



PAG

UNR



CENTRO DE ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS

Universidad Nacional de Rosario
Centro de Estudios Interdisciplinarios
Maestría en Salud Pública

PERFIL DE INTERVENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE KINESIOLOGÍA EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE ROSARIO

Autora: María Sol Chanparini

Director: Dr. Carlos Cagnone

ROSARIO, 14 DE MAYO DE 2022

DEDICATORIA

A mi Mamá Graciela y mis hermanas, Mariel y Luciana. Por ser ejemplo de esfuerzo y perseverancia. Por sus valores. Por ser sostén y compañía, siempre.

A Rodrigo. Por tu amor y compañerismo. Por ser fuente de entusiasmo e incentivo. Por siempre encontrar las palabras justas y acompañarlas con acciones.

A Antonio y Margarita, por demostrarme que los planes pueden reacomodarse ante aventuras tan hermosas como ustedes.

A José y Margarita, siempre presentes.

AGRADECIMIENTOS

A Carlos Cagnone, por brindar su tiempo y sus conocimientos con admirable humildad. Por estar siempre dispuesto e incentivar las mejoras permanentemente.

A Adriana Crema, por sus aportes técnicos y humanos.

A José Luis Aguirre, Sebastián Sánchez, Martín Wickler, Virginia Anghilante, María Sol Pilot, Ariel Caminos. Por estar a disposición y brindar sus críticas y aportes de todo tipo.

A todos los compañeros del equipo de salud y pacientes que participaron en el trabajo de campo.

A las amigas de la vida, que acompañaron y alentaron desde la cursada hasta el fin del recorrido.

ÍNDICE

Palabras Claves

Resumen

Introducción	1
I. A. Planteo de la problemática	4
I. B. Objetivos	4
II. Estado del Arte	5
III. Antecedentes y Marco Teórico	9
III. A. Modelos de salud. Aspectos a considerar del Modelo Médico - Hegemónico	9
III. B. Declaración de Alma Ata	10
III. C. Rol de los profesionales y el equipo de salud en la Atención Primaria de la Salud	19
III. D. Procesos de Referencia y Contrarreferencia	21
III. E. Derecho a la Salud	29
III. F. Calidad auto percibida del Proceso de Atención	32
III. G. Salud Pública	35
III. H. Descentralización del Servicio de Salud Pública	37
III. I. Descentralización de los Servicios de Salud en Argentina	39
III. J. Atención Primaria de Salud en Argentina	39
III. K. Sistemas de Salud: Argentina, Santa Fe y Rosario	42
III. L. Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS)	44
IV. Antecedentes de la Problemática	47
IV. A. Situación de la Salud Pública en la ciudad de Rosario	47
IV. B. Kinesiólogía. Rehabilitación y APS	50
IV. C. Patologías músculo esqueléticas y Servicios de Kinesiólogía en APS	52
V. Metodología	58
VI. Resultados	64
V.1. Resultados Entrevistas semiestructuradas a pacientes	64
V.2. Resultados Entrevistas semiestructuradas a médicos derivantes	67
V.3. Resultados Entrevistas semiestructuradas a Licenciados en kinesiólogía y fisiatría	70

VII.	Discusión	76
VIII.	Conclusión	84
IX.	Bibliografía	87
X.	Anexos	96
IX.A.	ANEXO 1. Modelo de Consentimiento Informado	96
IX.B.	ANEXO 2. Convenio de colaboración recíproca	99
IX.C.	ANEXO 3. Bibliografía analizada	102
IX.D.	ANEXO 4. Guión utilizado para entrevistas	114

PALABRAS CLAVES: kinesiología, APS, perfil de atención

RESUMEN:

Si bien la Atención Primaria de la Salud es una estrategia de asistencia sanitaria organizada por niveles y con elementos conceptuales bien definidos, los perfiles de atención en la práctica no siempre logran ajustarse a los mismos.

La concepción de la Rehabilitación dentro de la Salud Pública es vista en la teoría, como la acción de salud que, conjugada al resto de las acciones, para prevención y control de los diferentes daños, evita la discapacidad que altera la calidad de vida de los individuos sujetos a riesgo, acorde con su desempeño individual y colectivo. (Céspedes, 2005)

A partir de los supuestos teóricos, el presente trabajo parte del siguiente interrogante: ¿Cuál es la concepción que tienen los médicos derivantes, los pacientes usuarios de los Servicios de Kinesiología de la Ciudad de Rosario y los propios Kinesiólogos acerca de las prestaciones y/o actividades que pueden realizarse en el primer nivel de atención?

OBJETIVO GENERAL: Indagar sobre la concepción que tienen los actores intervinientes acerca del tipo de prestaciones y/o actividades que incluye el proceso de atención de los Servicios de Kinesiología de la ciudad de Rosario en el primer nivel de atención.

METODOLOGÍA: Se realizó un trabajo de campo cualitativo de naturaleza descriptiva con el propósito de describir, analizar y sintetizar el significado de hechos que se suscitan en su contexto natural, de acuerdo con el contenido de los discursos de las personas involucradas y, a posteriori, contrastar los aspectos recuperados con la bibliografía disponible sobre los tópicos analizados.

RESULTADOS: la alta demanda ante la patología instalada, conjugado con otras variables como el recurso humano, el tiempo y los espacios con los que se cuenta, perfila la atención kinésica a la prevención terciaria. Aun así, en el trabajo de campo pudo detectarse que, si bien los médicos derivantes entienden el rol de la kinesiología para la prevención primaria y secundaria, este tiene más peso sobre la patología respiratoria que para la patología músculo esquelética.

I. INTRODUCCIÓN

Durante la conferencia internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma-Ata realizada en septiembre de 1978 en Kazajistán, se realizó la Declaración de Alma-Ata, enunciando la necesidad de proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos del mundo, alcanzando un mejor nivel de salud de los pueblos. (Alma-Ata, 1978)

En el año 2003 frente a los cambios en la situación vivida en el mundo, los Estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se renueva dejando como mensaje principal que “La renovación de la APS supone reconocer y facilitar su papel importante en la promoción de la equidad en salud del desarrollo humano” y demanda prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención.(Macinko et al., 2007)

La presentación de indicadores sanitarios a nivel mundial se centra en promedios nacionales. Estos datos ayudan a identificar las inequidades en el acceso a la atención de salud, que se derivan de factores como el nivel socioeconómico (educación, ocupación o ingresos de los hogares), la ubicación geográfica, el origen étnico y el sexo. En este contexto, adquiere relevancia la atención primaria de salud (APS), estrategia dirigida a proveer servicios sanitarios para todos, desempeñando un rol importante en la asistencia, la prevención, la promoción y la rehabilitación en salud. Su misión consiste en extender el sistema sanitario hasta los hogares, permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación entre el individuo y su familia —con sus saberes y cultura— y la medicina científica. Por esto, la distribución en el espacio de las instalaciones sanitarias se convierte en un componente crítico, cuyo conocimiento da un marco de referencia que permite cuantificar el nivel de accesibilidad de las poblaciones a la atención. (Macinko et al., 2007)

Las enfermedades músculo esqueléticas, ocupan los primeros lugares de carga de enfermedad global. Su manejo es complejo, debido a la coexistencia de factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a su cronicidad. Estas circunstancias originan múltiples consecuencias que, en la mayoría de los casos,

trascienden al quehacer del sistema de salud. Las enfermedades músculo esqueléticas han demostrado ser una de las causas más importantes responsables de la carga de enfermedad global (más de 120 millones de años de AVD3, equivalentes a la cuarta parte de las discapacidades del planeta) (Global Burden of Disease Cancer y cols., 2017; March y cols., 2014). La evidencia también muestra que la prevalencia va en aumento, enfatizándose la necesidad de que sea un problema abordado desde la salud pública. (Espinoza & Repetto, 2017)

Las afecciones músculo esqueléticas tienen un impacto significativo sobre el trabajo en términos de reducción de la productividad, ausencia por enfermedad e incapacidad a largo plazo para el trabajo. La ausencia de trabajo a largo plazo supone un grave riesgo para el bienestar físico, mental y social, mientras que el regreso al trabajo puede mejorar la recuperación de las personas con problemas comunes de salud. (De Pietri, 2014)

El profesional de salud debe tener en cuenta qué esperan los usuarios del servicio para poder lograr que sus pacientes retornen a sus actividades de una manera más rápida. La satisfacción del paciente ha sido definida como el grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y el resultado final del proceso asistencial. (González et al., 2005)

Tener en cuenta la satisfacción de los pacientes frente al servicio de salud es importante porque esto posibilita que mejoren su adhesión al tratamiento, que cumplan las recomendaciones médicas y, sobre todo, acepten y asuman como propios los cambios en hábitos y costumbres que toda actividad preventiva conlleva. (González et al., 2005)

Muchos de los pacientes que concurren a los centros de atención primaria de la salud, son trabajadores de la construcción, amas de casa, empleadas domésticas, vendedores ambulantes entre otros oficios. Estos realizan sus Actividades de la Vida Diaria (AVD) y ocupacionales en detrimento de cuidar su postura y realizando movimientos repetitivos, produciendo en ellos algún tipo de algia. Las AVD son las tareas diarias y habituales que permiten vivir de forma autónoma e integrada a la sociedad; incluye aquellas dedicadas al autocuidado, así como otras que permiten a los individuos cumplir diferentes roles dentro del grupo social al que pertenecen (como utilizar transportes públicos o realizar un trabajo).

Desde que los Centros de Salud cuentan con el Servicio de Kinesiología, estos pacientes como muchos otros pueden atenderse en los mismos, sin tener que gastar dinero en transportes, ya que se encuentran insertos en su barrio y la mayoría puede llegar caminando o con algún vehículo personal.

La concepción de la Rehabilitación dentro de la Salud Pública en sus orígenes como el conjunto de acciones de salud que, conjugada al resto de las acciones, se dedican a la prevención y control de los diferentes daños, evitan la discapacidad que altera la calidad de vida de los individuos sujetos a riesgo, acorde con su desempeño individual y colectivo. (Céspedes, 2005)

El proceso de rehabilitación ha evolucionado conforme lo han hecho los modelos de salud. Ha habido netamente médicos, ecológicos o sistémicos, biopsicosocial, una aproximación a un modelo de rehabilitación basada en la comunidad y finalmente se ha entendido a la rehabilitación como un proceso integral por el cual las capacidades físicas, sensoriales, o mentales son restauradas o desarrolladas. Así es que se busca favorecer el máximo desarrollo individual en toda la gama de aspectos que definen al ser humano. La rehabilitación como proceso integral persigue lograr no sólo cambios motrices y funcionales de los y las pacientes, sino que incorpora acciones en los contextos físicos y sociales. (Moreno-Angarita et al., 2016)

Si bien la APS es una estrategia de asistencia sanitaria organizada por niveles y con elementos conceptuales bien definidos, los perfiles de atención en la práctica no siempre logran ajustarse a los mismos. De esta manera y en este contexto, ante una sobrecarga asistencial en el segundo y tercer nivel, es posible que las necesidades de la población orienten las acciones en el primer nivel de atención a intervenciones asistenciales con baja complejidad tecnológica. Pero es en el primer nivel de atención donde el profesional debería hacer más hincapié en incorporar estrategias preventivas diversas en las atenciones individuales.

Así, es que este trabajo pretende analizar el perfil de las prestaciones y/o actividades de los servicios de kinesiología del primer nivel de atención de la ciudad de Rosario, tomando como trazador las afecciones músculo esqueléticas y considerando la percepción que tienen de la misma los actores intervinientes.

I. A. Planteo de la problemática

La Rehabilitación es un acto de atención de la salud y por tanto componente imprescindible de la promoción, prevención y asistencia de las personas en el mantenimiento de la salud y el bienestar de ellos, su familia y la comunidad.

Se considera que la labor de los Servicios de Kinesiología se centra en acciones de prevención terciaria, para la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta. Cuando, en realidad, es también tarea de la Kinesiología el realizar prevención primaria (mediante el control de factores causales, predisponentes y/o condicionantes) y prevención secundaria (mediante la detección temprana de patologías crónicas que pueden potencialmente afectar la independencia funcional de las personas).

¿Cuál es la concepción que tienen los médicos derivantes, los pacientes usuarios de los Servicios de Kinesiología de la Ciudad de Rosario y los propios Kinesiólogos acerca de las prestaciones y/o actividades que pueden realizarse en el primer nivel de atención?

I. B. Objetivos

I. B. I. Objetivo General:

Indagar sobre la concepción que tienen los actores intervinientes acerca del tipo de prestaciones y/o actividades que incluye el proceso de atención de los Servicios de Kinesiología de la ciudad de Rosario en el primer nivel de atención.

I. B. II. Objetivos específicos:

1. Analizar la concepción que tienen los pacientes usuarios de los Servicios de Kinesiología sobre las prestaciones kinésicas y su impacto sobre las patologías músculo esqueléticas.
2. Analizar los hechos y/o momentos frente a los cuales el personal médico realiza la derivación a los servicios de kinesiología de pacientes con afecciones músculo esqueléticas.
3. Indagar sobre la orientación de la atención kinésica ante pacientes con patologías músculo esqueléticas

II. ESTADO DEL ARTE

La historia de la kinesiología en Argentina se remonta al año 1904 cuando se crea la primera escuela que otorgó el título de gimnasta-masajista. Posteriormente, el 13 de abril de 1937, la profesión adquiere nivel universitario. Prácticamente en simultaneidad se crea la Asociación Argentina de Kinesiología, que en 1946 consigue la personería gremial N° 28. (Ronzio & Ronzio, 2019)

Se sabe que la kinesiología, como disciplina que estudia el movimiento humano, ha surgido como respuesta a la necesidad de rehabilitar víctimas de guerras y enfermedades infecto-contagiosas, por tanto se ha dedicado casi exclusivamente al trabajo asistencial. Se debe resaltar que la capacidad de movilizarse es un elemento esencial de la salud, del bienestar y del desarrollo humano individual y colectivo. En tal sentido la kinesiología se dirige tanto a los portadores reales de alteraciones o ausencia del movimiento como a portadores potenciales de cualquier alteración kinésica. (Domínguez, 2004)

De lo expuesto se distingue una kinesiología rehabilitadora (la del trabajo asistencial) con acciones destinada al diagnóstico kinésico, tratamiento, prevención de secuelas y reinserción social del sujeto y una kinesiología preventiva destinada a realizar acciones de prevención primaria. (D'Angelo, 2008)

En Argentina la profesión no es de primer contacto y el paciente debe ser referido por un médico, aunque sí puede realizar tareas de prevención sin derivación alguna. Entre sus competencias se encuentran el diagnóstico kinésico, decidir qué intervenciones realizar, efectuar procedimientos invasivos como acupuntura y punción seca (incluso en forma eco-guiada), derivar a otras especialidades y solicitar estudios diagnósticos por imágenes. Esto se encuentra regido por la Ley 24.317 y su reglamentación a nivel nacional, como así también por sus leyes homólogas a nivel provincial, ya que Argentina es un país federal. (Ronzio & Ronzio, 2019)

El papel del kinesiólogo vinculado a la imagen de un profesional de rehabilitación, responsable del tratamiento de problemas, discapacidades y deficiencias ya instaladas, se remonta a la aparición de la profesión. Pero, por

definición, *Rehabilitación* es un proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y las habilidades funcionales de las personas, como así también el trabajo en equipo en búsqueda de ajustes en los aspectos psicológico, social, vocacional y económico que le permitan llevar de forma libre y funcional su propia vida.

La rehabilitación es un proceso complejo que resulta de la aplicación integrada de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere su estado funcional óptimo, tanto en el hogar como en la comunidad en la medida que lo permita la utilización apropiada de todas sus capacidades residuales. Los objetivos de la rehabilitación entonces son: rehabilitar a las personas en su propio entorno comunitario, lograr la participación activa de las personas en actividades económicas, socioculturales y deportivas, realizar actividades de promoción, prevención de deficiencias y discapacidades.

Los servicios de APS tienen como finalidad dar respuestas a los principales problemas de salud de la comunidad, a través de acciones promoción, prevención, cuidados curativos, rehabilitación, educación sanitaria, entre otras. El Kinesiólogo es, por lo tanto, un integrante más del equipo y en su labor profesional tiene como funciones actividades preventivas, asistenciales, docentes e investigadoras, de planificación, dirección, administración, evaluación, asesoramiento y auditoría sobre temas específicamente relacionados con el contenido académico de sus respectivos títulos habilitantes. (*TEXTO DEFINITIVO LEY P-1918*, 2013)

Un kinesiólogo puede trabajar en conjunto tanto con el médico como con el odontólogo, la enfermera y el asistente social, equipo mínimo de un centro asistencial del primer nivel. Un kinesiólogo además de su trabajo asistencial, como parte del equipo de salud puede hacer:

- Relevamiento kinésico de la población, indagar el tipo de población que se encuentra en el área de cobertura del centro asistencial, sus características, actividades que realizan, describir potenciales alteraciones kinésicas que se desprenden de los factores de riesgos a los que esté expuesta esa población y puedan redundar en déficit para el individuo y la comunidad.

- Puede organizar programas para trabajar sobre los traumatismos y las afecciones más frecuentes asistidas en el consultorio kinésico, programas dirigidos particularmente a disminuir esta frecuencia instruyendo a la gente para el control del problema, concientizándolos e involucrándolos en el mantenimiento y cuidado de su salud.

- Puede trabajar en atenciones domiciliarias rehabilitando y reeducando pacientes que guardan decúbito obligado que no pueden llegar hasta el centro de atención y educando a su familia o cuidador en el manejo del paciente. Esta última acción se relaciona con otro postulado de la APS que es el de dar cobertura a toda la población y para ello particularmente el primer nivel de atención no debe esperar que la gente llegue al centro asistencial, debe salir al encuentro de la comunidad. (D'Angelo, 2008)

Al indagar sobre el rol del Lic. en Kinesiología y Fisiatría en el 1º nivel de atención, los resultados se relacionan a esa población que está dentro de su área de cobertura. Con actuaciones en patologías músculo esqueléticas y/o respiratorias ya declaradas. Se considera relevante el análisis del Dr. Javier Caballero Rendon en su trabajo titulado "LA FISIOTERAPIA EN EL MARCO DE ATENCIÓN PRIMARIA ", donde reflexiona sobre la distribución de las tareas que desarrolla un/a profesional en Kinesiología y Fisiatría de Atención Primaria. Dicho autor hace mención a que este dedica el 100% de su tiempo a la labor asistencial, manteniéndola siempre en detrimento de otras actividades (atención domiciliaria, prevención y educación para la salud, docencia, formación, etc.) que requieren y fomentan la actuación del fisioterapeuta en y con el Centro de Atención Primaria (CAP), lo ideal sería que la atención asistencial sea del 70% y un 30% de visita domiciliaria y proyección a la comunidad. También encontró en su investigación que la forma de derivación de los pacientes es diferente en Atención Primaria y Atención Hospitalaria, siéndolo también por tanto diferente el tiempo de espera del paciente hasta llegar a la Unidad de Fisioterapia. El tiempo de espera es mucho menor en Atención Primaria, por lo que es importante una correcta derivación de los pacientes susceptibles de formar parte de esta cadena, además de una disminución de pasos burocráticos. (Reyes & Barría-Pailaquilén, 2019)

Si bien se ha tenido acceso a información sobre lo que la población percibe sobre la labor de la Kinesiología/Fisioterapia en países como Estados Unidos,

España y Australia, en países latinoamericanos resulta escasa la información sobre la imagen social que los pacientes y usuarios tienen de este profesional. (Silva & Sirena, 2015)

En pos de los objetivos de investigación del presente trabajo, un estudio realizado en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2014 cuyo objetivo fue evaluar cuáles son las patologías de Traumatología y Ortopedia trazadoras de resorte kinésico y qué postura adopta el profesional de la salud a cargo respecto a ella, en los Centros de Atención Primaria de la Salud de dicha ciudad, se llegó a la conclusión que ninguno de los CAPS evaluados cuenta con un Kinesiólogo dentro de su equipo de salud. Sin embargo, la mayoría de los profesionales a cargo de los centros de salud incluidos en la investigación, reconocieron la importancia de este profesional (kinesiólogo) debido a las actividades que se realizan y a las patologías frecuentes que ingresan a dicho establecimiento donde el Kinesiólogo puede accionar. (D'Angelo, 2008)

En otro estudio realizado en la ciudad de La Rioja con el propósito de indagar sobre el conocimiento del trabajo de la kinesiología en la población de dicha ciudad en el año 2015, se llegó a la conclusión de que la población riojana tiene un buen conocimiento sobre el trabajo kinésico, pero no suelen concurrir, así como también existe confusión en cuanto la incumbencia laboral con otras profesiones. Se pudo leer en el mismo cómo identifican algunas herramientas del quehacer kinésico, como la masoterapia o la terapia manual más allá de las competencias del kinesiólogo y de la kinesiología en su rol activo social profesional. (Barros, 2015)

III. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

Con el propósito de realizar un análisis comparativo entre los resultados del trabajo de campo con otros servicios de kinesiología de características similares, se realizó una búsqueda bibliográfica y análisis descriptivo de la bibliografía disponible sobre los Servicios de Kinesiología dentro de la atención primaria de la salud en diferentes contextos sociales tanto de Argentina como de Latinoamérica.

Se incluyeron trabajos descriptivos, de revisión bibliográfica, revisiones sistemáticas y análisis de casos que consideraron los siguientes aspectos: calidad auto percibida del proceso de atención, procesos de referencia contra referencia, patologías músculo esqueléticas, Servicios de Kinesiología en APS.

Los mismos fueron seleccionados en motores de búsqueda como Google Académico, Bireme y en bases de datos como LiLacs y SciELO, utilizando **Palabras claves** (calidad auto percibida del proceso de atención, procesos de referencia contra referencia, patologías músculo esqueléticas, Servicios de Kinesiología en APS. Self-perceived quality of the care process, referral and counter-referral in health, Musculoskeletal pathology, Primary health Care, Physical Therapy); **Criterios de Inclusión** (estudios publicados en los últimos 15 años; estudios realizados en Latinoamérica; acceso a texto completo; idiomas español, inglés, portugués); y **criterios de exclusión** (servicios de salud que no sean de kinesiología (odontología / psicopedagogía / salud femenina / salud sexual y reproductiva), población pediátrica, patologías endémicas). Lo que se buscó al fijar dichos criterios fue obtener información de las diferentes categorías a indagar en las entrevistas semi-estructuradas para, con toda la información recabada, poder arribar a una conclusión más certera.

III. A. Modelos de salud. Aspectos a considerar del Modelo Médico - Hegemónico

Un “Modelo” surge de tomar una muestra abstracta de aquella realidad que uno analiza. Implica tomar de esa realidad los rasgos más salientes, los dominantes, de manera de encontrar una cierta racionalidad en la dinámica de esa

realidad. Esos rasgos, en determinado momento, empiezan a socavar la eficacia del modelo y el mismo entra en crisis. (Belmartino, 1987)

En la historia se reconocen el modelo biomédico, el médico social, el epidemiológico, el ecológico; mientras que en la actualidad se hace referencia más al modelo social, al familiar o al comunitario que enfatizan en una práctica sanitaria específica. (Franco Giraldo, 2020)

El modelo Médico Hegemónico se caracterizaba por los siguientes rasgos: individual y biologicista, tecnocrático, iatrogénico y medicalizante. A los fines del presente trabajo, se considera relevante tomar en consideración la evolución del concepto de salud – enfermedad hacia una unión indivisible y, a su vez, atravesada por las cuestiones sociales y ambientales que influyen sobre cada individuo y viceversa: los factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en pro de la salud y enfermedad colectiva.

De la misma manera, hoy día ya no es factible pensar en las personas que asisten a los servicios de salud como meros receptores de “posibles soluciones”. El escucharlos y considerar el contexto que los rodea, sus necesidades y posibilidades los vuelve partícipes activos del proceso de atención. Y responsables del autocuidado. Hecho que también toma distancia, y se entiende con la descentralización, del *poder* de las tecnologías a la hora de lograr resultados positivos. Los niveles de alta atención, especialización y tecnología no son los únicos capaces de brindar atención de calidad. O encausar las situaciones de salud – enfermedad.

Por el contrario, es positivo retomar del modelo Médico Hegemónico los aspectos referidos a prevención, pensados como procedimientos médicos (kinésicos) que en el marco de la APS podrían funcionar perfectamente como prácticas no mercantiles.

