 2021, aumentó el registro de consultas y prácticas en comparación con el 2020. Solo el servicio de enfermería generó menos registro de prácticas en comparación al 2020, este último evento, refieren las personas entrevistadas, se condice con la asignación de una de las enfermeras a realizar tareas, durante la pandemia, en el hospital.

Centro de salud A

El reporte obtenido del CS A (Tabla N°21), informa que durante el primer semestre del año 2021 se registraron un total de 3.005 atenciones de las cuales el 38% (1.130) fueron con diagnósticos registrados en SICAP y el 62% (1.875) restante corresponde a atenciones sin diagnósticos registrados.

Tabla 21: TOTAL PRESTACIONES CON Y SIN DIAGNÓSTICO. PERÍODO DESDE: 01/01/2020 HASTA: 30/06/2020. A

Reporte – SICAP				
Total Prestaciones Con y Sin Diagnóstico				
Reporte: Total Prestaciones Con y Sin Diagnóstico				
Período Desde: 01-01-2020 Hasta: 30-06-2020				
Reporte por Efector: CS A				
Servicio: Todos los servicios				
Profesionales: Todos los profesionales				
Efector	Servicio	Atenciones con Diagnósticos	Atenciones sin Diagnósticos	Total Atenciones
CS A	MEDICINA GENERAL	808	43	851
CS A	ODONTOLOGÍA	261	1	262

CS A	PSICOLOGÍA	61	0	61
CS A	ENFERMERÍA	0	1831	1831
		1130	1875	3005
Reporte Generado: 17/09/2021				

Fuente: elaboración propia según Sistemas Integral para Centros de Atención Primaria (SICAP).
Fecha de consulta: 17/09/2021.

Durante el primer semestre del 2021 (Tabla N°22), se observa que hubo un total de 4.199 atenciones de las cuales el 62% (2.593) fueron con diagnósticos registrados en SICAP y el 38% (1.606) restante corresponde a atenciones sin diagnósticos registrados.

Tabla 22: TOTAL PRESTACIONES CON Y SIN DIAGNÓSTICO. PERÍODO DESDE: 01/01/2021 HASTA: 30/06/2021. CS A

Reporte – SICAP				
Total Prestaciones Con y Sin Diagnóstico				
Reporte: Total Prestaciones Con y Sin Diagnóstico				
Período Desde: 01-01-2021 Hasta: 30-06-2021				
Reporte por Efector: CS A				
Servicio: Todos los servicios				
Profesionales: Todos los profesionales				
Efector	Servicio	Atenciones con Diagnósticos	Atenciones sin Diagnósticos	Total Atenciones
CS A	MEDICINA GENERAL	2139	24	2163
CS A	ODONTOLOGÍA	345	0	345
CS A	PSICOLOGÍA	109	5	114
CS A	ENFERMERÍA	0	1577	1577
		2593	1606	4199
Reporte Generado: 20/09/2021				

Fuente: elaboración propia según Sistemas Integral para Centros de Atención Primaria (SICAP).
Fecha de consulta: 20/09/2021.

En relación con los períodos seleccionados se observa que, durante el año 2021, aumentó el registro de consultas y prácticas en comparación con el

2020. Solo el servicio de enfermería generó un menor registro de prácticas en comparación al 2020.

Centro de salud B

El reporte obtenido en el primer semestre del año 2020 (Tabla N°23) informa que se registraron un total de 2.772 atenciones de las cuales el 39% (1.071) fueron con diagnósticos registradas en SICAP y el 61% (1.701) restante corresponde sin diagnósticos registrados.

Tabla 23: TOTAL PRESTACIONES CON Y SIN DIAGNÓSTICO. PERÍODO DESDE: 01/01/2020 HASTA: 30/06/2020. CS B

Reporte – SICAP				
Total Prestaciones Con y Sin Diagnóstico				
Reporte: Total Prestaciones Con y Sin Diagnóstico				
Período Desde: 01-01-2020 Hasta: 30-06-2020				
Reporte por Efector: CS B				
Servicio: Todos los servicios				
Profesionales: Todos los profesionales				
Efector	Servicio	Atenciones con Diagnósticos	Atenciones sin Diagnósticos	Total Atenciones
CS B	MEDICINA GENERAL	593	3	596
CS B	ODONTOLOGÍA	0	275	275
CS B	CLÍNICA MÉDICA	450	2	452
CS B	NUTRICIÓN	28	12	40
CS B	ENFERMERÍA	0	1409	1409
		1071	1701	2772
Reporte Generado: 20/09/2021				

Fuente: elaboración propia según Sistemas Integral para Centros de Atención Primaria (SICAP).
Fecha de consulta: 20/09/2021.

Por otra parte, el reporte del primer semestre del año 2021 (Tabla N°24) señala que, se registraron un total de 2.744 atenciones de las cuales el 53% (1.454) fueron con diagnósticos registradas en SICAP y el 47% (1.290) restante sin diagnósticos.

Tabla 224: TOTAL PRESTACIONES CON Y SIN DIAGNÓSTICO. PERÍODO DESDE: 01/01/2021 HASTA: 30/06/2021. CS B

Reporte – SICAP				
Total Prestaciones Con y Sin Diagnóstico				
Reporte: Total Prestaciones Con y Sin Diagnóstico				
Período Desde: 01-01-2021 Hasta: 30-06-2021				
Reporte por Efector: CS B				
Servicio: Todos los servicios				
Profesionales: Todos los profesionales				
Efector	Servicio	Atenciones con Diagnósticos	Atenciones sin Diagnósticos	Total Atenciones
CS B	MEDICINA GENERAL	1157	19	1249
CS B	ODONTOLOGÍA	8	0	8
CS B	CLÍNICA MÉDICA	5	0	5
CS B	PEDIATRÍA	226	1	227
CS B	NUTRICIÓN	58	21	79
CS B	ENFERMERÍA	0	1249	1249
		1454	1290	2744
Reporte Generado: 20/09/2021				

Fuente: elaboración propia según Sistemas Integral para Centros de Atención Primaria (SICAP).
Fecha de consulta: 20/09/2021.

En relación con los períodos seleccionados se observa que, en el primer semestre del 2021, aparece el servicio de pediatría y se descontinúan clínica médica y odontología. En este sentido, una de las personas entrevistadas refiere a que, en el año 2021 comienzan a asistir al centro de salud personas trabajadoras que hacen la concurrencia de pediatría (Administración 1, 2020). Asimismo, comenta que, los servicios de clínica médica y odontología se trasladaron a otro efector del primer nivel de atención por necesidades de servicios. Este evento repercutió en la práctica del registro.

Se observa, además que, durante el 2021, aumentó el registro de consultas y prácticas en comparación con el 2020. Solo el servicio de enfermería generó menos registro de prácticas en comparación al 2020.

Respecto a la carga de las atenciones con sus diagnósticos, requisito necesario al momento de definir un registro completo, según la Resolución N° 1278/2011, en todos los efectores y tomando como eje temporal, el primer semestre del año 2020 y el primer semestre del año 2021, podría decirse que, de un año a otro, han mejorado notoriamente la carga de consultas con diagnóstico. Ahora bien, analizando los decires de Alazraqui et al. (2006), para abordar la lógica procesual de un SIS es necesario discutir sus procesos de producción y aplicación de información en salud. Con esta referencia sería oportuno pensar en la necesidad de reflexionar respecto a los sentidos y la utilidad de trabajar en mejorar el proceso de carga.

Por otro lado, comprando el registro de ambos semestres durante los años 2020 y 2021, en los CS C, D hubo una disminución del registro en el año 2021. En el CS C el registro de atenciones disminuyó un 18% y en el CS D, un 13 % en comparación al año 2020. En el efector D, la disminución condice, como se explicitó anteriormente, con el relato de tres personas entrevistadas, que hacen alusión a una reorganización del servicio de enfermería en contexto de pandemia. En este sentido, en todos los efectores del primer nivel, el servicio de enfermería lo integran dos personas y, por necesidad de servicio, una de ellas, fue reasignada en el Hospital General Dr. Jaime Ferré, impactando ello en la sumatoria final de atenciones. De esta forma, descontando enfermería, todos los servicios del efector D han aumentado el registro de atenciones.

Por el contrario, en los CS A y B el registro de atenciones aumentaron en el año 2021, respecto al primer semestre del año 2020. En el CS A, aumentó un 28% y en el CS B, el aumento fue del 1%. En el CS B, se observa que todos los servicios mejoraron la carga en SICAP, pero el aumento fue poco significativo porque el servicio de enfermería disminuyó considerablemente su registro, impactando en la suma total.

Por otra parte, en el año 2021, explicitan cuatro de las personas entrevistadas, hubo movilidad de servicios en los efectores del primer nivel de atención por necesidades que agendó la emergencia sanitaria. Por un lado, se incorporaron el registro de nuevos servicios, en el CS C: nutrición,

tocoginecología, pediatría, odontología, laboratorio. En el CS D, durante el año 2020 se anexaron servicios de nutrición y tocoginecología. En el CS A, psicología.

Asimismo, hubo servicios que en el año 2021 se descontinuaron, en algunos casos, por decisiones de reorganizaciones sanitarias y, en otros, por cese de contratación. Así, en el CS D, se suspendió psicología. En el CS B, se descontinuó clínica médica, odontología y la concurrencia de pediatría. Cabe aclarar que, durante el año 2021 se sumó al CS B el servicio de pediatría, pero se discontinuó en la actualidad.

Ahora bien, hasta aquí se describió el proceso de registro, a partir de los reportes que arroja el sistema SICAP, donde pareciera observarse cierta regularidad en la carga de datos respecto al qué registrar, esto es, prácticas, diagnósticos, datos filiatorios. En este sentido, el sistema propone un modo de ingreso de datos prefijados (detallados en la Tabla N°4).

Sin embargo y en vinculación con lo mencionado, ante la pregunta respecto de qué registran en el sistema, cada de las personas responde según las tareas diarias en sus servicios. El servicio de administración (2021), refiere a la carga de turnos para el armado de la agenda diaria de las personas de diversos servicios: psicología, nutrición, medicina general. En el caso de odontología (2021), es la persona de administración quien carga los códigos diagnósticos escritos en estas planillas, posterior a la atención. Las personas del servicio de medicina general (2021), nutrición (2021), y psicología (2020), mencionan cargar los diagnósticos de sus propias atenciones. Desde el servicio de odontología (2021), y psicología (2020), se menciona, además, cargar prácticas. Sin embargo, solo desde el servicio de psicología (Psicología 1, 2020 y Psicología 2, 2021), se hizo referencia al uso del apartado "observaciones." Finalmente, el servicio de enfermería (2020), explicita cargar únicamente prácticas.

Así, podría reflexionarse versando en la vinculación entre el proceso de trabajo y la informática. Alazraqui et al. (2006), afirman que el desarrollo de la informática en los últimos años ha permitido trabajar con volúmenes muy

grandes de datos e información, y asimismo, transmitirlos. En este sentido, destacan un avance en la resolución de problemas de orden normativo. Entonces, proponen analizar los sistemas de información desde dos procesos complementarios, uno relacionado con la producción y el otro con la aplicación de la información. En las entrevistas cuatro personas trabajadoras refieren a la posibilidad que otorga el sistema informático de consultar los datos sobre procesos de atención de personas usuarias “(...) en el momento que lo necesitan” (Medicina general 1, 2021). Del mismo modo, tres personas destacan la oportunidad que da la conectividad del sistema en red de servicios, habilitando un canal de comunicación entre los efectores de salud: “(...) con el SICAP, estamos todos conectados, si el paciente se atendió en otro centro vos entras al sistema y lo ves enseguida” (Enfermería 2, 2020). En palabras de las personas entrevistadas, hay una elaboración de datos que permiten obtener información sobre los procesos de cuidados y las prácticas de las personas trabajadoras en “(...) tiempo real.” (Medicina general 1, 2021)

No obstante, retomando la invitación de los autores a revisar la construcción de la información, podrían considerarse algunas limitaciones observadas en el proceso de registro en SICAP. Por un lado, Sy (2020), convoca a pensar al proceso de registro como una práctica social, cultural, aprendida e histórica. En contrapartida, a esto, en las entrevistas se evidencia que la práctica del registro no permite entamar el contexto de producción de la información (Medicina general 2, 2020 y Nutrición, 2021).

Ello vuelve a situar la discusión en el modo de pensar al proceso de trabajo y dentro de este al registro. Tobar (2017), advierte que es necesario construir procesos terapéuticos integrales según las necesidades de los grupos sociales. Vinculado a ello, las personas mencionan que, si bien todos y todas cargan datos, al momento de historizar procesos de cuidados, el SICAP resulta insuficiente. Así, una persona del servicio de medicina general enuncia “(...) todos cargamos ahí pero después si querés saber sobre la persona ténes que preguntar a quienes la atendieron.” (Medicina general 1, 2021)

La referencia última insta a cavilar en torno a la necesidad de construir conocimiento que, como mencionan Alazraqui et al. (2006), implica un

proceso de tipo hermenéutico. Ello deviene de la interpretación de la información realizada por las personas trabajadoras, en vinculación a sus saberes teóricos y experienciales. En la producción de conocimiento hay una apropiación de la información por parte de las personas. Así, según Alazraqui et al. (2006), generar conocimiento tiene un doble carácter, por un lado, está ligado a la producción (técnica) y, por el otro lado, hay una vinculación a la acción y a la constitución de las personas trabajadoras (pensamiento).

Finalmente, como expresan los decires de las personas entrevistadas, “(...) si querés saber sobre la persona ténes que preguntar a quienes la atendieron.” (Medicina general 1, 2021). Esta última referencia posibilita otra línea de reflexión en torno al sistema. Si bien hay una clara transmisión de información entre efectores, habría que pensar qué ocurre allí con los procesos comunicativos expropiados de intencionalidad. Se evidencia que hay personas que “(...) cargan datos” (Enfermería, 2, 2021) a modo normativo, pero se invisibilizan, como mencionan Alazraqui et al. (2006), sus intencionalidades y sus conocimientos derivados del análisis e interpretación de la información. Se hace menester convocar a la participación de las personas trabajadoras en espacios reflexivos donde el análisis y la interpretación de la información devengan en la construcción de conocimientos. Considerando, como uno de los fines priorizados, a la ampliación del acceso al conocimiento en salud de personas trabajadoras y de las comunidades. En este sentido se podría retomar la invitación de Merhy et al. (2016) en torno a pensar la integralidad como dispositivo que interroge lo cotidiano.

Ahora bien, con el objetivo de continuar entramando una caracterización del proceso de registro, se realiza una descripción del registro en HC a partir de la observación de HC en soporte papel y de los decires de las personas entrevistadas. En primer lugar, en cuanto a su construcción, en los documentos se pueden identificar recorridos varios en el proceso de registro, según los centros de salud y según las personas trabajadoras que registran, más allá del servicio al que pertenecen: “(...) la verdad es que cada uno acá

hace su registro, psicología escribe en sus HC, el médico me pide las carpetas, el odontólogo en sus fichas.” (Administración 1, 2020)

Así, cada uno de los CS tiene un modo singular de construcción de HC, en el efector C se menciona el uso de “carpetas familiares” (Medicina general 2, 2021) lo que incluye el registro de HCI de cada uno de los integrantes del núcleo familiar realizada por el servicio de medicina y el uso de HC aparte para el servicio de psicología. En el centro D explicitan, dos personas entrevistadas, trabajar con “fichas que circulan por los consultorios” (Nutrición, 2021), haciendo referencia a que el registro es compartido por las personas trabajadoras. No obstante, enuncia que “(...) si un día la ficha de un paciente la necesitamos dos profesionales, primero siempre anota el médico y después nos la pasa a nosotros, por eso a veces uno no llega a escribir” (Nutrición, 2021)

En lo que respecta al centro de salud A, las personas entrevistadas refieren el no registro en HC a excepción de una persona trabajadora del equipo. Finalmente, en el efector B, una persona menciona trabajar con “fichas” (Medicina general 1, 2021), con la salvedad de que cada profesional tiene las propias para registrar sus procesos de atención.

Como se puede visibilizar, la multiplicidad de registros- por CS y por servicio- pareciera ser una práctica recurrente tal como manifiesta una de las médicas generalistas entrevistadas: “Acá hay carpetas familiares, pero ahí escribimos los médicos, los otros tienen sus registros. El odontólogo sus fichas, la psicóloga sus HC, nutrición empezó a escribir en las carpetas familiares pero eso es reciente, y está bueno”. También una de las personas hace referencia a su experiencia particular: “(...) yo estuve en distintos centros, me capacité en uno y trabajo en otro, cada uno registra distinto. Tienen sus formas digamos, en uno me pedían que prepare las HC para los médicos, en el otro tenían sus HC en el consultorio.” (Administración 1, 2020)

Otra información relevante que deriva de las entrevistas es que al referirse a la categoría HC, no lo hacen desde un único sentido. Es decir, hay diversas ideas en torno a la comprensión de la noción de HC y ello surge en los relatos.

Para poder abordar estas distintas nociones resulta importante recuperar la definición de HC trabajada en el capítulo IV. La Ley nacional 26.529 (2009), en el artículo 12, define a la HC como el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que debe registrarse toda actuación realizada por profesionales y auxiliares de la salud, siendo obligatorio su uso para toda atención que se brinde en un efector de salud. En este sentido, el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe define, en la Resolución N° 1278/2011, a la HC como el conjunto de documentos que recoge toda la información de las atenciones en salud que se ofrece a las personas usuarias.

Si bien ambos marcos legales definen claramente lo que es una HC, de los relatos recuperados de las entrevistas se pueden identificar distintas formas de comprender y construir a las HC. Una de las personas entrevistada dice: “Armo una HC por cada paciente y las voy guardando en biblioratos bajo llave, son las HC del servicio de psicología” (Psicología 2, 2021). Asimismo, otra de las personas explicita “(...) acá cada uno tiene sus fichas que son las HC, algunos tienen el fichero en el consultorio y otros en la administración” (Medicina general 1, 2021). Dos personas describen a la HC acorde a lo enunciado por los marcos legales: “(...) tenemos HC, las guardamos ordenadas, están en administración y deberíamos escribir todos, están para eso, pero la realidad es que escriben solo los médicos.” (Medicina general 2, 2021)

Lo referido hasta aquí permite un acercamiento a la complejidad del proceso de registro dada, por un lado, por las particularidades de cada efector, cada servicio y cada persona y, por otro lado, por las construcciones de cada proceso de registro. Todo ello da cuenta de la imposibilidad de generalizar o pensar conclusiones transferibles en torno a los modos de registros, ya que estos son singulares y están materializados en cada una de las personas que los producen. Pensado en los postulados de Rivière (1987), él menciona que los aprendizajes conllevan un modo de comprender la realidad y son la suma de las historias/vivencias personales y el intercambio con otras y otros.

Si bien Rovere (2006), cavila en torno a las características de autonomía, responsabilidad y protagonismo que tienen las personas trabajadoras en

salud sobre los procesos de trabajo, menciona, además, que hay carencia de instancias de participación que subviertan el lugar a veces estanco de los/las trabajadores/as. Así, destaca la necesidad de reflexión en torno a los procesos de trabajo a fin de que el accionar de las personas sea valorado y la diversidad de saberes sean escuchados. Ello permitiría explicitar las intenciones de las personas, vinculadas al registro y generar consensos en sintonía con los lineamientos pronunciados por los marcos legales tendientes a regular el registro, por ejemplo, en las HC.

En cuanto a la revisión de HC, el procedimiento permitió una aproximación a conocer el estado de situación del registro en HC. Los hallazgos obtenidos, de ningún modo, pretenden ser insumo para concluir en ideas o generalizar hipótesis a partir de allí. Muy por el contrario, la información ha sido un aporte valioso para conocer el modo de registro en dichos documentos.

Al llegar a los efectores y solicitar las HC para observar, en todos los casos, se referencia el área de la administración. Allí hay dispuestos ficheros metálicos que contienen HC de las personas y familias atendidas en cada institución. En el exterior de cada fichero hay números y letras que configuran la ubicación de los documentos.

Las HC están ordenadas de modo alfanumérico, dando cuenta de la solemnidad otorgada al resguardo y conservación de éstas. Al interior de los ficheros se ubican carpetas oficio de cartulina que tienen en sus tapas la inscripción de los datos de las personas usuarias titulares de dichos documentos.

Cada carpeta contiene registros de las actuaciones realizadas durante los procesos de cuidado para con una persona y con su grupo familiar. De las HC observadas podría decirse que hay registros históricos, es decir, desde la consulta inicial de la persona, hasta la actualidad. Las carpetas contienen diversidad de registros, entre los cuales se encontraron: hojas blancas con evoluciones o seguimiento de los procesos de cuidado, plantilla de HCF³⁶,

³⁶ La HCF, hallada en los documentos, fue creada y socializada por la Residencia de Medicina General y Familiar del Hospital Regional Dr. Jaime Ferré, Rafaela.

fichas de control de niños y niñas de 0 a 5 años, informes de otros equipos solicitando intervención al efector, fotocopia de carnet de vacunas, fichas de seguimiento/control de embarazo, así como fotocopias de resultados de estudios complementarios.

A modo general, en todos los casos observados, en el registro en las HC se puede encontrar con claridad qué servicios registran y en qué fecha realizaron la intervención. Todos los servicios que participan en el entramado de la construcción escrita de la HC dejan constancia de ello mediante la inscripción de la firma personal, sello y fecha.

