



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD COMUNITARIA**

ANÁLISIS CRÍTICO DEL PROCESO DE ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL CUESTIONARIO PCAT-FE* EN URUGUAY

Autor:

Lic. Enf. Maira Castro

Tutor:

Mg. Miguel Pizzanelli

Prof. Mg. Fernando Bertolotto

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2020

*A María Elida, Juan José, Javier, Martina, Amanda y Emma;
a las familias del Este de Canelones
y a las referentes, enfermeras y médicos comunitarios
que marcaron mi camino.*

AGRADECIMIENTOS

*A los tutores, al equipo de investigación PCAT-FE,
a los integrantes del panel de expertos
y a las docentes del Depto. de Enfermería Comunitaria.*

Resumen:

Estudio de diseño cualitativo de carácter descriptivo-interpretativo. Se propone realizar un análisis crítico, identificando los supuestos que intervienen en un segmento del proceso de adaptación del PCAT-FE Uruguay. El material de estudio surge del proceso de TACV del PCAT FE Uruguay, que requiere en su paso III, la intervención de un panel de expertos. Se estudiaron las siguientes categorías: Características del vínculo equipo de salud-persona/comunidad, Adaptación al sistema de Salud Uruguay, Trabajo en equipo interprofesional, Coherencia del cuestionario, Adaptación contexto uruguayo, Integralidad, Enfoque de riesgo y Orientación y participación comunitaria.

Los supuestos teóricos identificados tanto en el cuestionario como en los discursos de los miembros del panel, revelaron una tensión con los supuestos del modelo de APS.

En un contexto político e institucional marcado por la reforma del sistema de salud, la tensión existente entre una cultura acorde al modelo médico hegemónico y los enfoques de salud pública clásicos por un lado y el nuevo modelo de atención sustentado en la estrategia de APS por otro, continúan condicionando la instauración de este último.

Es necesario un proceso de actualización de los ítems que componen los atributos en el cuestionario, a la luz de las nuevas perspectivas de salud colectiva, el contexto epidemiológico, los avances en materia de las tecnologías de la información y comunicación. Asimismo, es necesario incorporar elementos relacionados al habitus asistencial, la medicalización, la multidimensionalidad de los atributos de la APS, el trabajo en equipo multiprofesional, a los componentes intersubjetivos, discursos y representaciones de los distintos actores que intervienen en la producción del cuidado, orientados a favorecer los procesos de deconstrucción necesarios en el ámbito de la intimidad de los procesos de trabajo.

Abstract:

Descriptive-interpretive qualitative design study. It proposes to do a critical analysis of a segment of the adaptation process of PCAT-FE Uruguay while identifying the conceptual assumptions involved. The study material arises from the TACV process of the PCAT FE Uruguay, which requires, in its step III, the intervention of a panel of experts. The following categories were studied; characteristics of the link between health team-person/community, adaptation to the uruguayan Health System, interprofessional teamwork, questionnaire coherence, adaptation to an uruguayan context, integrality, risk approach, and orientation and participation of the community.

The theoretical assumptions identified both in the questionnaire and in the panel members' speeches revealed a tension with the assumptions of the PHC model.

In a political and institutional context marked by the reform of the health system, the tension between a culture in line with the hegemonic medical model and classical public health approaches on the one hand and the new model of care supported by the PHC strategy on the other, continue to condition the establishment of the latter.

It is necessary to update the items that make up the attributes in the questionnaire, in the light of the new perspectives on collective health, the epidemiological context, and advances in the field of information and communication technologies. Likewise, it is necessary to incorporate elements related to the care habitus, medicalization, multidimensionality of the attributes of PHC, multiprofessional teamwork, the intersubjective components, discourses and representations of the different actors involved in the production of care, oriented to favor the development of the necessary deconstruction in the area of the privacy of work processes.

Palabras claves:

PCAT, Atención Primaria de Salud, Evaluación de Servicios de Salud

Keywords:

Primary care assessment tools (PCAT), Primary Health Care, Health Services Assessment

TABLA DE CONTENIDOS

1. Introducción	5
1.1. Antecedentes	10
2. Objetivos	15
2.1. Objetivo General	15
2.2. Objetivos Específicos	15
3. Fundamentos Teóricos	16
3.1. Atención Primaria de Salud	16
3.2. Evaluación de la Atención Primaria	19
3.3. Atributos de la APS	20
3.4. Niveles de Atención	22
3.5. Trabajo en equipo en APS	23
4. Metodología	28
4.1. Consideraciones éticas	32
4.2. Plan de Análisis	33
5. Análisis y resultados	38
5.1. Análisis del cuestionario PCAT-FE	38
5.1.1. Atributo: Primer Contacto-Accesibilidad	38
5.1.2. Atributo: Atención longitudinal*	43
5.1.3. Atributo: Atención Coordinada	52
5.1.4. Atención integral	57
5.2. Análisis y resultados del panel de expertos	67
6. Discusión	89
7. Conclusiones	94
8. Referencias	96
9. Anexos	100