III. B. Declaración de Alma-Ata. Atención Primaria de la Salud (APS)

En el mes de septiembre de 1978, se celebró el evento de política de salud internacional más importante: la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria

de la Salud de Alma-Ata (URSS) OMS/UNICEF. La misma marcó un hito en la salud pública del mundo. Contó con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales y muchas organizaciones no gubernamentales. China fue el gran ausente. (Rivero & A, 2018)

Se considera que el término de *Primary Health Care*, traducido como **‘atención primaria de salud’ (APS)** ve desdibujado su real sentido. Por un lado, la palabra ‘atención’ induce a pensar en un servicio, sobre todo médico, donde hay proveedores activos y receptores pasivos de atención. Por otro lado, la palabra ‘primaria’ promueve a subvalorar el contenido de ese servicio e identificarlo con lo elemental, empírico, es decir, un servicio paralelo y barato para los pobres. El término en Alma Ata tenía otra acepción, que **consideraba como primario a lo esencial, nuclear, fundamental, sustantivo y prioritario**. El lema ‘Salud para todos’ ha sido víctima de simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por un modelo hegemónico mundial, aunque ya irremediablemente obsoleto, que confunde la salud y su cuidado integral con una atención médica reparativa y centrada casi en forma exclusiva en la enfermedad. (Tejada de Rivero, 2003)

Un sistema de salud basado en la APS es una estrategia de organización integral cuya meta principal es alcanzar el derecho universal a la salud con la mayor equidad y solidaridad y que se basa en los principios de la APS, como el compromiso de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, la orientación a la calidad, la responsabilidad y la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad. (Macinko et al., 2007)

De esta manera, la Declaración de Alma Ata define a la APS *“como el cuidado esencial de la salud en base a métodos científicos y socialmente aceptables y a tecnologías universalmente accesibles a toda persona y familia de la comunidad a través de una participación plena y de unos costos que estén al alcance de la Nación y la comunidad, para que mantengan en todas las etapas de su desarrollo el espíritu de autonomía e independencia”*. Constituye una parte integral del sistema sanitario del país, siendo su función y objetivo principal, “el

progreso general social y económico de la comunidad”. Se debe destacar como el primer nivel de contacto de la persona, la familia y la comunidad con el sistema sanitario nacional, que lleva los servicios de salud lo más cerca que sea posible de los lugares en que viven y trabajan las personas y constituye el primer elemento del proceso constante del cuidado de la salud. Algunas características de la APS según la Declaración fueron: (Ase & Burijovich, 2009)

- 1) Se origina y evoluciona a partir de las condiciones económicas, socioculturales y políticas de cada país.
- 2) Trata los principales problemas sanitarios de la comunidad, proporcionando servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- 3) Incluye a todos los demás sectores y aspectos relacionados con el desarrollo nacional y comunitario.
- 4) Requiere y promueve la máxima autonomía comunitaria e individual y la participación en la planificación, ejecución, control y evaluación de los programas sanitarios.
- 5) Debe estar apoyada por sistemas de referencia funcionales y de colaboración recíproca.
- 6) En los niveles locales está apoyada por trabajadores de la salud, incluyendo, entre ellos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, obstetras y agentes sanitarios como también los agentes tradicionales, con capacitación social y técnica para trabajar en equipos y para responder a las necesidades sanitarias expresas de la comunidad. (Ase & Burijovich, 2009)

La APS no es atención de segunda clase destinada a comunidades vulnerables socioeconómicamente, sino que es una estrategia dirigida a todos los sectores sociales sin distinción. (Julio, 2011)

Teniendo todo lo anterior como premisa, la APS –para alcanzar la meta de “salud para todos”– denota una necesaria readecuación y reorganización de los recursos físicos, materiales y humanos, de tal forma que funcionen por niveles ascendentes de complejidad creciente. Esto hace necesario el análisis del concepto de “*niveles de atención*”, que se refiere a una forma escalonada de organización y

prestación de los servicios de salud para lograr un equilibrio en su cantidad y variedad disponibles para satisfacer las necesidades de la población. Implica una asignación racional de los recursos que permita a todos acceder a los servicios de promoción, protección, curación y rehabilitación, es decir, accesibilidad a la atención de la salud oportuna, igualitaria e integral, lograda a través de una mayor eficiencia en el uso y distribución de los recursos. (Ase & Burijovich, 2009)

Así, el concepto de **niveles de atención**, entendido como “la forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población” se basa en el análisis epidemiológico de los problemas de salud, la consideración de los recursos tecnológicos y de la relación entre complejidad y frecuencia. De esta forma, un sistema conformado por distintos niveles de atención queda constituido de la siguiente manera: (Julio, 2011)

1. *El primer nivel de atención* se refiere a las acciones más elementales o básicas del sistema que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. Es el más cercano a la población.

2. En el *segundo nivel de atención* se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

3. En el *tercer nivel de atención* se reserva para la atención de problemas poco prevalentes. Se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Las respuestas de complejidad y especialización ascendente actúan sobre la base de referencia detectada en el primer nivel de atención. (Julio, 2011)

Se puede ver a los niveles de atención como una categorización de servicios que se complementan y articulan entre sí, e intentan cubrir la atención de todas las necesidades de la comunidad. (Belmartino, 2002)

Se entiende como “**complejidad**” el número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización. (Julio, 2011)

1. El primer nivel de Complejidad se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como Médicos Familiares y Comunitarios, Pediatras, Ginecólogos, Médicos Generales.
2. En el segundo nivel de Complejidad se ubicaría, al igual que en el nivel de atención, a los hospitales con especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría, etc.
3. El tercer nivel de complejidad se refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología. (Julio, 2011)

En el marco del presente trabajo, es necesario hacer mención al concepto de “**Prevención**”. La misma se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998). (Julio, 2011)

Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

1. Prevención Primaria: Son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores

- causales y los factores predisponentes o condicionantes”. El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad.
2. Prevención Secundaria: Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad
 3. Prevención Terciaria: Se refiere a acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. (Julio, 2011)

Cabe resaltar, que la APS desde sus inicios fue una estrategia compleja para incluir en cada país que intentaba mejorar sus servicios de salud. Y en Argentina inicialmente no fue una prioridad la inserción de la misma, ya que su modelo de atención era hospitalo céntrico, que hace referencia a un modelo individualista, biólogo y medicalizado, que no toma como eje principal a los derechos humanos. (Weisbrot, 2014)

Esto a su vez, se dio por la interrupción del gobierno democrático, y el surgimiento de ideologías progresistas en contra de la nación y la inserción de las fuerzas armadas, por lo que se le dio más importancia a lo que respecta al sector político, dejando pocos recursos para invertir en el sector salud. (Weisbrot, 2014)

Luego, en la década de los 90's, Argentina empezó a adoptar políticas neoliberales que abrieron paso a una agenda pública que enfatizó en la importancia de invertir los recursos del pueblo y del estado en estrategias de promoción y prevención de la salud siguiendo los lineamientos y el objetivo principal de la APS.

De este modo Argentina, junto con otros países latinoamericanos, persiguieron la visión progresista que recalca la importancia del bienestar de la ciudadanía y se encargó de instaurar fuertemente a la APS como una estrategia transformadora que vela por la equidad y cumplimiento de los derechos de las personas para con su salud.

Por consiguiente, el primer nivel de atención en salud tomó una gran importancia y se abrieron espacios de aprendizaje para la población a cargo del equipo multidisciplinar. Además, se estableció el acceso de un paquete de intervenciones tomando como base los determinantes sociales para generar un servicio más humanitario y cálido para los usuarios. (Weisbrot, 2014)

Como parte de la descentralización política, se permitió dar paso a la instalación de centros de salud municipal y provinciales que podían brindar una atención completa y accesible para todas las personas que requirieran del servicio. Adicional a esto, se generó un alto reconocimiento del primer nivel de atención que hasta la actualidad sigue siendo uno de los niveles que más importancia tiene en la población y opta por desarrollar e implementar constantemente la promoción y la prevención de la salud de la comunidad en general. (Antonio Ugalde & Homedes, 2008)

En el año 2003 frente a los cambios en la situación vivida en el mundo, los Estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se renuevan y promulgan como mensaje principal que *“La renovación de la APS supone reconocer y facilitar su papel importante en la promoción de la equidad en salud del desarrollo humano”* y demanda prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención. (Macinko et al., 2007)

En más de 40 años, el mundo ha cambiado. Nuevos factores, nuevas condiciones contribuyen a que no se reemplacen a las metas originales. Las inequidades e injusticias sociales continúan y, quizás haría falta convocar a una nueva Conferencia, como proceso participativo que se reinicie en los países para culminar en un 'Nuevo Alma Ata', y que no puedan desvirtuarse ni distorsionarse los conceptos, por los intereses de algunos países y de organismos internacionales. (Rivero & A, 2018)

Este proceso terminó en la elaboración de un documento institucional en el que se invita al trabajo en el marco de una APS renovada. A partir de este proceso, se vuelve a insistir en la estrategia de APS desde una perspectiva integral, que atraviesa a la totalidad del sistema de salud y que se constituye en la manera más adecuada de garantizar el derecho a la salud de forma universal e igualitaria. En este sentido se define que la APS:

- 1) se dirige a toda la población, prioriza las intervenciones costo-efectivas para la población más vulnerable y organiza redes de atención primaria;
- 2) suministra un amplio rango de servicios y la mejor calidad de atención, basada en los recursos disponibles;
- 3) es un enfoque efectivo tanto para países desarrollados como en desarrollo;
- 4) contribuye a la igualdad en términos de indicadores de salud;
- 5) es menos costosa y más efectiva para los individuos y la sociedad;
- 6) libera recursos para los menos favorecidos.

Es decir, aunque en el planteo se reconoce la necesidad de direccionalizar recursos hacia los sectores más vulnerables, en ningún momento se considera a la estrategia como política o programa destinado a los pobres o complementaria de las visiones remercantilizadoras del sector salud. (Ase & Burijovich, 2009)

Elementos Conceptuales de la Atención Primaria de Salud.

- Integral: considerando al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial.
- Integrada: relacionando los elementos de promoción, prevención,

tratamiento y rehabilitación y reinserción social como parte de las acciones a desarrollar.

- Continuada y permanente: a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos, y en cualquier situación.
- Activa: Los profesionales de los equipos deberán trabajar activamente en los distintos aspectos de la atención, dando respuesta a las necesidades de salud, y no como meros receptores pasivos de las demandas.
- Accesible: debe estar al alcance de todos los ciudadanos de la comunidad, sin que estos tengan dificultades significativas para poder contactar los recursos sanitarios.
- Basada en equipos interdisciplinarios: Equipos de salud o de Atención primaria integrado por profesionales sanitarios y no sanitarios.
- Comunitaria y participativa: proporcionar atención a los individuos y de manera colectiva, basando también la planificación, programación y puesta en marcha del sistema con la participación activa de los integrantes de la comunidad.
- Programada y evaluable: Con actuaciones basadas en objetivos, metas, y mecanismos de control y evaluación claros.
- Docente e investigadora: Desarrollar actividades de docencia no sólo destinada a la comunidad, sino también buscando la capacitación continua de los profesionales de salud.

Para mejorar la salud, la atención primaria debe centrarse en el estado de salud de las personas dentro del contexto de los demás determinantes (medio ambiente y medio social) en el que las personas viven y trabajan, más que en las enfermedades específicas. Por esto, la APS es el nivel del sistema sanitario accesible a todo nuevo problema y necesidad que presta atención de manera continuada a lo largo del tiempo, centrándose más en la persona que en la enfermedad. También comparte características con otros niveles del sistema sanitario como: responsabilidad acerca del acceso, la calidad y costos asistenciales, atención en prevención, tratamiento y rehabilitación, y también trabajo en equipo. De esta manera, la atención primaria constituye la base y determina la manera de trabajar de los restantes niveles del sistema sanitario abordando los problemas de la comunidad más frecuentes y proporcionando

servicios preventivos, curativos y de rehabilitación capaces de maximizar la salud y el bienestar. (Weisbrot, 2014)

III. C. Rol de los profesionales y el equipo de Salud en la Atención Primaria de Salud

En primer lugar, es necesario resaltar que el rol de los profesionales de la salud se plasma en el equipo de salud con una orientación colectiva y comunitaria. El equipo de salud en el ámbito comunitario debe asumir objetivos comunes, desarrollar actividades propias del primer nivel de atención, y hacerlo desde una perspectiva interdisciplinaria, con un enfoque individual, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de salud, y constituirse en la puerta de entrada de la red asistencial. La evidencia internacional confirma que la forma más eficaz de atención en el primer nivel es la realizada por un equipo de salud permitiendo la colaboración de distintas personas, en muchos casos de origen formativo y perfil profesional diferente. (Gérvás et al., 2007)

El trabajo en equipo tiene una serie de ventajas respecto al realizado de forma aislada:

- La actividad desarrollada por el conjunto es mayor que la suma de las individuales.
- Las técnicas poco habituales se utilizan mejor.
- Los miembros del equipo tienen un mayor grado de satisfacción profesional.
- Facilita y potencia el desarrollo de distintas actividades, como, por ejemplo, de educación para la salud.
- El / la paciente tiene mayores probabilidades de ser mejor atendido/a y tratado/a.

La interdisciplina significa situarse en la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, que antepone la comprensión de la complejidad. La interdisciplinariedad es un posicionamiento que obliga a reconocer la incompleto de cada disciplina para buscar atender a los problemas desde distintos conocimientos disciplinarios. La actividad interdisciplinaria se basa en la acción cooperativa de los sujetos y requiere de una correcta delimitación, análisis e interacción para atender

a un problema. Es necesario que el trabajo interdisciplinario sea reconocido: se destinen tiempos y espacios de discusión y construcción. (Solitario et al., 2007)

El núcleo básico del equipo de Atención Primaria está formado por profesionales imprescindibles para el desarrollo de sus funciones esenciales en los terrenos asistencial, preventivo y de promoción de la salud. Los médicos, profesionales de enfermería, los trabajadores sociales y los administrativos son los elementos constitutivos básicos y los restantes técnicos sanitarios y no sanitarios que pueden integrarlos actúan como elementos de infraestructura o de apoyo especializado. Como el caso de los especialistas en salud pública, de odontología, salud mental, obstetricia y ginecología, laboratorio, radiología, Kinesiología, farmacia. Más allá de esto, las características de cada País condicionan la composición de los equipos de salud dentro de la APS, planteado en cada caso los objetivos y organización general de los sistemas de salud correspondientes. (Zurro & Perez, 2003)

Las Funciones y Actividades del equipo son dirigidas a garantizar y mejorar el nivel de salud individual y colectiva del grupo de población que tiene adscrito. La salud individual y colectiva de la población es un concepto abierto y dinámico que requiere para plasmarse un alto grado de identificación de los profesionales sanitarios con su entorno demográfico, social, geográfico y epidemiológico, sin esto, sería difícil una objetivación clara de los problemas y prioridades en este marco concreto, cuestionando ya de entrada la eficacia y eficiencia de cualquier actividad a desarrollar por el equipo. Éste tiene una función clara y prioritaria, que es la de promover cambios cualitativos en las actitudes y hábitos de la población en todos los campos que tienen una relación directa o indirecta con la salud. Este punto básico debe estar presente en cada una de las funciones y actividades a realizar por el equipo: -Asistencia - Promoción de la salud - Prevención de la enfermedad – Rehabilitación - Docencia e investigación. (Zurro & Perez, 2003)

Para la formación de un equipo de salud es necesario que asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo a la capacitación técnica de los profesionales de salud que lo integran, en lugar de basarse en una línea

jerárquica vertical. El trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo en la construcción técnica, política y social basado en un nuevo modelo de atención orientado al trabajo interdisciplinario y a la participación comunitaria. La composición de los equipos en APS debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende. Por esto, no existen modelos universales que permitan describir una composición válida para todos los lugares y contextos sociales. Lo que define un equipo de salud no es el tipo de profesionales que lo constituyen, o su relación cualitativa respecto a la población, sino la forma organizativa a través de la cual su estructura y funcionamiento se adecuan para solucionar las necesidades del individuo, la familia y la comunidad. (Nebot & Rosales, 2008)

Criterios de reconocimiento del trabajo en equipo:

- Comunicación intrínseca del trabajo.
- Proyecto asistencial común.
- Diferencias técnicas entre trabajos especializados.
- Argumentación de la desigualdad de los trabajos especializados.
- Especificidad de los trabajos especializados.
- Flexibilidad en la división del trabajo
- Autonomía técnica de carácter independiente. (Nebot & Rosales, 2008)

III. D. Procesos de Referencia y Contra referencia

Las redes son personas. Personas que se conectan o vinculan, estableciendo así las relaciones entre diferentes cargos que ocupan y las instituciones que representan, utilizando diferentes medios de comunicación. Así, es que se dice que redes es el lenguaje de los vínculos, es fundamentalmente un concepto vincular. Redes, también, parte de asumir heterogeneidad y permite imaginar heterogeneidades organizadas, como puede ser el mapa de la Ciudad de Rosario. La propuesta es dejar de pensar en un sistema piramidal y equiparar a las personas, a las sociedades e instituciones para profundizar democracia, antes que

perder democracia cada vez que la sensación de caos nos invade. Las crisis son las “ergometrías de la democracia”: las crisis son una verdadera prueba de esfuerzo que tensa a la democracia y la pone a prueba en su capacidad de subsistencia, tanto a nivel social como institucional. La ciudad de Rosario no es ni un círculo, ni un triángulo; tiene una geografía heterogénea y las redes del Servicio de Salud tendrán que ser tan heterogéneas como la ciudad misma, heterogénea geográfica y culturalmente, heterogénea en capacidad de respuesta a necesidades diversas, etc. El modelo de sistema de redes permite dar respuestas flexibles a necesidades diversas de la gente. La lógica de redes no es solamente una estructura para vincularse con el afuera, sino también para establecer nuevas formas vinculares en el adentro, como si cada institución fuera una ciudad y como si las vinculaciones entre ellas fueran el equivalente del servicio interurbano. (Róvere, 2006)

Lo compartido hasta aquí sobre “Redes”, tomado de la interpretación de las palabras de Mario Róvere, se considera necesario para poder analizar los aspectos de Referencia y Contrarreferencia.

Así, es que se pretende pensar y analizar los conceptos de referencia y contrarreferencia, potenciando el concepto de redes. A partir del momento en que la gente entra en red, entra en vínculos solidarios, donde lo que le ocurre a un actor, el otro no puede ignorarlo. Los actores se comportan solidariamente. Cuando estamos en redes nada que ocurra en algún lugar, le es ajeno a otro lugar. Esto es muy importante para empezar a cuestionar el clásico concepto de redes crecientes, piramidales, donde aparece la idea de referencia y contrarreferencia.

Las redes “son espacios de identificación, reconocimiento e intercambio entre sujetos y actores diversos, son, al mismo tiempo, plataformas desde las cuales es posible gestionar acciones en forma conjunta”. Las redes implican necesariamente la aceptación de lo diverso, de la asimetría y de la autonomía, ya que una red es un conjunto de heterogeneidades organizadas (nodos).

La integración entre niveles de atención, funcionando como red coordinada de servicios de salud, favorecen la continuidad e integralidad en la prestación de servicios, que en la mayor parte de los países se traducen en Sistemas de Referencia y Contra referencia de Pacientes (SRCRP). Se define al SRCRP como el procedimiento de coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles

de atención médica para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, que va más allá de los límites regionales y de los ámbitos institucionales para garantizar el acceso a los servicios de salud en beneficio del paciente referido. El SRCRP está organizado de acuerdo a las necesidades de cada país. Argentina, no cuenta con un sistema consolidado de carácter nacional, más bien funciona a nivel institucional. En el caso de Costa Rica, Argentina y El Salvador no cuentan con un marco jurídico preciso, sin embargo, los Ministerios de Salud trabajan en la conformación de redes integradas de servicios de salud que permitan de manera controlada el flujo de pacientes a través de los diferentes niveles de atención. En Chile, Cuba, México y Panamá se pudieron observar mecanismos bien definidos de control de las referencias recibidas en el hospital y de las contrarreferencias efectuadas a las unidades médicas de origen. Dichos países presentan mecanismos estructurados. Los sistemas electrónicos de referencia y contrarreferencia de pacientes para la gestión y control de citas y posteriormente la contrarreferencia, son una herramienta de los servicios de salud que actualmente se desarrollan en varios países de la región. Hasta hoy, ningún país lo tiene generalizado, de los 16 países estudiados, sólo cinco refieren su utilización de manera parcial. (Ortega et al., 2016)

La APS constituye el nivel de atención en salud que se encuentra más próximo a los ciudadanos y sus acciones se desarrollan en Centros de Atención Primaria. Estos representan la principal puerta de entrada a la red de atención, estableciendo los criterios de universalidad, accesibilidad, vínculo, continuidad de los cuidados, atención integral, responsable, humanitaria y equitativa, contemplando también la participación social.

Los niveles de atención secundarios y terciarios, se abocan al planeamiento y ejecución de acciones de complejidad media y alta, siendo las mismas desarrolladas en centros de especialidades o servicios hospitalarios, normalmente utilizados en los casos que se requieran profesionales especializados, recursos tecnológicos más específicos para el diagnóstico y tratamiento.

Es importante destacar el papel relevante de la APS como política estructurante para todo el sistema, incidiendo sobre la capacidad de establecer articulaciones con la atención secundaria y terciaria, incrementando así el potencial

del nivel primario y favoreciendo el acceso universal de las personas de la comunidad. Además, se destaca el potencial de las acciones de la APS, cuyos resultados revelan la capacidad de resolver el 85% de los problemas de salud de la población. En un estudio realizado por Baena y Soares en el año 2012, se vio que el potencial de resolución de la APS aún no ha alcanzado cifras tan expresivas en lo que respecta a los cuidados rehabilitadores, específicamente los que dependen de la atención de kinesiología / fisioterapia en APS. Esto se debe, según los autores, a la ausencia de profesionales del campo de la rehabilitación en la composición del equipo lo cual es un obstáculo para ampliar la resolubilidad. (Baena & Soares, 2012)

A pesar de lo anterior, el entendimiento de que predomina la derivación (“REFERENCIA”) del usuario de APS a otro nivel de atención (o complejidad) de la misma estructura depende de un sistema efectivo de derivación y “CONTRARREFERENCIA”, que puede entenderse como un mecanismo articulado y efectivo de flujo para la derivación exitosa de usuarios entre diferentes niveles de atención.

La referencia se caracteriza por la derivación de las personas usuarias de los servicios de salud a los niveles de mayor grado de complejidad (medio y alto). La contrarreferencia se configura por el retorno del usuario de mediana o alta complejidad a la APS, es decir, cuando la continuidad del tratamiento requiere menos recursos tecnológicos y terapéuticos, como los disponibles en las Unidades Básicas Asistenciales o Centros de Atención Primaria. Aunque también podría funcionar a la inversa, retomando el ejemplo de Mario Róvere: el flujo natural de pacientes funciona hasta porque los pacientes saben que un hospital complejo resuelve más que un hospital más sencillo. Pero, si en un hospital, con un equipo interdisciplinario quizás más amplio, lo que no hay es la capacidad de hacer continencia familiar del caso, entonces sería un típico caso de derivación en el sentido no habitual. Un hospital debería derivar a un Centro de Atención Primaria porque la capacidad resolutoria del hospital es bajísima. Esto no sería contrarreferencia, en realidad es referencia, se deriva al nivel pertinente de resolución, que en este caso es el que puede estar más cerca de la familia para ver si tiene capacidad de resolver y modificar esta situación. (Róvere, 2006)

En otro estudio multicéntrico sobre Atención Primaria en Salud, realizado por la Universidad Nacional de Lanús y por la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur, donde se indagó sobre la traducción en servicios, prácticas y procesos de los abordajes y modelos de la Atención Primaria en Salud, los gestores reconocieron que no hay barreras que impidan a un usuario acceder al sistema de salud en ninguno de sus niveles y reconocen las dificultades del sistema de referencia y contrarreferencia, considerando que sería mejor que hubiera niveles de atención más definidos para el acceso. Siendo los sistemas de referencia – contrarreferencia un problema relevante, que hace a continuidad de los cuidados. En dicho estudio, realizado en el primer nivel, el resultado de la dimensión ‘puerta de entrada’ resulta relativizado y es posible que personas de ese mismo grupo poblacional asistan directamente a los hospitales locales o de otras jurisdicciones, sin pasar por el primer nivel. (Ardila Gómez et al., 2012)

En el universo de las prácticas terapéuticas interdisciplinarias en rehabilitación, las valoraciones de ganancias funcionales son sistemáticas y decisivas para la progresión o regresión de las personas que integran sus programas, en particular, dentro del ámbito de la rehabilitación física, cuyo ingreso es entendida como demanda de referencia y su mecanismo de descarga sigue el flujo de contra-referencia. (Pereira & Machado, 2016)

La coordinación de la atención es un acuerdo entre todos los servicios relacionados con la atención al paciente, independientemente del lugar donde se ofrezca, buscando lograr un objetivo común, gestionando posibles conflictos y centrándose en la interacción entre proveedores.

Para mejorar la coordinación, es necesario minimizar las barreras entre los niveles de atención, promoviendo un “sistema sin muros”, mediante la implementación de mecanismos y estrategias de articulación entre los niveles, en pos de facilitar la transferencia de información, mejorar el intercambio de conocimientos y mejorar la comunicación de los profesionales, contribuyendo a la continuidad del cuidado y la coordinación del cuidado. La articulación entre los diferentes niveles puede darse a través de la estandarización del proceso, resultados o habilidades (sesiones clínicas y protocolos compartidos) o adaptación mutua - mayor contacto entre los participantes involucrados en el proceso de

trabajo en situaciones de planificación difíciles (formulario de referencia y contrarreferencia, resumen de alta hospital, correo electrónico, teléfono y ticket).