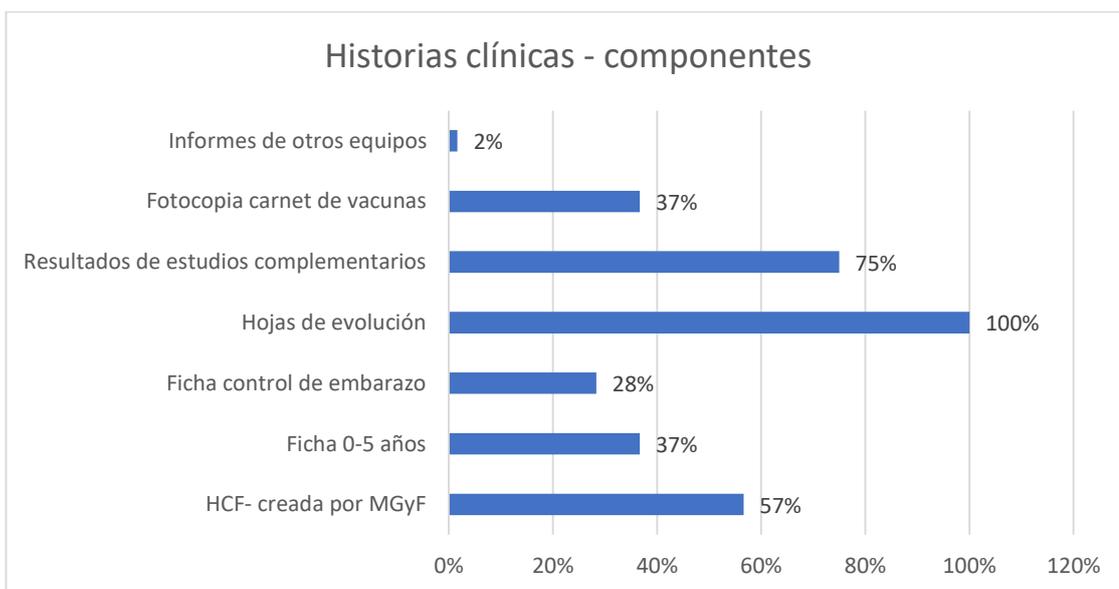
Asimismo, se observa que los procesos de registro minuciosos y exhaustivos refieren, mayoritariamente, a situaciones de salud vinculadas a controles en el embarazo, controles de niños y niñas de 0 a 5 años, cuidados a personas con diagnósticos de enfermedades crónicas no transmisibles como, por ejemplo, diabetes, hipertensión, obesidad. En estos procesos de salud-enfermedad, se encuentra un modo de registro detallado con inclusión de antecedentes familiares y personales, controles regulares, estudios complementarios anexados en las carpetas, fotocopias de carnet de vacunación, así como el registro de pedidos de interconsultas con otros servicios de mayor especificidad (obstetricia, neurología, psiquiatría, neonatología, por enunciar algunos). Este hallazgo se condice con los relatos de las personas trabajadoras pues mencionan que, incluso en pandemia, nunca se descontinuaron los procesos de atención de las personas con diagnósticos de enfermedades crónicas (Nutrición, 2021). Entendiéndose que estos procesos de salud- enfermedad son líneas de cuidados prioritarias para el primer nivel de atención (Enfermería 2, 2020).

Ahora bien, de las HC observadas, se podría decir que los registros no son homogéneos. Por un lado, si bien las carpetas tienen el nombre de la persona usuaria y el DNI en su tapa, dentro de las carpetas existe diversidad en cuanto al ordenamiento de los datos. De la totalidad de carpetas visadas (60 HC), el

70% (42 HC)³⁷ no sigue una cronología en el registro de las intervenciones. Hay carpetas que inician con el formulario de la HCF donde constan los datos de la persona usuaria y su grupo familiar, mientras que otras inician con hojas de evoluciones clínicas, o con resultados de estudios complementarios, con fechas no consecutivas, lo cual complejiza la reconstrucción del proceso de atención. El ordenamiento esperable de las HC, según lo que propone la Resolución N°1278/2011 debe ser cronológico y foliado, donde conste desde la primera hasta la última atención. Entonces, al momento de abrir una carpeta, se debería poder visibilizar una consecución de intervenciones que den cuenta de la historia de cuidados de una persona y las familias.

A continuación, el Gráfico N°2 presenta, en porcentajes, la documentación hallada en cada HC consultada.

Gráfico 2: HISTORIAS CLÍNICAS. COMPONENTES



Fuente: elaboración propia según observación de HC

Se observaron 60 HC y la totalidad de HC consultadas contienen hojas de evolución o de seguimiento. Allí se detalla la fecha de la consulta, el motivo de consulta, los síntomas que refiere la persona usuaria y la indicación de

³⁷ A continuación de cada valor indicado en porcentaje, se coloca, en paréntesis, los valores correspondientes a la cantidad total de Historias Clínicas que se corresponde con dicho porcentaje.

tratamiento. Asimismo, un porcentaje elevado de las HC, el 75% (45 HC), presentan fotocopias de resultados de pedidos de análisis clínicos complementarios, entre estos: laboratorios, radiografías. Del total de HC, el 57% (34 HC) contienen la planilla de HCF, producto de elaboración de las personas integrantes de la residencia en MGyF. La HCF facilita la visibilidad de los datos de los/las integrantes de una familia y colabora en la referencia a las características de la situación socioeconómica del grupo familiar. Si bien el marco normativo detallado en Resolución N°1278/2011, propone un formulario de HC, el acuerdo realizado desde los equipos de primer nivel de atención respecto del uso de la HCF confeccionada por la residencia, ha permitido la decisión de, adherir o no, al uso de dicha plantilla (Medicina general 1, 2021 y Medicina general 2, 2020). Por ello, hay carpetas que contienen HCF y hay carpetas que no poseen este documento.

Por otra parte, el 37% (22 HC) tienen fichas de control de niños y niñas entre 0 y 5 años y, en idéntica proporción, las HC contienen fotocopias de carnet de vacunas. El 28% (17 HC) de las carpetas consultadas tienen en su interior fichas que dan cuenta de los controles y cuidados en el embarazo. Respecto de los tres últimos documentos citados, es importante mencionar que están intervenidos por el servicio de enfermería. Finalmente, en una sola HC de las consultadas, se encontró como parte de su estructura, la inclusión de informes de un actor por fuera del sector salud, narrando una situación compleja y solicitando intervención al centro de salud. En las entrevistas, tres personas trabajadoras refieren a la recepción de notas e informes con pedidos de intervención desde otros equipos, pero solo una de ellas alude a la necesidad de incorporar dicha información en la HC de la persona usuaria, entendiendo ello como parte constitutiva de su proceso de atención (Psicología 1, 2020).

De las HC observadas puede señalarse que el servicio de medicina es quien mayoritariamente registra sus intervenciones. El 92% (55 HC) de las HC están escritas solo por el servicio de medicina general y el 8% (5 HC) restante tiene intervención, además, del servicio de psicología. El servicio de odontología no registra en las HC, aunque sea uno de los apartados que contempla la plantilla de HC enunciada en la Resolución N°1278/2011. El servicio de enfermería

anexa a las HC fotocopia de carnet de vacunas y fichas donde se registran los controles de niños y niñas de 0 a 5 años y controles de embarazo. El 70% (42 HC) de las carpetas tienen en su interior fotocopias de documentos que dan cuenta del registro de enfermería, estos documentos están fechados hasta el año 2012 posterior a esa fecha no se encontraron documentos del servicio de enfermería. En función a ello hay una referencia en las entrevistas donde, desde el servicio de enfermería se menciona que “(...) ahora todo está en SICAP.” (Enfermería 2, 2020)

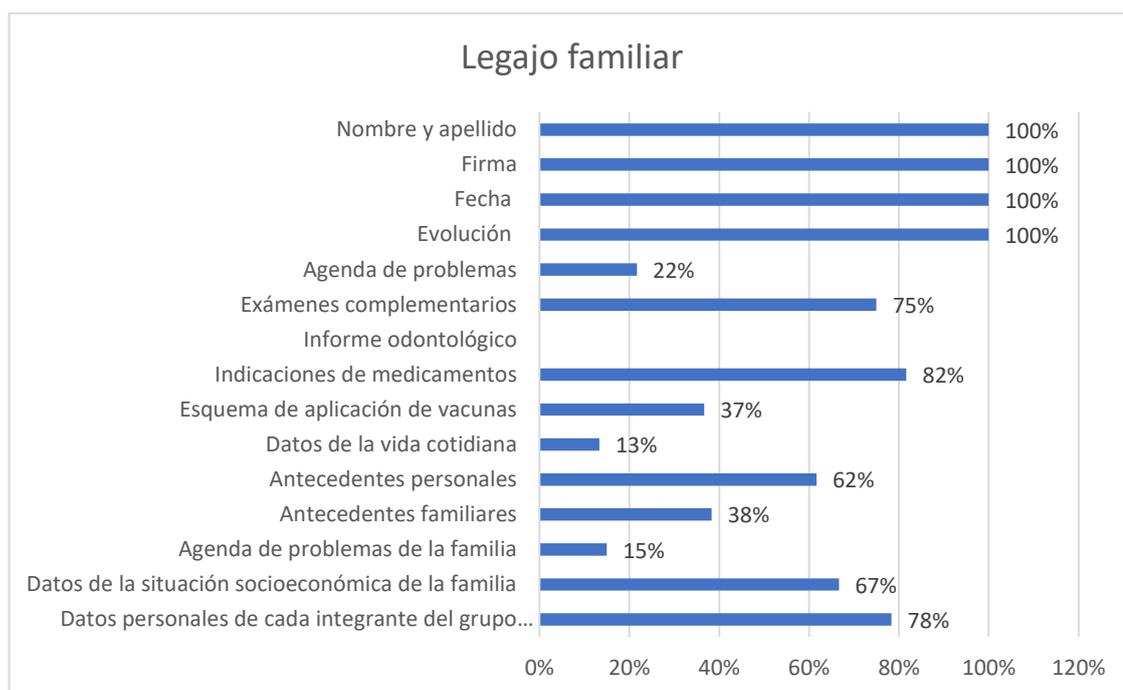
En las HC consultadas, el registro de actuaciones médicas en comparación al registro de otros servicios permite la reflexión respecto de la pregnancia del discurso médico por sobre otras voces (Granda, 2004). Ello se evidencia también, en los decires de las personas entrevistadas pues hacen referencia a que “(...) en las HC escriben mayormente, los médicos (...).” (Medicina General 2, 2021)

Esto ocurre también en el completamiento de las HCF, ya que los datos de las personas que consultan y los de su grupo familiar, en todos los casos, están registrados por el servicio de medicina general. La apertura de HCF y el completamiento de los datos (nombre y apellido, documento nacional de identidad, fecha de nacimiento, N° de HCI, equipo de referencia y Familiograma) son inscriptos en el documento por la figura médica.

Aquí, cabe la reflexión respecto al proceso de registro y su atravesamiento por distintas lógicas instituyentes, como ocurre en todo proceso de trabajo en salud (Franco y Merhy, 2016). Por un lado, se evidencia de la observación de HC, un insipiente intento de registro de algunas personas trabajadoras, que da cuenta de los problemas de salud-enfermedad-cuidado de una población, imbricados en procesos sociales más amplios (Buriyovich, 2011). Sin embargo, siguiendo a (Menéndez, 2020), también se vislumbra la coexistencia de un registro caracterizado por inscripciones predominantemente biológicas, teñidas de pragmatismo e individualismo, centradas en la atención de la enfermedad.

A continuación, a fin de profundizar en lo mencionado, se presentan en el Gráfico N°3 los datos requeridos por el LF o la HCF, según Resolución N°1278/2011 y el porcentaje de datos completos en cada uno de los ítems. Estos datos se buscaron en cada HC consultada.

Gráfico 3: LEGAJO FAMILIAR³⁸



Fuente: elaboración propia según observación en HC

La variabilidad del registro es amplia. En este sentido, los datos que propone el LF o HCF como ítems a indagar, no se observan detallados del modo en que lo solicita dicho documento, entonces, de las lecturas de HC, se buscó exhaustivamente, el registro de estos datos.

Así, en la consulta de las HC se intentó hallar cada uno de los campos (datos) que propone la planilla de LF según Resolución N° 1278/2011. Para lograr dicha tarea, se construyó un instrumento de recolección de datos (presentado en Anexo 3) a partir de la observación de HC.

A continuación, se describen los resultados más relevantes. Los primeros datos que solicita el LF son: nombre y apellido de la persona usuaria, firma y

³⁸ Cada uno de los campos del Legajo Familiar se detallan en el Capítulo IV.

fecha de servicio interviniente y evolución de la situación de salud, estando en su totalidad completos. En el 82% (49 HC) de HC se registran indicaciones de medicamentos como parte del tratamiento. En cuanto a los datos personales de cada integrante de la familia, el porcentaje de registro es del 78% (47 HC), ya que se encontraron HCF donde solo se mencionaban los datos de la persona consultante, sin considerarse el registro de los integrantes de la familia, es decir, se menciona, por ejemplo, a la madre u otro familiar, pero no constan esos datos en el documento. Por otra parte, el 75% (45 HC) de las HC registran pedidos y resultados de exámenes complementarios.

Respecto de los datos socioeconómicos de las familias, el 67% (40 HC) hace mención, o alguna referencia a este dato. En tanto a los antecedentes personales, el 62% (37 HC) de las HCF refiere a ellos y el 38% (23 HC) describe antecedentes familiares. En un 37% (22 HC) de los documentos se observan las fotocopias de carnet de vacunas.

La construcción de una agenda de problemas aparece en un bajo porcentaje, ya que solo el 22% (13 HC) la menciona y registra problemas de salud-enfermedad a considerar y priorizar. De igual modo, el 15% (9 HC) de las HC menciona una agenda de problemas familiares.

Respecto de los datos de la vida cotidiana (información sobre el sueño, actividad física, alimentación, consumo de sustancias), se halló que en el 13% (8 HC) de las HC se hace referencia a ellos. En el campo de informe odontológico, el registro es de 0%.

A modo de enunciar señalamientos comunes, el servicio de medicina general, habitualmente, registra categorías diagnósticas, detalla los síntomas y concluye con la indicación médica, la cual suele ser: interconsulta, tratamiento farmacológico, pedido de estudio complementario, y, en pocos casos, la asignación de un próximo turno programado.

En los casos en que se observa el registro de psicología, se hace referencia a aspectos nodales del encuentro con la persona usuaria, se registran algunos decires de las personas que aparecen entrecomillados y en algunas situaciones, se menciona el pedido de interconsulta con el servicio de

psiquiatría y/o neurología. Se observó, además, el registro de prácticas tales como visitas domiciliarias y reuniones intersectoriales, mencionando como actores integrantes de dichas reuniones a: equipos territoriales municipales, equipo de niñez, equipo de género a las escuelas barriales y a las vecinales. En una de las HC se observa la inclusión de un informe, dirigido al equipo de salud, proveniente del equipo municipal de niñez, informando sobre un caso y solicitando un turno de psicología.

De la revisión de HC y de los relatos de las personas entrevistadas, se destaca la coexistencia de diversas prácticas, algunas de ellas con un carácter clínico, centradas en la referencia diagnóstica e indicaciones de tratamiento. Asimismo, aparecen huellas de prácticas de tipo comunitarias y con propuestas de acción por fuera de los espacios instituciones tales como visitas domiciliarias y visitas a un asentamiento irregular cercano. En este sentido, en seis entrevistas, se hace mención a la discontinuidad de estas intervenciones por las restricciones adoptadas en pandemia. La diversidad de prácticas se identifica en los relatos y convive, aún, al interior de una misma HC.

De la observación del registro en las HC, puede decirse que se ha constituido en un documento utilizado, mayoritariamente, por el servicio de medicina. Esto, en algunos casos, según sea la profundidad de dicha escritura, permite leer la historia de cuidados de las personas y las familias y en otros, solo se observan intervenciones vinculadas al accionar médico con inscripciones de controles, descripciones de síntomas e indicaciones de tratamientos. En este sentido, se vislumbran intervenciones en las HC desde saberes disciplinares, quedando por fuera la voz de otros saberes, en este caso, el saber de las personas usuarias.

Respecto a la inclusión de voces de personas usuarias, desde el servicio de psicología se describe el registro de los decires textuales de las personas y, en una de las entrevistas, una persona menciona trabajar con la práctica del consentimiento informado (Medicina general 2, 2021).

En este sentido, Montero (2005) medita en torno a la participación como la construcción de un proceso organizado, colectivo e incluyente. Refiere que en

este proceso hay actores diversos que se diferencian según las tareas que realizan y sus grados de compromiso con la totalidad del proceso. De la participación, afirma, deriva el reconocimiento de que, en el trabajo con otros y otras, coexisten diversos saberes los cuales deben ser tomados en cuenta. Si bien la admisión de tales condiciones enriquece el intercambio, la autora sostiene que también, son fuente de conflicto pues, los procesos de trabajo con otros/as son intrínsecamente complejos.

Como se deja entrever hasta aquí, los modos de organización de los servicios de salud contienen y traducen, una determinada conceptualización propia respecto al Psec que, como señala Sousa Campos (2001), no son obra de la casualidad, sino, más bien, son la resultante de una compleja trama de intereses, pautas y valores dominantes en un momento sociohistórico dado.

En este sentido, al generar un acercamiento al proceso de registro, se vislumbra que, no solo cohabitan diferentes instrumentos, sino, además, coexisten registros heterogéneos que inscriben, en sí mismos, diversas concepciones de salud, enfermedad y cuidados. Dentro de ellas, se evidencian prácticas de atención que bregan por cuidados integrales e integrados y prácticas de tipo individual que no posibilitan un seguimiento integral, continuo y contextualizado de los problemas de salud de una comunidad.

Hasta aquí podría afirmarse que, desde los equipos de salud, se genera gran caudal de datos. Ahora bien, uno de los tópicos que invita a seguir reflexionando, versa en torno a cómo construir HC desde el enfoque de la SC, que permita trascender una construcción desde modelos biológicos y habilite a problematizar y profundizar la relación entre los Psec y sus determinantes sociales (Breilh, 2013). Para ello, las inscripciones de los procesos de cuidados deben ser necesariamente ancladas a los procesos históricos y sociales que les han dado origen (Laurell, 1981).

Finalmente, de la observación documental y de las narraciones de las personas, se evidencia la necesidad de insistir en la producción de una única herramienta de registro que compendie las acciones de todas las personas

trabajadoras, tal como proponen los marcos legales que regulan la práctica de escritura en HC (Ley 26.529, 2009).

Procedimiento en la construcción del proceso de registro

6.2.1 Historia del registro en SICAP según narraciones de las personas trabajadoras

Los sistemas de información en salud (SIS), siguiendo a Urra (2011), son creados con el propósito de dar respaldo a los sistemas de salud para los cuales fueron diseñados. Son construcciones humanas, sociales e históricas y por esto, no pueden ser extrapolados o usados desconectados de la realidad y contexto de creación.

Así, al momento de describir el proceso de registro dos personas trabajadoras del servicio de enfermería hacen alusión a los inicios de la implementación del SICAP, allí por el año 2010. Mencionan que históricamente, el registro era manual y ello aparejaba algunas dificultades en comparación con las ventajas que ha traído el sistema informático. Argumentaron que podrían identificar un “antes” y un “después” de la carga de datos en SICAP. Entonces cuentan que el sistema permitió unificar la información y dejar de lidiar con “perdidas” de papeles, haciendo alusión a que hubo desmembramiento y extravíos de algunos registros, o parte de estos. (Enfermería 2, 2020)

Una de las enfermeras refiere: “Cuando en el centro de salud empezamos a usar SICAP, fue otra cosa. Antes era todo manual. Hará seis años de eso y me acuerdo de que antes de SICAP era un desastre, todo estaba en papel entonces se perdía un papel y chau, perdías todo. El SICAP nos solucionó la vida” (Enfermería 2, 2020). En este sentido, otra trabajadora expresa: “Para nosotros fue un antes y un después con SICAP, antes teníamos el doble de trabajo, bah, el triple o más. Hacíamos todo manual, incluso hay registros que se perdieron.” (Enfermería 1, 2021)

En este marco, ambas trabajadoras recrean la historia del proceso de implementación del SICAP. Mencionan que, en sus inicios, el sistema fue utilizado sólo desde el servicio de enfermería y, progresivamente, se extendió a otros servicios. Entonces una enfermera expresa: “SICAP se implementó en el 2010. Antes no había registros informáticos. Al principio era solo para

enfermería, fue difícil, nosotras no entendíamos, nos daba miedo hasta prender la computadora.” (Enfermería 1, 2021)

Significan dicho proceso como un “tiempo de cambio”, de “miedo ante lo nuevo”, de “aprendizajes”, pero también como un “proceso compartido” aludiendo al encuentro con otras personas del servicio de enfermería. Así, recuerdan instancias de capacitaciones e identifican anécdotas calificadas como “inolvidables” de aquel tiempo (Enfermería 1, 2021 y Enfermería 2, 2020).