En Brasil, varias políticas ayudan en la implementación de los mecanismos de articulación. El sistema de derivación y contrarreferencia, por ejemplo, es considerado como uno de los elementos clave para la efectividad del Redes de Atención en Salud, y el Ministerio de Salud enfatizó el rol de este mecanismo y los protocolos compartidos para la integración entre los niveles de atención y el incremento de la solubilidad de la atención primaria. La implementación de los mecanismos está relacionada con el sistema de salud y con factores políticos, económicos y organizativos. Por lo tanto, el manejo debe fomentar el uso y reforzar las estrategias para su uso en el manejo clínico. Sin embargo, los estudios sobre los mecanismos que promueven la coordinación y continuidad de la atención entre niveles aún son escasos y la evidencia sobre este tema es limitada, especialmente en América Latina. (Oliveira et al., 2019)

Si bien la organización de Redes de Atención en Salud, el sistema de derivación y contrarreferencia entre los diferentes niveles tecnológicos es una herramienta importante para articular sus puntos de atención, se ha visto que la articulación efectiva entre unidades y servicios en la red de salud, se puede ser ineficiente, así como la falta de contrarreferencia. (Pereira et al., 2016)

En otro estudio llevado a cabo de julio a agosto de 2014 en un hospital universitario (HU) y en un Centro de Atención Primaria de un municipio del sur de Brasil, cuya población estimada en 2014 era de 275.000 personas se investigó acerca de cuáles eran los desafíos identificados por los trabajadores de salud de atención terciaria y de APS. Se evidenció dificultad en la articulación en servicios de salud y los trabajadores acusaron trabajo solitario debido a la falta de comunicación, al desconocimiento sobre los servicios de la red, la falta de educación permanente, la falta de retroalimentación de los servicios y la falta de rendición de cuentas de los profesionales involucrados en la atención, lo que debilita los procesos de derivación y contrarreferencia. Nuevamente, el significado de referencia y contrarreferencia, por mucho que se considere un cambio en el sistema, aún permanece restringido, especialmente en lo que respecta a su eficacia y funcionalidad. (Merhy et al., 2006)

Existen programas de atención médica transfronteriza que son parte de políticas internacionales innovadoras de salud pública, destinadas a brindar atención médica a los ciudadanos de un país o en uno o más países vecinos donde pueden encontrarse ocasionalmente debido a viajes, residencia a lo largo de la frontera y / o cruce de fronteras. -trabajos fronterizos. La incapacidad de los sistemas de salud para garantizar la cobertura sanitaria universal (CSU) y la falta de disponibilidad de servicios de salud adecuados se encuentran entre las principales razones por las que las personas en los países en desarrollo, particularmente en las zonas fronterizas, buscan atención médica en el extranjero. En muchos países, la cantidad de personal de salud es insuficiente para satisfacer las necesidades de la población, las instalaciones y equipos son inadecuados y / o existen diversas barreras para acceder al mercado laboral y extender la cobertura de salud a través de las instituciones sociales tradicionales. En un estudio de caso de la integración pionera de los servicios de salud en la frontera de Ecuador y Perú se vio que la principal dificultad del programa estribó en la ausencia de reciprocidad; los ciudadanos peruanos tenían derecho a servicios de atención de salud gratuitos en Ecuador, pero los ciudadanos ecuatorianos no recibieron la misma prestación en Perú. También se señaló la necesidad de mejoras en materia de recursos humanos del sistema binacional. La principal fortaleza del programa fue su estructura organizativa, diseñada principalmente para la implantación de 1) la red binacional; y 2) un sistema de referencia y contrarreferencia de los pacientes que incluye la transferencia de la información clínica de los pacientes.

A pesar de las considerables dificultades, los programas de atención de salud en zonas fronterizas son factibles y reproducibles. El éxito de los programas parece depender en gran medida de que se cumplan una serie de condiciones tales como 1) la consolidación del memorándum binacional original mediante un acuerdo binacional vinculante entre ambos países; 2) la consecución de estándares similares en ambos países en cuanto a la provisión y la calidad de los servicios de atención de salud, con especial hincapié en la complementariedad; y 3) la creación de un sistema binacional de información integrado. (Cafagna et al., 2014)

La APS es una estrategia global orientada a cubrir las diversas necesidades en salud de las personas y comunidades en su contexto, para así encarar la

inequidad y controlar la permanencia de desigualdades evitables. Desde esta perspectiva, la APS es un área de conocimiento propio, que aborda la salud como un derecho humano fundamental e integral (que vincula tanto el derecho a la vida como el derecho a la participación ciudadana en salud; el mejoramiento de la calidad de los servicios ofrecidos en el marco de la atención sanitaria; la promoción, preservación y recuperación de la autonomía de individuos y comunidades) y el diseño de nuevos modelos, estrategias y programas de APS.



Fuente: Elaboración propia basada en OPS/OMS, 1978, 2007. Los autores autorizan la publicación de la figura

Para lograr una atención primaria en salud efectiva, se requiere un abordaje sistémico desde lo administrativo y también en el nivel clínico, donde se deben contemplar como elementos clave:

- el acceso y uso de la atención inicial “primer contacto”, centrada en el paciente y no en la enfermedad
- adecuado tiempo con las poblaciones
- servicios integrales y oportunos
- coordinación para la referencia y contrarreferencia de los pacientes

Así, es que el enfoque de APS Integral, “está fundamentado en los valores y principios de equidad en salud, derecho a la salud, acción sobre esos determinantes sociales de la salud, orientación hacia las personas, las familias, las comunidades y el ambiente, y desarrolla un conjunto de estrategias que permiten proveer atención médica integrada a los individuos, generar autocuidado y educación en salud, organización y desarrollo comunitario, movilización y empoderamiento social, acción intersectorial para mejorar la salud, abogacía y

construcción de coaliciones y redes sociales por la salud”. (Argüello Gutiérrez et al., 2017)

III.E. Derecho de Salud

En el año 2003, se presenta en nuestro país un cambio de paradigma, el cual significó el reconocimiento, promoción y protección de los derechos humanos, objetivo principal el acceso a derechos por parte de grupos tradicionalmente vulnerados. Las concepciones tradicionales de salud y enfermedad han tenido que abrir espacio para la confrontación con desarrollos conceptuales y metodológicos más integrales, con mayor capacidad de aprehender la complejidad real de los procesos determinantes, de superar la visión simple y unilateral, de describir y explicar las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad con la salud de los individuos y grupos sociales. (Castellanos, 1990)

En el Marco del Modelo Médico Hegemónico, quien accedía a los servicios de medicina, adquiría en cierta forma una mercancía. En un mercado atípico, ya que no podía evaluar calidad ni eficiencia, opinar o ser parte de su proceso de atención. Así el modelo se fue deteriorando en pos de conseguir una utopía igualitaria. (Belmartino, 1987)

El derecho a la salud es indivisible del ejercicio de otros derechos, como el derecho a la identidad, a condiciones de vida dignas, al trabajo, a la vivienda, a la educación, entre otros.

El ejercicio del derecho a la salud incluye desde el derecho de recibir información, pasando por el derecho a la educación para la salud y la prevención y, por último, el derecho a la atención ante un episodio puntual que atenta contra la salud. Cuando se está ante un proceso de salud – enfermedad, las personas recurren a diferentes ofertas para la solución del problema, según posibilidades, creencias y saberes, incluyendo formas de auto-atención, medicinas conocidas como alternativas, curadores tradicionales, entre tantas otras formas de pensar y cuidar la salud.

El derecho a la salud es un derecho inclusivo. *Salud* es disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental y también incluye otras *libertades y derechos*. Entre ellas se enumeran la libertad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo y los derechos a tener un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud, a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas; a poder acceder a medicamentos esenciales; contar con programas de salud materna, infantil y reproductiva; tener acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos y a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud; participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (ONU), que es el órgano encargado de llevar a cabo un seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, enumera a los siguientes como "*factores determinantes básicos de la salud*":

- Agua potable y condiciones sanitarias adecuadas;
- Alimentos aptos para el consumo;
- Nutrición y vivienda adecuadas;
- Condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres;
- Educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud.

(Garay, 2017)

El Estado, en relación al derecho de salud, tiene *obligaciones básicas* que incluyen adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública en los que se tengan en cuenta las preocupaciones en materia de salud de toda la población, servicios esenciales de atención primaria de la salud, alimentación esencial mínima que sea nutritiva, saneamiento, agua potable, medicamentos esenciales. (Garay, 2017)

Tratados internacionales de derechos humanos en los que se reconoce el derecho a la salud:

- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, 1965: art. 5 e) iv)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,

1966: art. 12

- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979: arts. 11 1) f), 12 y 14 2) b)
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989: art. 24
- Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, 1990: arts. 28, 43 e) y 45 c)
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006: art. 25.

Para la OMS, “el derecho a la salud significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano”. (López Casariego et al., 2012)

Los Estados que se desarrollan en el marco de los Derechos Humanos, se ven en la obligación de brindar dichas condiciones, que incluyen:

- Disponibilidad garantizada de servicios de salud (establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y programas de salud); considerando que aspectos tratados en puntos anteriores deben ser indiscutibles: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica, acceso a la información.
- Aceptabilidad (respetar ética médica y costumbres culturales).
- Condiciones de trabajo saludables y seguras.
- Vivienda adecuada.
- Alimentos nutritivos.

El proceso de reconocimiento y protección de los derechos humanos es un avance social y cultural de los pueblos del mundo y una de las actuales políticas de los gobiernos democráticos.

La salud es la plenitud del estado bio-psico-social y en consecuencia su amplitud conceptual abarca una cantidad de derechos que forman parte de los

denominados personalísimos y que deben ser atendidos para lograr su plena vigencia.

Una construcción del modelo de salud que abandone el paradigma biologicista e incluya la cuestión social debe permitir la discusión sobre el modelo de salud pública, estatal y de cobertura subsidiaria de orden público, con perspectiva de derechos humanos. Se debe considerar tanto a las enfermedades con perfil curativo como a aquellas patologías crónicas y/o degenerativas que acompañana a la civilización, al envejecimiento de la población. Un modelo de salud que se oriente a *cuidar* más que a *curar*.

Es ineludible que nuestras sociedades discutan sobre sus modelos médicos, las capacidades de sus ciudadanos y los procesos de estigmatización social de determinados padecimientos así como de colectivos de personas.

La ley de los derechos del paciente, que promociona el derecho de información y decisión autónoma de los ciudadanos, debe ser complementada con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y, en particular, con el derecho a la salud pública. (López Casariego et al., 2012) (Belmartino, 1987)

III. F. Calidad autopercebida del Proceso de Atención

Avedis Donabedian, sostiene que... “la calidad es una propiedad de, y un juicio sobre alguna unidad definible de la atención, la cual se puede dividir al menos en dos partes: la técnica y la interpersonal”. La parte técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. La parte interpersonal es difícil de dimensionar, por cuanto implica valores y normas socialmente definidas que gobiernan la interrelación entre los individuos. Las normas están reforzadas por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes.

La calidad de la atención en la salud tiene muchos componentes. De la suma de todos estos podrá inferirse el nivel cualitativo, y hasta puntuarlo.

La revisión periódica de estos componentes y ponderaciones, permiten hacerlos más confiables:

- Accesibilidad: grado de facilitación del uso de los recursos disponibles por parte de los usuarios (geográfica, administrativa y dinerariamente fáciles de obtener).
- Aceptabilidad: conformidad de los pacientes y/o responsables de los mismos de acuerdo a sus deseos y expectativas (grado de satisfacción por la atención recibida).
- Adecuación Legal: implementación de la atención dentro de las normas, regulación y disposiciones legales (no se viola ni la ley ni los contratos firmados).
- Adecuación Práctica: ante circunstancias no ideales, implementar la mejor atención posible (flexibilidad).
- Cobertura Total: atención al alcance de la totalidad de la población.
- Disponibilidad: contar con los medios idóneos, al menos en las situaciones previsibles.
- Educación Continua: la actualización permanente y responsable de los profesionales para brindar sus servicios.
- Eficacia: es la atención más adecuada y los efectos logrados para mejorar la salud (la aplicación del agente elegido dio el resultado esperado).
- Eficiencia: es el mejor resultado obtenido, con el menor costo posible (se emplearon los medios más económicos sin bajar la calidad ni empeorar el resultado).
- Efectividad: es el mejor resultado obtenido por la atención evaluada, sobre lo idealmente esperado (el resultado obtenido es el más próximo al ideal teórico conocido).
- Equidad: distribución de la atención médica en lo que se considera justo y razonable, entre los miembros de una población.

- Legitimidad: conformidad con las preferencias sociales, en conceptos éticos, valores y costumbres.
- Necesidad: implementación de acciones para satisfacer requerimientos en materia de salud.
- Oportunidad: aplicación de la atención adecuada en el momento adecuado.
- Relación Kinesiólogo-Paciente: vínculo entre dador y receptor de la atención, difícil de dimensionar por su carácter subjetivo.
- Rendimiento u optimización: es la obtención del balance más deseado entre costo de la atención y las consecuencias de la misma.
- Relación costo- efectividad: relación entre el costo de la atención y mejoría de la salud obtenida.
- Relación costo- beneficio: relación entre el costo de la atención y el valor monetario de la mejoría de la salud obtenida.
- Suficiencia: atención mínima requerida para obtener el resultado previsible de una mejoría de la salud

A todo esto, debe agregarse también:

- Satisfacción del consumidor; en lo referente a servicios recibidos y resultados de asistencia sanitaria.
- Satisfacción del profesional; en lo vinculado a condiciones de trabajo y remuneración.

Tradicionalmente el objeto de interés de cualquier definición de calidad de la atención ha sido el cuidado que proporciona un profesional individual a un paciente individual, con el propósito de mejorar su función físico fisiológica. Al hablar de calidad, debemos tener en cuenta los enfoques básicos para su evaluación. En este punto, Donabedian involucra a la estructura, el proceso y al resultado. (Donabedian, 2001)

Estudiar y conocer la satisfacción del paciente es fundamental en todos los niveles de atención sanitaria. Esto obedece a varios motivos: permite evaluar y

conocer la calidad percibida por los pacientes e identificar qué aspectos pueden ser mejorados desde dicha perspectiva, permite optimizar procesos de atención que promuevan su confianza entre otros. No obstante, estudiar la satisfacción en los centros de Atención Primaria de Salud (APS) adquiere un mayor grado de interés porque se trata del contacto más frecuente de los pacientes y la puerta de entrada y seguimiento de estos en el sistema sanitario. (Vázquez-Cruz et al., 2018)

Sans-Corrales y col., indicaron que en la evaluación del producto final del cuidado de la salud se debe considerar, además del impacto en la dimensión de salud y económica, el impacto en la dimensión satisfacción, definida como “el nivel en el cual los usuarios encuentran las perspectivas de servicio en salud esperados”, siendo entonces la medición de la satisfacción del usuario en Atención Primaria de Salud un elemento clave para mejorar la calidad de atención. Las encuestas de satisfacción de usuarios de Servicios de Salud, constituyen un indicador de calidad de atención sanitaria que evalúa finalmente el resultado del sistema sanitario, su proceso y estructura. La comprensión de las percepciones de los usuarios del servicio, permite reconocer aquellas dimensiones identificables en su mayoría, como cuestiones que miden accesibilidad, satisfacción o competencia profesional, según el problema de salud evaluado y el aspecto de la continuidad que se valore. A su vez, los requisitos de cada dimensión también pueden ser diferentes de acuerdo al tipo de enfermedad, tratamiento o acción preventiva. Por esto es necesario definir esos requisitos en cada servicio o grupo de pacientes. (Acosta et al., 2011)

III. G. Salud Pública

La Salud Pública fue definida como: “...la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad y la discapacidad, prolongar la vida y fomentar la salud física y la eficiencia mediante esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del ambiente, control de enfermedades infecciosas, no infecciosas y afecciones, educación del individuo en principios de higiene personal, organización de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades para rehabilitación y el desarrollo de la maquinaria social que asegurara a cada individuo en la comunidad un nivel de vida para el mantenimiento de la salud.” (Terris, 1987) La función de los

Servicios de Salud Pública consiste en la aplicación de las ciencias de la medicina preventiva a través del gobierno, con fines sociales y con el propósito de no salvar solamente al individuo sino de comprender y reducir cualquier tipo de enfermedad que afecte a una comunidad o a un grupo. Dentro de los objetivos principales de la salud pública se encuentran la prevención de la enfermedad, protección de la salud, promoción de la salud, restauración de la salud y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos fundamentalmente en: personas mayores, enfermos terminales, enfermos crónicos y personas discapacitadas. Sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud por medio de la iniciativa “La Salud Pública en las Américas”, definió once funciones esenciales de la salud pública (FESP) y desarrolló un instrumento para medir su desempeño, lo que permite a los países realizar una auto-evaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública. Las FESP son aquellos procesos y movimientos de la Sociedad y del Estado que constituyen condiciones sine qua non (necesarias) para el desarrollo integral de la salud y el logro del bienestar y, como tales, orientan y modulan la organización y el comportamiento de los campos, sectores y actores que componen una Sociedad dada. Constituyen en sí mismas tareas de la Salud Pública, representan un quehacer y se aplican entre un sujeto y un objeto, y su condición de esencialidad nos plantea un requisito de necesario cumplimiento para que la Salud Pública ejecute su finalidad en los diferentes entornos. Estas funciones constituyen un sistema de condiciones que permiten establecer los requisitos de un sistema de servicio sanitario efectivo para satisfacer los ideales de salud que tiene la comunidad. Tienen el propósito de mejorar la salud de la población con una mirada integral dirigida a aumentar las capacidades de los sistemas de salud, la prevención y promoción de la salud, la participación comunitaria y la inclusión social. (Toledo Curbelo, 2005)

Para que el sistema sanitario responda de forma precisa a las necesidades de salud de la población es importante que ésta participe activamente en su planificación y control, participación que es consustancial al concepto de Atención Primaria de Salud (APS).

III. H. Descentralización del Servicio de Salud Pública

Una de las posibles definiciones de la palabra “Descentralización” es *la forma de transferencia decisoria limitada de tipo administrativo a niveles inferiores, y de devolución como una transferencia de poder decisorio total a unidades gestoras de menor tamaño*. En el sector de salud, ya sea por razones geográficas y/o relacionadas con los niveles de complejidad, se han creado entidades administrativas, como distritos o regiones de salud, que pueden o no coincidir con la división político-administrativa (estados, provincias/departamentos y municipios); en estos casos la descentralización significa la desconcentración o devolución de autoridad a estas unidades. Otro posible significado para este término es el referido a la *concesión de cierto grado de autonomía a una unidad de provisión de servicios*. En los últimos años está cobrando mucha vigencia la autonomía hospitalaria y en algunos casos de los CAPS. (A. Ugalde & Homedes, 2002)

Se puede descentralizar a varios niveles geográficos ya sea regional, provincial, municipal, comunal y dentro de cada uno de ellos en diferentes establecimientos como hospitales, centros de salud, centros de diagnóstico, entre otros.

Los objetivos principales de la Descentralización se dan por razones políticas, administrativas y económicas:

- Favorecer la participación comunitaria: es una estrategia para garantizar que los servicios de atención primaria respondan a la necesidad de los usuarios y sean aceptados por ellos. La descentralización hace más flexible la gestión, y permite ajustar los servicios a las necesidades locales. Desde esta perspectiva, la descentralización y la participación comunitaria se complementan.
- Mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud: muchas regiones padecen un gran número de deficiencias administrativas como falta de insumos básicos, mantenimiento inadecuado de equipo e instalaciones, injerencias políticas en el nombramiento de personal, uso inapropiado y robo de recursos, absentismo laboral, control excesivo de las decisiones por la profesión médica, carencia de personal técnico de niveles medios, y falta de

cumplimiento de horarios. Estos problemas contribuyen en gran parte a la ineficiencia y baja calidad de los servicios. La descentralización debe ayudar a reducir algunos de estos problemas al facilitar un control más cercano por parte de la comunidad del personal y del uso de los recursos, y conocer más de cerca las diferencias administrativas. Es importante lograr la descentralización el proceso decisorio, dando a los niveles más bajos la flexibilidad y la autoridad que les permita responder con la rapidez necesaria a los cambios. (A. Ugalde & Homedes, 2002)

La descentralización también se orienta a reordenar las relaciones centro-periferia, tanto entre las unidades de gobierno, como entre los diversos actores sociales involucrados en la gestión del servicio público, como derecho enmarcado en la constitución. Pretendiendo por esta vía de descentralización en salud, adoptar la forma de Estado de derecho en su etapa más evolucionada: la del Estado social. Donde el Estado constituye la organización política soberana para implementar la política de descentralización en América Latina que conlleva una reestructuración de los órganos del estado para la transferencia de responsabilidades competencias, servicios y recursos al nivel subnacional -estados, municipios, provincias, departamentos-. (Urdaneta, 2010)

Casi todos los países de América Latina asumen la descentralización como estrategia para fortalecer su democracia interna y hacer más eficiente su gestión pública y accesible al alcance de sus objetivos de desarrollo y del milenio. En ese proceso, la descentralización introduce una nueva dinámica en muchos estados latinoamericanos, en materia de políticas públicas, donde los gobiernos descentralizan tanto a nivel local como intermedio, políticas sociales, educativas, sanitarias y de salud, induciendo una distribución del poder mucho más territorial, y una mejora de calidad de vida de su población. (Urdaneta, 2010)

La tendencia hacia la descentralización de la salud en la región se acentuó en los ochenta, como una respuesta a la ineficiencia, inequidad, altos costos, baja cobertura y efectividad de los servicios de salud asociados con el centralismo. Con la descentralización se podría mejorar el servicio de la salud, al ajustar la organización y funcionamiento a los sistemas de salud en relación a las

necesidades sociales de la población desde la base territorial, y con ello orientar un cambio en los perfiles epidemiológicos de la población. (Urdaneta, 2010)

III. I. Descentralización de los servicios de salud en Argentina

En Argentina la descentralización constituye una estrategia de política de gestión pública con el objeto de lograr un uso más eficiente de los recursos. Este proceso se inicia hacia finales de la década de los setenta, enmarcado en una intensa presión de la crisis sobre los recursos tributarios tanto nacionales como provinciales. En el cual se evidencia que el diseño de las relaciones financieras entre la nación y las provincias no emprende mecanismos claros y explícitos para atender con equidad el financiamiento de políticas compensatorias en salud. Luego en 1986 existió una segunda fase y una tercera a partir de 1990 dando respuesta a un contexto regido por estrictas restricciones presupuestarias que han afectado el financiamiento de los programas sociales. (Urdaneta, 2010)

En Argentina se presenta ciertos elementos que la diferencian del resto:

- 1) Intensidad del aporte recursos por la vía subnacional.
 - 2) Facultades y poder de decisión transferidos a las provincias minimizando el papel del nivel central.
 - 3) Compleja estructura del sistema público de las obras sociales,
 - 4) Aseguramiento sindical que se ha caracterizado por una organización con autonomía.
 - 5) Atención primaria en el sector público se realiza tanto en establecimientos propios como dispensarios, hospitales de baja complejidad como también en hospitales de alta complejidad.
 - 6) Modelo de Autonomía hospitalaria, bajo la figura de hospitales de autogestión.
- (Urdaneta, 2010)

III. J. Atención Primaria de Salud en Argentina

La comunidad internacional y la Argentina, han reconocido a la salud como un derecho humano universal y un factor clave del desarrollo humano sostenible. De este modo, la salud se convierte en un componente ético en las sociedades democráticas, pasando de ser un mero servicio social a considerarse un derecho

humano universal. El Estado Nacional, debe promover el acceso de todas las personas a servicios de salud de calidad desarrollados sobre la base de la Estrategia de Atención Primaria. Para ello, se requiere la implementación de una fuerte política de desarrollo institucional, nacional y provincial, tanto en la gestión sanitaria como en la administrativa. (Garay, 2017)

El Ministerio de Salud, en su rol rector, es el responsable de lograr el mayor nivel posible de salud de la población del país y una real equidad de oportunidades y de trato con el fin de lograr la garantía de políticas públicas que actúen sobre los determinantes de la salud, promoviendo la solidaridad social y disminuyendo las inequidades, construyendo agendas nacionales y locales.

En la Argentina la salud es delegada directamente a las provincias que son las responsables de la salud de sus habitantes. Con la reforma constitucional de 1994, la salud se incorpora como responsabilidad del Estado en sus tres niveles de gobierno: nacional, provincial y municipal y bajo la condición de su cumplimiento de la cláusula federal constitucional -Art. 5, Constitución Nacional-, *“el Estado debe, en cada instancia de gobierno, procurar las condiciones necesarias para mantener el mayor nivel de salud física, mental y social posible en pos de concretar la vigencia del derecho a la salud para todos los habitantes del país”*. De esta manera, el Estado Nacional tiene la responsabilidad de conducir, coordinar y modular el sistema de salud en su conjunto para que el efectivo cumplimiento de los derechos humanos, en los que se incluye el derecho social a la salud, sea ejercido en todas las jurisdicciones, que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato. Teniendo como objetivo principal garantizar el acceso universal a la salud, la distribución equitativa de recursos financieros, la adecuación y sustentabilidad de éstos, en el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención y la participación de la comunidad en el cuidado de su salud. (*Plan Federal de Salud 2010-2016*, 2010)

La APS es promovida desde hace décadas como la política más apropiada para optimizar los sistemas de salud, y aún debe seguir fortaleciéndose. Los modelos conceptuales de APS deben ofrecer servicios de salud accesible, capaz de cubrir la mayoría de las necesidades de la población y desarrollar una relación

de confianza, sostenida en el tiempo entre la persona y los profesionales de la salud. (Berra et al., 2011)

En Argentina, el Plan Federal de Salud, indica que la APS debe ser la organizadora del sistema tanto a nivel central como en otros niveles y en diferentes zonas del país. En organizaciones de los sectores públicos, de obras sociales y ámbitos privados, se condujeron reformas con experiencias diversas, que estuvieron lejos de reducir la heterogeneidad entre estos subsistemas. (Gonzalez García, s.f.)

Funciones esenciales:

- Primer contacto: Supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo de salud se referencia un centro o profesional de salud concreto, que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y que debe ser accesible a la población.
- Continuidad: Relación personal a largo plazo entre el usuario y el profesional o centro de salud, que debe facilitar el desarrollo de una relación usuario-profesional basada en la confianza y en el conocimiento de la persona y su familia.
- Coordinación: Es la función de enlace entre los servicios de atención, de tal modo que la persona reciba un cuidado apropiado de todos sus problemas de salud bajo la responsabilidad de su proveedor de APS. La coordinación permite el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos e incluye también la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados.
- Integralidad o globalidad: Organización que pueda ofrecer un catálogo extenso e integral con todos los servicios que la población necesita, con articulación. Incluye la identificación de problemas de todo tipo, sean orgánicos, funcionales o sociales, particularmente aquellos que son más frecuentes en la población.