En este sentido una trabajadora menciona que: “(...) fue un cambio, contábamos vacunas con palotes. Poníamos 9 palitos y cuando llegábamos a la vacuna 10, hacíamos el palito atravesado los anteriores. (...) había enfermeras que desconocían qué era una computadora, no querían tocarla por miedo a romperla.” (Enfermería 1, 2021)

En consonancia con este relato, otra de las personas del servicio de enfermería recuerda: “(...) son inolvidables los comienzos, las enfermeras íbamos a capacitarnos en contra turno, íbamos a una escuela, a un aula llena de computadoras. Nos divertíamos y nos ayudábamos. A veces no nos salía nada, era frustrante, pensá que hacíamos todo a mano.” (Enfermería 2, 2020)

A modo de reflexión, estos relatos convocan a reafirmar que, como menciona Urra (2011), los SIS son una construcción vinculada a procesos sociales e históricos que se materializan en los procesos de trabajo, recreados por las personas implicadas en ellos.

Por otra parte, resulta interesante recuperar las ideas de Minayo (2012) quien refiere que, una persona comprometida con su tarea, es aquella que forma parte de la definición del propio proceso de trabajo. En este sentido, es oportuno citar una de las reflexiones que surge de las entrevistas: “que decirte, las enfermeras iniciamos el SICAP, fuimos el caballito de batalla, no, no es eso... cómo se dice cuando experimentan, ah conejillo de india (risas) nosotros lo mamamos por eso siempre somos las que defendemos la carga, hay que cargar todo.” (Enfermería 2, 2020)

6.2.2 Tipos de registro

Como se mencionó anteriormente, ante la pregunta sobre el registro, en diferentes momentos de los relatos, surge alguna referencia en torno a “tipos de registros” (Medicina general, 1, 2021) que cada persona realiza. En relación con los soportes de la carga, las personas trabajadoras diferencian dos tipos. Por un lado, ubican al soporte en papel y aquí mencionan a las HC, ficheros activos de vacunas para niños/as y ficheros para anticonceptivos; cuadernos personales; agenda diaria; planilla de entrega de medicamentos a personas con diagnósticos de enfermedades crónicas de salud y, por otro lado, identifican el soporte digital, aquí todas las personas de modo unánime, remiten al SICAP.

En las entrevistas, las personas, seleccionan categorías que son esclarecedoras al momento de describir al registro. Así, por un lado, una trabajadora refiere al registro “formal e informal” y dice: “(...) como psicóloga tengo la costumbre de tener registro de las personas que atiendo. Cargo en SICAP y hago HC que sería el registro formal. Después, tengo mi propio registro personal de las notas que tomo en mi cuaderno, de carácter informal.” (Psicología 1, 2020)

Por otro lado, otra de las personas entrevistadas hace una escisión entre “registro papel y registro en computadora” y en ese sentido, dice: “por ahí la médica vio al paciente y yo no llegué a preguntarle entonces puedo ir a ver a los dos registros, al registro papel o al de la computadora.” (Nutrición, 2021)

Siguiendo con la construcción de categorías vinculadas al registro, surge una distinción marcada entre “registro de enfermería y registro del resto del equipo”, aquí quien menciona ello refiere a que, desde su lectura, el servicio de enfermería trabajaría “por fuera” (Medicina general 2, 2021), de los procesos que vienen dándose al interior del equipo de salud. Entonces, desde el servicio de medicina general se manifiesta “(...) otro tema es el registro de enfermería versus el del resto del equipo. Enfermería jamás va a registrar en una HC y podrían hacerlo”. A partir de este señalamiento podrían considerarse dos ejes para la reflexión. Por un lado, la pregunta por el lugar que se le otorga

a enfermería en el proceso de registro colectivo y, por otro, analizar la posición asumida por el servicio de enfermería respecto a la práctica de registro.

En sus relatos, las personas del servicio de enfermería, mencionan que registran en el SICAP, en ficheros calendarios y que realizan completamientos de carnet de vacunas, quedando fuera de la escritura en las HC compartidas por el equipo. Sin embargo, las personas trabajadoras de otros servicios señalan que resultaría interesante que el servicio de enfermería realizase intervenciones en las HC compartidas. Esta discusión visibiliza la necesidad de sistematizar instancias participativas de encuentro y reflexión sobre los procesos de trabajo, al interior de cada equipo.

De este modo, podría pensarse que los procesos de escritura en salud no se constituyen desde una perspectiva homogénea, sino entre saberes diversos. Saberes que no deberían buscar ser protagonistas unos sobre otros sino, más bien, democratizar el poder y, así, generar prácticas que corran el límite de lo posible (Ferrandini, 2011). Entonces, vuelve con insistencia la imperiosa necesidad que explicita Urra (2011), de pensar a la construcción de información, su uso y análisis como parte de la cultura del proceso de trabajo integral que realizan las personas trabajadoras.

Finalmente, hay una mención al registro mediado por la aplicación de WhatsApp³⁹. Aquí aparece una referencia respecto a que los pedidos de interconsultas, se realizan priorizando vínculos informales y personales en la red de salud a través de “mensajes de WhatsApp” (Medicina General 2, 2021). En este sentido una trabajadora expresa “(...) un registro no reconocido, pero en total uso, es el que todos hacemos desde WhatsApp. Ahí se apela a los amiguismos y contactos que tenés en el hospital o en la zona y ahí hacés la interconsulta más ágil. Ahí el único registro es tu historial de conversación.” (Medicina general 2, 2021). Ante la pregunta sobre esta afirmación última, se menciona que no existe la sistematicidad de registrar lo convenido, a través

³⁹ WhatsApp es una aplicación de mensajería instantánea para teléfonos inteligentes, lanzada en el año 2009. La aplicación permite enviar y recibir mensajes mediante internet, así como imágenes, vídeos, audios, grabaciones de audio (notas de voz) y documentos. Disponible en: <https://www.whatsapp.com/>

de la aplicación digital, en la HC de la persona usuaria. Ello vuelve a instalar la pregunta respecto de la legitimidad e institucionalidad del proceso de registro, y la importancia, como mencionan Franco y Merhy (2016), de que los procesos de trabajo tengan, en sí mismos, fuerza instituyente de generar prácticas creativas. En este sentido, se podría abrir la pregunta respecto de cómo incorporar la práctica del registro en WhatsApp, al registro de los procesos de cuidado de una persona usuaria.

Entonces, si pensamos en procesos de producción de actos de salud “usuarios- centrados” (Franco y Merhy, 2016), debería primar el derecho de las personas usuarias a contar con HC donde se inscriban cada una de las actuaciones que constituyen a sus Psec.

De los relatos puede pesquisarse cómo, la diversidad en los tipos de registro, es concatenada al modo de interpretarlos y a la construcción de la práctica del registro dada a lo largo de la historia. Historia signada por el trabajo desde el encuentro vincular y, al mismo tiempo, historias institucionales atravesadas por políticas públicas de salud y por transformaciones en la configuración interna de cada efector.

En este punto, deviene pertinente remitir a la noción procesual que teoriza Rivière (1999), ubicando al aprendizaje como una situación de cambio que se produce como parte de la interacción con otros y otras. El autor menciona que todo proceso conlleva en sí mismo, una tarea y que produce transformaciones subjetivas: sujetos productores y producidos. Finalmente, enuncia que los procesos son en una trama histórica, las personas construyen conocimiento en un momento y, a partir de la propia experiencia, se reelabora y se vuelve a ordenar en la dialéctica entre el presente y la historia.

6.2.3 Momentos del registro

Partiendo de comprender a la escritura como proceso donde es necesario un tiempo de elaboración (Feldman, 2019), se invitó a las personas a relatar el propio proceso de registro. De ello surgió, en la totalidad de las entrevistas, la referencia al registro de prácticas y/o atenciones en el momento de la consulta

ambulatoria (Medicina general 1, 2021) y en “(...) la ventanilla de la admisión” (Administración 1, 2020). En cada una de las narraciones se hizo alusión al registro en el momento de “(...) encuentro con el paciente, durante la consulta.” (Medicina general 1, 2021)

Ahora bien, las personas entrevistadas han podido identificar en qué momento de la consulta realizan la práctica del registro. Entonces, una persona planteó que registra en SICAP, posterior a la consulta con la persona usuaria y en la HC durante la entrevista “(...) para no olvidar datos” (Nutrición, 2021). Así, dos personas mencionan que cargan en SICAP y en la HC, durante la consulta. Por otro lado, tres personas hacen referencia al registro en SICAP al finalizar el día, pero remarcan ir registrando en HC en simultáneo a la atención. Asimismo, una persona menciona que carga en SICAP, preferentemente, los días viernes, sin embargo, enuncia registrar diariamente en las HC. Por otra parte, una persona señala que el registro en SICAP “(...) se lo realiza la administrativa” (Odontología, 2021) y que ella completa la Planilla Única diaria, en forma manual, al culminar cada atención. Finalmente, las dos personas del servicio de administración refieren a la carga en SICAP durante la asignación de los turnos.

Cada una de las personas trabajadoras identifica los motivos que justifican las diversas elecciones en cuanto al momento de la carga. Cinco refirieron realizar el registro posterior a cada consulta o al finalizar el día de trabajo, en este sentido mencionan priorizar el tiempo de diálogo con las personas usuarias reflexionando en que quizá la acción del registro interrumpiría la escucha y el intercambio. En palabras de una trabajadora del servicio de psicología: “(...) escribo cuando la persona se va, me gusta estar enfocada en el relato, si voy escribiendo me pierdo el encuentro.” (Psicología 1, 2020)

En este marco podrían considerarse los análisis de Freud (1912), quien refiere al relato clínico como género particular, y deja una guía orientadora para pensar el proceso de registro en la clínica. Allí, dirá que no recomienda, en el curso del encuentro, tomar extensas notas. Menciona que mientras se toman apuntes en presencia del analizante, inevitablemente, se realiza una sesgada selección de material. Refiere a que mantener la atención flotante debe servir

para ceder la escucha al inconsciente y dar lugar a la latencia en la significación. Por ello sugiere postergar la escritura durante el encuentro con el analizante y realizar el historial clínico en el marco de una escritura, siempre posterior.

Por otra parte, las dos personas que refieren realizar un registro simultáneo al momento de la consulta mencionan que es el modo que han encontrado para no olvidar ningún dato. Entonces, una de ellas dice: "(...) cargo enseguida, así ya está. Se va un paciente y terminaste digamos. Además, si no anoto en la consulta me olvido todo" (Medicina general 1, 2021) De esta narración podría señalarse la función del registro como inscripción de una memoria del encuentro con las personas (Nutrición, 2021). Aquí Freud (1900), en *La Interpretación de los Sueños*, introduce el primer esquema del aparato psíquico y los tres sistemas que conforman la primera tópica: el consciente, el preconsciente y el inconsciente. Para ello, se vale del modelo del arco reflejo que tiene un extremo sensorial, que recibe las percepciones, pero carece de memoria, y un extremo motor que controla la motilidad. Identifica una dirección con un carácter progrediente; los procesos psíquicos transcurren del extremo sensorial al motor. Así es que, de las percepciones que se reciben queda una huella, una alteración permanente, que Freud denomina Huella Mnémica, cuya función es la memoria y es la base de la asociación. En este sentido, el acto del registro permitiría justamente, la construcción de una huella a fin de construir memoria.

Asimismo, estas dos personas hacen mención a la escritura como necesidad de cumplimentar con el proceso de trabajo (Nutrición, 2021). Aquí los relatos parecieran ligar al registro con un proceso normativo. En función a ello, Good (1994) convoca a pensar que la práctica del registro no tiene como única finalidad la transcripción de la realidad (de una persona usuaria) a modo normativo de completamiento de datos a fin de dar evidencia de una atención sino que, en tanto práctica formativa, guía, condiciona y moldea la tarea de las personas trabajadoras.

En otro sentido, la persona que menciona realizar el registro en SICAP los viernes justifica su accionar en que no llega con toda la tarea de la semana. A pesar de esto, refiere escribir, a diario, en las HC y asignar un tiempo semanal a la carga en SICAP. Aquí es menester continuar reflexionando en torno a la práctica del registro como acto instituido al interior de los procesos de atención y cuidado (Merhy, 1997).

Finalmente, las personas del servicio de administración dan cuenta de que su tarea es, en esencia, el registro. Así, identifican entre sus labores a la carga de turnos, de medicamentos y pedidos de insumos. Por ello destacan al proceso de registro, incluso por encima de otras acciones y refieren a la carga de datos como "(...) lo más importante en sus funciones." (Administración, 2, 2021)

En relación con la práctica de carga en SICAP, nueve de las personas entrevistadas refieren cargar sus propias atenciones en el sistema; mientras que una persona delega la función de carga al servicio de administración, destacándose en este caso que esta acción se relaciona con la falta de computadora en el consultorio. Entendido a la salud como una trama de procesos de cuidado atravesada por múltiples determinantes sociales (Laurell, 1981), es que podría pensarse cómo la falta de recursos económicos (en este caso computadora) incide notablemente en la producción del proceso de trabajo, ya que una de las personas trabajadoras ve obstaculizado el proceso de construcción de cuidado por no acceder, por sí misma, a realizar las inscripciones de sus prácticas en el sistema de registro.

Finalmente, de las entrevistas puede notarse la pluralidad al interior de cada proceso de registro. En este sentido, la referencia al momento en cuál se realiza la práctica del registro, constituye una viñeta dentro del entramado del proceso. Ello permite vislumbrar, como refieren Franco y Merhy (2016), que el trabajo en salud se produce en acto, esto es que, el producto del trabajo solamente existe durante su producción y para las personas directamente involucradas en el proceso. Merhy (1997), plantea que la potencia del trabajo vivo, entendido como proceso realizado por las personas, tiene, de manera intrínseca, el atributo de la libertad. De todos modos, es necesario conocer

qué justifica cada decisión en el proceso de trabajo, por ello se destacan, de las entrevistas, criterios diversos que motivan a las acciones.

Hasta aquí es importante destacar que, si bien en los procesos de cuidado hay posibilidad de libertad e inventiva, también existen marcos legales, políticas en salud y lineamientos instituciones que regulan el accionar de las personas trabajadoras en salud.

6.2.4 La ética del registro: el tema del secreto profesional y el consentimiento informado

Respecto al trato de la información en salud de las personas usuarias, como se enuncia en el Capítulo IV, la Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326 (2000) refiere al deber de la confidencialidad. Explicita que las personas que intervengan en cualquier fase del tratamiento de datos personales están obligadas al secreto profesional (Ley 25.326, 2000). Asimismo, el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la Argentina dice que los/as profesionales psicólogos/as tienen el deber de guardar secreto asegurando la confidencialidad para proteger la seguridad y dignidad de las personas (Fe.P.R.A, 2013).

En esta línea, las personas trabajadoras del servicio de psicología son quienes introducen el tema del registro y su vinculación al secreto profesional. Las dos personas entrevistadas refieren a la decisión de registrar en cuadernos personales o en HC “(...) separadas del resto de las HC” (Psicología 2, 2021), a las que solo accede el servicio de psicología, con motivo de resguardar la confidencialidad de sus pacientes. En función a esto, una de las personas entrevistadas señala: “(...) las HC al principio las llevaba y traía a mi casa. No tenía lugar para guardarlas bajo llave. Después, una mujer que trabaja aquí consiguió un mueblecito, le compré candado y guardo ahí las carpetas” (Psicología 2, 2021). Cuando se indaga respecto de lo que motiva el no socializar este registro con el equipo, refiere a que nunca reflexionó en torno a la posibilidad de escribir en la HC compartida por el equipo de trabajo y enuncia la necesidad de revisar este accionar. Así, se

hace necesario recurrir al Código de Ética de la Federación de Psicólogos en Argentina (2013), donde se enuncia que en toda práctica vinculada al trabajo en equipos, al momento de compartir información, la obligación de guardar el secreto se extiende a todas las personas profesionales participantes. Quizá el registro en documentos ajenos a la construcción de escritura colectiva, es decir en HC compartidas, abre la discusión respecto a un modo fragmentado e individual de concebir a la salud (Laurell A. , 2018). El resguardar el acceso al registro, considerado propio, obstaculiza pensar procesos integrales de cuidados en salud.

Asimismo, profundizando en el tema, otra de las personas integrantes del servicio de psicología, hace mención del secreto profesional como “(...) construcción colectiva” (Psicología 1, 2020), narrando una situación a partir de la cual pudo reflexionar y dialogar con el equipo de trabajo respecto de la confidencialidad. En este sentido, sostiene que: “En el equipo hablamos el tema, hubo relatos de abusos y nadie sabía. Después de un tiempo de trabajo allí, entendí que, en estas ocasiones, debe primar el pensar que somos colegas y que el secreto profesional es una construcción colectiva” (Psicología 1, 2020). De este relato es interesante pensar cómo la historia de trabajo en un equipo, materializada en el tiempo, permite interpelar procesos de trabajo, en este caso, la construcción del secreto profesional.

Por otra parte, continuando con el tópico del consentimiento informado, una de las personas entrevistadas refiere cumplimentar con el proceso de informar a las personas usuarias respecto de las prácticas en salud y sus implicancias (Medicina general 2, 2021). En esta entrevista se narra que dicho procedimiento es obligatorio para el profesional y un derecho para la persona usuaria. Menciona que utiliza el consentimiento por escrito, mayoritariamente, ante la práctica de interrupción legal del embarazo (ILE), culminando el proceso de información con las firmas de la persona trabajadora y la persona usuaria. La Ley 26.529 de Derechos del Paciente (2009), habla de la obligatoriedad del consentimiento, entendiéndolo como la declaración de voluntad efectuada por la persona usuaria o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada con respecto a

su situación de salud, las intervenciones propuestas y los beneficios, riesgos o efectos adversos de las mismas. Según el Decreto Reglamentario 1089/2012, de la Ley 26.529 (2009), el consentimiento informado es un documento que debe integrarse a la HC de la persona que recibe dicha información. Ello está explícito en el criterio de integridad que debe asumir toda HC, enunciado en la Ley 26.529 (desarrollado en el Capítulo IV).

Por otra parte, es importante señalar que, la Ley 26.529 (2009) en su artículo 7, enumera las prácticas que, con carácter de obligatoriedad, deben ser antecedidas por el debido consentimiento informado. Entonces aparecen: prácticas de internación; intervenciones quirúrgicas; procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos; procedimientos que impliquen riesgos en la salud; revocación del consentimiento; diagnóstico de enfermedad incurable, irreversible; rechazo, por parte de la persona usuaria, de algún procedimiento en salud.

De lo recabado en las entrevistas puede notarse que hay diversidad en los modos de interpretar cuándo sería necesario realizar por escrito el consentimiento y cuándo no. Esto se identifica en uno de los relatos donde una persona entrevistada menciona que las prácticas realizadas en un primer nivel de atención, no ameritarían informar por escrito, aunque sí enfatiza la necesidad de hacerlo verbalmente, es decir, relatar oralmente a la persona usuaria respecto de las acciones en salud a realizarse y sus implicancias durante un proceso de cuidado. En este sentido, respecto de la elección por transmitir un consentimiento verbal, el Decreto Reglamentario 1089/2012 de la Ley 26.529 (2009), enuncia que cuando el consentimiento informado se otorga en forma verbal, el/la profesional a cargo deberá asentar en la HC de la persona usuaria, la fecha, y el alcance de la práctica por la que se realizó el consentimiento.

Estos relatos remiten, a lo planteado por Granda (2004), en cuando a la convivencia del MMH y otros modelos emergentes. En el MMH los destinatarios de las prácticas de cuidado ocupan el lugar de pacientes con una participación subordinada y pasiva frente al saber médico. Por ello, es menester abrir a la reflexión sobre el lugar que ocupan, en la construcción de

procesos de cuidado, las personas usuarias. Rovere (2006) disputa sentidos a partir de la expresión “el centro” y se pregunta dónde ubicar la punta del compás al pensar procesos de atención en salud. Ante ello, puntualiza que el centro no está en la institución, ni en los tecnicismos, ni en las personas trabajadoras, sino en la población, en las personas usuarias, y, desde allí, se discute cómo lograr universalidad en el acceso a la salud.

6.2.5 Interacción con escritos de otras personas trabajadoras

Consulta de otros registros

Del proceso de entrevistas puede destacarse que la totalidad de los/as trabajadores/as manifiestan consultar el registro de otras personas en el SICAP. Reconocen cierta “practicidad” (Enfermería 1, 2021) que brinda el sistema al momento de realizar una consulta allí.

Sin embargo, en cuanto a la consulta de información en Historias Clínicas (soporte papel), seis personas hacen mención a “(...) no consultarlas habitualmente” (Odontología, 2021). Aquí surgen decires que justifican dicha elección. Por un lado, cuatro personas refieren remitirse sólo a sus propios escritos, en fichas o cuadernos personales y que, de necesitar ampliar alguna información, apelan al profesional tratante en forma oral, refiriéndose a que “(...) en los registros se dice poco.” (Medicina General 2, 2021). Otro motivo, identificado desde el servicio de medicina, que lleva a no consultar registros en HC es reconocer que allí “(...) solo registran los/as médicos/as” (Medicina general 1, 2021) y explicitan encontrarse con sus propias escrituras en las HC. Esta última mención atenta contra el criterio de unicidad, necesario de ser cumplimentado por toda HC, enunciado en Ley 26.529 (2009). Dicho principio exige la condición de que, en cada establecimiento de salud, exista una única HC para cada persona usuaria y/o familia.

Desde los servicios de psicología y nutrición, señalan consultar información en HC a fin de “(...) conocer quién vio a ese paciente” (Psicología 2, 2021), es decir, conocer actuaciones vinculadas a una persona usuaria. Entonces,

mencionan que hay “(...) casos complejos” (Nutrición, 2021) que ameritarían la revisión de registros de otros servicios. En este sentido, desde el servicio de medicina general 2 (2021), se explicitan situaciones de personas usuarias con problemas de salud condicionados por problemáticas sociales, en esta línea enuncia a los consumos problemáticos de sustancias, violencias, diagnósticos de enfermedad crónicas no transmisibles.

Asimismo, quienes trabajan en el servicio de administración mencionan sólo vincularse con los registros en SICAP, pues refieren no tomar contacto con otros registros. En relación con ello, enuncian que, desde sus funciones, no es necesario la consulta de HC o registrar actuaciones allí. Entonces refieren: “Cuando viene un paciente con la receta para que le dé un medicamento el médico ya lo anotó en la HC. Yo solo le doy de baja en el sistema, no consulto las HC.” (Administración 1, 2020)

Respecto a la persona entrevistada que desempeña funciones de servicios generales menciona que, diariamente, colabora con la entrega de medicamentos a las personas usuarias y recepciona los llamados telefónicos registrando cada uno de estos: “(...) anoto en hojas y las dejo sobre el escritorio de administración” (Servicios generales, 2021). Dicho accionar se justifica en que, quien cumple tareas administrativas, trabaja en el efector hasta las 10:00hs enmarcando su horario en un contrato de pasantías universitarias. Esta información no aparece al momento de preguntar por los procesos de trabajo, sino cuando se le refiere al contacto con el registro. Así, se podría decir que quien cumple tareas de servicios generales, colabora activamente con los procesos de cuidado y acceso a salud y realiza prácticas de registro también. En función a esto, una persona del servicio de medicina general menciona la importancia de que todas las personas, integrantes de un equipo de salud, tengan conocimiento respecto de las tareas que cumple cada uno/a en el proceso de cuidado. Refiere que ello hace al trabajo común y permite que, eventualmente, las personas puedan hacer tareas por fuera de sus funciones específicas (Medicina general 2, 2021).

Hasta aquí se podría reflexionar en los modos de construir procesos de cuidado signados por prácticas de escritura y lectura, predominantemente,

individuales y fragmentadas. En este sentido, Sousa Campos (1997), medita en lo perturbador de sostener prácticas de salud aisladas y desarticuladas de procesos participativos y reflexivos. Así, Good (1994), explicita que la escritura en tanto práctica formativa actúa como guía, condicionado y modelando los procesos de cuidados y las tareas de las personas trabajadoras. Entonces, por su parte, Mantilla, (2015), dice que la escritura, como construcción, es un elemento sustancial de la práctica en salud. Refiere a que, un hecho sólo tiene significado luego de otro acontecimiento. Entonces, es en la trama retroactiva de una historia, donde puede entenderse algo del presente. Por lo tanto, ante la carencia de interlocución entre los procesos de registro, se desdibuja la necesidad de entramar acontecimientos a lo largo de la historia, para que allí, algo de lo singular tenga sentido. Finalmente, podría decirse que, si bien hay quienes reconocen la necesidad de la vinculación con registros otros, no se relata como una acción instituida. La mención de consultar a otro registro aparece ante situaciones que revisten cierta complejidad, desde la visión de las personas trabajadoras “casos complejos” (Medicina General 2, 2021), y ello motoriza a la interacción entre saberes materializados en producciones de escritura.

Es importante, además, revisar, según plantean Seixas et al. (2016), cómo son las construcciones de las prácticas que vienen dándose las personas trabajadoras. Esto es, si son prácticas que revisten un carácter de integralidad en torno a los modos de organizar procesos de cuidados, a la interacción entre saberes diversos, y al lugar otorgado a la comunidad. Así, los autores concluyen en la desafiante y convocante tarea de dejarse afectar por el encuentro (desde lo diverso) y que, desde allí, se produzcan procesos de cuidado.

Construcción participativa de escritura

Boragnio y Cantú (2016) hablan de las creaciones escritas “entre” mencionando que dicho prefijo estaría signado por su carácter relacional, enmarcando y dejando marcas en los procesos de producción de conocimiento. Escribir con otros/as obliga a partir de cierta semejanza

necesaria sin embargo, como menciona Rivière (1987), este proceso compartido no es lineal ni pacífico sino, por el contrario es conflictivo y dificultoso.

Asimismo, Onocko et al. (2008), dice que la escritura como proceso facilita espacios de articulación y reflexión colectiva. Esto implica que los equipos hagan *praxis* en su propia práctica, manteniendo abierta la pregunta sobre el sentido de la práctica y sus efectos.

En este marco, en las entrevistas, se consideraron preguntas orientadas a conocer la existencia de espacios compartidos de escritura. A partir de ello se pueden identificar relatos diversos.

Por un lado, tres personas mencionan realizar una escritura compartida con otras personas del equipo, ante situaciones que ameritan la producción de procesos de cuidado colectivo. Aquí, una de las trabajadoras del servicio de psicología, refiere que, al efectuarse reuniones con la participación de diferentes equipos, realiza un escrito donde registra lo acontecido allí. Profundizando en la entrevista, se esclarece que el escrito es de tipo personal, donde toma notas y consigna quienes estuvieron presentes en el encuentro, cuál fue el tema que convoca y cuáles fueron los acuerdos definidos. Finalmente, ese relato queda como información para la persona escribiendo y no a cuenta del proceso de trabajo compartido.

Por otra parte, una persona del servicio de medicina general hace referencia a la construcción de escritos con otras/as integrantes del centro de salud, frente a prácticas de cuidado compartidas como, por ejemplo, visitas domiciliarias. Así, posterior a la intervención, al retornar el efector, quienes asistieron a dicho domicilio hacen una reseña escrita y la firman, explicitando en la entrevista, que dicho relato se adjunta a la HC de la persona usuaria.

Asimismo, y dando continuidad al tema del registro colectivo, dos personas manifiestan escribir en el espacio de las “(...) reuniones de equipo” (Medicina general 2, 2021), refiriendo al uso de un “(...) cuaderno de reuniones” (Enfermería 1, 2021). Al indagar en este sentido, mencionan que allí suele registrar el servicio de psicología y/o de medicina general. Se relata la fecha,

quienes estuvieron presentes y los temas abordados. Seguidamente, indican que, por la pandemia, dicho registro se discontinuó por motivo de la desarticulación de las reuniones de equipo. No obstante, enuncian que, avanzada la pandemia se propuso realizar encuentros al interior de los equipos de tipo virtuales. En este sentido, una de las personas trabajadoras comenta que, se inicia un registro por correo electrónico que se comparte a cada una de las personas participantes. “(...) a partir de la pandemia nos empezamos a reunir por Meet, ahí yo iba tomando notas y enviaba mail a todo el equipo, registraba directo en la computadora.” (Psicología 2, 2021). Esta experiencia la significan como necesaria de sostener en las reuniones de equipo. La persona entrevistada refiere que realizar un “(...) resumen escrito” de lo abordado en cada encuentro y, “(...) compartido al grupo de trabajo”, ha permitido organizar la tarea, sostener acuerdos y planificar próximas reuniones. En palabras de la psicóloga: “(...) tener un escrito de lo que vamos trabajando te ordena y te ayuda a cumplir lo que hablaste. En reuniones sucesivas volvés a esos escritos y nunca arrancas de cero. Hay que sostener esa escritura”. Esta última referencia hace eco de los decires de Feldman (2020) cuando menciona que escribir se liga a una práctica que compromete al escribiente.

Finalmente, otra persona trabajadora menciona una experiencia de escritura colectiva y narra el proceso de construcción de un artículo para publicar en la revista regional: Cuaderno de experiencias en salud (2019). Entonces, explicita: “(...) una sola vez escribimos todos juntos, fue para la revista. Yo sentí que mi trabajo era valorado, hasta yo lo valoré distinto. Hoy tengo la revista en casa y la leyeron hasta mis nietos” (Enfermería 1, 2021). Ante la pregunta sobre cómo le resultó ese proceso, menciona que fue narrando oralmente la experiencia y una integrante del equipo la iba “(...) ayudando a escribir”. Entonces comenta: “No soy buena para escribir, por ahí no sé cómo decirlo, pero puedo explicarlo y que alguien lo escriba. Bueno, ahí contamos un proceso de curación que sirvió mucho a otros enfermeros, me dijeron colegas. Pero una compañera me ayudó a escribir.” (Enfermería 1, 2021)

De este relato podrían pensarse dos puntos a desandar. En primer lugar, que existen diversos modos de lograr la escritura. La trabajadora refiere un proceso de escritura colaborativa en el cual ella va narrando desde sus saberes, una experiencia en forma oral y hay allí un/a otro/a interlocutor/a dispuesto/a a escribir. Esta es una posibilidad de construcción de relatos que anima e invita a escribir.

En segundo lugar, se vislumbra que existe otro registro posible. La publicación Cuaderno de Experiencias en Salud (Capítulo IV), convoca a las personas a realizar construcciones colectivas de escritura, desde espacios reflexivos y en el interjuego de saberes diversos. Asimismo, cada edición brega por la inclusión de escritos que hagan oír las voces de saberes otros. En este sentido, se ha puesto énfasis en la inclusión de narraciones, a través de entrevistas, a personas usuarias. La revista, también, contiene producciones artísticas logradas en jornadas de expresión artística propiciadas entre personas usuarias y trabajadoras.

Lo recientemente descrito, encuentra consonancia con las reflexiones de Boragnio y Cantú (2016), quienes mencionan que los procesos de escritura y de registro son en sí mismos procesos productivos. Así, narrar da existencia a una realidad y la escritura colectiva despliega una producción vincular que edita y reedita significaciones.

Feldman (2019) focaliza en la importancia de escribir como acto que habilita un modo particular de leerse y leer las propias prácticas, de entender los territorios, de abrir preguntas y problematizar lo instituido. Por esto refiere que en la escritura se da un pasaje de monólogo a un diálogo entre saberes. Entonces reflexiona en torno a los efectos subjetivos que produce en las personas, darse a la construcción de un registro. Quien registra se encuentra en medio de una historia. Ello permite acercarse a la comprensión de una situación y, en ese intercambio dialéctico con otros/as, construir una narración de esa historia en una trama de sentidos (Good, 1994).

6.3 Nociones de las personas trabajadoras sobre el registro en salud

Franco y Merhy (2017) plantean que los procesos de trabajo se materializan en los actores que los producen, entendiendo que todo espacio, en el que se producen prácticas de salud, opera en el campo de los procesos de subjetivación. Ello se expresa en la construcción de subjetividades y en la producción de sentidos para aquellas prácticas. Es así que, las personas trabajadoras, implicadas en la construcción de procesos de trabajo son productores/as y producidos/as por este. Esto inevitablemente repercute en sus subjetividades y otorga sentido a las prácticas. En función a lo descripto, este trabajo de tesis pone en valor el conocer las nociones que tienen las personas entrevistadas sobre el proceso de registro.

La posibilidad de conocer un proceso de trabajo encuentra como desafío adentrarse en las ideas, valores, intereses y sus formas de representación por parte de las personas trabajadoras, entendiendo que son fuerzas que actúan molecularmente al interior de los procesos de trabajo (Neffa et al., 2009).

El registro en salud puede considerarse un proceso y una práctica. Al hablar de instancias de escritura, se hace referencia a la noción procesual de su construcción. La escritura es un proceso y por ende involucran *per se* una elaboración. Registrar implica detenerse, limitar un tiempo y un espacio para hacer lugar al acto de escribir (Padrón y Galloni, 2019). Rivière (1987), señala que todo proceso es una producción de hechos no lineales, sino más bien, atravesados por el conflicto. Refiere a que la riqueza del proceso está en el momento en que las personas se apropian de la realidad, para transformarla y son, indefectiblemente, transformadas en dicho proceso. Onocko et al. (2018), comentan que la escritura como proceso facilita espacios de articulación y reflexión colectiva manteniendo abierta la pregunta sobre el sentido de la práctica y sus efectos. Vainer (2011) y Carpintero (2018), teorizan respecto de la vinculación entre proceso de escritura y memoria. Hablan de escritura en término de herencia y como tal, un insumo para crear y producir sobre la base de la realidad propia.

Como se mencionó anteriormente, se concibe a la escritura como proceso y como práctica. Buriyovich (2011) define que las prácticas no se explican sólo

por la conciencia de los actores, sino que también suponen la interiorización de esquemas cognitivos y perceptivos conformados al interior del grupo social en el que las personas se encuentran. Así explicita que las prácticas no son racionales o irracionales, sino razonables. El sector salud, continúa, está formado por actores sociales y existe un orden simbólico desde donde pueden identificarse nociones, representaciones y paradigmas en permanente tensión. Sumado a ello, hay marcos institucionales regulatorios, legales, que configuran, también, los modos de actuar. En este escenario, dice, se desarrollan y toman sentidos, habitualmente, las prácticas.

6.3.1 Proceso de trabajo en salud

En el desarrollo teórico construido para la tesis presente, se plantea que conocer los procesos de trabajo en salud permite pensar los modos de producción del cuidado que traen inscriptos en sí mismos, las acciones de las personas trabajadoras. En este sentido, Merhy (2006), reflexiona acerca de la importancia de revisar cómo se estructuran y gestionan los procesos de trabajo y, a partir de aquí, abrirse a la posibilidad de cuestionar los procedimientos técnicos y abrir la reflexión sobre los modos de producir salud.

A los fines de dar inicio a este apartado, se retoman las descripciones que realizan las personas respecto de sus procesos de trabajo en salud, esto es, de sus tareas y funciones en cada efector.

La totalidad de personas entrevistadas, pudieron dar cuenta con claridad y minuciosidad, de las tareas habituales que desarrollan en las instituciones, según el servicio al cual pertenecen. Es así que, siguiendo las coordenadas de Merhy (2006), de los relatos de las personas pueden identificarse diversas tecnologías utilizadas en los procesos de cuidado, por un lado, las personas enuncian acciones vinculadas a tecnologías “blandas-duras” y, por otro lado, a tecnologías “blandas”. Entendiéndose a las tecnologías “blandas” como las que permiten operar los procesos relacionales de encuentro entre las personas trabajadoras en salud y las personas usuarias y a las “blandas-duras” como aquellas que comprenden los saberes estructurados que traman esos procesos (Merhy, 2006).

Respecto de las tecnologías “blandas-duras” (Merhy, 2006), las personas describen sus tareas haciendo uso de sus conocimientos y saberes según el servicio al cual pertenecen. En todos los casos, ésta es la primera referencia que surge ante la pregunta por su actividad en el equipo de salud. Entonces, una persona del servicio de psicología menciona: “(...) hago clínica, trabajo en espacios de talleres, hacemos visitas domiciliarias, trabajo con otros equipos (...)”. Asimismo, una persona del servicio de medicina general narra sus prácticas de cuidado, en la comunidad, materializadas en “(...) atenciones médicas.” (Medicina general 2, 2021)

Seguidamente y, a medida que avanzan los relatos, surge en todos los casos, decir que hacen alusión a las tecnologías “blandas” (Merhy, 2006) es decir, a procesos de trabajo vinculados a aspectos relacionales y vinculares tales como la importancia de la escucha, la gestión como una forma de efectivizar procesos de trabajo, la necesidad del buen trato, la importancia de conocer a la población para dar respuestas según sus necesidades. En este sentido, una persona integrante del servicio de administración menciona que, como parte de sus actividades “(...) contiene a la gente” pues “(...) estar en ventanilla requiere de tacto y paciencia.” (Administración 1, 2020)

En esta línea, otra referencia ilustrativa es el relato de una persona del servicio de medicina general (2021), quien menciona: “(...) la lógica de trabajo de los profesionales, a veces, no tiene que ver con las necesidades de la gente (...) seguimos ocupando todo el día con turnos para controles cuando la comunidad tiene problemas complejos como consumos, violencias.” (Medicina general 2, 2021)

Aquí se podrían recuperar los postulados de Sousa Campos (1998), quien sostiene la necesidad de que el modelo de atención en salud esté enmarcado en la estrategia de APS ya que así se estrecha y prioriza el valor del vínculo dando lugar a la construcción de procesos de salud y cuidados singulares y comunitarios.

Siguiendo con la descripción de los procesos de trabajo, en término de las actividades habituales que realizan las personas entrevistadas, diez de ellas hacen referencia a prácticas de trabajo de tipo individual tales como la

atención individual en consultorio, la gestión de turnos, entrega de medicamentos y, cuatro personas refieren a procesos de trabajo en torno a propuestas grupales. En este sentido, quienes integran los servicios de psicología y medicina general, identifican propuestas de encuentros colectivos para acompañar procesos de cuidados vinculados a la prevención de la enfermedad y a la promoción de salud tales como, intervenciones en salas de espera, entrevistas conjuntas entre disciplinas diversas y trabajos articulado con otros equipos- dentro y fuera del sector salud-. Resulta oportuno recordar las teorizaciones de Merhy (2006) ya que él resignifica como necesario en el proceso de cuidado ambos modos de prácticas -individuales y colectivas-. Sin embargo, pondera y motiva al trabajo desde intervenciones no convencionales en salud, como encuentros en domicilio, tránsito por los barrios, intervenciones en sala de espera. Menciona que la apertura a nuevas estrategias de cuidado permite a los y las sanitaristas construir prácticas terapéuticas situadas, singulares y en colaboración con los saberes comunitarios.

Por otra parte, ocho personas trabajadoras mencionaron prácticas de cuidados vinculadas a determinados procesos de salud-enfermedad-cuidados. Entre estos enuncian a los cuidados de salud sexual, acompañamiento durante el embarazo, controles de niños y niñas, atenciones a personas con diagnósticos de enfermedades crónicas. De las entrevistas puede identificarse que estos Pse conllevan, desde los equipos, la gestión de todo el proceso de atención en la red de salud, esto es: se tramitan los turnos para interconsultas, se entregan los medicamentos mes a mes, hay un seguimiento de cada situación de salud según particularidades, se asignan turnos programados y las atenciones suelen ser multidisciplinarias. En función a ello, Merhy (2006), menciona que el modo de entender a los procesos de cuidado, por un lado, estimula procesos dialécticos y dialógicos al interior de los equipos y, por otro, insta a generar espacios de encuentros permanentes con la comunidad. A modo de viñeta, una persona integrante del servicio de nutrición refiere que: "(...) en pandemia a los crónicos se los siguió igual que antes, eso nunca se descuida. No se dejaron de ver los crónicos y vienen

conmigo, con la odontóloga, con la médica, es un cuidado integral.” (Nutrición, 2021)

En función a esto último, podría decirse que el subsector público, entre otros valores, prioriza la integralidad en los cuidados, entendiendo que la continuidad de los procesos de cuidados es una forma de dar respuestas integrales a los problemas de salud-enfermedad (Gobierno de la provincia de Santa Fe, 2018).

Finalmente, de las entrevistas se escuchan relatos que dan cuenta del intento de incluir la práctica del registro, a los procesos de trabajo en salud. Sin embargo, eso no ocurre, efectivamente, en todos los casos, ya que en la práctica habitual el registro pareciera no ser una actividad instituida a lo largo del proceso de atención y cuidado en salud.

Por todo esto, conocer los procesos de trabajo en salud permite pensar los modos de producción del cuidado que traen inscriptos en sí mismos las acciones de las personas trabajadoras. (Sousa Campos G. , 1998). Así, Merhy (2006), insiste en la imperiosa necesidad de revisar cómo se estructuran y se gestionan los procesos de trabajo en los efectores que inciden en el diseño del sistema de salud. Menciona la importancia de cuestionar los procesos técnicos para dar lugar a la reflexión sobre los modos de producción de la salud partiendo de describir gradualmente los procesos de trabajo en salud.

6.3.2 Proceso de salud- enfermedad- cuidado

El modo de comprender y significar a la salud se vincula estrechamente con el carácter de las prácticas que se desarrollan en un equipo de salud (Carrillo y Chávez, 2006). En este sentido, Granda (2004) plantea que, por un lado, puede entenderse a la salud desde el paradigma positivista ponderando la atención de la enfermedad, vinculada a un cuerpo que deviene objeto de intervención de las ciencias biológicas y, en otro sentido, se puede pensar a la salud, como definen Paim y Filho (1999), como el objeto de estudio de la SC, inscripto en los límites entre lo biológico y lo social, ponderándose el lugar de los determinantes sociales en la producción de salud- enfermedad.

En cuanto a las nociones de salud, identificadas en las personas trabajadoras, se pueden aglomerar en dos categorías que se derivan del marco teórico. Granda (2004) y Laurell (1981), retoman la definición de salud que pondera el paradigma positivista, en tanto salud como descuento de enfermedad y, como crítica a dicha enunciación, proponen al objeto salud-enfermedad como un proceso social que, a su vez, está socialmente determinado. Laurell (1981), menciona que el estudio del proceso salud-enfermedad como proceso social refiere a la necesidad de articulación con otros procesos sociales, lo que remite inevitablemente, a pensar en sus determinaciones.

Entonces, por un lado, cuatro personas refieren a la salud subsumida a dimensiones biológicas (físicas y/o mentales), así una integrante del servicio de enfermería (2020), menciona: “Para mí salud es el estado óptimo de cada persona, que esté bien, que se sienta mental y físicamente bien”. Por otro lado, siete personas construyen una definición de salud atravesada por los determinantes sociales y vinculada al entramado de la producción de redes comunitarias. Entonces, una persona integrante del servicio de tareas generales (2021), explicita: “Salud es estar bien porque si estás mal no podés trabajar. Cuando me aislé por covid no cobré así que necesitaba la plata digamos, yo estuve mal, no tanto por el covid.”