Funciones secundarias:

- Enfoque familiar: Centrar la salud de los individuos en su contexto social más cercano.

- Orientación comunitaria: Dirigir la atención a la resolución de los problemas de salud de la comunidad a la cual tiene como población diana.
- Competencia cultural: Adaptar y establecer relaciones que faciliten la atención de los problemas de salud en las personas de diferentes grupos sociales de la población asignada. (Berra et al., 2011)

La puerta de entrada al sistema de salud público:

La estructura de atención pública de la salud en la Argentina es universal, en tanto regula y brinda cobertura teórica a todos los habitantes. No obstante, el suministro de servicios se concentra principalmente en aquellos que no disponen de cobertura formal, pertenecientes a las porciones más pobres de la sociedad. Las personas carentes de cobertura (sin obra social o prepaga) ingresan al sistema a través de los centros de atención primaria de la salud y los hospitales. Una utilización eficaz de los recursos disponibles requeriría que los cuidados de baja complejidad se canalizaran en los CAPS, a fin de aprovechar los hospitales para el tratamiento de mayor dificultad y gravedad.

Al constituirse en el primer eslabón de la cadena de atención, la ubicación geográfica de estos centros adquiere importantes implicancias en el acceso geográfico y financiero a la salud, especialmente para aquellos en condiciones de pobreza que no encuentran otra opción de atención. En consecuencia, es esperable que allí donde se concentra mayor población vulnerable, la presencia de los CAPS debería ser mayor. De esta manera, se reduciría una de las tantas barreras de acceso a la salud de la población que más necesita de servicios. Fallas en la distribución de los centros limita tanto la provisión de servicios como la efectividad de los programas focalizados en la protección de la población más vulnerable. (Tobar et al., 2006)

III.K. Sistemas de Salud: Argentina, Santa Fe y Rosario

Este sistema de salud está compuesto por tres sectores el sector público, el sector de seguro social obligatorio y el sector el privado.

En primera instancia, el sector público se integra por estructuras administrativas nacionales, provinciales en lo que enmarca a los hospitales y centros de salud públicos, es decir, que prestan sus servicios a toda la población que no tenga seguridad social ni tenga capacidad de pago, por lo que su atención es gratuita y se destaca como uno de los sectores más importantes ya que responde a una alta demanda de atención de usuarios. Cabe resaltar, que el sector público se financia por medio de recursos fiscales y de recursos que se adquieren por medio de las provincias y municipalidades.

Por otro lado, se encuentra el sector de seguro social obligatorio que se integra a través de las Obras Sociales (OS), que se encarga de prestar el servicio de salud a los empleados y a su núcleo familiar, esto se genera por provincia por lo que se tiene en cuenta que cada una de estas tiene una OS diferente que se encarga de prestar el servicio a las personas usuarias de este sector. No obstante, también se encuentra el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJP - PAMI) que se encargan de los jubilados y sus familias en lo que respecta a la cobertura en salud. Este sector se financia a través de los aportes que realizan los trabajadores lo que corresponde al 8% de sus salarios. Las OS provinciales se mantienen por las contribuciones de los empleados gubernamentales y de los gobiernos provinciales.

Por último, se encuentra el sector privado que brinda asistencia y cobertura médica a todas aquellas personas que poseen una buena capacidad de pago y les permite el acceso a este sector, sistemas privados de medicina prepaga, a entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina y tiene como estructuras propias a sanatorios, hospitales y clínicas privadas.

Con el paso de los años, Argentina se ha convertido en uno de los países latinoamericanos que tiene mayor inversión en salud lo que de manera transversal beneficia a toda la población residente y usuaria de los servicios. Sin embargo, por los cambios económicos generados por la devaluación constante del peso se han impuesto algunas limitaciones para seguir ampliando los recursos y la inversión en salud. (Belló, 2011)

III. L. Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS)

La O.M.S. define al CAPS como un elemento del Sistema Local de Salud. Éste dentro de la estrategia de Atención Primaria es el punto de interacción entre los servicios y una población definida a la que se proveen servicios de salud integrales. Por esta razón el Centro de Salud se define tanto por sus características técnicas, como por su capacidad para establecer relaciones participativas con la población de la cual es responsable. En la visión de la OMS el CS es una modalidad óptima de organización del primer nivel de atención en cualquier sistema racional de atención médica, público o privado. (Chaloum & Varas, 2017)

Para poder establecer un buen nivel de relaciones participativas con la población, la atención médica debería presentar las siguientes condiciones:

- Comprensión: Las personas deben ser consideradas en todas sus dimensiones; incluyendo las socioeconómicas y culturales; y no sólo como clientes privados o usuarios estatales de atención médica, afectados por enfermedades. Esto requiere de la parte del personal un enfoque comprensivo de la gente; tanto en el plano individual como comunitario. Es la "capacidad de ponerse en el lugar de otro y ver las cosas desde su punto de vista". En otros términos, el personal de salud debe ser capaz de comprender que para la gente, la salud, y las actividades de salud, no tienen más que una importancia relativa, en el contexto de sus preocupaciones actuales y futuras.
- Continuidad: La atención debería ser ininterrumpida desde el comienzo hasta el fin de cada episodio de enfermedad; o de riesgo; de los pacientes, sus familias, y del conjunto de necesidades de salud de la población. La continuidad se ve favorecida por la comprensión.
- Integración: Las actividades de promoción, prevención y educación para la salud son complementarias de las actividades curativas, y en conjunto forman parte del desarrollo socioeconómico. La integración está ligada a la comprensión y la continuidad que son a la vez condiciones y consecuencias. Consecuencias, puesto que gracias a la comprensión y a la continuidad el personal de salud puede identificar el tipo más adecuado de atención a

proveer: promoción, prevención, curación o educación. (Chaloum & Varas, 2017)

En conjunto estas tres características de la atención del CS tratan de promover un diálogo continuo entre la población y el CS y por consecuencia a promover la participación y el compromiso de la población. (Chaloum & Varas, 2017)

Es muy importante entender que no solo se debe dar prioridad a la participación y al aspecto relacional de la atención (Comprensión, Continuidad e Integración), sino que hay que tener en cuenta la calidad técnica de la atención. El nivel técnico debe ser suficiente como para crear confianza en los usuarios, a través de respuestas efectivas a la mayor parte de las necesidades percibidas como prioritarias. Paralelamente debe ser también suficiente como para satisfacer, en cierta medida, las expectativas profesionales del personal. (Chaloum & Varas, 2017)

Descentralización de los CAPS: Para posibilitar un máximo de accesibilidad geográfica el CAPS debe ubicarse lo más cerca posible de la población. Para asegurar esta condición se ha propuesto utilizar como criterio una distancia máxima a recorrer por la gente para llegar al CS. (Chaloum & Varas, 2017)

Situación actual de los Centros de Atención Primaria de la Salud en Argentina: En su mayoría, los efectores pertenecientes a la red pública de APS cuentan con cuatro especialidades básicas: clínica médica, pediatría, generalista y ginecología. Actualmente los centros de atención primaria atienden la demanda espontánea de la población. Esto contribuye a que la atención pública tenga un carácter universal, por el cual cualquier persona tiene derecho a acceder a los servicios ofrecidos por los distintos efectores de salud tanto del nivel nacional, provincial como municipal. De todos modos, de acuerdo a la zona geográfica es posible asignar una población de referencia al CAPS. (Stolkiner et al., 2011)

Al analizar el desarrollo y responsabilidades que han tenido los CAPS en la articulación de las políticas de salud de nuestro país es necesario señalar el lugar

de relevancia que fueron cobrando los municipios en el desarrollo de sus sistemas locales de salud. (Stolkiner et al., 2011)

En el país hay aproximadamente 6400 CAPS, 54% provinciales y 45% municipales. La mayoría tienden a concentrarse en los centros urbanos. La cobertura del sector estatal se considera de acceso irrestricto, sin embargo, algunos de los programas nacionales se dirigen a población sin otra cobertura, o cuya residencia es en la zona de servicio, y algunos servicios de salud municipales sólo aceptan a la población con residencia en el área. (Stolkiner et al., 2011)

IV. ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA

IV. A. Situación de la Salud Pública en la ciudad de Rosario

El sistema de Salud Pública de la ciudad de Rosario, se encuentra organizado con base en la atención primaria de salud, distribuidos por todo el territorio urbano. Estos efectores se articulan entre sí y con redes de soporte como las de laboratorios, hemoterapia, emergencias, rehabilitación, medicamentos, entre otros. En todos los casos, se trata de servicios gratuitos. De este modo, la infraestructura pública conforma una red de servicios que se articula con un Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR), dos laboratorios de producción farmacéutica, un Centro Regional de Sangre y la Red de Atención en Salud Bucal. Cabe señalar que la Red de Servicios de Salud está constituida por tres niveles de atención. (Grandinetti et al., 2014)

- Un primer nivel, orientado a la atención primaria de la salud, y conformado por 52 Centros de Salud, distribuidos en el territorio de Rosario (en los seis distritos en que se organiza la ciudad administrativamente y en términos de gestión).
- Un segundo nivel, de mediana complejidad, compuesto por el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) y un conjunto de hospitales generales, en su mayoría polivalentes (Hospital Alberdi, Hospital Carrasco, Hospital Roque Sáenz Peña, Policlínico San Martín), y algunos con pertenencia específica, como la Maternidad Martín y el Hospital de Niños Zona Norte.
- El Tercer nivel, de alta complejidad, está constituido por el Hospital Dr. Clemente Álvarez y el Hospital de Niños Víctor J. Vilela.

Los Centros de Salud son el primer contacto entre las personas y el sistema de salud público en los cuales se efectúan las primeras acciones de asistencia sanitaria. Sus servicios están adecuados a las necesidades de la comunidad de cada barrio en particular. Es en este nivel de atención, en el cual se realizan actividades de prevención, promoción y educación de la salud, como así también

de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La atención médica que se brinda en la mayoría de ellos, de acuerdo a cada Centro en particular, comprende medicina generalista y clínica, pediatría, odontología, tocoginecología, psicología, enfermería, entre otras. (Grandinetti et al., 2014)

Esta variación en la oferta de los servicios se debe a que los Centros de Salud se encuentran localizados al interior de los seis distritos de la ciudad llegando a 5 diferentes grupos poblacionales los cuáles poseen distintas realidades socioeconómicas. Esta idea de brindar un servicio acorde a las necesidades de la comunidad, impactan en la división y organización del trabajo dentro de cada uno de los centros. Estos no han sido preestablecidos o estandarizados desde el Sistema de APS en forma homogénea, sino que ha quedado a criterio de los equipos territoriales con la finalidad de que puedan encontrar el método que mejor se adapte a sus comunidades. (Grandinetti et al., 2014)

La ciudad de Rosario se divide en seis distritos en los que se sectoriza la atención primaria: (*Localización y descentralización*, 2015)

1. Distrito Centro.
2. Distrito Noroeste.
3. Distrito Norte.
4. Distrito Oeste.
5. Distrito Sudoeste.
6. Distrito Sur.

Centros de Salud de cada Distrito:

Distrito centro: Centro de Salud “Martín”.

Distrito Noroeste: Centro de Salud “Ceferino Namuncurá”; Centro de Salud “Dr. Roque Coulin”; Centro de Salud “Emaus”; Centro de Salud “Jean Henry Dunant”; Centro de Salud “Juana Azurduy” Bº Empalme Graneros; Centro de Salud “Lic. José Raúl Ugarte”; Centro de Salud “Vecinal Ángel Invaldi”; Centro de Salud “Vecinal Antonio Paravano”; Centro de Salud “Vecinal Ludueña Norte y Moreno”; Centro de

Salud “Vecinal Víctor Cué”; Centro de Salud Distrito Noroeste “Dra. Débora Ferrandini” y centro de salud N°17 “Caritas de Guadalupe”.

Distrito Norte: Centro de Salud “1° de Mayo”; Centro de Salud “Alicia Moreau de Justo”; Centro de Salud “Casiano Casas”; Centro de Salud “Dr. Salvador Mazza”; Centro de Salud “Juan B. Justo”; Centro de Salud “Vecinal Amor al Estudio”; Centro de Salud “Vecinal La Florida”.

Distrito Oeste: Centro de Salud “Dr. David Staffieri”; Centro de salud “Dr. Esteban Maradona”; Centro de Salud “Eva Duarte”; Centro de Salud “Julio A. Roca”; Centro de Salud “Libertad” B° Toba; Centro de Salud “Luchemos por la vida”; Centro de Salud “Mauricio Casals”; Centro de Salud “Santa Lucía”; Centro de Salud “Sta. María Josefa Rossello”; Centro de Salud “Vecinal Juan Pablo II”; Centro de Salud “Vecinal Villa Urquiza”.

Distrito Sudoeste: Centro de Salud “El Gaucho”; Centro de Salud “Elena Bazzet”; Centro de Salud “Enfermero Ariel E. Morandi” B° Plata; Centro de Salud “Itatí”; Centro de Salud “Las Flores”; Centro de Salud “Pocho Lepratti”; Centro de Salud “San Marcelino Champagnat”; Centro de Salud “San Vicente de Paul”; Centro de Salud “Santa Teresita”; Centro de Salud “Tío Rolo”; Centro de Salud “Vecinal Las Flores Este”; Centro de Salud “Vecinal Parque Sur”; Centro de Salud “Vecinal San Martín A”.

Distrito Sur: Centro de Salud “20 de Junio” B° Tiro Suizo; Centro de Salud “Dr. Julio Maiztegui”; Centro de Salud “El Mangrullo”; Centro de Salud “Luis Pasteur”; Centro de Salud “Rubén Naranjo”; Centro de Salud “Sur”; Centro de Salud “Vecinal Domingo Matheu”.

El presente trabajo se centrará en el **Distrito Noroeste**. El mismo, cuenta con una superficie de 43,82 km² y ofrece servicios de todo tipo: hospitales, centros de salud, espacios culturales y recreativos y el Centro Municipal de Distrito Olga y Leticia Cossettini, donde los vecinos pueden realizar de manera descentralizada distinto tipo de trámites. **Población:** 170.765 habitantes (18,01% del total). **Superficie:** 43,82 km² (24,52% del total). **Espacios verdes:** 4,41 km². **Cantidad manzanas:** 1.950. **Cantidad cuadras:** 3.587. **Densidad de población:** 3.896,96 habitantes/km². **Viviendas:** 49.950 unidades. **Límites:** Norte: límite del Aeropuerto,

calle N° 1409 y límite norte del Parque de los Constituyentes; Este: vías del ex FFCC Belgrano, calle Santa Fe y vías del ex FFCC Belgrano; Sur: Av. Pellegrini, Av. de Circunvalación, Camino Pasco, Camino de los Muertos, Camino Cochabamba y límite del Municipio; Oeste: Arroyo Ludueña y límite del Municipio.

IV.B. Kinesiología. Rehabilitación y APS

La Kinesiología se define como “la disciplina de la salud, arte y ciencia ejercida por los kinesiólogos que intervienen en la evaluación, prevención, conservación, tratamiento y recuperación de las capacidades físicas de las personas aplicando la kinesiterapia, kinefilaxia y fisioterapia. (Lara et al., 2014)

El Kinesiólogo es un integrante más del Equipo de salud y en su labor profesional tiene dentro del equipo las siguientes funciones: evaluar los pacientes que le sean remitidos, mantener o mejorar la Fuerza muscular, la movilidad articular, la coordinación, el equilibrio y la postura; el manejo de la deambulaci3n, confeccionar la historia clínica, resguardando la privacidad de la misma y realizar actividades preventivas grupales. De acuerdo a lo antes mencionado es de suma importancia tener en cuenta el rol del Kinesiólogo dentro de este equipo de APS, debido a que este, es el encargado de valorar, planificar y ampliar las medidas terapéuticas propias de su disciplina. No sólo es importante para un diagnóstico precoz de cualquier patología, sino que también es esencial para realizar un tratamiento inmediato y continuado.

Según la Ley 24,317, se entiende por Kinesiterapia la administración de masajes, percusión, movilización, manipulación y técnicas de relajación, tracciones reeducación respiratoria y cardiovascular, evaluaciones funcionales y cualquier tipo de movimiento metodizado, manual o instrumental, que tenga finalidad terapéutica así como la planificación de las formas y modos de aplicar las técnicas descriptas.

Por Fisioterapia se entiende la aplicación de termoterapia, hidroterapia, rayos infrarrojos, ultravioletas, crioterapia, onda corta, ultrasonidos, electroterapia, presoterapia y cualquier otro agente físico reconocido que tenga finalidad terapéutica y forme parte de un tratamiento de reeducación físico – kinésica.

La Kinefilaxia corresponde al masaje y la gimnasia higiénica y estética, los juegos, deportes, entrenamiento deportivo, exámenes kinésicos funcionales y todo tipo de movilización metodizada con o sin aparatos y de seguridad higiénica y estética en establecimientos públicos o privados, integrando gabinetes de educación física, en entidades educativas y laborales. Según la Ley 3830 dictada por el Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Santa Fe, la Kinefilaxia tiene el propósito de evitar la aparición de secuelas morfológicas o funcionales y tener como finalidad a la prevención en cualquiera de sus niveles. (Ley, 2013)

La rehabilitación en medicina es definida por la OMS como “el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posibles” y como parte de la asistencia médica encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica. El objetivo se mide en parámetros funcionales, en el restablecimiento de su movilidad, cuidado personal, habilidad manual y comunicación, al mayor grado posible, en personas que padecen enfermedad o lesión. (Stolkiner & Comes, 2005)

El modelo de rehabilitación basada en la comunidad, se basa en la vida independiente, brindando al individuo un rol representativo en la sociedad, igualdad de oportunidades y posibilidades de cambio en el entorno servicios inclusivos, autonomía personal, no discriminación, no exclusión. (Stolkiner & Comes, 2005)

El Estado es responsable de garantizar la accesibilidad y respeto a los derechos. Se parte de los intereses y de la capacidad de elegir. Por esto, la meta de cualquier proceso de rehabilitación integral debe ser la inclusión social, y no sólo la rehabilitación médico funcional. (Stolkiner & Comes, 2005)

En relación a las personas con discapacidad, las Normas Uniformes sobre Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, señalan que la rehabilitación incluye medidas para proporcionar o restablecer funciones, compensar la pérdida de una función o una limitación funcional. (General, 1993)

La concepción de la Rehabilitación dentro de la Salud Pública, hoy día no es visualizada como la última fase de la atención en salud, encargada del manejo de

deficiencias y discapacidades ya instaladas, sino que su filosofía y concepción básica está sustentada en la prevención, desde donde es vista como la acción de salud que, conjugada al resto de las acciones, para prevención y control de los diferentes daños, evita la discapacidad que altera la calidad de vida de los individuos sujetos a riesgo, acorde con su desempeño individual y colectivo. (Céspedes, 2005)

El rol de los profesionales de la Kinesiología, en cuanto al trazador patología músculo esquelética, es más bien tomado desde un perfil asistencial. Aunque, en el trabajo de campo, se pudo recuperar que se considera a dichos profesionales como parte de equipos de salud interprofesional, por ejemplo, a la hora de abordar patologías respiratorias. Los equipos de salud interdisciplinarios se desempeñan en interacciones dinámicas. A diferencia de los equipos multiprofesionales donde cada disciplina y profesional aporta al proceso terapéutico desde su lugar y fragmentado del resto. (Saar & Trevizan, 2007)

Un estudio cualitativo realizado en un hospital militar de Minas Gerais, donde se entrevistaron a 39 profesionales de la salud en pos de indagar acerca de la visión que los profesionales del equipo de salud tienen con relación al rol desempeñado por sus compañeros de equipo, surgió que los médicos son la puerta de entrada al sistema y que la actividad de rehabilitación fue la más citada. Dividida en rehabilitación motora, rehabilitación respiratoria y rehabilitación social; algunos participantes mencionaron el rol del kinesiólogo como coadyuvante del trabajo médico y que el perfil de atención es más bien ambulatorio. Lo que refuerza la idea de perfil de atención biológico-curativo. (Saar & Trevizan, 2007)

IV. C. Patologías músculo esqueléticas y Servicios de Kinesiología en APS

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño (IASP, 2015). El dolor crónico no maligno es aquel que persiste por más de 12 semanas cuya causa no es oncológica (IASP, 2015; NICE, 2014; Treede y cols., 2015). Una importante causa de dolor crónico son las patologías musculo esqueléticas, que han demostrado ser una las causas más importantes responsables de la carga de

enfermedad global (más de 120 millones de años de AVD3, equivalentes a la cuarta parte de las discapacidades del planeta) (Global Burden of Disease Cancer y cols., 2017; March y cols., 2014). La evidencia también muestra que la prevalencia va en aumento, enfatizándose la necesidad de que sea un problema abordado desde la salud pública. (Espinoza & Repetto, 2017)

El dolor musculo esquelético, la causa más común de discapacidad a nivel mundial, se trata con mayor frecuencia en la atención primaria. Las personas con dolor musculo esquelético en diferentes regiones del cuerpo comparten características y pronóstico similares y pueden responder a tratamientos también similares. La terapia con ejercicios y las intervenciones psicosociales son efectivas para aliviar el dolor y mejorar la función del dolor musculo esquelético. Los AINE y los opioides reducen el dolor a corto plazo. (Riedemann, 2008)

El médico del nivel primario habitualmente se ve enfrentado a tomar decisiones sobre el manejo clínico de pacientes con patología musculo esquelética a partir del conocimiento adquirido en el pregrado y la experiencia clínica adquirida en la práctica profesional. Cuando se consulta a diferentes actores sociales de manera general sobre el concepto y las dimensiones de la APS, se evidencia el desconocimiento que hay sobre la misma ya que la definen como la primera atención y direccionada solamente para poblaciones con condiciones específicas como edad avanzada, situación de pobreza, condición de discapacidad, etcétera.

Se percibe que los trastornos musculo esqueléticos son prevalentes y sus impactos son profundos en las personas, los sistemas de salud y los sistemas de asistencia social. Son la principal causa de dolor severo y persistente y discapacidad física, y afectan a cientos de millones de personas en todo el mundo. Según Woof y Pfleger, estos dolores afectan significativamente el estado psicosocial de las personas afectadas, así como sus familias y carreras profesionales. Los trastornos musculo esqueléticos son un grupo diverso, con una fisiopatología variada, intrínsecamente vinculados por la asociación entre el dolor y la disminución de la función física. Además, el dolor y la discapacidad física traen consigo trastornos musculo esqueléticos, efectos sobre la función social y la salud mental, además de depreciar la calidad de vida del paciente. Es necesario destacar que, si bien diversos estudios señalan una alta incidencia de trastornos, hoy no

cuentan con datos proactivos en atención primaria, pocos son los que realizan la encuesta in loco , dentro de las comunidades, porque la familia, el círculo social y las redes de relaciones y convivencia que allí se insertan juegan un papel importante en todo el proceso, desde sentirse saludable, sentir la necesidad de buscar el servicio de salud, obtener los cuidados necesarios, sentirse bien acompañado por el servicio de salud. Y, nuevamente, sentirse saludable.

Esta escasez de estudios en atención primaria dificulta la identificación de las necesidades de salud de la población y la posterior planificación de actividades que las abastezcan.