En cuanto a las nociones de las personas sobre la APS, en todas las entrevistas se escucha quizá, cierta “familiarización” con el término. Seis personas refieren a la APS como el primer nivel de atención, asimismo, una persona la vincula al primer contacto de los “(...) pacientes con el sistema de salud” (Medicina general 1, 2021). Por otro lado, dos personas definen a la APS desde la idea de programa y entonces mencionan: “(...) cuando pienso en APS se me vienen los talleres de prevención de enfermedad y promoción de salud” (Odontología, 2021). Finalmente, tres personas relacionan a la APS como “(...) la forma de organizar la red de atención en salud” (Medicina general 2, 2021). En este marco, Rovere (2018), escribe sobre la polisemia de sentidos adjudicados a la APS, plantea, entonces, que la APS está directamente ligada a los modos en que las comunidades y las personas

trabajadoras en salud han ido significándola, situados desde las realidades propias de cada contexto.

Por otra parte, nueve personas mencionan algunos de los principios rectores de la APS, dado que ponderan la importancia del acceso al sistema de salud, refieren a la organización del trabajo según las necesidades de la comunidad, hablan de la necesidad de trabajar en vinculación entre disciplinas y con otros sectores y, recuperan la necesidad de fortalecer la vinculación al interior de la red de salud en términos de "(...) referencia y contrareferencia." (Psicología 1, 2020)

Las nociones respecto a la APS y los modos de definir a la salud, por un lado, permiten conocer las construcciones de las personas en torno a estas categorías y, por el otro, habilita un acercamiento a los modos de producir actos de cuidado. Esto sucede, como menciona Merhy (2006), en una dialéctica donde las personas y las comunidades producen cuidados y son transformados/as en el proceso de cuidar.

6.3.3 Ideas sobre el registro en salud

El capítulo II de la presente tesis, versa en torno a algunas reflexiones respecto al registro, donde se lo concibe como proceso (Rivière P. E, 1999), y como práctica (Buriyovich, 2011). Así, entendiendo que los procesos de trabajo en salud se materializan en los actores que los producen, es necesario profundizar en las nociones que tienen las personas trabajadoras respecto al registro en salud, abordándolo en su carácter complejo y atravesado por el conflicto.

Todo proceso de cuidado conlleva un compromiso (Merhy, 2006), que se formaliza, entre otras cosas, en la escritura. Así, Feldman (2020) explicita que la escritura es un proceso de creación donde algo de lo dicho se inscribe y deviene propio. En este sentido, menciona que escribir se liga a una práctica que compromete al escribiente.

En consonancia con lo descrito, a continuación, se mencionan las nociones que tienen los/las trabajadores/as sobre el registro. A fines de esclarecer las descripciones se detallan algunas narraciones significativas captadas en el proceso de entrevistas. En este marco, se considera menester destacar que la totalidad de personas entrevistadas dan cuenta, en sus decires, de la importancia y la necesidad de registrar. Explican que es imprescindible realizar prácticas de registro y reflexionan en torno a dicha aseveración. Una persona del servicio de nutrición refiere “(...) el registro es imprescindible (...)” (Nutrición, 2021). Por su parte, otra persona dice “(...) si bien me costó valorarlos, los registros son muy importantes.” (Psicología 2, 2021)

En función a ello, desde el servicio de psicología se referencia que, al momento en que se decreta el ASPO en marzo del 2020, la práctica del registro surtió revisiones. Una de las trabajadoras menciona que sostuvo atenciones remotas en modalidad telefónica y por videollamadas sin saber, en un primer momento, cómo registrar ello. Entonces, relata haber tenido instancias de debate con el colectivo de profesionales en salud mental a fin de consensuar un modo de registro de dichas prácticas. Reseña que iniciaron la carga en SICAP bajo el código: “Búsqueda”; “Seguimiento activo en domicilio o telefónico” según nomenclatura de CIE10⁴⁰, ampliando en el apartado de “Observaciones” si se había realizado una atención telefónica o una videollamada. En cuanto al registro en papel, señala “(...) cargaba en mis HC, las que uso solo yo.” (Psicología 2, 2021)

De este modo, no solo se menciona la importancia del registro, sino que además se evidencia que la práctica de registro es una construcción histórica, situada en un momento social determinado (Bang, 2020).

⁴⁰ Clasificación Internacional de Enfermedades- CIE-10 constituye uno de los estándares internacionales más usados para elaborar estadísticas de morbilidad y mortalidad en el mundo. El propósito de la CIE es permitir el registro sistemático, análisis, interpretación y comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países y en diferentes momentos. La clasificación permite la conversión de los términos diagnósticos, de palabras a códigos alfanuméricos que facilitan su almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información. Disponible en: <https://www.paho.org/es>

Ahora bien, en el marco de las entrevistas, han surgido ideas en tensión que permite leer sentidos disímiles dados al acto de registrar. Por un lado, ocho personas ubican al registro a cuenta de visibilizar la productividad en salud, entendiéndola, como refiere Merhy (1997), según los principios del paradigma industrial, es decir, según el aumento de la cantidad de atenciones en un período de tiempo. Entonces, una persona del servicio de odontología expresa: “Hay que registrar (...), tienen mucho valor porque de ahí vas sacando todo lo que hiciste, puedes ver la cantidad de prestaciones, eso lo ve nuestro jefe en el hospital.” (Odontología, 2021)

Por otro lado, tres personas mencionan el vínculo entre el registro y la producción de conocimiento a fin de “mejorar” (Psicología 2, 2021) y “problematizar” (Medicina general 2, 2021) la construcción de procesos de cuidados a partir del registro.

Asimismo, lo recientemente enunciado, convive con otros sentidos respecto a la construcción del registro ya que dos personas mencionan al proceso de registro desde su alcance legal. De este modo, refirieron al marco regulatorio que exige la producción de documentos escritos donde se inscriben las actuaciones de las personas trabajadoras. En palabras de una persona del servicio de psicología: “(...) yo hago HC porque primero, es una obligación legal (...)” (Psicología 1, 2020)

Por otra parte, de la profundización de los relatos surge una escisión entre, el proceso de registro para plasmar “(...) acciones e indicaciones clínicas” (Medicina general 2, 2021), y, al mismo tiempo, se enuncia una imposibilidad de registrar “(...) las dinámicas territoriales de cada familia” (Administración 1, 2020). En este sentido, siete personas aseveran que en el registro se compendia el accionar de los “profesionales” (Medicina general 2, 2021), pero dos personas refieren a que el modo en el que se registra no permite realizar lecturas sobre “(...) cómo las familias se manejan en el territorio” (Administrativa 1, 2020). Ante la pregunta respecto de ello, se enuncia que, si bien hay conocimiento al interior de los equipos sobre la importancia de las HC, “(...) en la práctica no resulta” (Medicina general 2, 2020) ya que “(...) nadie anota cómo son los vínculos en el territorio y las familias cambian todo

el tiempo. Acá los médicos ponemos fecha, diagnóstico y tratamiento, como mucho, el resto, no sé, lo hablas en una reunión o con alguien del equipo que sepa.” (Medicina general 2, 2021)

De los relatos puede vislumbrarse que hay un entendimiento, desde las personas trabajadoras, respecto de la necesidad de contar con un registro que dé cuenta de la integralidad de los Psec, ello involucra la voz de saberes diversos, la inscripción de procesos de encuentros colectivos, decires comunitarios, procesos territoriales. Tobar (2017), plantea que las personas trabajadoras son parte de la construcción de los procesos de cuidados en salud en un territorio. Desde allí asumen un accionar comprometido y responsable en cada territorio, del cual son parte. Trabajan desde una relación de confianza, construyendo vínculos con la comunidad. Esta cercanía, según Merhy (2006), permite conocer la población.

Los Psec no siguen procesos lógicos y racionales de construcción sino que, más bien, están atravesados por determinantes sociales y subjetivos (Galloni, 2018). En este sentido, Merhy (1997), plantea la importancia de visibilizar la multiplicidad de recorridos y tránsitos de las personas. Finalmente, Good (1994), enuncia que la escritura es una forma en la que la experiencia se representa. Sin embargo, añade, la experiencia supera ampliamente a la descripción o narración que de ella se haga. Así, la práctica del registro no tiene como única finalidad la transcripción de una realidad (de una persona usuaria) o dar evidencia de una atención, sino que, en tanto práctica formativa, guía y orienta los procesos de trabajo en salud.

Por otra parte, continuando con las ideas de las personas en torno al registro, surge en siete entrevistas, la referencia a la obligatoriedad de registrar en dos soportes diferentes una misma acción en salud (duplicidad del registro). En este sentido, se menciona que las “atenciones” (Medicina general 1, 2021), deben registrarse en dos “lugares obligatorios” (Medicina general 2, 2021), simultáneamente, por un lado, en el SICAP y por otro en la HC. En relación con ello, hay diversos modos de significarlo. Una persona refiere a ello como “(...) carga de trabajo que molesta por una cuestión de tiempo, realmente no

llegás” (Medicina general 2, 2021). Otra persona denuncia que la duplicidad del registro “(...) obstaculiza el momento de encuentro con el paciente” y agrega, “(...) o haces una cosa o haces la otra, yo cargo cuando puedo.” (Psicología 2, 2021)

En el relato de dos personas, se menciona que, al interior del equipo de trabajo, hay una movilidad frecuente de las personas trabajadoras por diversas cuestiones tales como, la presencia de personas en formación (residentes) que realizan rotaciones por distintos efectores o por movilidad de personas a causa de necesidades de servicio. Así refieren que “(...) cada médico que viene registra diferente” (Administración 1, 2020). Entonces narran, a modo de ejemplo, un proceso de trabajo al interior del equipo donde se decide construir HCF. Tal proceso fue en consenso con todos los integrantes del equipo y, mencionan que, al cambiar la persona del servicio de medicina, se dejó de registrar en las HC. (Administración 1, 2020). Entonces enuncian “(...) acá es así, llegó el médico y dijo bueno empecemos a registrar en fichas familiares, después se fue y el médico que vino nuevo solo carga en el SICAP (...).” (Administración 1, 2020)

Los relatos recientes permiten retomar las reflexiones de Sousa Campos (1998), quien menciona que la cultura y la subjetividad de los equipos de trabajo son productos multideterminados y, muchas veces, dependen de los saberes dominantes. Entonces, trae como ejemplo a la clínica médica, ya que, en ocasiones, condiciona y produce valores, posturas, deberes y responsabilidades. En este caso, la decisión de una persona, desde el saber médico, pudo ser suficientemente significativa y definitiva al momento de la desarticulación de un proceso de registro consensuado por un equipo de salud.

Siguiendo con los relatos y la lógica vinculada a un MMH (Menéndez, 2020), desde el servicio de medicina general hacen alusión a la relación entre el proceso de registro y el contexto de pandemia. Mencionan que, cuando inicia el ASPO, el servicio de medicina decidió suspender el registro en soporte papel para sostener sólo un registro informático. Una de las personas del servicio menciona “(...) el proceso fue desordenado, decidimos con la

residencia de MGyF no registrar en papel y solo cargar en SICAP los casos sospechosos, los casos positivos, las personas con problemas respiratorios y los seguimientos telefónicos.” (Medicina general 2, 2021)

Continuando con las nociones respecto al registro, aparecen referencias en términos del sentido del registro, es decir, el para qué registrar. Tres personas reflexionan en torno a que el registro permite el “(...) seguimiento de los pacientes” (Psicología 1, 2020), ante la consulta respecto de ello, dos personas dicen realizar “(...) seguimiento de casos complejos” (Psicología 2, 2021). Cuando se profundiza en dicha afirmación, hay una referencia a usuarios y usuarias que en sus relatos hilvanan situaciones de salud atravesadas por determinantes sociales como desafiliación institucional, pérdida de trabajo, consumo problemático de sustancias, violencia de género, y algunos diagnósticos de salud mental como la psicosis (Psicología 1, 2020). Relatan que en estas situaciones “(...) tener un registro y saber quien más lo atendió” (Medicina general 1, 2021) permite al equipo tratante, tener una visión integral del proceso de cuidado.

Asimismo, dos personas comentan que el registro permite “(...) conocer al paciente” (Enfermería 2, 2020) y “(...) reconocer al paciente (...)” (Nutrición, 2021), haciendo alusión, en esta última afirmación a que en ocasiones las personas usuarias dejan de asistir por períodos prolongados de tiempo y el registro ayuda a “(...) recordar al paciente y no empezar de cero.” (Nutrición, 2021)

Además, surge en seis entrevistas ideas que vinculan el sentido del registro con la posibilidad de “(...) controlar al paciente” (Medicina general 1, 2021). Aquí se escuchan diversas referencias. Por un lado, dos personas mencionan la importancia del registro para “(...) los controles que son obligatorios en un paciente” (Enfermería 2, 2020) identificando aquí a los cuidados en mujeres embarazadas, niños y niñas, personas con diagnósticos de enfermedades crónicas de salud. También surge el control en torno a la entrega de medicamentos, aquí las personas del servicio de administración mencionan: “(...) hay que controlar que no te pidan de más (...)” y allí, el registro colaboraría en el proceso de organizar la dispensa de medicamentos.

Finalmente, desde el servicio de enfermería se explicita que la práctica de registro permite “(...) controlar si los chicos tienen todas las vacunas (...) muchas veces pierden el carnet y el único control es que nosotras lo hayamos cargado en el sistema.” (Enfermería 1, 2021)

Las ideas que las personas trabajadoras tienen en torno a sus procesos de trabajo y dentro de este al proceso de registro, se vinculan a las reflexiones que aborda Sy (2020), quien evidencia que los registros responden a construcciones sociales en torno a la noción de salud-enfermedad, atravesadas por consideraciones políticas, culturales y morales de cada época. A partir de esto, señala que la producción de conocimiento es efecto de instancias de construcción de consensos discursivos. Así, es necesario entender que los procesos de registro de cada persona responden a instituciones legales, a saberes y prácticas respecto de la tarea y a las construcciones colectivas al interior de los equipos. Sy (2020), convoca a pensar los procesos de registro como una práctica social, cultural, aprendida e histórica.

En este sentido, los procesos de escritura en salud no se constituyen desde una perspectiva homogénea, sino entre saberes diversos (Padrón y Galloni 2019). Saberes que buscan no ser protagonistas unos sobre otros sino democratizar el poder. Así, toda escritura desde intersaberes (Stolkiner, 1999), abre a nuevas reflexiones democráticas que posibilitan inventiva en las intervenciones.

6.4 Usos que se otorgan al registro en salud

Las personas trabajadoras en el campo de la salud escuchan historias de vida donde la estructura temporal se organiza según eventos significativos para las personas y los grupos sociales (Good, 1994). Cuando el registro de esas narraciones se circunscribe a lo meramente categorial y diagnóstico algo del sentido se vacía, se pierde. Por ello Good (1994) menciona que construir “historia” clínica es narrar experiencias de salud-enfermedad en un momento social e histórico dado. Así, Carrillo y Chávez (2006) señalan que el registro

en salud debe reflejar historias de vida con centralidad en las personas usuarias, entendidas como protagonistas de la propia experiencia.

Ahora bien, el modo de concebir al proceso de registro tiene una relación dialéctica con las formas de registrar y sus usos. Como menciona Merhy (2006), el centro del Psec son las comunidades. En este sentido, refiere Feldman (2020) escribir es un acto político.

6.4.1 Utilidad referida al registro

Los usos del registro en salud pueden estar centrados en procedimientos técnicos y normativos o pueden constituirse en herramientas para enfrentar las inequidades de acceso a la información que, en la actualidad constituye uno de los determinantes de dichas inequidades en salud (Alazraqui et al., 2006). La superación de desigualdades en el acceso a la información, particularmente, a través del uso de tecnologías de información y comunicación, puede significar un importante avance a fines de garantizar el derecho a la salud (Pellegrini Filho, 2002).

Así, las personas dan cuenta de los usos otorgados al registro, refiriendo a cuatro acepciones diversas. En primer término, en siete entrevistas se explicita la elección de registro en SICAP por sobre el registro en HC. Haciendo alusión, en todos los casos, a las dificultades en la disponibilidad de tiempo al momento del registro. Una de las personas menciona respecto a la demanda de atención “(...) entra un paciente y sale otro, es una puerta giratoria, el momento en donde uno debe tomarse dos minutos para plasmar algo de la consulta no existe.” (Medicina general 1, 2021)

Entonces, se enuncia que, ante la escasez de tiempos, se elige cargar en SICAP porque es “(...) es más ágil” (Nutrición, 2021) y “(...) cargan todos ahí.” (Psicología 2, 2021)

Sin embargo, tres personas, reflexionan en torno a la importancia del uso de la HC pero explicitan que en el hacer diario, es poco conveniente el registro allí por falta de tiempos. Entonces una de ellas dice “(...) el registro en papel te sirve, si haríamos el registro que propone la HC con un listado de problemas

familiares, antecedentes individuales, un famioliograma sería de gran utilidad. El tema es el tiempo, nadie lo hace. Yo no lleo.” (Medicina general 1, 2021)

Estas referencias permiten elucubrar una primera lectura, en torno al lugar que ocupa, efectivamente, la práctica del registro en el proceso de trabajo diario.

Tanto la revisión de HC como las entrevistas dan cuenta de que la práctica de registro como tal, en HC, pareciera no ser parte integrada al proceso de cuidado. “(...) se registra si hay tiempo” (Medicina general 2, 2021), “(...) registro cuando lleo o cuando puedo” (Psicología 2, 2021). No obstante, sí demuestra estar instituido el registro en el sistema SICAP.

Así, también se observa cierta discrepancia entre la expresión unánime de la importancia del registro mencionada en los relatos, y la efectivización del proceso de escritura. Spinelli (2010), plantea que el antagonismo entre pensamiento y prácticas en el campo de la salud no entra en conflicto porque forma parte del contexto habitual. Propone entonces, centrarse en la reflexión de los procesos de trabajo, en tanto hacer. Explicita que, en ocasiones, la alienación en las personas trabajadoras pone en evidencia la pérdida de sentido en el trabajo en salud.

Por otra parte, surgen seis relatos que vinculan al registro con la necesidad de “(...) dar cuenta de la actividad que hacemos” (Enfermería 1, 2021), y de “(...) mostrar las atenciones” (Odontología, 2021). Aquí la producción de salud estaría vinculada a cantidades de prácticas y atenciones realizadas, en un período de tiempo determinado.

Merhy (1997) y Rovere (2015), refieren a que, históricamente, desde el paradigma industrial, la eficacia del proceso de trabajo en salud era dada según fuera el aumento de su producción. En este sentido, mencionan que la productividad en salud está signada por el aumento de la cantidad de consultas y de prácticas en salud. Así, Rovere (2015), explica que lo que legitimaba a un efector de salud era la producción, y dice que, llevado a un absurdo, se reconocía como más importante el número de consultas que la

cantidad de problemas resueltos. En este sentido, algo del paradigma industrial pareciera persistir y convivir con otros paradigmas emergente.

Entonces, Merhy (1997) y Rovere (2015), señalan la importancia de pensar a la producción en salud vinculada no sólo a cuestiones cuantitativas (cantidad de atenciones), sino más bien a la capacidad de reconocer y atender las necesidades de salud de una población a cargo.

Tulio y Merhy (2016), reflexionan sobre la necesidad de un desplazamiento de la producción signada por el paradigma industrial, hacia el campo de la producción colectiva. Aquí el desafío es cómo acompañar a las personas trabajadoras en el rol de artífices de los procesos de trabajo que, a la vez, producen prácticas de salud relacionales y situadas en un territorio.

Por otra parte, se vislumbra la utilidad del registro a cuenta de generar insumos para transmitir información a personas de mayores jerarquías en las instituciones (se mencionan jefes, gestores y directores) y a organismos públicos de salud (surgen referencias al Ministerio de salud provincial y nacional, hospital y específicamente, el sector de estadística). Así, siete personas refieren a que el registro en SICAP es la “(...) prueba de tu trabajo por si lo ven en el hospital” (Nutrición, 2021) o “(...) la forma de mostrar a nuestra jefa” (Enfermería 2, 2020) las actuaciones en salud.

En esta misma línea, cinco personas entienden, la importancia de construir datos para “(...) que vea el jefe de odontología” (Odontología, 2021); “(...) para uso del Ministerio de Salud en Santa Fe y después pasa a Buenos Aires” (Administración 1, 2020); “(...) se mandan a la oficina de estadística en Santa Fe” (Enfermería 2, 2020), y finalmente “(...) para quienes estén en la gestión de turno porque vienen a ver cuánto atendemos y piden datos” (Administración 2, 2021). Todas estas narraciones dan cuenta de una escisión entre la producción de información y el uso de ésta a fin de construir conocimiento local. Asimismo, se observa una distancia entre los trabajadores como artífices de datos, y quienes cumplen funciones destinadas a construcciones epidemiológicas, en niveles centrales del Estado. Por otra

parte, se desliza, además, una referencia a cierta función de control, respecto del cumplimiento de la tarea diaria.