La literatura mundial muestra las ventajas de los servicios de salud basados en la atención primaria de salud en relación a los basados en la atención a través de especializaciones. Las acciones de promoción, prevención y rehabilitación deben ser cercanas a la población que las utiliza, y estas acciones están orientadas a las necesidades de estos individuos, de las familias que viven en la comunidad asistida. Botti cita la internalización del pensamiento normativo por parte del equipo de salud, un modelo de atención centrada en el médico y la accesibilidad del sistema reducida sólo a la programación de citas médicas como elementos que alejan a los profesionales de las necesidades reales de salud de la población y una buena práctica asistencial. en el PSF. (Mata et al., 2011)

Hoy día, los servicios de rehabilitación reciben a sus pacientes a través de la derivación (referencia) de otros profesionales de la salud (médicos). Estudios realizados en el año 2012 alrededor del mundo (incluido Brasil) encontraron evidencia creciente que sugiere que los pacientes podrían tener acceso directo (DA) a la fisioterapia. Esto representa un nuevo modelo de atención, que podría conducir a mejorar el estado de salud de los pacientes y disminuir el costo de los servicios de atención médica en comparación con una vía de derivación de atención secundaria. El objetivo de dicho estudio fue explorar la evidencia sobre viabilidad, efectividad, costos, seguridad y satisfacción del paciente a través de la DA en comparación con otros modelos organizacionales. Lo que reflejó resultados positivos en relación a la reducción de gastos, visitas previas con especialistas, ventajas organizacionales referidas a al acceso y seguimiento, reducción en los tiempos de espera, la percepción de tratamiento individualizado por parte de los

pacientes, además de que significa un desafío profesional en cuanto a responsabilidad y nivel profesional para los Kinesiólogos. Por otro lado, estos profesionales cuentan con las herramientas para poner en marcha procesos de contrarreferencia en caso de encontrar signos y síntomas clínicos que indiquen patologías más serias o banderas rojas. (Piscitelli et al., 2018)

Otros estudios retoman este análisis al exponer que los Kinesiólogos pueden considerarse evaluadores primarios de pacientes con trastornos musculoesqueléticos en atención primaria, ya que pocos pacientes necesitaron una evaluación adicional por parte de un médico de cabecera, los fisioterapeutas identificaron a los pacientes con patologías graves confirmadas y los pacientes quedaron satisfechos con la evaluación de un fisioterapeuta. (Ludvigsson & Enthoven, 2012)

Los Kinesiólogos juegan un papel importante en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la búsqueda de equidad y mejoras en la efectividad de los servicios de salud. Si bien las hospitalizaciones evitables por afecciones sensibles a la atención primaria se han utilizado como indicadores de acceso a una atención oportuna y adecuada, la literatura sobre el tema es aún escasa y se limita a relativamente pocos estudios. (Müller et al., 2016)

Los problemas de dolor músculo esquelético más comunes son dolor lumbar, dolor de hombros, dolor de cuello y dolor de rodilla, seguidos de dolor generalizado. Los pacientes con problemas musculoesqueléticos requieren acceso a servicios de asesoramiento, evaluación y tratamiento efectivos y oportunos que les permitan alcanzar su potencial de salud óptimo y permanecer independientes. Es comprensible que a muchos pacientes les preocupe que su problema musculoesquelético pueda significar una enfermedad grave o progresiva que, si se trata a tiempo, se puede curar. Sin embargo, la investigación sugiere que la enfermedad grave rara vez es el caso en las presentaciones musculoesqueléticas comunes. Los usuarios reconocen la necesidad de la inclusión del kinesiólogo, dentro de la APS, ya que esto es importante para facilitar el acceso a los servicios de kinesiólogía y ampliar la integralidad de la atención de salud al usuario. Son muchos los pacientes que desarrollan una completa confianza en los kinesiólogos, especialmente los que presentan notable mejora funcional y pocas situaciones

problemáticas en determinados aspectos asistenciales. Las actividades realizadas por el kinesiólogo dentro de la APS presentaron resultados satisfactorios con impacto positivo en la salud y reducción de costos individuales y colectivos. Sin embargo, hay desafíos como el número insuficiente de profesionales, la falta de recursos e infraestructura, la dificultad de trabajo en equipo y la necesidad de cambios en la formación profesional. (Ferreira et al., 2020) (Marques Abreu da Fonseca et al., 2016)

Sin embargo, tienen una visión acotada de sus incumbencias, por esto es necesario considerar el proceso de formación de este profesional, acercando la teoría y la práctica de las directrices de la atención primaria y los principios del Sistema Único de Salud. (Ferreira et al., 2020)

El acceso geográfico, el desempeño profesional durante la atención, el vínculo establecido entre el profesional y el destinatario y el servicio brindado por el centro de salud son factores valorados por los pacientes y que deben considerarse para generar respuestas oportunas y optimizar los recursos sanitarios. (Acosta et al., 2011)

El rol del kinesiólogo en la APS y la satisfacción de los pacientes usuarios de los servicios, contribuyen al conocimiento de la relevancia del servicio de Fisioterapia, en el contexto de la salud pública, para el planeamiento y la evaluación de los servicios prestados a la población. Las variables relación terapeuta/paciente y satisfacción; higiene y satisfacción; acceso y satisfacción, así como la accesibilidad a los mismos, los tiempos comprendidos entre la espera para marcar una consulta y el atendimento son relevantes para conferir direccionalidad a las intervenciones en pos de mejorar la organización de los servicios de salud en el ámbito de atención primaria. (de Carvalho et al., 2013) (Figuerola Pedraza & Cavalcanti Costa, 2014)

En las organizaciones que prestan servicios sanitarios y más si son de carácter público, la valoración por las personas que los utilizan adquiere una relevancia importante. En este caso, la opinión del usuario traduce aquellos resultados que pueden objetivarse a través de indicadores estructurales, de proceso o de resultados técnicos, en el efecto final percibido en el receptor de los

servicios, con la particularidad de que éste es el ciudadano que participa, dentro de un sistema solidario, en la configuración y financiación del Sistema Sanitario.

Los principales elementos que pueden determinar la satisfacción percibida por el paciente son: las expectativas previas al ingreso, la actitud ante el servicio sanitario, la evolución de su enfermedad y la propia idiosincrasia del paciente.

Se consideran las dimensiones de la calidad asistencial: bienestar, trato, organización, recursos e información. Su análisis permite identificar aquellas áreas en las que el paciente está satisfecho para potenciarlas y establecer proyectos de mejora en aquellas que están deficitarias.

Se considera que la satisfacción del paciente es, "una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente". En la cual, la calidad de la atención está integrada por cuatro elementos: accesibilidad, componente técnico científico, la relación interpersonal con el paciente y las comodidades del entorno.

Adicionalmente, se enfatizan que la satisfacción alude a la atención sanitaria en general, tanto al trabajo técnico como a la relación interpersonal. Conocer la satisfacción del paciente puede predecir, entre otras cosas, el cumplimiento terapéutico y el retorno al mismo centro asistencial en otro episodio. Se han encontrado pocas investigaciones destinadas a medir satisfacción dentro del área de la práctica kinésica. (Mestres et al., 2017)

V. METODOLOGÍA

Se realizó un trabajo de campo cualitativo de naturaleza descriptiva con el propósito de describir, analizar y sintetizar el significado de hechos que se suscitan en su contexto natural, de acuerdo con el contenido de los discursos de las personas involucradas y, a posteriori, contrastar los aspectos recuperados con la bibliografía disponible sobre los tópicos analizados. (Minayo, 2010)

El **método de investigación Cualitativo** fue el elegido para llevar a cabo este proyecto ya que tiene como centro de estudio los procesos u abordajes kinésicos en la Atención Primaria. La misma, al estar atravesada por el factor humano y, por lo tanto, al identificar realidades complejas, es que se requieren perspectivas e instrumentos que se aproximen a esta realidad en extensión, pero también en profundidad, que permitan ir más allá de lo cuantificable y obtener información que sólo llega a través de la narración y lo observable. Se siguió el método fenomenológico. Se partió del marco de referencia de experiencias y subjetividades de la autora en pos de poder contrarrestar los significados de las experiencias propias con la de los demás actores involucrados en el proceso de atención kinésica en los Centros de Atención Primaria de la ciudad de Rosario.

En una primera etapa se buscó información relevante a la problemática a investigar en la bibliografía publicada. Luego, se procedió al diseño de las entrevistas semiestructuradas, que permitieran luego poder realizar la triangulación de datos. Así es que se realizaron entrevistas semi-estructuradas a los y las usuarios derivados al Servicio de Kinesiología por patologías músculo esquelética, a los profesionales médicos que derivan al servicio de Kinesiología y a los profesionales kinesiólogos de cada Centro de Salud. (VER ANEXO IV)

El trabajo de campo se realizó entre los meses de febrero y marzo de 2021. Dado el contexto de Pandemia, se seleccionaron los CAPS con servicios habilitados.

Para el muestreo, se tomaron como referentes empíricos 3 CAPS del Distrito Noroeste de la Ciudad de Rosario, que cuentan con el Servicio de Kinesiología dentro de sus Instalaciones.

“Centro de salud “Dra. Debora Ferrandini”

- Dirección: Provincias Unidas 150 bis

“Centro de salud EMAUS”

- Dirección: Tarragona 1000 bis

“Centro de Salud N°17 Caritas de Guadalupe”

- Dirección: French 5496

El muestreo fue de tipo intencional y se siguió un criterio de saturación teórica. Se entrevistaron aquellas personas que cumplían los criterios de inclusión y aceptaron la participación de manera voluntaria. Se convocó a kinesiólogos, médicos y pacientes y que se encontraban en ejercicio ante la situación sanitaria vigente. La convocatoria inicialmente fue vía mail y luego telefónica y/o presencial cuando fue posible. En todos los casos, se explicó el objetivo de la entrevista y se procedió a grabar las mismas, además de tomar apunte escrito.

El tipo de muestreo aplicado fue tipo selectivo, de juicio o intencional: la muestra que se tomó estuvo formada por aquellas personas que cumplían los criterios de inclusión y aceptaron la participación de manera voluntaria. Dado el contexto, no se pudo proceder a un muestreo en cadena o de tipo “bola de nieve”.(Blanco & Castro, 2007)

Los Criterios de selección de la muestra respetaron los siguientes Criterios de inclusión: usuarios que asistan al servicio de kinesiología de los centros de atención primaria de la salud (CAP) del distrito noroeste, en edad laboral, entre 18 y 65, que sean capaces de contestar por si mismos las entrevistas; personal médico derivante, kinesiólogos responsables de los servicios.

Las características del muestreo de **pacientes usuarios** de los servicios a destacar SON: en su mayoría son mujeres (siete de diez), la edad promedio fue de 66 años, y dependen de ellos mismos para el desarrollo de sus AVD y/o actividades laborales.

En relación a la muestra **de médicos derivantes**, se pudieron entrevistar a cinco médicos derivantes a los servicios de kinesiología de los Centros de Salud incluidos. Cuatro de los 5 con medicina general y de familia como especialidad y una pediatra. Sólo 1 de ellos lleva 25 años de ejercicio en la Salud Pública y los

demás desde los años 2003 a 2005. En todos los casos, ya sea en su formación y/o residencia o con contratos de diferente modalidad, fueron rotando por diferentes Centros de Atención Primaria hasta tomar posesión de horas en el CAP en que se realizó la entrevista.

En lo que compete a los **profesionales a cargo de los Servicios de Kinesiología**, se entrevistó a aquellos tres a cargo del servicio de cada uno de los CAPS incluidos en este trabajo. Cuentan con 16, 11 y 5 años de antigüedad en la profesión y en el cargo respectivamente.

Tal como se enunciaba, las entrevistas se realizaron entre los meses de febrero y marzo de 2020, siendo las mismas condicionadas por la situación sanitaria dependiente del Covid 19. Los Servicios de Kinesiología vieron interrumpida su atención y, sólo en algunos, la misma se reestableció, pero con nuevos protocolos. Por lo tanto, algunas de las entrevistas realizadas a usuarios fueron presenciales y otras, en los casos de pacientes que son atendidos en sus domicilios, se realizaron telefónicamente. En el caso de las entrevistas realizadas a Kinesiólogos, 2 se realizaron en forma presencial y una por google meet. Por último, en cuanto a los médicos derivantes, 1 entrevista fue respondida vía mail, 1 por llamada convencional previamente acordada y las restantes en forma presencial. En todos los casos, se explicó lo concerniente al Consentimiento Informado. En las entrevistas personales se obtuvo la firma del documento de Consentimiento Informado. En las restantes, hubo una lectura previa de parte de la autora y aceptación posterior por parte de los y las participantes. En todos los casos, se les comentó previamente de qué trataba el presente trabajo y se procedió a la grabación.

Vale aclarar que la situación sanitaria, además, condicionó la posibilidad de hacer el trabajo de campo más extensivo, tal como se pretendía en el proyecto presentado inicialmente. A Saber:

- El Servicio de Kinesiología del Centro de Salud Débora Ferrandini, pudo retomar sus actividades en un espacio provisorio, fuera del CAP y más precisamente en lo que era el bar del Centro Municipal de Distrito. Aún se aguardan las autorizaciones para brindarle al espacio la privacidad que requiere.

- El Servicio de Kinesiología del Centro de Salud Cáritas de Guadalupe está funcionando con turnos reducidos y teleseguimiento de esos casos por parte del Kinesiólogo responsable del Servicio.
- El Servicio de Kinesiología del Centro de Salud EMAUS ha retornado a la actividad, pero en modalidad de atención domiciliaria. Esto es debido a que el CAP se encuentra en remodelación y no tienen espacio físico asignado.
- Por último, el Servicio de Kinesiología del Centro de Salud Dr. Roque Coulin, no ha retomado su actividad de manera presencial, por lo cual no pudo ser incluido en el presente trabajo.

En una segunda etapa, previa charla con los kinesiólogos referentes de cada una de los CAPs seleccionado, se realizaron las entrevistas semi-estructuradas

Entrevistas semi estructuradas: la recolección de datos de los individuos se realizó a través de un conjunto de preguntas abiertas formuladas en un orden específico, enfocándose en una serie de preguntas que el investigador hace a cada participante. (Mayan & Introductoria, 2001)

Para garantizar los aspectos éticos de la investigación, se trabajó bajo el consentimiento informado de todas las personas que participaron en la misma, tomando registro de las entrevistas en forma anónima y garantizando que los datos que se obtengan van a ser utilizados sólo para el presente trabajo. (VER ANEXO I)

La posibilidad de llevar adelante este proyecto se vio respaldada por la Universidad del Gran Rosario. El 28 de diciembre del año 2010 se celebró un Convenio de Colaboración recíproca entre lo que en ese momento era el Instituto Universitario del Gran Rosario y la Municipalidad de Rosario. El mismo otorga el marco para el desarrollo de actividades de interés común en las áreas científicas, técnicas, de información Tecnológica y de investigación. (VER ANEXO II)

Una vez reunido el material, se procedió al análisis e interpretación de los discursos (análisis de contenido) mediante tablas de unificación de criterios guiados por las preguntas. (Minayo, 2010) Además, al ser entrevistas de carácter semiestructurado, se abrió una nueva categoría denominada “tópicos emergentes”. Se hizo una primera escucha activa de las entrevistas, y en una segunda escucha

se registraron las categorías de respuestas y temáticas emergentes, una tercera escucha para identificación de la convergencia y divergencia de los discursos a las categorías identificadas y transcripción textual de citas textuales claves.

Las categorías de análisis fueron las siguientes:

	USUARIOS	MEDICOS	KINESIOLOGOS
A PARTIR DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS	Perfil poblacional Patología músculo esquelética y su impacto en AVD y CVRS Derivación (Referencia – Contrarreferencia). Actividades que suponen involucra la kinesiólogía y cuándo acudir. Impacto de la Kinesiólogía en su CVRS Calidad auto percibida del proceso de atención.	Recorridos y perfil profesionales. Organización de los servicios (Trabajo en Equipo) y procesos de referencia y contrarreferencia. Visión sobre el alcance de la kinesiólogía y su impacto en los procesos de patologías musculo esqueléticas.	Recorrido laboral en la salud pública. Quiénes realizan la derivación al servicio. Referencia y contrarreferencia. Reflexión acerca de la oferta que brinda el servicio y las posibilidades de modificar / ampliar las mismas sobre las patologías musculo esqueléticas
TÓPICOS EMERGENTES	Kinesiólogía vs. Consumo de fármacos para el control de los síntomas. Ventana horaria de atención. Comparación efectores públicos vs. Privados.	Prescripción de fármacos vs. Prescripción de Kinesiólogía. Modelo de contratación de los kinesiólogos. Factor multiplicador del recurso humano que representan los estudiantes	Sensación de falta de reconocimiento y opiniones por parte de los niveles de gestión en lo referido a modelos de contratación, escases de horas, escases de espacios.

Una vez terminado el proceso de entrevistas, se procedió a la escucha de las grabaciones y lectura de registros. En una segunda etapa, se tabularon las respuestas según tópicos, para poder identificar ideas que se repitieran y/o predominaran, tendencias y conceptos emergentes no esperados en el planteo de las preguntas guía.

VI. RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados de las entrevistas ordenados según el criterio de agrupamiento de personas. En primer lugar, se muestran los resultados de las entrevistas realizadas a pacientes. En segundo lugar, los resultados de las entrevistas realizadas a los médicos derivantes y, por último, los resultados de las entrevistas realizadas a los kinesiólogos responsables de los servicios.

VI. 1. Resultados Entrevistas semiestructuradas a pacientes

Las preguntas utilizadas como disparadores pretendían recabar información sobre las siguientes unidades de análisis: perfil poblacional, patologías músculo esqueléticas y su impacto en las AVD y CVRS (independientemente de cuál sean las patologías), qué actividades suponen que se realizan desde la kinesiología y cuándo se podría acudir a un profesional del área. Como tópicos emergentes surgieron la comparación entre kinesiología y el consumo de fármacos para controlar los síntomas, la ventana horaria de oferta de turnos y la dinámica para la obtención de los mismos para realizar rehabilitación, así como el seguimiento por parte de los médicos derivantes (procesos de referencia – contrarreferencia), la comparación entre efectores públicos y privados, así como opiniones acerca de la modalidad de atención (calidad autopercebida del proceso de atención).

Se pudieron entrevistar a 10 pacientes, 7 mujeres y 3 hombres. Nueve pacientes pertenecen a una franja etaria de entre 56 y 76 años de edad. Sólo una tenía 18 años al momento de la entrevista. La mayoría (9) ellos llegaron al Servicio de Kinesiología derivados por un médico generalista y sólo la minoría relató la consulta espontánea al Servicio. Sólo 1 persona no realiza actividades laborales, aunque sí depende de sí misma para los quehaceres domésticos y el desarrollo de sus AVD. Todas las personas entrevistadas relatan un impacto positivo en su recuperación, considerando variables como la recuperación de la independencia, la disminución del dolor y del consumo de fármacos. Comentarios tales como *"lejos quedó el lugar de dolor"* (PACIENTE 7); *"siempre de alguna forma me tenía que venir porque yo sabía que acá encontraba lo que me ayudaba y que iba a salir con mi problema bien"* (PACIENTE 3), *"me hace muchísimo bien... lo respiratorio, para*

poder ir al baño solo. Ya puedo bañarme, secarme, vestirme, subir la escalera” (PACIENTE 8); “hace un mes que vengo a Kinesiología y dejé la medicación porque no me hacía nada” (PACIENTE 4), “mi médica de cabecera me dio inyectables y pastillas y viendo que no se pasaba me mandó acá” (PACIENTE 4), dan cuenta de ello.

En algún discurso la persona entrevistada dijo no conocer antes la Kinesiología ni por referencia y en otro caso el relato hacía alusión a conocimiento a partir de experiencia de terceros. La mayoría de los pacientes habían realizado sesiones por la misma u otra dolencia músculo esquelética en años anteriores. Las mismas habían sido en consultorios privados y de vecinales. Un dato relevante es que la menor parte de las personas entrevistadas relata buenos resultados previos y con abordajes kinésicos que involucraban técnicas tanto activas como pasivas. Las técnicas kinésicas pasivas son aquellas en las que el o la paciente son meros receptores de maniobras manuales o de aplicación de equipos de fisioterapia sin incluir movimientos activos funcionales. Las técnicas kinésicas activas, son aquellas en las que los y las pacientes realizan ejercicios activos, involucrando diferentes segmentos y funciones corporales. Y dichas técnicas pueden combinarse o no con maniobras manuales o con el uso de la fisioterapia, pero deberían siempre estar controladas por un profesional de la Kinesiología responsable del proceso de atención. La mayor cantidad de los usuarios de los servicios no habían tenido buenos resultados en experiencias previas. Las mismas, según relatan, obedecían a un modelo de atención donde el paciente era sujeto pasivo de proceso de atención: *“Ahora están más avanzados. Te explican más las cosas, qué no hacer, cosas para hacer en casa leves” (PACIENTE 4) ; “dedican tiempo, hablan, explican, ayudan con ejercicios. Veo avances” (PACIENTE 6); “Había ido en 2019 pero no era así, sólo me aplicaban calor. Ahora veo que era más” (PACIENTE 7).* Los relatos coinciden en cuanto a la observación de *“pasividad”* en la atención privada, despersonalizada y breve. Haciendo alusión con *“pasividad”* a las técnicas kinésicas que no llegan a involucrar los movimientos funcionales y, por lo tanto, se alejan de un modelo de independencia adecuado a las necesidades de cada paciente. Las personas entrevistadas destacan características tales como la individualidad de los tratamientos, lo humanizado, la actividad en el proceso de atención y las recomendaciones para después. Este

hecho es consistente con el marco en el que se brinda atención en los Servicios que son punto de partida del análisis: todos ellos están dirigidos por un profesional en Kinesiología y Docente de la Universidad del Gran Rosario. Los Servicios cuentan con un recurso humano que se ve multiplicado en el rol de los estudiantes que acuden a realizar sus prácticas pre profesionales. Es decir, que habitualmente, a partir del Convenio presentado en ANEXO 2, en cada uno de los Servicios de Kinesiología incluidos se presenta el profesional a cargo y un grupo de estudiantes que cursan el tercero o el quinto año de la Licenciatura. De manera que el Kinesiólogo / Docente puede guiar y acompañar en la toma de decisiones y en la ejecución de los procesos de atención, pudiendo cubrir mayor demanda y diversificando los espacios de atención: en los consultorios, patios de los CAPS y hasta en los domicilios de los y las pacientes. Hoy día, respetando las normas sanitarias, se ve reducido este recurso también, pero, aun así, se encuentra el kinesiólogo de referencia y 2 estudiantes. A su vez, las visitas domiciliarias, además de por la situación sanitaria, otras veces se ven condicionadas por la distancia, la accesibilidad y los hechos de inseguridad frecuentes en los barrios.

En algunos casos, surgió en el relato la dificultad de poder asistir al Servicio asociadas a la ventana de atención. Es decir, no todos los servicios funcionan todos los días. Y el horario de atención, más allá de su totalidad de horas, respeta una franja. Por lo cual, algunas personas no pueden asistir porque en ese horario están trabajando y no pueden dejar de hacerlo más allá de su dolencia física.

En todos los casos, los pacientes fueron derivados por un cuadro de patología músculo esquelética ya instalado. Y, a pesar de que hay quienes ya conocían al Servicio, sean pacientes del CAP o no, ninguno pudo precisar qué otras actividades, además de la atención individualizada, cumple la Kinesiología. Los relatos destacan el impacto positivo sobre sus dolencias una vez instaladas las mismas, pero dejan ver qué poco se conoce sobre el perfil profesional de los y las Lic. en Kinesiología y Fisiatría. Los relatos asociados a prevención de complicaciones derivadas del motivo de consulta, se describen como *“tareas para el hogar”*, pero en lo que refiere a prevención primaria y/o Kinefilaxia sólo fue nombrada en un caso, pero dicha persona lo conocía por el CAPS y no porque fuera el Servicio de Kinesiología quien lo llevaba a cabo. Cabe destacar en los relatos el impacto positivo sobre la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS)

a expensas del momento en que haya empezado el proceso de atención. La definición de CVRS se centra en evaluar la influencia subjetiva del estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promoción de la salud en la capacidad individual de lograr y mantener un nivel de funcionamiento que permita conseguir unos objetivos vitales y se refleje en un bienestar general. (Lizán Tudela, 2009)

VI. 2. Resultados Entrevistas semiestructuradas a médicos derivantes

Las preguntas realizadas a los profesionales médicos derivantes pretendían funcionar de disparador para recabar información acerca de los recorridos profesionales y su visión de trabajo en equipo con los profesionales de la kinesiología, la organización de los CAPS y la referencia – contrarreferencia como herramienta para ampliar la oferta y la dinámica de los procesos de rehabilitación, y la visión sobre el alcance de la kinesiología, analizando su rol en los diferentes niveles de atención en los procesos de salud – enfermedad de las patologías músculo esqueléticas y su impacto. Como tópico emergente surgieron el modo de contratación de los kinesiólogos y el impacto de esta modalidad sobre el trabajo en equipo, la indicación de fármacos vs kinesiología para controlar los síntomas y el factor multiplicador de mano de obra que representan los estudiantes de la carrera.

En todos los casos, la derivación al Servicio de Kinesiología se hace con una patología ya instalada, variando las formas de esa derivación: derivaciones directas con papel, charlas informales en los espacios comunes que llevan a veces a la decisión en conjunto de la derivación. Sólo en uno de los Centros incluidos, los profesionales médicos derivantes confirman que también hay derivación formal desde los hospitales de referencia con hoja de epicrisis. En los otros dos, si bien se reciben también pacientes desde el 2º nivel, se evidencia cierta informalidad y carencia de sistematización, independientemente de lo informático: *“no funciona la referencia contra referencia con el servicio de traumatología por ninguna vía lamentablemente... Lo escribo... pero es difícil articular con el nivel superior. No hay interacción formal”* (MÉDICO 1); *“vienen con papelitos y la referencia no es clara”* (MÉDICO 4). *“A veces en el 2do nivel se les indica farmacología y*

rehabilitación, pero por cuestiones de plata y distancias no pueden ir... Aunque vienen con "papelitos" la referencia no es clara" (MÉDICO 3).

Otro punto en el cual coinciden, es en la ventaja que tienen dichos centros de contar con un Servicio de Kinesiología. Y, si bien el perfil de demanda individual es superior a otro, todos destacan como ventaja el factor multiplicador de Recurso Humano que supone la participación de estudiantes además de un Kinesiólogo ya recibido: *"derivo para muchas patologías porque tenemos mucha accesibilidad al estar el kinesiólogo acá con los alumnos. Y si lo comparo con otros centros que no hay (Kinesiología), cambia mucho. Considero que la Kinesiología tiene que estar en el 1er nivel como lo está en este centro. En muchos no hay"* (MÉDICO 2); *"se nota muchísimo cuando se está acostumbrado a contar con el kinesiólogo, cuando no se responde desde lo médico (laboratorios - fármacos)"* (MÉDICO 3). Esto nos permite repensar en algunos discursos registrados en las entrevistas a pacientes donde la primera opción a la que habían recurrido para el manejo de los síntomas eran *"inyectables y pastillas"* (PACIENTE 4).

Al indagar sobre qué otros aspectos consideran que la Kinesiología tiene injerencia, en los 3 CAPS se han proyectado actividades grupales para el abordaje de patologías comunes y sus efectos en el estado de salud de los pacientes. Sólo en uno de ellos han llegado a coordinarse interdisciplinariamente y ejecutarse en cuanto a patología músculo esquelética refiere, pero en bajo porcentaje: *"en general derivo a nivel clínico individual. Un 90%. Lo tengo en cuenta para cuando se proyectan intervenciones grupales, pero la demanda te tapa en el 1er nivel y se me hace más difícil articular ese tipo de atención"* (MÉDICO 2). En 2 de los CAPS se han desarrollado talleres interdisciplinarios para patología respiratoria pediátrica: *"es muy importante para la prevención de lesiones, retraso del desarrollo y lo más fuerte, patología respiratoria. Trabajamos con la kinesióloga, los estudiantes y las mamás en talleres de prevención de patología respiratoria (tabaquismo, fumadores pasivos) la prevención para que no se complique es básico con los Kinesiólogos"* (MÉDICO 4). En el tercer CAP incluido, las actividades de promoción y prevención se pensaron en un club del barrio, pero no se ha ejecutado actividad alguna aún. *"Cuando se deriva lo que se ve espera es que el paciente recupere su máximo potencial posible. Y se ve cómo el paciente, por ejemplo, pasa de nada, al bastón... va recuperando su motricidad. También tiene que ver el tiempo y la continuidad. Se*

alivia el dolor y disminuye la incidencia de la enfermedad (por ejemplo, en la lumbalgia) a partir de los consejos que hace la kinesiología para mejorar las condiciones del paciente” (MÉDICO 3).