En este sentido, Urra (2011), refiere a los sistemas de información como construcciones sociales e históricas y por ello, menciona que no pueden ser extrapolados o usados desconectados de la realidad y su contexto de creación. Así, el uso de los sistemas de información debería apoyar a los procesos y las necesidades en salud locales. El autor estudia a los procesos de construcción de información entendiendo su potencia para transformar las prácticas reconociendo el papel fundamental, de la producción de conocimiento, en dicha transformación. Así, Alazraqui et al. (2006) explicitan que para abordar la lógica procesual de un sistema de información, hay que discutir sus procesos de producción y aplicación de información en salud. En este sentido, señalan que un sistema de información debe dar soporte a la gestión local. Finalmente, y ponderando la importancia de reflexionar en el uso de la información en salud, los autores plantean que todo conocimiento debe orientarse a la construcción de ciudadanía social.

Finalmente, Spinelli (2018), convoca a pensar en las prácticas mencionando que en el siglo pasado, la discusión sobre las prácticas en salud versó entre dos posiciones: una dominante que profundizaba lo instrumental (quedando las personas en el rol de técnicos), teniendo como meta la normalización de los procesos de trabajo; y otra, subordinada, basada en las prácticas que priorizaban las relaciones personales y el vínculo entre personas trabajadoras y personas usuarias.

Por otra parte, aparece el uso del registro anudado a dos momentos concatenados. En primer lugar, tres personas hacen alusión al proceso clínico de encuentro con la persona usuaria y allí mencionan una primera instancia del registro vinculado a la escucha atenta (Psicología 1, 2020). Posterior a ello, identifican la instancia de inscripción de lo sucedido posterior a la consulta con la persona usuaria. Dos personas hacen mención al registro a posterioridad del espacio clínico y a su utilidad para "(...) reflexionar sobre el hacer propio" (Medicina general 2, 2021). Refieren que, cuando hay que pensar en modos de intervención o revisar estrategias de cuidados, contar

con el registro de las propias prácticas posibilita la revisión y reflexión para “(...) diseñar nuevos modos de acompañar a alguien.” (Psicología 1, 2020)

Aquí, Feldman (2019), da importancia al vínculo entre la escritura y la creatividad, menciona que para ello es necesario el tiempo. Tiempo en sentido retroactivo, de pausa y reflexión que invita a pensar y ordenar ideas, saberes, experiencias. Asimismo, focaliza en la importancia de escribir como acto que habilita un modo particular de leer la propia práctica, de entender los territorios, de abrir preguntas y problematizar lo instituido.

En esta línea Freud (1912) refiere que, mantener la atención flotante debe servir para ceder la escucha al inconsciente y dar lugar a la latencia en la significación. Por ello sugiere postergar la escritura durante el encuentro con el analizante y realizar el historial clínico en el marco de una escritura, siempre posterior.

Uno de los usos más enunciados y visibilizados por parte de las personas entrevistadas, vincula al registro a la posibilidad de dar continuidad a procesos de cuidados en el proceso de salud- enfermedad de las personas usuarias. Así, desde el servicio de psicología se menciona al registro como una “(...) herramienta que permite llevar notas de los relatos del paciente.” (Psicología 2, 2021)

En otro sentido, dos personas plantean que el registro “(...) facilita la comunicación entre niveles de atención” (Medicina general, 2021) al interior de la red de salud. Entonces, hacen mención a los constructos: “referencia y contrareferencia” diciendo: “Uno no puede mandar a la persona así sin nada, le armas una referencia escrita y esperas lo mismo del hospital. Es la forma de que haya comunicación entre el centro de salud y el hospital.” (Medicina general 1, 2021)

De otro modo, desde el servicio de psicología explicitan que registrar “(...) da la posibilidad de historizar acciones y, cuando alguien lo solicita podés, desde ese registro, elaborar informes” (Psicología 2, 2021). Concluyen diciendo que, de no existir registros que refieran a cada una de las intervenciones en salud

“(…) sería un ejercicio muy difícil recordar con exactitud la cantidad de situaciones con las que se trabaja.” (Psicología 1, 2020)

Por otra parte, cuatro personas reconocen usar los registros en SICAP para “(…) consultar sobre un paciente” (Medicina General 2, 2021), aquí refieren a conocer sus datos filiatorios, atenciones previas y si tiene adscripción en el centro de salud (Administración 2, 2021). Asimismo, una persona del servicio de medicina general señala que, al consultar las actuaciones sobre personas usuarias en SICAP, advierte que los registros no están completos (Medicina general 2, 2021). Si bien en la entrevista se reconoce la adherencia de todo el equipo a registrar en SICAP, enuncia que la carga habitual solo se circunscribe a “(…) códigos diagnósticos y algunas prácticas” diciendo que quedan por fuera el completamiento de otros campos tales como “(…) antecedentes, el grupo familiar, los datos socioeconómicos.” (Medicina general 2, 2021)

Vinculado a lo recientemente enunciado, seis personas mencionan que el sistema SICAP “(…) permite realizar seguimiento” (Psicología 1, 2020) de las atenciones que recibió una persona usuaria, esto es, según otro relato: “(…) saber quién lo ve, dónde se atiende, qué diagnóstico tiene.” (Enfermería 2, 2020)

Por otro lado, una persona menciona que el registro en HC le permite “(…) recuperar temas pendientes con cada paciente” (Medicina general 1, 2021) y posteriormente, poder dar continuidad a los procesos de cuidados recordando los compromisos asumidos entre la persona trabajadora y la persona usuaria. Así explicita que “(…) si el paciente tenía que hacerse un laboratorio me lo anoto y cuando viene es lo primero que le pregunto, si fue a hacerlo.”

Finalmente, cuatro personas refieren utilizar el registro a fines de pensar propuestas de cuidados en una comunidad. En esta línea, Boragnio y Cantú (2016), plantean que la reflexión sobre lo escrito contribuye a la inventiva de nuevos sentidos, es decir, que la lectura de los registros posibilita el surgimiento de nuevas interpretaciones.

Entonces, tres de las personas mencionan a la obtención de reportes como uno de los usos que permite el SICAP y refieren analizar reportes periódicamente. Una persona dice: “(...) me interesa pensar, en pandemia, por ejemplo, cuáles son las atenciones que hice y de qué edades o por qué consultaron” (Psicología 2, 2021). Otra persona refiere que los reportes “(...) son una herramienta indispensable porque te permiten conocer quienes vienen a atenderse, cuál es el motivo y en qué rango etario” (Medicina general 1, 2021). Seguidamente, dicha trabajadora refiere que en el centro de salud, a partir de los reportes, han comenzado a pensar procesos grupales con adolescentes (Medicina general 1, 2021). De esto último se desprende el uso de los reportes a fin de planificar procesos de cuidados en salud. Finalmente, otra de las personas que hace referencia al uso de la obtención de reportes explicita que sería conveniente “(...) poner en discusión a los reportes, esto es, que todo el equipo de salud pueda dialogar a partir de los datos” (Psicología 1, 2020). Entonces, continúa diciendo: “(...) hay un desconocimiento total de los datos reales, si me preguntás por qué consulta la gente, te respondo desde percepciones. Nos falta entender que el registro no es para otro jerárquico, es para uno, para el equipo.” (Psicología 1, 2020)

Asimismo, surge de las entrevistas que el registro en SICAP permite la obtención de datos epidemiológicos a fin de tener un estado de situación de la demanda en los efectores y las respuestas que se brindan. Esto permite analizar si la oferta de servicios en salud es acorde a las demandas comunitarias (Medicina general 2, 2021). Una de las personas entrevistadas menciona: “(...) gracias a la versatilidad que te da el SICAP puedes revisar cuáles son los pedidos de atención y a qué profesionales se consultan” (Medicina general 2, 2021). La trabajadora reflexiona, además, en términos de la necesidad de contar con un registro que permita visibilizar la falta de respuesta a la demanda de las personas usuarias, entonces dice: “Lo que nos falta es ver quien vino a pedir una atención y se fue sin respuesta, o por falta de profesionales, o por falta de turnos disponibles. Ese dato no lo tenemos hoy.” (Medicina general 2, 2021)

Se puede destacar que la escritura permite instancias críticas de análisis colectivo de las condiciones materiales, institucionales y políticas. Murillo (2020) enuncia, a su vez, la función subjetivante del registro.

Finalmente, se vuelve menester reconocer la posibilidad que da el registro de construir y pensar al proceso de salud- enfermedad como producto de una historia (Breilh, 2013). Así, Savio (2019) destaca que la escritura provee el interjuego entre proximidad y distancia para comprender y reflexionar sobre lo escrito.

En este sentido, Ferreyra (2021) recuerda la necesidad de que en toda práctica clínica se instalen más preguntas por la historia de quien convoca, es decir, las personas usuarias, que por sus estructuras diagnósticas.

7 CAPÍTULO VI: HALLAZGOS Y DISCUSIONES

Esta tesis tuvo como eje central describir el proceso de registro de las personas trabajadoras en los centros de salud del primer nivel de la red de atención, en Rafaela. Entonces, a través de un abordaje cualitativo y cuantitativo, se procuró dar cuenta del proceso de producción del registro a través de la observación documental de registros en SICAP e HC y desde la perspectiva de las personas trabajadoras.

En este capítulo final, se sistematizan los principales hallazgos obtenidos destacando algunos desafíos que presenta, en la actualidad, la construcción del proceso de registro. En esta discusión final se pone en diálogo parte de la información obtenida del trabajo de campo, con el *corpus* conceptual construido para el estudio desarrollado.

7.1 Reflexión sobre la práctica y el proceso de escritura

A lo largo de las entrevistas se sucedieron reflexiones producto del proceso dialógico propuesto por el entramado de la tesis. En los siguientes párrafos se plasman dichas narraciones haciendo lugar a la posibilidad creativa que genera el proceso reflexivo y colectivo en sí mismo. En este sentido, como mencionan Boragnio y Cantú (2016), la reflexión sobre las prácticas contribuye a la inventiva de nuevos sentidos.

Entonces, seis personas refieren a que el proceso de entrevistas les propició un modo de elucubración sobre la propia práctica de registro. Así, a medida que se profundizaron los diálogos, las personas hicieron referencia a la necesidad de procurar momentos para "(...) priorizar la reflexión sobre cómo se registra." (Medicina general 1, 2021)

En este sentido, cinco personas enunciaron la necesidad de definir y consensuar acuerdos respecto al registro de procesos de cuidado (Psicología 1, 2020). A tal fin, surge de los decires, la importancia de generar un registro unificado donde todas las personas inscriban su hacer en un lugar común. Aquí mencionan, por ejemplo, la posibilidad de escribir en la HC reconociéndola como documento "oficial" (Medicina general 2, 2021) y

cavilando en torno a los beneficios que ello aportaría al trabajo interdisciplinario y a la continuidad de procesos de cuidado (Psicología 2, 2021). Siete personas jerarquizan en término de necesidad, el propiciar y sostener espacios de encuentro al interior de los equipos, para pensar entre otras cosas, al proceso de registro y su utilidad. Entonces, dos personas vincularon el uso del registro en SICAP a la obtención y análisis de reportes que habilitarían a pensar “(...) qué le pasa a la gente, qué necesita.” (Medicina general 1, 2021). Además, en cuatro de las entrevistas, se enuncia que los espacios de trabajo participativos abrirían la posibilidad de discutir los datos registrados y, a partir de ellos, crear talleres con “datos reales.” (Medicina general 2, 2021)

Asimismo, tres personas introducen la iniciativa de comenzar a registrar lo que acontece en los espacios de encuentro al interior de los equipos, señalando que ello permitiría que “(...) lo que se hace por fuera del consultorio, no queden en el olvido (...).” (Psicología 2, 2021)

Por otro lado, a partir de los ejes de la entrevista, una persona reparó en la importancia de volver a realizar un registro de su práctica, siendo este un acto discontinuado a la actualidad (Odontología, 2021). De igual manera, una trabajadora integrante del servicio de psicología menciona que, durante la entrevista notó la importancia de hacer su registro en la HC común a todas las personas trabajadoras en el efector de salud, explicitando que nunca antes había reflexionado en ello.

Hasta aquí pueden reconocerse los efectos que produce en las subjetividades de las personas, dar entidad a espacios de diálogo y de reflexión colectiva sobre la *praxis*. En ocasiones, según cuatro relatos, estos espacios de encuentro han sido desalentados, incluso por los/las trabajadores/as, aludiendo a la falta de tiempo para ello (Medicina general 1, 2021), sin reparar en que, como menciona Burijovich (2011), los procesos de transformación de las prácticas necesariamente requieren de momentos reflexivos. Esa asociación tan cuestionable entre la cantidad de atenciones y la real producción de procesos de cuidados (Galloni, 2022).

En este marco, deviene oportuno recuperar el proceso transitado por las personas trabajadoras del servicio de salud mental respecto a la producción del registro. A tal fin, como se desarrolla en el Capítulo IV, se sostuvieron espacios de reflexión para poner en discusión los modos de pensar el padecimiento psíquico desde la pregnancia de discursos biologicistas y categoriales, propuestos por los sistemas de codificación⁴¹ legitimados para la carga de datos.

Así, desde el servicio de psicología, las personas han reparado en que los registros diagnósticos despojan de subjetividad, haciendo del sufrimiento, un estigma (Psicología 1, 2020). En este sentido y a través de la revisión de las prácticas de registro en salud mental, hubo una intencionalidad de transformar lo estandarizado del registro, a favor de trabajar en el plano de la singularidad de las personas usuarias (Psicología 2, 2021). Freud (1912), destacó la importancia de la interrelación sujeto/sujeto en los procesos terapéuticos, centrando el método psicoanalítico en la transferencia y contratransferencia establecidas a lo largo del proceso de análisis.

Entonces, el proceso de construcción, narrado por las personas del servicio de salud mental, ha versado en torno a la construcción de un modo de registro que permita visibilizar los problemas de salud-enfermedad no solo desde definiciones categoriales, sino, además, desde los atravesamientos sociales que condicionan a los procesos de salud.

En este marco, se observa la necesidad de compartir dicha experiencia a la totalidad de las personas trabajadoras que forman parte protagónica en la construcción del proceso de registro, entendiendo que, frecuentemente, desde los propios efectores de salud hay acciones que obstaculizan el desarrollo de estrategias integrales en salud y salud mental.

Así, Bang et al. (2020) mencionan la necesidad de trabajar para visibilizar y desnaturalizar ciertas lógicas de las prácticas institucionales en el quehacer cotidiano referente a modos fragmentados de pensar los servicios. Las autoras explicitan que la práctica de los servicios, en el primer nivel de

⁴¹ Clasificación Internacional de Enfermedades- CIE-10

atención, se encuentra atravesada por una lógica propia del modelo hegemónico (Menéndez, 2003) y de la formación académica cuyo efecto es la generación y sostenimiento de una práctica fragmentaria en dispositivos múltiples alentándose al ejercicio liberal de la profesión, lejano a la realización de tareas colectivas. En este sentido, refieren como objetivo trabajar en la búsqueda de caminos hacia nuevas posiciones subjetivas que habiliten nuevas formas de enlazarse entre las personas y los servicios. A tal fin, Minayo (2012), apela a la necesidad de que las personas trabajadoras se impliquen directamente en la definición de sus procesos de trabajo ya que ello afianza el intercambio al interior de los equipos y propicia el compromiso de todas las partes implicadas.

La propuesta es pensar procesos de encuentros que inviten al trabajo cooperativo e instancias de pensamiento crítico desde donde se logre resignificar a las experiencias de escritura, enriquecidas por saberes diversos. Así, Onocko et. al (2008), Boragnio y Cantú (2016) y Feldman (2020), sostienen que los procesos de reflexión y escritura son en sí mismos procesos productivos y creativos, donde a través de la escritura colectiva se despliega una producción vincular que edita y reedita significaciones, dando paso a nuevas inscripciones y a reescrituras.

7.2 El proceso de registro en salud

De lo observado en el trabajo de campo, puede evidenciarse, en primer lugar, la necesidad de poner en valor el proceso de registro. Todas las personas entrevistadas en consonancia con las/os autoras/es, reconocen la importancia de registrar y, asimismo, de acceder oportunamente a información en salud.

Como se menciona en el Capítulo V, las personas trabajadoras refieren registrar sus prácticas y explicitan la importancia de hacerlo, sin embargo, se observa una brecha entre estos discursos y la práctica de registro en sí. Sucede que una de las referencias percibida como dificultad, al momento de realizar la tarea de registro, es el tiempo o la falta de este. De los relatos surge que la práctica del registro “(...) se hace cuando se puede” (Medicina general

1, 2021), en este sentido, el servicio de medicina general señala la imposibilidad de encontrar el tiempo necesario para registrar las actuaciones realizadas. Ello abre la pregunta respecto del lugar que tiene el registro en todo el proceso de trabajo.

Así, tanto de la revisión documental, como de los dichos de las personas se vislumbra que la construcción del registro está pregnada de saberes técnicos. Por lo tanto, Merhy (1997) señala que cuando hay un predominio de tecnologías duras, a partir de un hacer estructurado, reducido a la producción de procedimientos, aparece una intención centrada en lo procedimental que no se integra al proceso de cuidado. Ello pone en escena el trato dado a la tarea del registro, aquí seis personas enfatizan la necesidad de cumplimentar un procedimiento para evidenciar que el trabajo se ha realizado (Enfermería 1, 2021).

Por otra parte, las personas hacen referencia a la dificultad de instituir un momento para el registro, por dos motivos. En primer lugar, la falta de tiempo en el proceso de atención diaria para escribir: “nadie lo hace. Yo no llego.” (Medicina general 1, 2021), en segundo lugar, enuncian la escasa tolerancia de espera de las personas usuarias, entre atención y atención: ““(…) la gente parece que no puede esperar.” (Medicina general 2, 2021)

Ambos enunciados, visibilizan la necesidad de pensar un trabajo a futuro, con las personas trabajadoras y usuarias, que permita instituir y legitimar al proceso de registro como parte del proceso de cuidado en salud permitiendo que la práctica de la escritura sea valorizada desde los equipos de trabajo y desde la comunidad. Entonces, como señalan Franco y Mery (2016), el modo de producir salud trae en sí la idea de un campo social en el que se articulan fuerzas instituidas e instituyentes las cuales se encuentran en constante tensión. Sin embargo, en esta complejidad, está la potencia del proceso de trabajo en salud ya que, la posibilidad del encuentro entre las personas trabajadoras y usuarias habilita a la producción de cuidados. Allí se entrecruzan saberes y acciones imbricadas en la construcción de salud.

Concatenado a la idea de valorizar al proceso de registro, cinco personas refieren a la importancia de tener tiempos para la discusión de datos, reflexión colectiva y escritura (Psicología 1, 2020). Hablar de escritura, evoca a la noción procesual de su construcción (Ravina, 2013). La escritura como proceso involucra *per se* una elaboración. Entonces, registrar implica detenerse, limitar un tiempo y un espacio para hacer lugar al acto de escribir y reflexionar sobre ello (Padrón y Galloni, 2019). Asimismo, Feldman (2020), refiere a la importancia de dar tiempo a la pausa y a la cavilación sobre el hacer. En este sentido, se hace menester acompañar la intensión de habitar espacios participativos a fin de producir conocimiento en salud.

En este marco y retomando las nociones de las personas trabajadoras sobre las concepciones de salud y las ideas sobre el proceso salud- enfermedad, podría decirse que se reconoce la necesaria interacción entre saberes a fin de producir cuidados integrados. Estos planteamientos pueden vincularse al hallazgo de la existencia de registros diversos y heterogéneos, según la persona artífice del registro. Entonces, por un lado, se narra la necesidad de producir cuidados integrales e integrados pero, en desmedro de ello, se vislumbran prácticas de registro profundamente fragmentadas ya que hay multiplicidad de soportes de registro y carencia de un registro unificado donde las personas integren sus procesos de trabajo. En este sentido, Sousa Campos (1998) menciona que la estructura tradicional de los servicios de salud refuerza el aislamiento profesional y reproduce la fragmentación de los procesos de trabajo.

Aquí, cabe la pregunta sobre las prácticas de los equipos que tienen un discurso integral de la salud, pero siguen reproduciendo lógicas de trabajo fragmentarias. En relación a ello, Merhy et al. (2016) mencionan que la integralidad debe estar a cuenta de colocar la centralidad de las prácticas de salud en el cuidado, en la demanda y necesidad de los colectivos sociales.

Ante esta realidad, las personas refieren que cuando se necesita “(...) recopilar un proceso de atención” (Medicina general 1, 2021) o “(...) reflexionar sobre un caso complejo” (Psicología 2, 2021) se comparte información de modo oral. En este marco, Good (1994) advierte

oportunamente que la práctica del registro no tiene como única finalidad la transcripción de la realidad de una persona usuaria o dar evidencia de una atención sino que, en tanto práctica formativa, guía, condiciona y moldea la tarea de las personas trabajadoras. Ello traza algunas coordenadas para reflexionar en torno a la necesidad de pensar a la HC como documento ordenador de procesos reflexivos al momento de crear cuidados singulares y o comunitarios, respondiendo, además, al criterio de integralidad enunciado en la Ley 26.529 (2009). En este sentido, se hace notoria la premura de pensar en clave de participación comprometida, de todas las personas que intervienen documentos en salud pública. Burijovich (2011) invita a la participación de los actores involucrados en la construcción de HC a sostener espacios de reflexión y sistematización de las prácticas y experiencias territoriales.

Por otra parte, de la observación de HC se vislumbra cómo el MMH aún sigue disputando dicha hegemonía para con otros saberes (Menéndez, 2020). Se puede decir, en primer lugar, que, si bien todas las personas registran sus actuaciones en SICAP, la producción de dicho registro es preferentemente diagnóstica y categorial, dejando en evidencia la primacía del discurso disciplinar, en la construcción de problemas de salud por sobre otros saberes.