Esta pregunta sirvió de disparador para la reflexión acerca del rol del Kinesiólogo en el CAP, la ventaja como se dijo previamente del factor multiplicador de recurso humano que representan los estudiantes y de cómo sienten que la demanda en la atención clínica supera la posibilidad de hacer APS. En todos los casos, saben que los Kinesiólogos compañeros de trabajo tienen en realidad, una condición y contrato de trabajo diferente a la de ellos. Citan cómo las horas no les alcanzan para proyectar más allá de la demanda y que entienden que el contrato laboral de los kinesiólogos es distinto y por menos horas: *"creo que vale la pena destacar la situación laboral del kinesiólogo que sólo recibe el lugar para estar. No tiene un viático y depende sólo de la institución educativa. Debería haber un fortalecimiento para nutrición también, si queremos hablar de un 1er nivel integral y fuerte. Es algo para poner en agenda, aunque ahora en pandemia haya otras prioridades” (MÉDICO 1); “es importante la formación en APS, la cercanía, el roce, la mirada interdisciplinaria y el ver las diferentes realidades sociales. Es necesario “re significar el lugar”.... la necesidad es concreta. Es necesario fortalecer la interdisciplinariedad, pero la realidad social pasa por encima y el modo de contratación del kinesiólogo del centro juega un rol diferente, cae en la necesidad del multiempleo, condiciona su sentido de pertenencia al equipo, aunque desde lo humano no haya diferencias. A veces queda fuera de reuniones porque en esos horarios está en otro trabajo” (MÉDICO 3); “ahora que vuelve a aumentar la demanda necesitamos que atiendan... cuando hay tiempo y se puede hasta hemos leído cosas en común pero la demanda te tapa” (MÉDICO 4); “me parece que vale la pena recoger la experiencia de los centros que tenemos la accesibilidad. Cuál es la experiencia con la comunidad y priorizarlos a nivel de relación laboral y que no dependa sólo de la facultad” (MÉDICO 1).* El contar entonces con estudiantes guiados por un profesional a cargo del servicio, se refleja en beneficios para la comunidad usuaria de cada uno de los CAPS. No hubo discurso donde no se destaque lo positivo de esta situación en lo que a atención refiere, aunque sí se reconoció como factor negativo la modalidad de contratación.

VI. 3. Resultados Entrevistas semiestructuradas a Licenciados en kinesiología y fisiatría

Las unidades de análisis a partir de los discursos de los y las profesionales entrevistadas apuntaban a recabar información sobre su visión y trayectoria en el ámbito de la salud pública, analizar la antigüedad de la experiencia como factor que podría potencialmente habilitar a más diversificación de funciones en el CAPS donde se desempeña y, por último, a partir de la población usuaria del CAPS considerar si realizan o no las actividades profesionales que considera beneficiosas para el impacto de las patologías músculo esqueléticas. Como tópico emergente surge la sensación de falta de reconocimiento a la labor de la Kinesiología dada la falta de espacios propios para la atención. No se considera aquí factor emergente al rol de los estudiantes, porque justamente el servicio tiene como punto de partida la Unidad docente Asistencial de la UGR, aunque sí la modalidad de contratación aparece como un punto que necesitaría modificarse.

Se pudo observar que la diversidad de tareas dentro del Servicio de Kinesiología va de la mano del recorrido hecho por el profesional a cargo. Al igual que el afianzamiento dentro del equipo interdisciplinario, la fluidez en los procesos de referencia y contrarreferencia guardan relación directa con el reconocimiento a la labor y el impacto positivo sobre los casos atendidos que relataban los profesionales médicos derivantes al servicio: *“Con el kinesiólogo trabajamos muy bien, lo charlamos o vía nota, derivo para muchas patologías porque tenemos mucha accesibilidad al estar el acá con los alumnos.”*(MÉDICO 1), *“En el CAP tengo una población de pacientes adultos, derivo para atención individualizada”* (MÉDICO 5), *“la kinesiología es una gran herramienta para nosotros, cuento con una derivación constante de pacientes con artrosis, artritis, ACV, cardiopatías, etc. Estando limitados por los turnos sino derivaríamos más pacientes al kinesiólogo”* (MÉDICO 2).

En todos los casos, el vínculo de los profesionales a cargo de los servicios de rehabilitación en el ámbito de la salud pública y la modalidad de contratación es a través de la hoy Universidad del Gran Rosario. También han realizado refuerzos en época invernal en otros CAPS que no tienen Kinesiología exclusivamente para la atención respiratoria. Esos contratos son directos con Salud Provincial y por 3

meses: *“en época invernal me han llamado para hacer refuerzo en CAP alejados de otros que no tienen kinesiología. Esos son contratos directos firmados por la provincia, porque me conocen que yo trabajo acá por la facultad y me llaman. Ejemplo: 7 de septiembre. Pura y exclusivamente patología respiratoria pediátrica”* (KINESIÓLOGO 1); *“fui por contrato de la provincia a hacer kinesiterapia respiratoria en Barrio las flores, en el 22 y también me consultaban para poder derivar más que patología respiratoria...”* (KINESIÓLOGO 3).

Nuevamente surge como aspecto positivo el componente multiplicador del recurso humano que representan los estudiantes. En todos los casos hay que considerar el análisis de la atención previo al cierre por la Cuarentena obligatoria y ahora, que es muy reciente y limitado el regreso a los efectores, no todos han retomado las actividades. La situación sanitaria dependiente al Covid 19 deja ver cómo los servicios de Kinesiología no son considerados de primer nivel de atención. No haciendo alusión a la forma en que los y las pacientes llegan sino en relación al potencial impacto del funcionamiento de los servicios en la salud de la población usuaria: se han cerrado servicios, en otros casos no se les ha brindado espacio físico para desempeñarse. Y no se debería perder de vista que, en muchos casos, la atención domiciliaria no es viable debido a cuestiones sociales.

En relación a las derivaciones, organización y tipo de prestaciones brindadas por los Servicios, en los tres casos prima la derivación de *“patología ya instalada”*, del propio CAP como de otros cercanos que crecen de Kinesiología como así también de los grandes hospitales de referencia: *“generalmente de traumatología vienen por (1) derivación propia del CAP que no tienen traumatólogo, pero sí 4 médicos generalistas que derivan traumatológico y reumatológico. Aunque la derivación respiratoria es el doble. (2) También recibimos de grandes hospitales de todo Rosario (HECA, Cemar, Eva Perón, Carrasco y sobre todo el hospital de referencia del Centenario)... (3) todos los CAPS de la zona que no tienen kinesiología y que son muchos (los pumitas, Juana Azurduy, el 47, el 27, el Juan B. Justo)... porque no tienen kinesiólogo de planta o no tienen vínculo institucional con nuestra facultad”* (KINESIÓLOGO 1); *“los pacientes vienen derivados de otros CAP sin kinesiología, del Cemar, del Policlínico San Martín, del propio centro... También solemos hacer diagnóstico conjunto. Pero tenemos poco espacio y poca posibilidad de dar turnos. Ahora. Antes era un turno semanal de 30 o 40 minutos como máximo*

porque la demanda es mucha. Salvo las parálisis faciales y las patologías respiratorias que se atendían diariamente. No hay intermediarios, todo lo organizo yo (kinesiólogo)” (KINESIÓLOGO 2); “hay 2 médicos generalistas, 1 pediatra, 2 clínicas, 1 odontóloga, 2 psicólogas, 2 enfermeras y nosotros... en el Servicio recibíamos pacientes de los médicos del CAP y hasta de la Psicóloga. También personas que son población del 7 de septiembre y otros que no tienen kinesiología y del Cemar, del Provincial y otros hospitales que no podían ir por distancia tal vez. No se le decía no a nadie. La demanda es mucha, pero tratamos de estar al día.” (KINESIÓLOGO 3)

En relación al ida y vuelta con los médicos derivantes, como se ha dejado ver desde el punto de vista de los médicos, la comunicación es tanto formal como informal. Según los relatos de los profesionales Kinesiólogos, se encuentran las siguientes experiencias: *“se usa la hoja de referencia contrarreferencia con cualquier hospital en el caso que necesite atención de especialidad traumatológica. De 20 traumatólogos, sólo con 2 tengo comunicación, el resto es mediante hoja. Es valiosa porque está la letra del médico, pero queda un bache” (KINESIÓLOGO 1); “la derivación del propio centro es a través de comunicación informal o mediante papel” (KINESIÓLOGO 2); “con algunos médicos nos comunicamos en forma directa, con otros va y viene el paciente con la notita. De otros lados la notita no llega directamente” (KINESIÓLOGO 3).*

La modalidad de vinculación laboral es un tópico recurrente que atraviesa todas las actividades que se realizan y/o que se pretenden poner en agenda: *“Me convocan a las reuniones de equipo, pero yo tengo mi otro trabajo. Me consultan, me hacen de intermediarios. Se hicieron talleres de lactancia y neurodesarrollo, colaboré con material, pero al ser en un lugar y horario que estoy en otro trabajo, no puedo participar” (KINESIÓLOGO 3); “A partir de 2017 el personal administrativo me registró en el sistema para poder ir pasando los pacientes del Servicio de Kinesiología. No están todos volcados porque mis horas de trabajo las priorizamos en atención. Ellos lo sabían, pero, aunque sea un poco les servía. Yo trabajo en el CAP por convenio con la facultad. Y ellos lo saben y entienden” (KINESIÓLOGO 2); “se ha pensado en hacer grupos para educación postural o educar sobre patologías frecuentes... pero es tanta la demanda que para poder organizar eso*

tendría que dejar de dar turnos. Preventivo trabajamos sólo lo respiratorio" (KINESIÓLOGO 1).

Esta última observación, vinculada con el alcance de la profesión, es importante de analizar ya que guarda relación directa con la problemática a investigar. La Kinefilaxia no tiene gran desarrollo en los CAPS tomados como trazadores. Y se suman otras observaciones: *"hay una necesidad muy importante que en mi opinión está bastante resuelta que tiene que ver con la prevención terciaria, la rehabilitación y atención de un paciente post traumatológico (fractura, proceso quirúrgico, desgarro, esguince). Tenemos un vínculo informal muy bueno con los compañeros de trabajo y usamos reuniones para ver cómo atender. Me parece que faltaría la promoción y prevención en traumatología... nos sobre abundan los pacientes fracturados por lesiones en moto. Trabajar sobre el adecuado uso del casco, los primeros auxilios en una lesión de ese tipo... eso hay que tratar de mejorar"* (KINESIÓLOGO 1).

Al igual que en las entrevistas a los médicos, surge el factor demanda como condicionante de la modalidad del proceso de atención. Cada vez son más las familias que recurren a los CAPS. Pero el personal en los servicios, las ventanas de horarios de atención, los espacios físicos disponibles no aumentan en consonancia. Por lo que la modalidad de la prestación se vuelve asistencial, aunque se entienda que así se desdibuja la verdadera APS.

En la agenda de los profesionales kinesiólogos a cargo de los servicios siempre está presente el desafío de acercarse a una práctica de APS lo más cercana posible a su definición. Aquellos servicios con más antigüedad han podido experimentar estrategias de prevención en diferentes grupos de patologías y/o grupos sociales y también con intervenciones variadas. Pero en líneas generales todos hacen la autocrítica y enumeran fortalezas y cosas a mejorar: *"el servicio es súper valorado y me llevó años de confianza a mí con mis alumnos que se vea que el servicio es serio, confiable, responsable, que está presente"* (KINESIÓLOGO 1); *"veo que lo he orientado más a la asistencia que a la prevención y promoción, pero cuando se nos ha pedido pudimos responder"* (KINESIÓLOGO 1); *"Se deriva patología instalada, no hay prevención, pero de los talleres se avisa verbalmente, con folletos y carteles. Y se invita a que un médico nos acompañe. Nos solicitan*

actividades para salir de los consultorios. Hemos ido a escuelas públicas del barrio, a clubes, a la policía, a locales" (KINESIÓLOGO 1); "como muchas personas del barrio por sus horarios no pueden venir cuando el CAP está abierto, en esas campañas vamos a concientizar a diferentes lugares" (KINESIÓLOGO 1); "antes hacíamos atención domiciliaria, pero tuvimos experiencias violentas y por seguridad no llevo a los alumnos. Puedo aventurarme yo con la asistente social, pero trato de no llevarlos. Principalmente el requerimiento de los médicos es volver a ver el paciente. Una gran ventaja es que hablamos mucho y no nos demandan en exceso. Hablamos para ver si hay necesidades de otro tipo. En invierno se prioriza la atención respiratoria y eso hace que haya menos tiempo para atender casos traumatológicos, reumatológicos, neurológicos. Un respiratorio que hoy no se atiende, está hospitalizado mañana" (KINESIÓLOGO 1); "se proyectaron talleres grupales para prevenir esas patologías comunes (cervicalgia, lumbalgia), la hipertensión arterial, para disminuir factores de riesgo. Pero queda en reunión de equipo porque íbamos 2 veces a la semana y la demanda es mucha. Se pretendía agregar un 3er día a la semana, pero eso depende de la Universidad. Se pidió formalmente, pero vino la pandemia" (KINESIÓLOGO 1); "Lo ideal sería hacer prevención porque es atención primaria. Vienen con patología instalada, pero es recurrente. Se podría educar al paciente para que la recurrencia no sea tan seguida" (KINESIÓLOGO 1).

Si bien se puede ver que se trabaja en equipo interdisciplinario, los 3 kinesiólogos coinciden en reflexiones que van más allá del factor humano y que condicionan las prácticas. Consideran que el reconocimiento al rol de la Kinesiología es netamente desde los diferentes actores con los que conviven en los CAPS. Que los buenos resultados del perfil asistencial / rehabilitación terciaria allí quedan y que luego esto no impacta en reconocimiento para que la profesión y/o los servicios crezcan: *"desde políticas de salud pública creo que no se nos considera para nada directamente, las veces que me han llamado son por contratos de 3 meses" (KINESIÓLOGO 1); "no teníamos ni tenemos espacio (ahora atendemos en el bar y antes muchas veces en el patio). APS o prevención no hacemos, no salimos al barrio. La logística es difícil" (KINESIÓLOGO 3); "no tenemos espacio y ahora el CAP está en renovación. Funciona en un centro barrial pero no tenemos lugar. Tampoco nos preguntaron qué podríamos necesitar. Por*

eso incorporamos la modalidad de los domicilios" (KINESIÓLOGO 2); "me da la sensación de que más arriba no nos tienen en cuenta. No tenemos consultorio o espacio propio. Viene el plano armado de Secretaría de Salud. Ya tienen el puesto cubierto desde la universidad y parece que se lavan las manos. No sé cómo será eso" (KINESIÓLOGO 2); "hice una diplomatura en APS y en mi trabajo, no recuerdo exactamente, pero de 68 CAP sólo 2 tenían kinesiólogo de planta permanente y unos 15 a 20 cubiertos por las dos universidades" (KINESIÓLOGO 1); "la kinesiología en salud pública sirve porque se puede hacer prevención 1º, 2º y 3º. A veces cometemos el error de encasillar como prevención 3º. Pero somos fundamentales para la 1º en cualquier cuadro patológico... pero las políticas de salud pública no nos consideran parte de la estrategia de APS. Y si lo hacen, es a cuenta gota" (KINESIÓLOGO 1).

VII. DISCUSIÓN

Luego de la descripción del contenido relevado a partir de los actores consultados, se procede con un análisis por categoría interrelacionando los discursos entre sí. Ésto habilita la siguiente revisión crítica sobre los tópicos de interés, tomando como referencia los objetivos del trabajo.

La atención primaria de salud es una estrategia dirigida a proveer servicios sanitarios para todos, desempeñando un rol importante en la asistencia, la prevención, la promoción y la rehabilitación en salud. Su misión consiste en extender el sistema sanitario hasta los hogares, permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación entre el individuo y su familia —con sus saberes y cultura— y la medicina científica. (Macinko et al., 2007)

Cada una de las categorías es considerada tomando como eje la definición conceptual de la atención primaria de la salud como estrategia dirigida a proveer servicios sanitarios para todos. Y contemplando a lo largo del trabajo de campo, la intención de conocer e interpretar la realidad sanitaria de los individuos y sus familias en lo que a rehabilitación física refiere.

En relación al “perfil profesional”, al analizar los elementos conceptuales de la atención primaria de la salud, se considera un punto débil si el foco se coloca sobre acciones “programadas y evaluables”, con actuaciones basadas en objetivos, metas, y mecanismos de control y evaluación claros. Pudo verse a lo largo del trabajo de campo, que el perfil de atención de los diferentes profesionales se ve orientado a lo asistencial y que cubrir la demanda de atención sobrepasa cualquier otro proyecto o intención de acciones programadas y/o la evaluación de su impacto/resultado. Los profesionales identifican las debilidades y se han visto forzados, por la alta demanda, a correrse de la esencia de la atención primaria, de la prevención y atención comunitaria y priorizar un modelo asistencial.

D'Angelo (2008), incluye como actividades del kinesiólogo a nivel de la APS el realizar relevamiento kinésico de la población, organizar programas generales e individuales sobre el cuidado de la salud, brindar atenciones domiciliarias y capacitaciones a cuidadores. Los resultados de las entrevistas realizadas en los centros incluidos en el trabajo de campo, reflejan que los alcances de las labores de los servicios de kinesiología dependen del centro, de la antigüedad del servicio,

de las características del barrio relacionadas con la seguridad, del perfil poblacional. Siendo así más consecuentes con lo que exponen Reyes & Barría-Pilaquilén (2019). Dicho autor hace mención a que los profesionales dedican el 100% de su tiempo a la labor asistencial, manteniéndola siempre en detrimento de otras actividades (atención domiciliaria, prevención y educación para la salud, docencia, formación, etc.).

Aunque la información teorizada sobre Argentina y/o Latinoamérica es escasa, al comparar las propuestas teóricas del Dr. Javier Caballero Rendón con la información recabada en la práctica, la distribución de un 70% de actividad asistencial y un 30% de visitas domiciliarias y proyección de actividades con la comunidad, no pueden llevarse a cabo. Además de los mencionados previamente, otros limitantes son el tiempo, la seguridad, la alta demanda asistencial por ser ese el modelo de atención y derivación que fue ganando terreno en los CAPs incluidos. De todas maneras, tanto médicos como kinesiólogos relatan que el enfoque está puesto en la atención individual y familiar. Que, aunque esto supere a la posibilidad de atender en comunidad, no se abandonan la intención ni los proyectos de recuperar / establecer programas de educación para la salud.

En relación a la categoría de análisis Referencia – Contrarreferencia y Trabajo en equipo, la evidencia internacional confirma que la forma más eficaz de atención en el primer nivel es la realizada por un equipo de salud permitiendo la colaboración de distintas personas, en muchos casos de origen formativo y perfil profesional diferente. (Gérvás et al., 2007) Se evidenció en el trabajo de campo realizado, la voluntad de las partes de trabajar en equipos interdisciplinarios.

El Kinesiólogo es un integrante más del equipo de salud. En su labor profesional tiene como funciones actividades preventivas, asistenciales, docentes e investigadoras. Los objetivos de la rehabilitación entonces son: rehabilitar a las personas en su propio entorno comunitario, lograr la participación activa de las personas en actividades económicas, socioculturales y deportivas, realizar actividades de promoción, prevención de deficiencias y discapacidades.

Los profesionales entrevistados coinciden, además de en la voluntad de trabajo en equipo, en que el espacio y los tiempos aparecen como las principales dificultades para que eso suceda. Teniendo en cuenta lo analizado en la bibliografía, según Solitario et al. (2007) “es importante que sea reconocido el tiempo dedicado a los espacios de discusión, de ateneos, reuniones de equipo, etc., como parte del tiempo de trabajo”. (p.67). Se puede analizar a partir de los resultados, que ninguno de los profesionales entrevistados tiene su actividad laboral centralizada en la APS y en el CAP donde se desempeña. Las reuniones de equipo (donde formalmente los kinesiólogos no son convocados en los casos de los CAPs incluidos), el diseño de estrategias y proyectos, así como, en los casos que se llevaron a cabo, las ejecuciones de los mismos suelen exceder las horas del contrato laboral. Por lo tanto, sumado al factor demanda, el carácter asistencial de los servicios es lo que predomina en la muestra indagada.

Aunque excede a los criterios de estudio de este trabajo, cabe hacer alusión a la experiencia de Estados Unidos. Con un modelo de salud completamente diferente, para derribar barreras y tiempos de atención y fomentar el derecho de los pacientes a elegir entre otros beneficios, la Kinesiología funciona como primer contacto. Con una regulación pertinente acorde a la formación de dichos profesionales: evalúan, brindan atención específica, actividades de ejercicio y bienestar. Tal como proponen (Ludvigsson & Enthoven, 2012), al analizar la experiencia del Reino Unido, donde los kinesiólogos pueden considerarse evaluadores primarios de pacientes con trastornos musculoesqueléticos en atención primaria, ya que pocos pacientes necesitaron una evaluación adicional por parte de un médico de cabecera. Es decir que a la inversa de lo que sucede en nuestro país, a partir de la evaluación y abordaje kinésicos, se podría luego referenciar a niveles más altos y complejos como plantea Róvere (2006). Así, por ejemplo, se podrían reducir barreras y promover los procesos de atención en redes (y equipos interdisciplinarios). Iniciando procesos de Referencia – contrarreferencia a la inversa de lo habitualmente realizado.

A pesar de que se han observado debilidades en relación a la estandarización y formalidad de los procesos de referencia y contrarreferencia, se puede visualizar que el mismo se da en el sentido que la persona y su familia

necesitan (del primero al segundo nivel o a la inversa para brindar atención donde le es más accesible). Ya sea con formulario de referencia y contrarreferencia, resumen de alta hospital, correo electrónico, teléfono y/o ticket los procesos se dan de manera de tal que se minimizan las barreras. “Las redes implican necesariamente la aceptación de lo diverso, de la asimetría y de la autonomía, ya que una red es un conjunto de heterogeneidades organizadas”. (Rovere, 2006)

El hecho de indagar sobre los procesos de derivación, referencia y contrarreferencia pretendió recabar información sobre la visión conceptual que tienen los profesionales médicos entrevistados acerca del concepto de rehabilitación. Una dinámica fluida, más allá de las formas, facilita el proceso de rehabilitación de manera integral. La rehabilitación integral favorecería el máximo desarrollo individual del ser humano, buscando no sólo cambios motrices y funcionales de los y las pacientes, sino que incorporando acciones en los contextos físicos y sociales. (Moreno-Angarita et al., 2016) Si pensamos en esas posibles acciones, bien podrían funcionar con el objetivo de prevenir complicaciones futuras de las patologías músculo esqueléticas por las que los individuos sean derivados, corriendo de esa manera los límites del modelo asistencial y poniendo en marcha estrategias de prevención que podrían en el futuro limitar la demanda asistencial por patologías recurrentes o complicaciones de las mismas.

Al mismo tiempo, la informalidad de los procesos de referencia y contrarreferencia deja ver que los profesionales dan valor al trabajo interdisciplinario. Este hecho se refuerza por ejemplo ante relatos como “le pedí al servicio de kinesiología que la vean hasta que tuviera los estudios realizados” (MÉDICO 3). Lo cual podría poner sobre la mesa otro foco de discusión y análisis vigente: ¿Podría la Kinesiología funcionar como profesión de primer contacto? En cuanto a patología músculo esquelética se refiere y en el marco del primer nivel de atención; ¿podría trabajar de manera asimétrica y autónoma? Si bien estos datos por sí solos no pueden resolver semejante aspecto, sí se considera que suman a argumentar el universo de esta propuesta, que a su vez, procura con este cambio intervenir sobre muchas de las problemáticas presentadas en el presente trabajo.

Cambiando de eje, la salud individual y colectiva de la población es un concepto abierto y dinámico que requiere para su plasmación un alto grado de identificación de los profesionales sanitarios con su entorno demográfico, social, geográfico y epidemiológico. Durante el trabajo de campo y en su posterior análisis, en cuanto a la categoría Kinesiología /alcance de sus prestaciones y servicios / calidad autopercebida del proceso de atención, puedo verse que los usuarios manifiestan sentirse atendidos y contenidos, por eso cuentan con el CAP como su lugar de referencia para cualquier necesidad de salud, sea kinésica o no, tanto de ellos como de sus familiares. Así, se puede vislumbrar que el CAP es efectivamente el primer nivel de contacto de la persona, la familia y la comunidad con el sistema sanitario público. Los usuarios cuentan con los servicios de salud que allí se les brinda y constituye el primer elemento del proceso constante del cuidado de la salud. (Ase & Burijovich, 2009). Claramente, se ha entrevistado a usuarios que hacen uso del primer nivel, por lo cual, para tener una idea más certera sobre este aspecto habría que indagar a usuarios que están accediendo, además, a otros niveles de atención: el universo los usuarios del sistema público de salud. Y no sólo a quienes incorporan el primero dentro de su experiencia.

La dimensión satisfacción, definida como “el nivel en el cual los usuarios encuentran las perspectivas de servicio en salud esperados” (Mestres et al., 2017) , es un elemento clave a considerar para mejorar la calidad de atención. Los principales elementos que pueden determinar la satisfacción percibida por el paciente son: las expectativas previas al ingreso, la actitud ante el servicio sanitario, la evolución de su enfermedad y la propia idiosincrasia del paciente. Conocer la satisfacción del paciente puede predecir, entre otras cosas, el cumplimiento terapéutico y el retorno al mismo centro asistencial en otro episodio. En relación a lo anterior, se han encontrado pocas investigaciones destinadas a medir satisfacción dentro del área de la práctica kinésica.

Al analizar el contenido de los discursos de los pacientes, dentro de la categoría “Rol de la Kinesiología”, otro punto a recuperar en el análisis de los discursos, es “la evolución” en los procesos de atención: “Ahora están más avanzados... dedican tiempo, hablan, explican” (PACIENTE 7). Si bien frases como estas surgieron al indagar sobre la atención kinésica, se evidencia cómo el modelo

Médico – Hegemónico pareciera quedar a un lado en ciertos discursos. Ya no es sólo el profesional médico quien sabe y puede “curar”. Y cada paciente es partícipe activo de su proceso de Salud – Enfermedad. Como se pudo ver en el análisis bibliográfico, es ineludible que nuestras sociedades discutan sobre sus modelos médicos. La ley de los derechos del paciente, que promociona el derecho de información y decisión autónoma de los ciudadanos, debe ser complementada con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y, en particular, con el derecho a la salud pública. Conocer la satisfacción de los usuarios en los centros de Atención Primaria de Salud (APS) adquiere un mayor grado de interés porque se trata del contacto más frecuente de los pacientes y la puerta de entrada y seguimiento de estos en el sistema sanitario. (López Casariego et al., 2012) (Vázquez-Cruz et al., 2018)

Tener en cuenta la satisfacción de los pacientes frente al servicio de salud es importante porque esto posibilita que mejoren su adhesión al tratamiento, que cumplan las recomendaciones médicas y, sobre todo, acepten y asuman como propios los cambios en hábitos y costumbres que toda actividad preventiva conlleva. (González et al., 2005) En consonancia con esto, además de aumentar las posibilidades de educación para la salud que podrían brindarse desde los profesionales de los CAPS, analizar cuáles son las posibilidades y tareas concretas a realizar con los y las pacientes. Debido a que no sería suficiente si la población no asume un rol activo sobre sus procesos de salud – enfermedad y, en consecuencia, no realizan las actividades, reposos, adaptaciones indicadas.

La evidencia muestra que la prevalencia de la enfermedad músculo esquelética en la población va en aumento, enfatizándose la necesidad de que sea un problema abordado desde la salud pública. (Espinoza & Repetto, 2017) Las afecciones músculo esqueléticas tienen un impacto significativo sobre el trabajo en términos de reducción de la productividad, ausencia por enfermedad e incapacidad a largo plazo para el trabajo. (De Pietri, 2014) En el caso de los usuarios de los servicios de kinesiología entrevistados, tanto quienes están en edad laboral como aquellos que la superan, así como quienes necesitan trabajar para cubrir sus necesidades básicas cotidianas como los que no, manifiestan su voluntad y deseo de mantenerse funcionalmente activos e independientes. Es decir: más allá del

factor producción o laboral, es importante analizar el impacto de las patologías músculo esqueléticas en la vida diaria de las personas y cómo impactan negativamente el dolor, la dificultad para realizar ciertas actividades de la vida diaria (AVD) e, inclusive, la necesidad de dependencia de otras personas al no poder valerse por sí mismos. Vinculando lo expuesto con la bibliografía analizada, surgieron como nuevas categorías de análisis el uso y la prescripción de fármacos versus indicación de Kinesioterapia para control de los síntomas y/o las limitaciones y las características administrativas de los servicios (ventana horaria de atención y recursos humanos disponibles). Como expone González et al. (2005), el profesional de salud debe tener en cuenta qué esperan los usuarios del servicio para poder lograr que sus pacientes retornen a sus actividades de una manera lo más rápida posible. Tener en cuenta la satisfacción de los pacientes frente al servicio de salud es importante porque esto posibilita que acepten y asuman como propios los cambios en hábitos y costumbres que toda actividad preventiva conlleva. (González et al., 2005) Cuando los procesos de rehabilitación resultan en bienestar para los pacientes, el consumo de fármacos se reduce. El bienestar se puede interpretar en la adhesión al tratamiento, en la recomendación para otras personas sobre lo vivenciado en el proceso de atención, en la realización de los ejercicios y/o adaptaciones que les fueran recomendados, etcétera. Al reducir el consumo de fármacos, no sólo se tiene una reducción en costos monetarios, sino que se evitan los efectos indeseados de los antiinflamatorios y analgésicos. Por citar algunos ejemplos: a nivel gastrointestinal, renal, de coagulación, de dependencia a largo plazo.

Si bien en la bibliografía analizada los modelos de contratación no son algo para teorizar, sí se habla de la contemplación de los tiempos necesarios para cada una de las aristas del desarrollo de un proceso de atención (diseño, planificación, etc). (Ase & Burijovich, 2009) (Weisbrot, 2014)

Podría pensarse, a partir de las categorías emergentes, que el tener una ventana de atención más amplia, no sólo en lo concreto de horas sino también pensando en la distribución de las mismas (mañanas / tardes) y aprovechando el recurso humano multiplicador que representan los y las estudiantes, la cantidad de personas atendidas podría crecer exponencialmente. Son muchas las variables a

considerar: espacios, personal, modelos de contratación, cantidad de actividades / especialidades que se brindan en los CAPs, cantidad de CAPs con servicios de Kinesiología en marcha... y la lista podría continuar. Pero se considera evidente el resultado positivo del quehacer kinésico en cuanto a patología musculoesquelética refiere.

VIII. CONCLUSIÓN

A partir de las entrevistas realizadas, se puede concluir que tanto los profesionales médicos derivantes como los kinesiólogos saben que, según el marco teórico de la APS en niveles y complejidad, así como desde la definición de niveles de rehabilitación, las actividades asistenciales de los servicios de kinesiología en el primer nivel de atención deberían no sólo involucrar procesos de atención de la patología instalada sino también actividades de promoción y prevención. Por lo menos, de recidivas en patologías músculo esqueléticas frecuentes.

Al analizar el contenido de las entrevistas, pudo verse que, independientemente de las modalidades de contratación, se han conformado equipos interdisciplinarios. Tanto los pacientes como los médicos derivantes hablan de manera positiva sobre las prestaciones que los Servicios de Kinesiología brindan. Inclusive, como se dijo, dichas observaciones parten de aquellas personas con experiencias previas en servicios tanto públicos como privados y también de quienes estaban atravesando su primera experiencia de atención kinésica. Todos los actores consultados, incluidos kinesiólogos, describen que las tareas que mayormente se realizan son de carácter asistencial. La posibilidad de desarrollar actividades junto a las comunidades que cumplan con plenitud el rol de la kinesiología (kinesiterapia, fisioterapia y kinefilaxia / prevención) y la esencia de la APS es algo que necesita retomarse: tiempos, estrategias, administración de todos los recursos.

Por parte de la población usuaria del servicio, aquellos pacientes con experiencias previas de atención kinésica en diferentes lugares, manifiestan como aspecto positivo la evolución del proceso de atención, que va más allá de lo asistencial, involucrándolos a ellos mismos como sujetos activos de su proceso de mejora. Aunque sea en pasos pequeños e individuales, puede verse la intención de los kinesiólogos de acercarse a la APS al instruirlos sobre cómo prevenir recidivas y/o complicaciones futuras a partir de la patología diagnosticada y sobre las AVD de cada paciente. Así es como se ve que no sólo se piensa más allá del proceso de atención en el momento sino también, en realizar tareas de prevención a partir del momento en que se toma contacto con la población.

La alta demanda conjugada con el poco tiempo con el que el recurso humano cuenta, considerando que no en todos los centros de atención primaria hay Servicio de Kinesiología, perfilan la atención a un modelo asistencial, donde predomina la prevención terciaria. La población que llega a los Servicios de Rehabilitación de los CAPS tomados como trazadores no siempre pertenecen al mismo. Muchas veces pertenecen a otro que no tiene servicio de Kinesiología. Por lo que, independientemente de la proyección demográfica, en la práctica, la demanda supera a la oferta y eso acota las posibilidades de diseñar y ejecutar un Servicio de Kinesiología en el Marco de la APS.

Se considera que, si bien la participación de los estudiantes actúa positivamente como multiplicador de recursos humanos, el modelo de contratación de los Kinesiólogos responsables de los servicios a través de las instituciones educativas en lugar de a través de la secretaría de salud municipal y/o provincial, se traduce en pocas horas semanales en comparación con los contratos médicos. Lo que termina traduciéndose en una debilidad a la hora de proyectar actividades de Atención Primaria de la Salud.

Otro punto de análisis es el espacio físico asignado. En algunos centros de atención primaria, no se cuenta siquiera con espacios adecuadamente adaptados en cuanto a privacidad, higiene, confort. Pero espacios abiertos y comunes, inclusive en clubes de barrio, escuelas y comisarías, resultan propicios para tareas consideradas dentro de la Atención Primaria de la Salud en su esplendor. Así, los planes de prevención y promoción de la salud, en que lo que respecta estrictamente a APS pueden llevarse a cabo.

Finalmente, se espera que el presente trabajo sea un disparador para considerar políticas de salud pública donde la Kinesiología sea revalorizada, donde no sólo se siga brindando atención en los servicios llevados adelante por kinesiólogos y sus estudiantes a cargo, fortaleza tanto para el sistema de salud como para la formación en APS de futuros profesionales, sino que se pueda valorar el rol de éstos dentro del equipo de salud para actividades de prevención terciaria pero también primaria y secundaria. Lo cual podría traducirse en disminución de costos y demanda en todos los niveles de atención, podría potencialmente evitar

que las personas acudan como primera y única línea al consumo de fármacos o, por lo menos, reduzcan su consumo. Y la demanda de otros recursos médicos más costosos, así como también tener un impacto positivo en su calidad de vida relacionada a la salud.

IX. BIBLIOGRAFIA

- Acosta, L., Burrone, M. S., Lopez de Neira, M. J., Lucchese, M., Cometto, C., Ciuffolini, B., Didoni, M., Jure, H., Acevedo, G., Estario, J. C., & Fernández, A. R. (2011). Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. *Enfermería Global*, 10(21).
<https://doi.org/10.4321/S1695-61412011000100014>
- Alma-Ata, U. (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. *Alma-Ata. URSS*, 6–12. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Ardila Gómez, S., de Paepe, P., Luciani Conde, L., & Stolkiner, A. (2012). La implementación local de la atención primaria en la Argentina: Estudio de caso en el municipio de Lanús, provincia de Buenos Aires. *Saúde em Debate*, 36(94), 436–448. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300015>
- Argüello Gutiérrez, Y., Castro Jiménez, L. E., Rodríguez Rojas, Y. L., Argüello Gutiérrez, Y., Castro Jiménez, L. E., & Rodríguez Rojas, Y. L. (2017). Conceptualización y aspectos políticos de la atención primaria en salud: Mirada desde los actores sociales. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 26(1), 86–96.
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-142920170001000086&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Ase, I., & Burijovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, 5, 27–47.
<https://doi.org/10.1590/S1851-82652009000100003>
- Belló, M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *salud pública de méxico*, 53, 13.
<https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s96-s109>

- Belmartino, S. (2002). Articulaciones de nivel macro y meso en la Reforma de la Seguridad Social Médica en Argentina. *Ponencia presentada en el Primer Congreso Nacional de Políticas Sociales*, 30–31.
- Berra, S., Audisio, Y., Mántaras, J., Nicora, V., Mamondi, V., & Starfield, B. (2011). *ADAPTACIÓN CULTURAL Y AL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO DEL CONJUNTO DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD*. 2, 10.
<http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen8/art-orig-adaptacion-cultural.pdf>
- Cafagna, G., Missoni, E., & Beingolea, R. L. B. de. (2014). “Peri-border” health care programs: The Ecuador-Peru experience. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35, 207–213. <https://www.scielo.org/article/rpsp/2014.v35n3/207-213/#ModalArticles>
- Castellanos, P. L. (1990). *SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD ENFERMEDAD*. 12.
<http://www.hospitalalvear.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/castellanos.pdf>
- Céspedes, G. M. (2005). La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Aquichan*, 5(1), 108–113.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74150111>
- Chaloum, M. J., & Varas, N. I. (2017). *Los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPs): Una estrategia de salud comunitaria en la zona sanitaria V, San Juan*. 16.
- D’Angelo, S. B. (2008). *El kinesiólogo en la atención primaria—Ilustrados!*
<http://www.ilustrados.com/tema/11889/kinesiologo-atencion-primaria.html>
- de Carvalho, V. L., Cavalcante, D. M., & Pereira, M. D. (2013). *Satisfaction of patients attended in physical therapy in the community curriculum training*. 6.
- De Pietri, D. (2014). Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria para la gestión de inequidades. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 55(2),

64–65. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1652-67762014000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Domínguez, A. G. D. (2004). *Kinesioterapia colectiva: Repensando el papel del kinesiólogo en la sociedad brasileña*. 12.

<https://www.redalyc.org/pdf/214/21430314.pdf>

Donabedian, A. (2001). *Calidad Asistencial*. 16, 11.

<https://www.sciencedirect.com/journal/revista-de-calidad-asistencial>

Espinoza, M., & Repetto, P. (2017). *Propuesta de política pública para el manejo del dolor crónico musculoesquelético en Chile*. 24. <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2018/03/CAP-I-Propuestas-para-Chile-2017.pdf>

Ferreira, L. T., Ferretti, F., Teo, C. R. P. A., & Pivetta, H. M. F. (2020). Professional training in physiotherapy: Primary care practices. *Fisioterapia Em Movimento*, 33(0), 1–10. <https://doi.org/10.1590/1980-5918.033.AO46>

Figueroa Pedraza, D., & Cavalcanti Costa, G. M. (2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: La visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enfermería Global*, 13(33), 267–278.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412014000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Garay, O. E. (2017). *Derecho a la salud II*. 5.

General, O. A. (1993). *Normas uniformes, sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. Recuperado el. .

https://www.who.int/disabilities/policies/standard_rules/es/

Gérvás, J., Starfield, B., Minué, S., Violan, C., & Seminario de Innovación en Atención Primaria. (2007). Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la

- medicina general/de familia. *Contra el descrédito del héroe. Atención Primaria*, 39(11), 615–618. <https://doi.org/10.1157/13112199>
- Gonzalez García, G. (s.f.). *Políticas de Salud. Módulo 5*. Argentina. Ministerio de Salud. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001030cnt-modulo_5_politicas-salud.pdf
- González, M. V., Oyarzábal, A., de Leceta Fernández, Z. F., Rotinen, J., Arrizabalaga, N., & de Garayo Ibáñez, E. (2005). Satisfaction of patients with cervical pain and low back pain in a rehabilitation service. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 28(3), 379–388. <https://europepmc.org/article/med/16421616>
- Grandinetti, R. M., Carnevale, N., Spillere, M., Bonetti, M. N., Nanni, V., Bizzarri, M. J., & Radyna, N. (2014). *Caso de Estudio El sistema de admisión de los Centros de Salud de la Municipalidad de Rosario—PDF Free Download*. <https://tecnoadministracionpub.files.wordpress.com/2013/08/2014-centros-de-salud-hito-1.pdf>
- Julio, D. V. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, 4. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Lara, V. M. C., Barón, M. P. E., Rodríguez, L. M. M., & Chautá, T. L. P. (2014). *LA FISIOTERAPIA EN EL CONTEXTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y AREAS DE DESEMPEÑO: UNA EXPERIENCIA PRÁCTICA EN LA REPUBLICA DE LA ARGENTINA*. 24.
- Ley. (2013). *TEXTO DEFINITIVO LEY P-1918*. 7.
- Localización y descentralización*. (2015, julio 15). Municipalidad de Rosario. <https://www.rosario.gob.ar/web/ciudad/distritos/localizacion-y-descentralizacion>
- López Casariego, V., Almeida, É., Argentina, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, & Instituto Nacional contra la Discriminación, la X. y el R. (Argentina). (2012).

Derecho a la salud sin discriminación.

https://cdn.educ.ar/repositorio/Download/file?file_id=53a38717-d8a0-48dd-9274-02be444cc13e

Ludvigsson, M. L., & Enthoven, P. (2012). Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care.

Physiotherapy, 98(2), 131–137. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2011.04.354>

Macinko, J., Montenegro, H., Nebot Adell, C., & Etienne, C. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud*

Pública, 21, 73–84. <https://www.scielo.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/73-84/>

Marques Abreu da Fonseca, J., Pacheco Rodrigues, M. T., Medeiros Mascarenhas, M. D., & de Oliveira Lima, L. H. (2016). A fisioterapia na atenção primária à saúde: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira em promoção da Saúde*, 29(2), 288–294.

<https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p288>

Mata, M. de S., Costa, F. A. da, Souza, T. O. de, Mata, Á. N. de S., & Pontes, J. F. (2011).

Pain and functionality in primary health care. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 221–230. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100025>

Mayan, M., & Introductoria, N. (2001). Una introducción a los métodos cualitativos.

Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Alberta: International Institute for Qualitative Methodology, 34.

http://recursos.salonesvirtuales.com/assets/bloques/cuali_maria_mayan.pdf

Mestres, O., Armengol, M. S., Molina, T., Puertas, N., Artal, M., & Castaño, S. (2017).

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR EL PACIENTE NEUROQUIRÚRGICO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA. 6.

<https://www.neurotrauma.net/pic2012/uploads/Documentacion/Enfermeria/OlgaMestres.pdf>

- Minayo, M. C. S. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6, 251–261. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652010000300002>
- Müller, A. B., Valentini, N. C., Pinto, M. E. B., Müller, A. B., Valentini, N. C., & Pinto, M. E. B. (2016). Physical therapy in avoidable hospitalizations for primary care-sensitive conditions. *Fisioterapia Em Movimento*, 29(1), 183–192. <https://doi.org/10.1590/0103-5150.029.001.AR03>
- Nebot, C., & Rosales, C. (2008). *Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud—Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. 46. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31333/9789275332627-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- Oliveira, C. R. F. de, Samico, I. C., Mendes, M. F. de M., Vargas, I., Vázquez, M. L., Oliveira, C. R. F. de, Samico, I. C., Mendes, M. F. de M., Vargas, I., & Vázquez, M. L. (2019). Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00119318>
- Ortega, M. Á. F., Prato, J. B. R., Coria, A. E. I., Lara, S. B., Barrell, A. E., & Téllez, V. M. J. (2016). Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, 37–45. <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1384/782>
- Pereira, J. de S., & Machado, W. C. A. (2016). Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: A (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(3), 1033–1051. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000300016>

- Pereira, J. de S., Machado, W. C. A., Pereira, J. de S., & Machado, W. C. A. (2016). Reference and counter-reference between physical rehabilitation services of Persons with Disabilities: (Dis) articulation in the Fluminense Central-South region, Rio de Janeiro, Brazil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(3), 1033–1051. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000300016>
- Piscitelli, D., Furmanek, M. P., Meroni, R., & Pellicciari, L. (2018). *Guarda Direct access in physical therapy: A systematic review | La Clinica Terapeutica*. <https://clinicaterapeutica.it/ojs/index.php/1/article/view/201/187>
- Plan Federal de Salud 2010-2016*. (2010). 162.
- Reyes, P., & Barriá-Pailaquilén, M. (2019). Imagen social del kinesiólogo en atención primaria de salud: Una experiencia chilena. *Revista de Salud Pública*, 21(2), 236–242. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n2.69675>
- Riedemann, P. (2008). Impacto del dolor musculoesquelético. *Medwave*, 8(05). <https://doi.org/10.5867/medwave.2008.05.1754>
- Rivero, T. de, & A, D. (2018). La historia de la Conferencia de AlmaAta. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 361–366. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098>
- Ronzio, O., & Ronzio, O. (2019). A fisioterapia na Argentina. *Fisioterapia e Pesquisa*, 26(2), 110–111. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/00000026022019>
- Róvere, M. (2006). *Redes en Salud*. El Agora Asociación civil. Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario. <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2015/05/redes-en-salud.pdf>
- Silva, G. G. da, & Sirena, S. A. (2015). Perfil de encaminhamentos a fisioterapia por um serviço de Atenção Primária à Saúde, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24, 123–133. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000100014>

- Stolkiner, A., & Comes, Y. (2005). *Redalyc.* "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los.
<https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139941013.pdf>
- Stolkiner, A., Comes, Y., & Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2807–2816.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600019>
- Tobar, F., Montiel, L., Falbo, R., & Drake, I. (2006). *La Red Pública de Atención Primaria de la Salud en Argentina. Documento de Difusión. 2006 [Internet][acceso: 15 de diciembre de 2015]*.
https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2014/09/la_red_publica.pdf
- Toledo Curbelo, G. (2005). *Fundamentos de salud pública*. Editorial Ciencias Médicas.
<http://up-rid2.up.ac.pa:8080/xmlui/handle/123456789/2050>
- Ugalde, A., & Homedes, N. (2002). Descentralización del sector salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 18–29.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112002000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ugalde, Antonio, & Homedes, N. (2008). La descentralización de los servicios de salud: De la teoría a la práctica. *Salud Colectiva*, 4, 31–56. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652008000100003>
- Urdaneta, M. Á. (2010). La salud en el paradigma de la descentralización en América Latina. *Revista de ciencias sociales*, 16(3), 526–543.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3600997>
- Vázquez-Cruz, E., Sotomayor-Tapia, J., González-López, A., Montiel-Jarquín, A., Gutiérrez-Gabriel, I., Romero-Figueroa, M. S., Campos-Navarro, L. A., & Loría-Castellanos, J. (2018). Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención

médica. *Revista de Salud Pública*, 20(2), 254–257.

<https://doi.org/10.15446/rsap.v20n2.61652>

Weisbrot, M. (2014). *Actualización: Evolución y transformación conceptual de la Atención Primaria de la Salud*. 4.

Zurro, M., & Perez, C. (2003). *Atención primaria*. Elsevier. <http://www.cipf-es.org/sft/vol-02/054-055.pdf>

X. ANEXOS

X.A. ANEXO 1. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOCUMENTACION DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. información para el participante

Título del estudio: “PERFIL DE INTERVENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE KINESIOLOGÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE ROSARIO”

Profesional responsable: Prof. Lic. María Sol Chanparini

Estamos invitando a participar en el estudio “PERFIL DE INTERVENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE KINESIOLOGÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE ROSARIO” a realizarse en “Centro de salud Roque Coulin” / “centro de salud EMAUS” / “Centro de Salud N°17 Caritas de Guadalupe”, que tiene como objetivo indagar acerca de las prestaciones y/o actividades que consideran que incluye el proceso de atención de los Servicios de Kinesiología de la ciudad de Rosario en el primer nivel de atención. La misma puede ser beneficiosa para identificar si es necesario y posible reformular las propuestas de atención de dichos servicios de manera que haya un impacto positivo en la población que accede a los mismos y, en consecuencia, un impacto positivo en todos los niveles de atención.

Usted ha sido diagnosticado/a con patología músculo esquelética, por lo cual, la información que comparta va a ser muy valiosa para el análisis del presente trabajo. // Usted ha derivado pacientes con patología músculo esquelética, por lo cual, la información que comparta va a ser muy valiosa para el análisis del presente trabajo. // Usted ha brindado atención kinésica a pacientes con patología músculo esquelética, por lo cual, la información que comparta va a ser muy valiosa para el análisis del presente trabajo

Como parte del estudio se le harán una serie de preguntas que deberá responder en función de experiencias pasadas.

La participación en esta investigación puede ser beneficiosa para usted y se espera que los resultados que se obtengan con el estudio sean beneficiosos para las personas con el problema de salud en estudio.

Su participación es voluntaria; usted tiene el derecho de suspender la entrevista en cualquier momento si así lo decide, sin que se resienta la atención que se le brinda en el CAPS.

Si usted tiene dudas acerca del estudio o por la entrevista, puede consultar a la Lic. responsable para aclarar sus dudas; los datos figuran en la Hoja de firmas.

La información que se recabe es estrictamente confidencial y se aplicará para dar respuesta a los objetivos del trabajo. Toda su información personal está protegida por la Ley argentina de Protección de Datos N° 25326, Dirección de Protección de Datos Personales dependiente del Ministerio de Justicia de la Nación.

En consecuencia la información que se elabore como resultado de la presente investigación será enunciada en un sentido general y no habrá ninguna referencia a cuestiones individuales o personales.

Los resultados que se logren podrán ser presentados en congresos y/o publicaciones y la identidad del paciente y de su familia no será revelada y su privacidad será preservada.

El proyecto se ajusta a los requisitos éticos, legales y jurídicos, establecidos en las normas bioéticas nacionales “Guía para Investigaciones en Salud Humana” (Resolución N° 1480/11, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación) y “Régimen de buenas prácticas clínicas para estudios de farmacología clínica” (Disposición 6677/ 10), Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

DOCUMENTACION DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

B. Hoja de firmas

Me explicaron y leí antes de firmar sobre la participación en este trabajo de investigación. Entendí que se trata sobre el PERFIL DE INTERVENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE KINESIOLOGÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE ROSARIO.

Sé que puedo decidir libremente mi participación en este estudio y que aunque decida no participar más en algún momento, continuaré recibiendo la atención habitual.

La participación es voluntaria y entendí que toda información personal que se recolecte es confidencial, y que no se me identificará en ningún momento.