Asimismo, en las HC se distingue que son intervenidas y construidas, mayoritariamente, desde el saber médico. Ello abre, por lo menos, dos líneas de reflexión. Por un lado, pone en evidencia la dificultad de reconstruir la historización de los procesos de cuidados de una persona y/o familia y, por el otro, refleja el incumplimiento de los caracteres de legalidad y obligatoriedad que tiene el registro en HC (Ley 26.529, 2009). Así, también, la ley mencionada refiere a la HC como documento único que compendia las actuaciones de las personas trabajadoras del campo de la salud y los consentimientos de las personas usuarias involucradas en sus propios procesos de cuidado.

En las entrevistas se hacen escasas referencias al registro como práctica obligatoria y legal. Dicha falta de reseña pareciera coincidir con cierta autonomía profesional (Merhy, 2006) que permite decidir registrar o no hacerlo

y, en este marco, sostener registros heterogéneos. A partir de aquí, se evidencia la necesidad de ahondar en el trabajo con las personas trabajadoras, a fin de dar a conocer la implicancia de los marcos legales vigentes en materia de la producción de registro en salud.

Finalmente, a partir de los relatos, se observa la necesidad de convocar a la reflexión sobre el eje de la participación de las personas usuarias en sus procesos de cuidado entendiendo que el registro es un modo de garantizar el derecho de la comunidad a decidir y participar en la construcción de salud (Montero, 2012). Para ello, las nociones existentes en torno al proceso de registro son sustanciales ya que requiere, en primer lugar, que las personas trabajadoras conciban al registro como una herramienta dada a garantizar el derecho al acceso de información en salud. Entonces convendría partir de una discusión que dispute sentidos en torno a, para quien o quienes debería disponerse el acceso a la información y al conocimiento en salud. Partiendo del posicionamiento desarrollado en el marco teórico de la presente tesis, se considera que la producción de conocimiento en salud debe estar al servicio, fundamentalmente, de los actores intervinientes, es decir, personas trabajadoras (en todos los niveles del campo de la salud) y personas usuarias de las comunidades (Alazraqui et al., 2006).

Así, se reafirma la importancia de considerar a la información como insumo al momento de pensar el diseño de políticas públicas que garanticen derechos en salud (Defensoría del Pueblo y Universidad Nacional de Rosario, 2019). En Argentina, como se explicitó en el Capítulo IV, existe un vasto cúmulo de normas que establecen el acceso a la información pública como derecho humano. Entonces, la Ley 26.529 (2009) menciona que la finalidad del acceso a información es promover una real participación ciudadana en los propios procesos de cuidados a través de la provisión de información completa, adecuada, oportuna y veraz.

En función a lo descripto, Ferreyra (2021) hace referencia a que un acto es clínico sólo cuando promueve los derechos y la dignidad de las personas. En este sentido, subraya que si una intervención vulnera derechos no habrá sido

clínica, pues la promoción de derechos no es externa al acto clínico en sí, ni tampoco a los llamados efectos analíticos.

En cuanto a la participación ciudadana, se vislumbra que es un desafío a seguir desandando en la interacción entre las comunidades y los equipos de salud (Medicina general 1, 2021). Montero (2005) afirma que la participación deriva en el reconocimiento de que en el trabajo con otros y otras coexisten diversos saberes, los cuales deben ser tomados en cuenta. Refiere a que la admisión de tal condición, si bien enriquece el intercambio, es fuente de conflicto, pues reconoce al proceso de trabajo colectivo como intrínsecamente complejo. La autora enfatiza en que la participación comunitaria tiene un efecto político, ya que forma ciudadanía al mismo tiempo que desarrolla y fortalece a la sociedad civil aumentando, también, la responsabilidad social.

REFLEXIONES FINALES, CERRANDO PARA ABRIR

Las personas trabajadoras de la salud conocen que el análisis de los procesos de atención y su modo de producción son la materia prima al momento de reflexionar sobre las prácticas. Identificar la articulación que se establece entre nociones de las personas y prácticas sociales es insumo indiscutible a fin de diseñar políticas y programas de salud eficaces que incidan en transformaciones sostenibles de los grupos involucrados, siempre con respeto de los significados dados a la salud, la enfermedad y la muerte desde las diversas culturas y los grupos sociales.

La presente tesis tuvo por objetivo general describir el proceso de registro en salud que realizan las personas trabajadoras del primer nivel de atención en Rafaela, durante los años 2020 y 2021. De allí se desglosaron tres objetivos específicos que fueron, describir las características del proceso de registro de las personas trabajadoras, identificar las nociones de las personas trabajadoras sobre el proceso de registro que realizan y conocer los usos que otorgan a dicho registro en salud.

Este trabajo se ha enfocado desde el campo de la SC. La SC considerada como campo de práctica que asume el compromiso por la producción de

conocimiento para la acción, orientada a la reducción y eliminación de desigualdades en salud. Así, se parte de entender a la salud desde una perspectiva integral y no normativa al mismo tiempo que se pondera la dimensión sociohistórica de los Psec, enmarcados en un enfoque de derechos.

En este contexto, el estudio del proceso de registro admite abrir a la pregunta respecto de cómo pensar dicha práctica en tanto herramienta que permita visibilizar y trabajar para reducir las desigualdades sociales en salud. Por otra parte, convoca a seguir reflexionando en una producción material de los sistemas de información que amplíe las posibilidades de registro de estas desigualdades.

Los soportes de registro descritos en el Capítulo IV, es decir SICAP e HC, promueven en su estructura el registro desde categorías diagnósticas, esencialmente y, además, cuentan con campos que invitan a la inscripción de otras dimensiones posibles tales como: modos de vida, realidades socioeconómicas, inserción en espacios institucionales de las personas usuarias. Sin embargo, el uso que las personas atribuyen dar al registro en ambos soportes, limita poder pensarlo como un instrumento de análisis e intervención en la compleja producción de cuidados integrales de salud.

El trabajo de tesis planteado no pretende describir todas las dimensiones y problemáticas que atraviesan al proceso del registro en salud. La intención ha sido posibilitar la reflexión en torno a cómo es el proceso de registro que realizan las personas trabajadoras en el ámbito del primer nivel de atención en la localidad de Rafaela. Así, y a modo de cierre, a partir de lo que se considera han sido aportes del proceso de investigación, se presentan algunos desafíos en el campo de la salud, referentes al proceso de registro.

En primer lugar, resulta menester pensar la institucionalidad del proceso de registro como parte integrada al proceso de trabajo y, por ende, al proceso de cuidados en una comunidad. Así, en acuerdo con los aportes de Burijovich (2011) se considera que la práctica del registro debería bregar por acompañar procesos de autonomía de las personas usuarias.

En este marco, se sostiene la premura de que, desde los equipos, se abran interrogantes a fin de cuestionar lo instituido intentando propiciar una escritura y reescritura de procesos de trabajo, tantas veces obsoletos. Entonces, en consonancia con la propuesta de Merhy (2006), resulta oportuno revisar la producción de salud y el proceso de trabajo que siempre es en acto. Esto es, en el acto mismo del encuentro; solo desde allí puede pensarse cómo se genera información, cómo se gestionan los datos y qué se prioriza al momento de producir conocimiento.

Para que esto sea posible, claro está, se requieren decisiones políticas comprometidas con la producción de conocimiento en salud desde donde se acompañe y se creen las condiciones institucionales para la construcción y análisis colectivo de información.

Así, se visibiliza la premura en generar procesos formativos y reflexivos en torno a la construcción de datos epidemiológicos en salud pública. De los relatos de las personas se observa cierta pobreza de sentido vinculado a la práctica del registro. Esto último responde a motivos diversos, por un lado, falta de formación y consensos al momento de registrar, por otra parte, la preeminencia dada al registro como herramienta de control sobre el hacer de las personas (materializado en cantidad de prácticas y diagnóstico inscriptos), asimismo, la escasez de uso del registro en términos de producción de cuidados integrales y, finalmente, la existencia de cierto desconocimiento en torno a cómo producir información (con objeto de construir diagnósticos comunitarios y líneas de cuidados según necesidades de una población, a partir de los datos registrados).

En este sentido, se insiste en la necesidad de que la información sea accesible a las personas trabajadoras, transformándose en insumo de trabajo que permita democratizar conocimientos y tomar decisiones desde la gestión y planificación de un equipo de salud en una comunidad. Entonces, se visibiliza la necesidad de construir lazos entre los equipos territoriales y los equipos técnicos, encargados de construir información epidemiológica a nivel central ministerial, con el objetivo de facilitar el acceso a la misma a partir de la

construcción de informes que permitan recuperar datos con cierto nivel de procesamiento y elaboración.

Asimismo, se considera oportuno propiciar la discusión vinculada al proceso de registro y a los estereotipos que produce y reproduce dicha práctica de escritura. Por un lado, enlazado al lugar del poder médico disciplinar por sobre otros saberes disciplinares. Por otro lado, a la falta de construcción de consensos entre saberes disciplinares y no disciplinares (saberes comunitarios).

Este último punto invita a pensar en desarrollar nuevas epistemologías, metodologías y categorías analíticas que contribuyan a una forma de conocimiento no determinista ni sesgado por ontologías preestablecidas vinculadas a un saber disciplinar ni, únicamente, a clasificaciones diagnósticas. Para esto, la insistencia en propiciar construcción de conocimiento desde procesos participativos entre el campo de la salud, las personas usuarias, las comunidades e instituciones y organizaciones ajenas al sector salud. En este sentido, una propuesta será pensar al análisis del proceso de trabajo como una forma de construir camino que lleve, de una práctica fragmentada en atención de la salud, al ejercicio de ciudadanía, donde el registro se convierta en soporte de dicha reflexión.

Finalmente, en cuanto a la diversidad y heterogeneidad en el registro, se observa la limitación de sostener procesos de cuidado integrados. Así, coincidiendo con Alazraqui et al. (2006), se puede analizar que el problema no se reduce a las organizaciones responsables de la producción de información *per se*, sino a que estas son un reflejo de los actores sociales involucrados y sus intereses.

A modo de síntesis, se cree oportuno mencionar que la carencia de problematización sobre una situación lleva a la naturalización y obtura la posibilidad de su transformación. Por ello, se considera a los espacios de salud como espacios políticos, pensados en términos de potencia y de poder; potencia de las personas trabajadoras como hacedoras en la producción de

cuidados y de las personas usuarias implicadas en la construcción del sistema de salud que garantice el ejercicio de sus derechos.

Se concibe en términos de necesidad el analizar los procesos de trabajos y cuestionar el lugar que ocupan los tecnicismos en salud y los modelos prescriptivos. Entonces, la invitación es a pensar que, en todo proceso de trabajo en salud, la centralidad deben ser los encuentros incluso por sobre el saber disciplinar. En este marco es que la integralidad puede constituirse en un dispositivo para interrogar las prácticas y la continuidad de cuidados deviene uno de los organizadores de la atención.

Concluyendo, el recorrido de tesis invita a una toma de posición política desde la defensa de la salud como derecho humano y social para, desde allí, reflexionar y cuestionar los actos en salud entendiéndolos como procesos vinculados a prácticas sociales. Así, en acuerdo con Ferreyra (2021), desde la ética del cuidado, un acto analítico es subversivo si aporta a la construcción de ciudadanía. En este sentido, surgen algunas preguntas ¿de qué manera instituir un proceso de registro que sea parte de los procesos de trabajo y, por ende, del proceso de cuidado integral?; ¿cómo construir un proceso de registro que no reduzca, la complejidad de los problemas de salud, a inscripciones signadas por la especificidad de un discurso único?; ¿cómo seguir discutiendo sentidos respecto de la producción de conocimiento que bregue por disminuir y reparar desigualdades sociales en salud?

Queda una invitación abierta a todas las personas trabajadoras y usuarias del sistema de salud a seguir desnaturalizando los procesos de trabajo usando como herramienta la lectura, escritura y reescritura de las prácticas. Estas construcciones deberían propiciar discusiones colectivas, formativas y participativas que pugnen por una nueva producción de sentidos sobre el hacer en el campo de la salud.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alazraqui, M., Mota, E., & Spinelli, H. (2006). Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío de la reducción de desigualdades en la gestión local. *Cadernos de Saúde Pública (online)*, 22(12), 2693-2702. Obtenido de <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200018>
- Alonso, M. M., & Bonifazzi, J. P. (2019). Trabajo con Población a Cargo, profundizando conceptos y repensando herramientas. En D. Montenegro, & J. Herrmann, *La clínica y la Gestión de la Medicina General* (págs. 230-247). Rosario: Nuevos Tiempos.
- Aragonès, E., Piñol, J., Ramos, J., Caballero, A., López-Cortacans, G., & Bosch, R. (2010). Prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en personas adultas según el registro de las historias clínicas informatizadas de atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 84(4). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000400006
- Augsburger, A. C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedade*, 6 (2): 71-80.
- Ballatore, S. A., & Boris, P. (Diciembre de 2021). Registro en Salud Mental: Instrumento y Estrategia para pensar los procesos de atención durante la pandemia. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 8(11), 92- 104.
- Bang, C. (2020). Salud mental en tiempos de pandemia: recreando estrategias comunitarias en el primer nivel de atención. *Revistas de la Universidad Nacional de Córdoba*, 5(1), 217-232. Obtenido de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/30935/31611>
- Bang, C., Cafferata, L., Castaño Gómez, V., & Infantino, A. I. (2020). Entre “lo clínico” y “lo comunitario”: tensiones de las prácticas profesionales de psicólogos/as en salud. *Revista de Psicología*, 19(1), 48-70. doi: <https://doi.org/10.24215/2422572Xe041>
- Boragnio, D., & Cantú, G. A. (junio de 2016). La importancia de la escritura para la producción, transmisión y articulación teórico-clínica del pensamiento en la formación de psicoanalistas de niños. *Perspectivas en Psicología*, 13(1), 21-26. Obtenido de <http://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/224/142>
- Borsotti, C. A. (2007). *Temas de metodología de la Investigación en ciencias Sociales Empíricas*. Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.

- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002
- Burijovich, J. (2011). El concepto de buenas prácticas en salud: desde un enfoque prescriptivo a uno comprensivo. (M. Rodigou Nocetti, & H. Paulín, Edits.) *Coloquios de investigación cualitativa: subjetividades y procesos sociales*, 29-40. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Andrea-Pujol-3/publication/266390852_Calidad_de_trabajocalidad_de_empleo_per_spectivas_posibles_para_la_delimitacion_de_un_problema_de_investigacion/links/543042650cf277d58e96ae28/Calidad-de-trabajo-calidad-de-empleo-pe
- Canosa, A. N. (2017). *Derecho Constitucional y Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-constitucional-y-salud>
- Carballeda, J. M. (Junio de 2018). La intervención social. *Soberanía Sanitaria*(4). Recuperado el 15 de mayo de 2021, de <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wp-content/uploads/2019/03/revistaSSnro4.pdf>
- Carpintero, E. (noviembre de 2018). Memoria y transmisión. *Topia*. Obtenido de <https://www.topia.com.ar/articulos/memoria-y-transmision>
- Carrillo, O., & Chávez, M. d. (2006). El registro de enfermería como parte del cuidado. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Cauca*, 8(2). Obtenido de <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/928/717>
- Castoriadis, C. (2000). *Ciudadanos sin brújula*. México: Ediciones Coyoacán.
- Castoriadis, C. (2001). *Figuras de lo pensable*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Coller, X. (2020). Estudios de Casos. *Cuadernos Metodológicos*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Comes, Y. (2020). Trabajar en lo emergente cuando pase la emergencia. *Revista Soberanía sanitaria, Edición Especial –Pandemia*, 47-52.
- Defensoría del Pueblo , & Universidad Nacional de Rosario. (2019). *Progresos y Desafíos de los Derechos en la Provincia de Santa Fe*. (E. d. Humanos, Ed.) Rosario: Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe. Universidad Nacional de Rosario. Obtenido de

file:///C:/Users/lucig/Downloads/progresos-desafios-derechos-santafe%20(1).pdf

- Epele, M. E. (2015). Entre la escucha y el escuchar: psicoanálisis, psicoterapia y pobreza urbana en Buenos Aires. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 797-818. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300007>
- Farías , L., & Montero, M. (2005). De la transcripción y otros aspectos artesanales de la investigación cualitativa. *International Journal of Qualitative Methods*, 53-68.
- Fe.P.R.A. (2013). Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.). Obtenido de http://fepra.org.ar/docs/C_ETICA.pdf
- Feldman, L. M. (2019). *Política del síntoma: leer y escribir como política*. Obtenido de Lobo Suelto: <http://lobosuelto.com/politica-del-sintoma-leer-y-escribir-como-politica-lila-maria-feldman/>
- Feldman, L. M. (2020). La narración como acto político . *Lobo Suelto*. Obtenido de <http://lobosuelto.com/la-narracion-como-acto-politico-lila-m-feldman/>
- Feldman, L. M. (2021). El psicoanálisis. Una política . *Afluencias. Escritos sobre el psicoanálisis que nos toca*. Orbita Lucida.
- Ferrandini, D. (2011). Algunos problemas complejos de salud. *Algunos problemas complejos de salud*. Rosario.
- Ferrara, F. (1985). *Teoría de lo Social y salud*. Buenos Aires: Catálogos.
- Ferreyra, J. (2021). Psicoanálisis argentino & salud mental: reflexiones políticas sobre la territorialidad clínica. *Afluencias. Escritos sobre el psicoanálisis que nos tocan*, 53-73. (B. Bonoris, & T. Pal, Edits.) Orbita Lucida.
- Franco , T., & Merhy , E. (2017). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. Brasil.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Buenos Aires: Lugar.
- Franco, T., & Merhy, E. (2016). *Trabajo, producción del Cuidado y subjetividad en salud: Textos seleccionados*. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Lugar.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los Sueños. Obras Completas Tomo V*. Buenos Aires: Amorrortu ediciones.

- Freud, S. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En Obras Completas. 1976, Tomo XII.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Fusté, J., Bolívar, B., Castillo, A., Coderch, J., Ruano, I., & Sicras, A. (2002). Hacia la definición de un conjunto mínimo básico de datos de atención primaria. *Reflexiones en Medicina de Familia*, 229-235.
- Galloni, L. (2018). Tesis: Cuidados de salud mental en la red de cuidados de salud general. Rafaela.
- Galloni, L. (enero de 2022). *Encuentro comunitario del equipo de Salud Mental, Pcia. de Santa Fe.* Obtenido de Topia: <https://www.topia.com.ar/articulos/encuentro-comunitario-del-equipo-salud-mental-pcia-santa-fe>
- García, R. (2006). *Sistemas Complejos. Conceptos, métodos y fundamentación epistemológica de la Investigación interdisciplinaria.* Barcelona: Gedisa. Recuperado el 26 de mayo de 2021
- Giovanella, L., Almeida, P., Vega Romero, R., Oliveira, S., & Tejerina Silva, H. (2015). Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate*, 300-322. Recuperado el 8 de Marzo de 2021, de <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002002>
- Gobierno de la provincia de Santa Fe. (2009). *Decreto N° 0692.* Decreto perovincial, Santa Fe. Obtenido de <https://www.santafe.gov.ar/normativa/getFile.php?id=86930&item=41870&cod=9efe78dc961dc7997a47624505ddb7eb>
- Gobierno de la provincia de Santa Fe. (2018). *Área de salud.* Recuperado el 14 de diciembre de 2019, de <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560>
- Gobierno de la provincia de Santa Fe. (2018). Información para la Gestión. Obtenido de <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114766>
- Gollan, D. (2015). Claves de los mejores sistemas de salud. *Soberanía Sanitaria.* Recuperado el 15 de mayo de 2021, de <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/claves-de-los-mejores-sistemas-de-salud/>
- Gollan, D. (2020). Entrevista: el Estado es el único que puede resguardar la salud en su dimensión de derecho. *Revista Soberanía sanitaria, Edición Especial –Pandemia*, 14-21.

- Gómez Ferrals, M. (2019). El deber de todo revolucionario es hacer la revolución. *Adelante.cu*. Obtenido de <http://www.adelante.cu/index.php/es/>
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. United Kingdom: Cambridge University.
- Granda, E. (Abril de 2004). ¿A qué llamamos Salud Colectiva, hoy? *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2). Recuperado el 6 de Mayo de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tling=es
- Herrmann, J. M. (2013). Primer nivel de atención y condiciones crónicas de salud. La capacidad de un Centro de Salud de la Municipal de Rosario para producir cuidados longitudinales e integrales en Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Rosario. Recuperado el 26 de mayo de 2021, de <https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/9032/CEI%20-%20MSP%20-%20Tesis%20Herrmann%2C%20Juan.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Lana, R., Coelho, F., Ferreira da Costa Gómez, M., Gonçalves Cruz, O., Soares Bastos, L., Antunes Maciel Villela, D., & Torres Codeço, C. (2020). Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Salud Pública*, 36(3). doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00019620>
- Laurell, A. (2018). *Soberanía Sanitaria*(5), 12-16. Obtenido de <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wp-content/uploads/2019/03/revistaSSnro6.pdf>
- Laurell, A. C. (1981). LA SALUD ENFERMEDAD COMO PROCESO SOCIAL. *Revista Latinoamericana de Salud*.
- Ley 22373. (1981). *Creación del Consejo Federal de Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- Ley 25.326. (04 de octubre de 2000). *Protección de Datos Personales*. Obtenido de https://www.oas.org/juridico/pdfs/arg_ley25326.pdf
- Ley 26.061. (28 de septiembre de 2005). *Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes*.
- Ley 26.343. (12 de Diciembre de 2007). *Protección de los datos personales, modificación*.
- Ley 26.529. (21 de Octubre de 2009). *Derechos del paciente en su relación con los profesionales e Instituciones de salud*.
- Ley 26.657. (2010). Buenos Aires: Ministerio de salud.