He leído y comprendido la información contenida en este formulario; he podido hacer todas las preguntas que creí necesarias. Acepto y doy mi consentimiento.

Se firman dos ejemplares iguales y se le entrega uno al firmante.

Firma del participante :.....

Lugar y Fecha.....

Aclaración.....

DNI N°.....

Firma de testigo

Lugar y Fecha.....

Aclaración.....

DNI N°.....

Profesional que participó del proceso de Consentimiento informado

Firma.....

Aclaración.....

Lugar y Fecha.....

Para preguntas o información usted puede tomar contacto con:

Nombre y apellido.....

Lugar de contacto.....

Teléfono.....

X.B. ANEXO 2. Convenio de Colaboración recíproca



INSTITUTO UNIVERSITARIO
DEL GRAN ROSARIO

Expte. N° 160/10 IUGR

Rosario, 28 de diciembre de 2010.

VISTO: El Convenio de Colaboración recíproca celebrado entre el Instituto Universitario del Gran Rosario y la Municipalidad de Rosario en fecha 28 de diciembre de 2010, suscripto por las autoridades competentes en el marco de sus atribuciones legales;

CONSIDERANDO: que ambas partes se comprometen a promover y ejecutar acciones de cooperación y asistencia recíproca entre ambas instituciones, con el objeto de coordinar y conducir proyectos de interés común en las áreas científicas, técnicas, de información Tecnológica y de investigación que estimen convenientes y enmarcadas dentro de las actividades propias de cada Institución;

que las partes celebrarán oportunamente convenios específicos, para cada acción y/o para cada programa o proyecto que se acuerden y que contribuyan a la concreción de los objetivos generales

TENIENDO EN CUENTA: las atribuciones conferidas por el Estatuto del Instituto Universitario del Gran Rosario en su artículo 11 Inciso u;

EL RECTOR DEL INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL GRAN ROSARIO RESUELVE:

ARTÍCULO 1º: Aprobar el **Convenio de Colaboración Recíproca** celebrado entre el Instituto Universitario del Gran Rosario y la Municipalidad de Rosario en fecha 28 de diciembre de 2010, suscripto por las autoridades competentes y que como Anexo Único forma parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2º: Regístrese, comuníquese y archívese.

RESOLUCIÓN N° 160/2010-IUGR-

Lic. ARTURO G. FORCHER
COORDINADOR ACADEMICO
Licenciatura en Ciencias de la Educación y Fisioterapia
1º Curso de la Universidad del Gran Rosario
INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL GRAN ROSARIO

Ing. JAVIER A. MACCHI
RECTOR
INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL GRAN ROSARIO

CONVENIO DE COLABORACIÓN RECÍPROCA ENTRE
MUNICIPALIDAD DE ROSARIO
Y
EL INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL GRAN ROSARIO

Entre la Municipalidad de Rosario, representada en este acto por el Señor Intendente Ing. Miguel Lifschitz, con domicilio en calle Buenos Aires 711 de la ciudad de Rosario, en adelante "La Municipalidad" y El Instituto Universitario del Gran Rosario representado en este acto por su Rector Ing. Javier Andrés Macchi, con domicilio en calle Corrientes 1254 de la ciudad de Rosario, en adelante "El Instituto" se conviene en celebrar el presente CONVENIO MARCO, el que se regirá por las bases generales:

PRIMERA: OBJETIVOS GENERALES: ambas parte se comprometen a promover y ejecutar acciones de cooperación y asistencia recíproca entre ambas Instituciones, con el objeto de coordinar y conducir proyectos de interés común en las áreas científicas, técnicas, de información tecnológica y de investigación que estimen convenientes y enmarcadas dentro de las actividades propias de cada Institución.

SEGUNDA: Las partes celebrarán oportunamente convenios específicos, para cada acción y/o para cada programa o proyecto que se acuerden y que contribuyan a la concreción de los objetivos generales, contemplados en la cláusula primera. En dichos convenios, se determinarán las características particulares de cada uno de ellos y los derechos y obligaciones de las partes. Se definirán el objetivo, la descripción del plan de trabajo, incluyendo las distintas fases y los términos de cada una de ellas, el presupuesto total, recursos humanos y materiales requeridos por la actividad, especificando los aportes de cada una de las partes, identificación de los responsables en el desarrollo del proyecto específico y contribución y beneficio de las partes en relación a los resultados provenientes de la actividad.


TERCERA: Las partes se comprometen a la realización conjunta de estudios de investigación en terrenos relativos a áreas de incumbencia común, intercambio de información y publicaciones y toda otra documentación necesaria para el trabajo que realicen las partes en forma conjunta o separada fijando en cada caso los puntos descriptos en la cláusula segunda para los convenios específicos.


CUARTA: La Municipalidad y la Institución podrán asignar con arreglos a los planes que se elaboren de común acuerdo, al personal científico profesional y/o técnico, equipo e instalaciones que se consideren adecuados para los objetivos fijados, cumpliéndose con las normas que al efecto rijan para cada una de las partes.

QUINTA: El presente convenio de carácter general no implicará compromisos presupuestarios para ninguna de las partes, los que serán establecidos si fueren necesarios

ES COPIA FIEL


Profa. NORMA B. BROVELLO
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

en los convenios específicos que las partes puedan suscribir oportunamente y no limita el derecho de las mismas a la formalización de acuerdos con similar finalidad con otras Instituciones, públicas o privadas.

SEXTA: El presente convenio tendrá una duración de un año a partir de su firma renovándose automáticamente por periodos iguales, salvo que cualquiera de las partes decidiera su rescisión con un aviso previo efectuado por medio fehaciente, con una antelación no inferior de sesenta días, debiéndose cumplir con las obligaciones pendientes de ejecución y sin derecho a indemnización de ninguna especie para ninguna de las partes.

SEPTIMA: La Resolución Nro. 184/92 forma parte del presente: **VISTO:** Que resulta necesario proveer lo pertinente, a fin de que en todo contrato en el cual participe la Municipalidad de Rosario conste el domicilio real de la contraparte, **SE RESUELVE:** 1- En todos los contratos en los cuales esta Municipalidad sea parte, deberá colocarse el domicilio real de la contraparte. Cuando se trate de sociedades, además de colocarse, con indicación de sus titulares, el domicilio real de la contraparte uqe sean socios solidarios. 2- Mientras subsistan los efectos contractuales, todo cambio de domicilio deberá notificarse por escrito a la repartición correspondiente según el contrato de que se trate. Si así no lo hiciera toda notificación al domicilio denunciado en el contrato, surtirá total efecto. 3- Esta Resolución deberá insertarse obligatoriamente en todo contrato, como parte integrante del mismo. 4- Insertar por la Subsecretaría de Hacienda y con conocimiento de la Contaduría General de Finanzas, archivar".

OCTAVA: A los efectos pertinentes, se transcribe el art.18 de la Ley Orgánica de las Municipalidades (L.O.M.) n° 2756 que textualmente dice:"Cuando la Municipalidad fuere condenada al pago de una deuda cualquiera, la Corporación arbitrará dentro del término de seis (6) meses siguientes a la notificación de la sentencia respectiva, la forma de verificar el pago. Esta prescripción formará parte integrante, bajo pena de nulidad, de todo acto o contrato que las autoridades comunales celebren en representación del Municipio y deberá ser transcripta en toda escritura pública o contrato que se celebre con los particulares".

NOVENA: Las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales Provinciales de la ciudad de Rosario para dirimir cualquier cuestión derivada de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente convenio, constituyendo domicilio legal ambas partes en el enunciado en el encabezamiento del presente convenio.

En prueba de conformidad y dando fe de lo expuesto, conforme con las cláusulas precedentes, firman las partes en un todo de acuerdo, previa lectura y ratificación, en número de dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 28 días del mes de diciembre del año dos mil diez.

ES COPIA FIEL

Prof. NORMA B. BROVETTO
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

Ing. ROBERTO MIGUEL LIFSCHITZ
Intendente
Municipalidad de Rosario

Ing. JAVIER A. MACCHI
RECTOR
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FISIOLOGICAS

X.C. ANEXO 3. BIBLIOGRAFÍA ANALIZADA

AUTOR Y AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	VARIABLES DE ESTUDIO	MUESTRA	RESULTADOS/ CONCLUSION
Eduardo Vázquez-Cruz, 2018	Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica	Estudio descriptivo, transversal.	Satisfacción percibida por los usuarios que recibieron atención médica en una Unidad de Primer Nivel de Atención.	Fueron 395 pacientes, 260 (66%) femeninos, 135 (34%) masculinos, edad promedio 42.80, mínima 19 máxima 91, + 16.64.	Satisfacción de la consulta con el médico familiar fue del 65%, con la atención por enfermería del 74%, con el personal no sanitario 59%, con elementos tangibles 82%, con la accesibilidad y organización 65%, con el tiempo de espera para laboratorio, gabinete, citas médicas y referencia 49%
O. Mestres 2012	Evaluación de la satisfacción percibida por el paciente neuroquirúrgico o tras el alta hospitalaria	Observacional, descriptivo, transversal	Identificar factores que pueden influir en la percepción de la calidad asistencial		
Miguel Ángel Fernández Ortega 2016	Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América	Estudio exploratorio, transversal	diagnóstico situacional de 16 países de América Latina, en cuanto a sus Sistemas		Se obtuvo respuesta de 16 de los 20 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela. No participaron: Ecuador, España, Portugal ni Uruguay. Los SRCRP funcionan en los 16 países, encontrando la mayor eficiencia en la referencia de pacientes del primero al segundo y del segundo al tercer nivel de atención. Sin embargo, las mayores dificultades

	Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria		de Referencia y Contrarreferen cia de pacientes entre los tres niveles de atención médica.		Se observan en la contrarreferencia, situación que limita la retroalimentación de los médicos de atención primaria, e incluso, a los del segundo nivel
Baena & Soares, 2012	Información recopilada con el equipo de salud para apoyar la inserción de la fisioterapia en la estrategia de salud de la familia	Estudio cuantitativo, transversal	Criterios guía de la Estrategia de Salud Familiar, identificación de situaciones existentes para la realización de fisioterapia, percepción del personal sobre la preparación para afrontar esas situaciones y la infraestructura.	196 trabajadores	Las situaciones más prevalentes fueron: hipertensión (90,8%), diabetes (89,8%), enfermedades musculoesqueléticas (88,2%), EPOC (84,7%), encamados (83,7%), dificultad para caminar (83,7%) y discapacidades físicas (82,7%). Acerca de preparación en equipo, la mayoría de los trabajadores dijeron no estar preparados para: retraso en el desarrollo neuropsicomotor (51,7%), entrenamiento de la marcha (51,8%), atención a personas con discapacidad (68,1%) y amputados (57,0%). Al evaluar la infraestructura de las unidades, la mayoría encontró el edificio en buenas condiciones y unidades, con salas de atención especializada (31,6%). Los datos muestran las posibilidades de acción del fisioterapeuta en la ESF, con el objetivo de incrementar la resolubilidad de la misma.

Ardila Gómez et al., 2012	La implementación local de la atención primaria en la Argentina: estudio de caso en el municipio de Lanús, provincia de Buenos Aires	estudio multicéntrico	traducción en servicios, prácticas y procesos de los abordajes y modelos de la Atención Primaria en Salud.	muestra aleatoria de 12 centros de salud sobre los 32 existentes. En cada uno de ellos se encuestó a 20 usuarios seleccionados aleatoriamente y tres médicos. La muestra quedó conformada por 161 adultos consultantes, 79 adultos acompañantes y 36 médicos	El estudio mostró fortalezas y debilidades del primer nivel de atención en el municipio.
Pereira & Machado, 2016	Referencia y contrarreferencia entre servicios de rehabilitación física para la persona con	Investigación exploratoria, descriptiva, con enfoque cualitativo y cuantitativo	cómo la referencia y el contrarreferencia entre el servicio de rehabilitación física,	27 sujetos	Del análisis de datos, la Idea Central (CI) surgió de la mayoría de gerentes, que las referencias y contrarreferencias entre los servicios investigados se llevan a cabo mediante referencias médicos a través de un formulario específico a tal efecto. Otro CI fue que el gerente no sabía cómo informar este flujo

	deficiencia: la (des) articulación en la microrregión Centro-Sul Fluminense, Río de Janeiro, Brasil		Unidad hospitalaria y Atención Primaria de Salud como un requisito previo para la consolidación de Care Network a las personas con discapacidad en la Región 1 de la Región Centro-Sul Fluminense, Río de Janeiro, Brasil.		
Oliveira et al., 2019	Conocimiento y uso de mecanismos de articulación clínica entre niveles en dos redes de salud en	estudio de tipo encuesta, descriptivo y transversal	conocimientos, frecuencia y características en el uso de: formulario de referencia y contrarreferencia, resumen de alta,	Se entrevistaron 381 médicos de las redes de salud pública de atención primaria y especializada de los municipios de Caruaru y	En la comparación entre redes, Recife presentó los mejores resultados. Los formularios de referencia y contrarreferencia fueron los más utilizados (61,4%) y las sesiones clínicas conjuntas fueron las menos utilizadas (8,6%), además de la existencia de mecanismos informales (teléfono 58%, ticket 56,6%, WhatsApp 2,6%). La subutilización de los mecanismos, la divergencia de información en el envío y recepción entre los profesionales de atención básica y atención especializada, y su uso inadecuado sugieren fallas en la comunicación entre profesionales y entre niveles de atención. Los hallazgos revelan la necesidad de

	Pernambuco, Brasil		teléfono y tickets (mecanismos de adaptación mutua), protocolos del Ministerio de Salud y sesiones clínicas (mecanismos de estandarización).	Recife (Distritos Sanitarios III y VII).	inversiones que brinden conocimiento, comunicación y colaboración entre profesionales,
Cafagna et al., 2014	Programas de atención de salud en zonas fronterizas: la experiencia de Ecuador y Perú	estudio de casos descriptivo y cualitativo mediante el empleo de tres métodos complementarios: la revisión bibliográfica y el análisis de documentos oficiales peruanos y	La naturaleza periférica del programa; objetivos del programa; contexto geográfico (andino región); calendario (todos los programas se implementaron	18 informantes clave; 102 trabajadores sanitarios	La principal dificultad del programa estribó en la ausencia de reciprocidad; los ciudadanos peruanos tenían derecho a servicios de atención de salud gratuitos en Ecuador, pero los ciudadanos ecuatorianos no recibían la misma prestación en Perú. También se señaló la necesidad de mejoras en materia de recursos humanos del sistema binacional. La principal fortaleza del programa fue su estructura organizativa, diseñada principalmente para la implantación de 1) la red binacional; y 2) un sistema de referencia y contrarreferencia de los pacientes que incluye la transferencia de la información clínica de los pacientes. A pesar de las considerables dificultades, los programas de atención de salud en zonas fronterizas son factibles y reproducibles. El éxito de los programas parece depender en gran medida de que se cumplan una serie de condiciones tales como 1) la consolidación del memorándum binacional original mediante un acuerdo binacional vinculante entre ambos países; 2) la consecución de estándares similares en ambos países en cuanto a la provisión y la calidad de los servicios de

		ecuatorianos, nacionales y binacionales; 18 entrevistas semiestructuradas a informantes clave; y una encuesta dirigida a todo el personal sanitario de la microrred binacional Suyo-Macará.	en o después de 2004); binacionalidad o carácter multinacional; y participación de un tercer estado o institución (es) multilateral (es)		atención de salud, con especial hincapié en la complementariedad; y 3) la creación de un sistema binacional de información integrado.
Argüello Gutiérrez et al., 2017	Conceptualización y aspectos políticos de la atención primaria en salud: mirada desde los actores sociales	Estudio cualitativo de tipo descriptivo	Acciones de Kinesiología, APS	Usuarios de los sitios de las prácticas I del Programa de Kinesiología de la Corporación Universitaria Iberoamericana (Bogotá-Colombia): n: por saturación teórica.	Dentro del marco de la APS, se evidencia un fuerte desconocimiento por parte de los actores sociales que se encuentran inmersos en la operativación de los programas de APS, en cuanto a las acciones, actividades, responsabilidades. Pudiendo asumir que una de las primeras acciones para lograr calidad en el servicio, efectividad y cumplimiento adecuado en estos programas , debe ser la educación participativa que logre empoderar a las poblaciones de su proceso de cuidado y salud; tanto desde aspectos organizacionales, políticos, e incluso económicos

Espinoza & Repetto, 2017	Propuesta de política pública para el manejo del dolor crónico musculoesquelético en Chile	Análisis de la literatura y de los servicios de salud con diseño cualitativo	la interdisciplina; la integración de los niveles de atención; la competencia intercultural; y la sostenibilidad financiera de las propuestas.	13 informantes seleccionados entre: autoridad sanitaria y pacientes.	La propuesta se puede resumir en dos elementos centrales: primero, la implementación de un programa interdisciplinario integral para el manejo de Dolor Crónico Músculo Esquelético (DCME) a nivel de atención primaria y, segundo, un nuevo problema para la atención de casos de DCME refractario en el nivel hospitalario. Ambos instrumentos van asociados a un plan de capacitación de capital humano, a un plan de fortalecimiento del automanejo del paciente y a un plan de financiamiento sostenible. Finalmente, si bien la propuesta se construyó con visión de largo plazo, se ha incorporado un análisis de factibilidad con el objetivo de construir una hoja de ruta para su implementación.
Mata et al., 2011	Dolor y funcionalidad en la atención primaria de salud	Descriptivo	Dolor, capacidad funcional, trastornos musculoesqueléticos	Muestra inicial de 200 personas. En una primera etapa se entrevistaron 64 en la unidad de atención y luego 48 en sus domicilios	El dolor y la funcionalidad son elementos poco analizados en la atención primaria de salud, a pesar de ser un reflejo directo de la salud e influir en las actividades de la vida diaria y laboral de los individuos, afectando así la calidad de vida. Se espera que los servicios de salud centren sus acciones en estos problemas. Para ello, también es necesario cambiar los paradigmas de actuación profesional en el Programa de Salud de la Familia, cambiar el modelo médico-centrado para incorporar en el equipo multiprofesional nuevos profesionales que den respuesta a los problemas musculoesqueléticos de la población, como el educador físico. y el fisioterapeuta -
Piscitelli et al., 2018	Acceso directo en fisioterapia: una revisión sistemática	Revisión sistemática	Acceso directo, Modalidades de fisioterapia, Referencia y consulta	trece estudios cumplieron los criterios de inclusión	Los hallazgos sugieren que el acceso directo (DA) a la fisioterapia es factible considerando el punto de vista clínico y económico. Sin embargo, aún se necesita más investigación debido a la escasa evidencia de los estudios revisados y para explorar la seguridad clínica de la DA.

Ludvigsson & Enthoven, 2012	Evaluación de fisioterapeutas como evaluadores primarios de pacientes con trastornos musculoesqueléticos que buscan atención primaria de salud.	estudio de cohorte retrospectivo, observacional	Evaluación primaria y manejo de pacientes con trastornos musculoesqueléticos.	Cuatrocientos treinta y dos pacientes con trastornos musculoesqueléticos, evaluados principalmente por un fisioterapeuta	Los fisioterapeutas pueden considerarse evaluadores primarios de pacientes con trastornos musculoesqueléticos en atención primaria, ya que pocos pacientes necesitaron una evaluación adicional por parte de un médico de cabecera, los fisioterapeutas identificaron a los pacientes con patologías graves confirmadas y los pacientes quedaron satisfechos con la evaluación de un fisioterapeuta.
Müller et al., 2016	Fisioterapia en hospitalizaciones evitables por enfermedades sensibles a la atención primaria	Revisión bibliográfica	kinesiología y hospitalizaciones evitables	MEDLINE: 32 trabajos completos + 7 tesis / tesis SciELO: 28 artículos completos	Aunque la literatura disponible asocia acceso a una atención primaria de calidad con una reducción de las hospitalizaciones por condiciones sensibles la atención kinésica dentro de la APS, son necesario más estudios originales que investiguen si hay una asociación entre la terapia física y la disminución ingresos hospitalarios por condiciones de atención primaria.
Márquez Abreu da Fonseca J. 2016	Fisioterapia en atención primaria de la salud. Una	Revisión bibliográfica	Actividades desarrolladas por el kinesiólogo	7 artículos	Las actividades realizadas por el kinesiólogo dentro de la APS presentaron resultados satisfactorios con impacto positivo en la salud y reducción de costes individuales y colectivos. Sin embargo, hay desafíos como el número insuficiente

	visión integrativa				de profesionales, la falta de recursos e infraestructura, la dificultad de trabajo en equipo y la necesidad de cambios en la formación profesional.
Ferreira et al., 2020	Formación profesional en fisioterapia: prácticas de atención primaria	Investigación cualitativa	Satisfacción usuaria, kinesiología	60 usuarios (33 mujeres/27hombres) de un Centro de Salud de la Familia en una ciudad del oeste de Santa Catarina	Los usuarios reconocen la necesidad de la inclusión del kinesiólogo, dentro de la APS, ya que esto es importante para facilitar el acceso a los servicios de kinesiología y ampliar la integralidad de la atención de salud al usuario. Sin embargo, tienen una visión acotada de sus incumbencias, por esto es necesario considerar el proceso de formación de este profesional, acercando la teoría y la práctica de las directrices de la atención primaria y los principios del Sistema Único de Salud.
Acosta et al., 2011	Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina	Descriptivo, transversal, cuantitativo	Satisfacción de los usuarios, el nivel de salud percibido, características sociodemográficas y tiempo transcurrido desde que el destinatario comenzó a asistir al Centro.	9 centros y 185 usuarios, distribuidos en distintos departamentos de la provincia de Córdoba, Argentina	El análisis de la satisfacción de los destinatarios de los centros de salud es importante para proporcionar información válida para generar respuestas oportunas y optimizar los recursos sanitarios. El acceso geográfico, el desempeño profesional durante la atención, el vínculo establecido entre el profesional y el destinatario y el servicio brindado por el centro de salud fueron factores valorizados por los encuestados

de Carvalho et al., 2013	Satisfacción de los pacientes atendidos en la pasantía de fisioterapia en la comunidad	estudio descriptivo, transversal y cuantitativo	relación terapeuta/paciente y satisfacción; higiene y satisfacción; acceso y satisfacción	15pacientes, con Edad de 56,7 años y desviación estándar de 23,2.(10 mujeres y 5 hombres)	Se observó un alto nivel de satisfacción general y fue observada la diferencia significativa entre los dominios relación terapeuta/paciente y satisfacción; higiene y satisfacción; acceso y satisfacción ($p<0,05$). Por medio del análisis realizado, fue posible constatar que los pacientes, en su mayor parte, se mostraron satisfechos con el servicio ofrecido.
Figueroa Pedraza & Cavalcanti Costa, 2014	Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia	Estudio descriptivo, transversal.	Utilización, Accesibilidad y calidad de servicio en atención primaria	20 unidades básicas de salud de la familia	Los indicadores de accesibilidad socio-organizacional presentaron asociación estadísticamente significativa con la percepción sobre la calidad del servicio y con la utilización. La evaluación que los usuarios hicieron de la calidad de los servicios de salud ofrecidos y la accesibilidad a los mismos estuvo directamente relacionada a los tiempos comprendidos entre la espera para marcar una consulta y el atendimento. Estos resultados son relevantes para conferir direccionalidad a las intervenciones para mejorar la organización de los servicios de salud en el ámbito de atención primaria.
Solitario et. Al, 2007	Atención Primaria de la salud e interdisciplina: dos componentes claves para las	Estudio descriptivo	atención primaria de la salud, salud mental, interdisciplina.		Este trabajo reflexiona acerca de la necesidad de implementar estrategias de Atención Primaria de la Salud (APS), que se basen en abordajes interdisciplinarios. Parte del énfasis que hace la APS en la responsabilidad social y estatal sobre la efectivización de derechos de ciudadanía social. La interdisciplina posibilita un abordaje no lineal ni unilateral, aportando una mirada compleja del campo en la que los espacios de poder ejercidos clásicamente desde las disciplinas hegemónicas, son necesariamente modificados, ya que la

	reformas en salud mental				instalación del enfoque interdisciplinario cuestiona las formaciones académicas y profesionales, obligando a su revisión, e interpelando las pugnas corporativas.
--	-----------------------------	--	--	--	---

X.C. ANEXO 4. GUIÓN UTILIZADO PARA LAS ENTREVISTAS

Preguntas pacientes	Preguntas kinesiólogos	Preguntas médicos
Edad / género	Cuánto hace que ejerce la profesión:	Cuánto hace que ejerce la profesión. Especialidad
Ocupación. Su afectación le impide realizar su trabajo?	Cuál es su experiencia en el ámbito de la Salud Pública:	Cuál es su experiencia en el ámbito de la Salud Pública?
Motivo por el que viene a Kinesiología. Quién realizó la derivación o lo envió a Kinesiología? Conocía la labor de los/as Kinesiólogos/as? Es la primera vez que asiste a este servicio?	Cómo se organiza el servicio en el centro de salud: derivaciones y seguimiento, patologías frecuentes,	Según su conocimiento y experiencia profesional: cuáles son las acciones y funciones que cumple en general el profesional de kinesiología cuando de personas con afecciones de origen músculo esqueléticas se trata? Sobre qué aspectos se centra su rol?
Ha realizado Kinesiología en otro Centro de Atención Primaria? En su hospital de referencia?	Qué tipo de actividades considera que tiene que tener el Servicio de Kinesiología a partir de las características de la población que asiste al CAP? Contemplando las derivaciones y el perfil de los usuarios.	¿Cómo llegan los y las pacientes al Servicio?
Cómo impactó en su salud la atención? Le parece que le ayudó en algo? De ser así, en qué?	Considera que es valorado el rol de la Kinesiología en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud? Puede explicarlo?	