- Lima Barreto, M. (julio de 2017). Desigualdades en salud: una perspectiva global. *Ciencia y Salud Colectiva*, 22(7). Recuperado el 24 de enero de 2021, de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002702097&script=sci_arttext&tlng=es
- Luppi, I. (2008). Comentario a propósito de la presentación de la Dra. Elza Berquó. Reflexiones teórico metodológicas sobre la elaboración de cuestionarios de encuesta: una experiencia de integración de enfoques. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol.11 suppl.1.
- Mantilla, M. J. (2015). Narrativas terapéuticas. Una mirada hacia las intervenciones psicoanalíticas desde una perspectiva socio-antropológica. *Cuadernos de Antropología Social*, 93-108.
- Mayan, M. (2001). *Una Introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales*. Obtenido de <http://www.ualberta.ca/~iiqm//pdfs/introduccion.pdf>
- Menéndez, E. (1988). Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria.*, (págs. 451-464). Buenos Aires.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 8(1), 185-207. Obtenido de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Menéndez, E. (2020). Modelo Médico Hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*. Recuperado el 12 de julio de 2021, de <https://scielosp.org/pdf/scol/2020.v16/e2615/es>
- Menéndez, E., & Spinelli, H. (2006). *Participación social ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar.
- Merhy, E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. 71-112. San Pablo. Obtenido de https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/145
- Merhy, E. (2006). *Salud. Cartografía del trabajo vivo*. Brasil: Lugar.
- Merhy, E. E., Silva, E., & Feuerwerker, L. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva*, 8(1), 25-34. Obtenido de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/125>
- Minayo Gómez, C. (2012). Historicidad del concepto “salud del trabajador” en el ámbito de la Salud Colectiva: el caso de Brasil. *Scielo*, 221-227.

Obtenido de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v8n3/v8n3a01.pdf

- Ministerio de Salud. (2017). Salud y Sociedad. *Curso en Salud Social y Comunitaria*. Buenos Aires: Ministerio de salud Nacional. Obtenido de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001069cnt-modulo-1-curso-salud-sociedad-2017.pdf>
- Ministerio de Salud Argentina. (Julio de 2007). *msal*. Obtenido de SISA: <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/>
- Monsalvo, J. (2018). *Vivencias en Atención Primaria de Salud. Desde el cuidado primordial de salud de los ecosistemas hacia políticas biocéntricas*.
- Montero, M. (2005). *Trabajo comunitario. Selección de lecturas*. La Habana: Caminos.
- Montero, M. (2012). *Hacer para Transformar. El método de la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Movimiento por la Salud de los Pueblos. (2011). *Comentarios sobre "Documento Técnico-Determinantes Sociales de Salud"*. Recuperado el 24 de mayo de 2021, de <http://www.phmovement.org/es>
- Murillo, M. (2020). Cuatro reflexiones sobre la transferencia psicoanalítica a partir de la pandemia. *Diagnosis*, 1(17). Obtenido de <https://www.revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/260>
- Neffa, J. C., De la Garza Toledo, E., & Muñiz Terra, L. (2009). Colección Grupos de trabajo. *Trabajo, empleo, calificaciones profesionales, relaciones de trabajo e identidades laborales*. Buenos Aires: CLACSO.
- OMS. (1978). *ALMA-ATA 1978. Atención Primaria de la Salud*. ALMA-ATA: OMS.
- OMS. (2005). *¿Qué es un sistema de salud?* Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/features/qa/28/es/>
- OMS. (2006). *Informe sobre la Salud en el mundo*. Obtenido de <https://www.who.int/whr/2006/es/>
- OMS. (2008). *Cerrar la brecha en una generación: equidad en salud mediante la acción sobre los determinantes sociales de la salud - Informe final de la comisión de determinantes sociales de la salud*. OMS. Ginebra: OMS. Recuperado el 24 de Enero de 2021, de <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

- OMS. (2008). *Informe sobre la Salud en el Mundo: Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2011). *Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud*. Río de Janeiro: OMS. Recuperado el 24 de Enero de 2021, de <https://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>
- Onocko Campos, R., Massuda, A., Valle, I., Castaño, G., & Pellegrini, O. (2008). Salud Colectiva y psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. *Scielo- Salud Pública*. Obtenido de https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1851-82652008000200008&script=sci_arttext
- OPS. (2020). *Recomendaciones para adaptar y fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención durante la pandemia de*. Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52729/OPSIMSHSSCOVID-19200032_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OPS. (2020). *Recomendaciones para adaptar y fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19*. Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52729/OPSIMSHSSCOVID19200032_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Padrón, M. E., & Galloni, L. (2019). Introducción. (L. Galloni, & M. E. Padrón, Edits.) *Cuaderno de Experiencias en Salud V.2, 2*. Obtenido de https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/256607/1351399/file/cuadernos%20de%20experiencias%20en%20salud-n%C2%BA2_compressed.pdf
- Paim, J., & Almeida Filho, N. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica. (*ISSN: 0326-3525*). Recuperado el 25 de enero de 2021, de <http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6060>
- Pellegrini Filho, A. (2002). Inequidades de acceso a la información e inequidades en salud. *Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*, 409-412.
- RAE, R. (2020). *Diccionario de la lengua española [Dictionary of the Spanish Language]*. Obtenido de <https://dle.rae.es/escritura>
- Ravina, C. (2013). Crisis, re-escritura, espera y confianza. *Topía*. Obtenido de <https://www.topia.com.ar/articulos/crisis-re-escrituras-espera-y-confianza>

- Rivière, P. E. (1987). *El Proceso Creador*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rivière, P. E. (1999). *El Proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Robin, R. (2012). *La memoria saturada*. Buenos Aires: Walduther ediciones.
- Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em Debate*, v.36, n.94, p. 327-342.
- Rovere, M. (2006). Redes en Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad. Córdoba: El Agora Asociación civil.
- Rovere, M. (octubre de 2015). La salud mental de los trabajadores de salud. Entrevista a Mario Rovere. *Clepios.Revista de profesionales en formación en salud mental.*, XXI(3), 112-117. Recuperado el 11 de 11 de 2019, de <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/clepios/clepios68.pdf>
- Rovere, M. (Septiembre de 2018). La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. *Saúde Debate* , 42, 315-327. doi:10.1590/0103-11042018S121
- Savio, K. (Enero-abril de 2019). Sobre la noción de escritura en las enseñanzas de Lacan. (U. d. XLIII, Ed.) *Artes y Letras* , 25(44). Obtenido de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/kan/v43n1/2215-2636-kan-43-01-25.pdf>
- Seixas Terenzi, C., Merhy, E. E., Baduy Staevie, R., & Slomp Junior, H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. (U. N. Lanús, Ed.) *Salud Colectiva*, 113-123. doi:<https://doi.org/10.18294/sc.2016.874>
- Sousa Campos, G. (1998). Equipos matriciales de referencial y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud. *Paideia y Gestión: Un ensayo sobre el soporte Paideia en el Trabajo en Salud*. *Salud*, 1(1), 59-67. Obtenido de www.alames.org/documentos/equipos.pdf
- Sousa Campos, G. W. (1997). Subjetividad y administración del personal: consideraciones sobre el trabajo en los equipos de salud. En *Praxis en Salud*. San Pablo- Buenos Aires: Lugar.
- Sousa Campos, G. W. (2001). *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar.
- Souza Minayo, M. (septiembre de 2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 251-261. Recuperado el 24

de mayo de 2021, de
<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/283/289>

- Souza Minayo, M. C. (2009). *Minayo, M. C. S La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 275- 293.
- Spinelli, H. (2018). Máquinas y arte-sanos. *Salud Colectiva*, 483-512. Obtenido de <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1823>
- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En H. Lerner, *El sufrimiento psíquico y la medicalización de la vida*. Psicolibros. Recuperado el 6 de mayo de 2021
- Stolkiner, A. (1999). Equipos Interprofesionales y algo más ¿Es posible hablar de Inter-saberes? *Campo Psi*. Obtenido de <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner2.htm>
- Stolkiner, A. (2020). El campo de la salud mental y sus prácticas en la situación de pandemia. *Revista Soberanía sanitaria, Edición Especial –Pandemia*, 22-26. Obtenido de <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wp-content/uploads/2020/05/edicionespecialpandemia.pdf>
- Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en Salud Mental*. Buenos Aires: noveduc.
- Stolkiner, A., Comes, Y., & Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, 16, 2807-2816. Recuperado el 8 de Marzo de 2021, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600019&lng=en&nrm=iso
- Sy, A. (2020). Cien años de sufrimiento social inscripto en las historias clínicas de un hospital psiquiátrico en la Argentina una problematización del objeto y los métodos psi. En M. Epele, & M. Epele (Ed.), *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento: Perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi* (1 ed., págs. 197-225). Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani- Glacso.
- Tanaka, J., Espinoza, L., Santiago, N., Sequeiros, M., Leyva, E., Yale, G., & Mendivil, R. (2013). Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao, Perú 2013. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4). Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000400032&script=sci_arttext&tlng=pt

- Tejada de Rivero, D. A. (2003). Alma-Ata: 25 años después. *Revista Perspectivas de Salud. OPS*, 8(2), 3-7. Obtenido de <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/tejada.pdf>
- Tobar, F. (Marzo de 2017). *La atención de la salud* . Obtenido de Ministerio de Salud: <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/146>
- Urbano, C. A., & Yuni, J. A. (2006). *Técnicas para investigar. Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación* (Vol. 2). Brujas.
- Urra, G. P. (2011). Sistemas de Información en salud: diálogo con Pedro Urra González. *Salud Colectiva*, 99-111. Recuperado el 25 de mayo de 2021, de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/281/287>
- Vainer, A. (2011). Huellas en el cuerpo. El inconsciente y la memoria colectiva. *Topía*. Obtenido de <https://www.topia.com.ar/articulos/huellas-cuerpo-inconsciente-y-memoria-colectiva>
- Vasilachis de Gialdino, I. (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa.
- Zaldúa, G. (2013). El campo de la Salud Colectiva: deudas, deseos y demandas. *Topía*, <https://www.topia.com.ar/articulos/campo-salud-colectiva-deudas-deseos-y-demandas>.

ANEXOS

8.1 Anexo 1: Entrevista

Entrevista

Datos generales

Fecha

Modalidad de encuentro

Lugar

Hora de inicio

Hora de finalización

Introducción

Esta entrevista corresponde a un trabajo de tesis final de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario y el Centro de Estudios Interdisciplinario. El título de la tesis es: “El registro en salud pública. La experiencia de las personas trabajadoras en el primer nivel de atención de Rafaela durante el período 2020 - 2021”

La esencia del estudio es la voz protagónica de las personas trabajadoras en los equipos de trabajo. Así es que, como parte del trabajo, se realizan entrevistas a las y los trabajadores/as a fin de conocer cómo son sus procesos de trabajo en salud.

Las entrevistas son anónimas y la información es confidencial, no habrá modo de que el entrevistado sea identificado (Aquí se lee el compromiso de confidencialidad en Anexo 2)

La participación en el estudio es voluntaria y en este sentido, se firma el aval de conformidad a participar de la entrevista (consentimiento informado en Anexo 2).

La totalidad de la entrevista será grabada a fin de cuidar con precisión, la textualidad de las narraciones.

Perfil demográfico de la persona entrevistada

Edad

Género

Formación académica (si la hubiera)

Puesto/cargo laboral

Años de trabajo en APS

Ejes de entrevista

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
Ejes de la entrevista
Eje 1- Proceso de trabajo en salud
Eje 2- Proceso de salud- enfermedad- cuidado
Eje 3- Noción del registro de salud
Eje 4- Procedimiento en la construcción del registro
Eje 5- Interacción con registros de otras personas trabajadoras
Eje 7- Utilidad referida a los registros

8.2 Anexo 2: Declaración de confidencialidad en el manejo de los datos personales y clínicos

Consentimiento informado

Estimado/a trabajador/a:

Por la presente comunico que estoy llevando a cabo un estudio de investigación que se basa en conocer el proceso de registro en salud realizados por las personas trabajadoras en el primer nivel de atención de la red de salud en la ciudad de Rafaela (Santa Fe).

El estudio se nomina: **El registro en salud pública. Experiencia de las personas trabajadoras del primer nivel de atención en Rafaela durante el período 2020-2021**

El estudio sobre el proceso de registro en salud tiene por objetivo conocer cómo son los procesos de registros en salud pública y buscará lograr algunas reflexiones que abonen al fortalecimiento del proceso institucional de registros.

La colaboración de participar en el estudio es voluntaria y construirá a la construcción de información en salud pública.

A continuación, en nota adjunta, se explican los procedimientos y actividades del estudio. Luego de leerla y en caso de presentar su consentimiento, se procederá a firmar el formulario correspondiente.

Quedo a disposición para responder a cualquier duda o inquietud.

Muchas gracias

Lic. Luciana Galloni

Procedimientos del estudio

Si usted participa del estudio, será entrevistado(a) por quien suscribe, profesional investigadora, que está llevando adelante el estudio.

Se trabajará con entrevistas individuales semiestructuradas.

Por otro lado, se solicitarán documentos para análisis de datos registrados, es decir, análisis de la construcción y completamiento de los mismos. Documentos solicitados (Historias clínicas individuales y familiares, acceso a SICAP). Toda esta información documental será estudiada en el efector, nada de ello se retirará fuera del centro de salud.

La duración prevista de la entrevista individual será de 60- 80 minutos.

Confidencialidad

Se garantiza la absoluta confidencialidad de los datos de las personas como de cualquier documento del centro de salud.

Para esto, cada entrevistado/a será identificado/a por servicio al que pertenece y por disciplina. En ningún caso, se mencionarán nombres, ni de personas trabajadoras ni de personas usuarias.

Costos/Remuneración

El estudio no tiene costo alguno. La participación y el acuerdo para la entrevista no conllevan compensación económica alguna ni da derecho a solicitar pago alguno.

Consentimiento informado:

He leído las declaraciones y demás información detallada en este formulario de consentimiento. Todas mis preguntas con respecto al estudio me fueron contestadas. Entiendo que puedo rehusarme a participar en este estudio de investigación en cualquier momento.

Autorizo la realización de la/s entrevista/s incluidas en este estudio y la revisión documental correspondiente.

Con la firma de este formulario no renuncio a ninguno de mis derechos legales como participante de un estudio de investigación.

Firma del investigador responsable

Firma (persona entrevistada)

Aclaración:

Aclaración:

8.3 Anexo 3: Planilla construida para observación de datos en Legajo Familiar o Historia Clínica Familiar

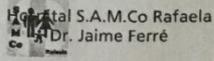
PLANILLA DE OBSERVACIÓN DE DATOS DE LEGAJO FAMILIAR O HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR

Centro de
Salud...

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Integrantes del grupo familiar	Datos personales de cada integrante del grupo familiar										
2. Familiograma	Datos de la situación socioeconómica de la familia										
3. Historia de vida familiar	Agenda de problemas de la familia										
4. Evolución de los problemas y seguimiento de las intervenciones	Antecedentes familiares										
	Antecedentes personales										
	Datos de la vida cotidiana										
	Esquema de aplicación de vacunas										
	Indicaciones de medicamentos										
5. Exámenes complementarios											
6. Agenda de problemas											
7. Evolución											
8. Datos de la persona trabajadora	fecha										
	firma										
	nombre y apellido										

Fuente: elaboración propia según Planilla de Legajo Familiar. Resolución N° 1278/2011

8.4 Anexo 4: Historia Clínica Familiar construida por la Residencia de Medicina General y Familiar




Historia Clínica Familiar N°

Centro de Salud: Fecha: / /

Domicilio:

Barrio: Teléfono:

Integrantes del grupo familiar

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Documento	HCI N°	Equipo / Médico de referencia

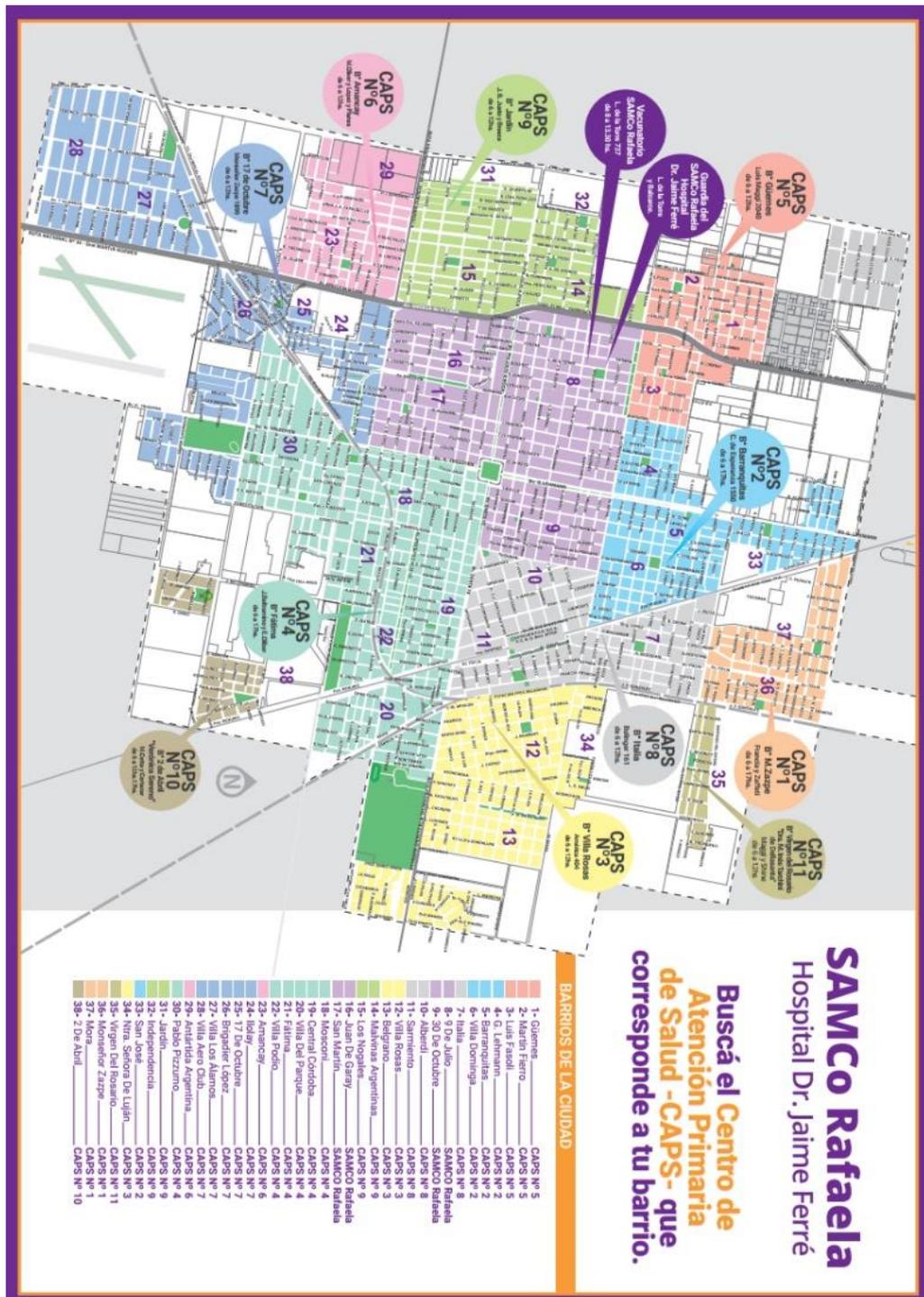
Familiograma

Vulnerabilidad / Antecedentes familiares

Hacinamiento	Violencia	Falta de servicios	Otros
Bajos recursos	Adicciones	Asentamiento	
Desempleo	Vivienda precaria		

8.5 Anexo 5: Mapa de Rafaela y ubicación de los efectores de salud pública

Mapa de Rafaela donde se identifican los efectores del primer nivel de atención y los barrios lindantes.



8.6 Anexo 6: Tabla de población por barrios, según cada efector de salud en estudio

Tabla 11: POBLACIÓN POR BARRIOS SEGÚN EFECTORES DE SALUD

Centro de salud	Barrios de referencia	Población total según ICEDEL. Censo 2010	Ajuste según tasa de crecimiento poblacional al 2021	Población total (sumatoria de población de los barrios)
CS C	barrio C1	1.813	2103	3198
	barrio C2	944	1095	
CS D	barrio D1	3.581	4154	9005
	barrio D2	1.529	1774	
	barrio D3	1.244	1443	
	barrio D4	1.409	1634	
CS A	barrio A1	740	858	3748
	barrio A2	445	516	
	barrio A3	326	378	
	barrio A4	72	84	
	barrio A5	1.648	1912	
CS B	barrio B1	1.969	2284	2966
	barrio B2	588	682	

Fuente: elaboración propia según ICEDEL, Censo nacional de hogares y viviendas 2010 y tasa de crecimiento anual estimado (IPEC). Fecha de consulta: 20/09/2021