1. INTRODUCCIÓN

El siguiente informe corresponde a la investigación final “Análisis del proceso de adaptación transcultural del cuestionario PCAT-FE en Uruguay”, correspondiente a la Tesis Final de Maestría (TFM) en Salud Comunitaria del Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

Desde la Declaración de Alma Ata en 1978, diversos organismos internacionales han reconocido la Atención Primaria de Salud (APS) como un componente esencial para lograr sistemas de salud más eficientes y equitativos; en el entendido que ésta puede adaptarse a diversos contextos políticos, sociales, culturales y económicos. (Organización Panamericana de la Salud, 2007) Varios países de Latinoamérica han reformado su sistema de salud haciendo énfasis en la estrategia de APS. Sin embargo, esta diversidad de contextos y características de los sistemas sanitarios ha dado origen a tensiones entre las distintas maneras de concebir y abordar la implementación de la APS, así como en la concreción de valores y principios propuestos. (Ríos, y otros, 2015)

En Uruguay la reforma del sistema de salud se inició en el año 2007, sustentada en el cambio de modelo de atención, gestión y financiamiento.

Las transformaciones en el modelo de gestión incluyeron la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que articula a los prestadores públicos y privados, a través de la Ley 18.211 y reglamenta el derecho a la protección a la salud, así como también el acceso a servicios integrales para todos los habitantes del país. El capítulo IV establece la organización por niveles de atención y la estrategia de atención primaria priorizando el primer nivel de atención. (Parlamento del Uruguay, 2007) En este sentido, resulta esencial contar con instrumentos que permitan evaluar los avances en la reforma sanitaria, específicamente en lo relacionado a la atención primaria como uno de sus ejes fundamentales. Las revisiones muestran que el PCATool es una de las herramientas más

idóneas ya que incorpora la perspectiva de los distintos actores involucrados en el proceso y permite evaluar las funciones esenciales de la APS. Presenta además una consistencia interna adecuada, confiabilidad y validez de constructo. (Berra, y otros, 2011; Gervás, 2013)

El PCATool, se basa en un modelo de evaluación de calidad de servicios de salud constituido por cuatro cuestionarios dirigidos a los diferentes actores que participan en el proceso: a) PCAT Sistemas, orientado a gestores de políticas sanitarios y a expertos. b) PCAT-PE (profesionales), tiene como población objetivo los integrantes de los equipos de salud del primer nivel de atención. c) PCAT Usuarios, en una versión para adultos y otra para niños. d) PCAT-FE, dirigido a gestores de centros y servicios del primer nivel de atención. (Pizzanelli, 2015; Starfield & Shi, 2009) Asimismo, estos cuatro cuestionarios tienen una estructura en común, lo que facilita su análisis independiente y a la vez en conjunto.

Este trabajo está centrado en el proceso de adaptación cultural del cuestionario PCAT-FE (Servicios), dirigido a gestores de servicios del primer nivel de atención.

Para su implementación en otros países, con idioma y cultura diferente este instrumento requiere previamente llevar a cabo un proceso de traducción, adaptación cultural y validación (TACV) que está constituido por dos etapas:

- Traducción y adaptación cultural en el idioma de destino. En la primera se traduce el cuestionario desde su versión original, manteniendo su estructura, y equivalencia semántica.
- Validación incluye la evaluación de la consistencia interna, la fiabilidad intra-observador e inter-observador. Así como también, la validez aparente o lógica, de contenido, de criterio y de constructo.

La etapa de Traducción y adaptación cultural, implica una secuencia de pasos que se describen a continuación:

- PASO I: Traducción directa. Será realizada por dos traductores cuya lengua materna sea el idioma de destino, uno que conozca las características del estudio y un traductor profesional.
- PASO II. Síntesis de traducciones. Las dos versiones (realizada por el traductor y realizada por el equipo) serán analizadas por todo el equipo de investigación y se discutirán las discrepancias hasta alcanzar el consenso, en aquellos casos que sea posible. El producto de esta etapa consiste en llegar a una versión de síntesis que será sometida al panel de expertos.
- PASO III. Panel de Expertos. Consolidación por comité de expertos: se constituye un grupo multidisciplinario, de entre 7-10 integrantes, conformado por profesionales de la salud con experiencia en el área, referentes del ámbito laboral y académico, gestores, pertenecientes tanto al sector público como privado del área urbana y rural (Ramada, Serra, & GL, 2013) El objetivo del panel de expertos es realizar un análisis en profundidad, de los enunciados que presentaron discordancia para alcanzar el consenso y obtener un único cuestionario PCAT-FE, adaptado culturalmente al idioma de destino.

En Uruguay se ha realizado la traducción y adaptación cultural de la versión para profesionales y para usuarios. A partir del año 2015, el grupo de investigación liderado por el Dr. Miguel Pizzanelli, lleva a cabo la TACV del cuestionario PCTA-FE, dirigido a los gestores. Como integrante de este equipo de investigación, en la etapa de adaptación cultural surge el planteo del problema y la pregunta de investigación del trabajo final de maestría. El siguiente esquema permite visualizar el proceso de trabajo a lo largo del tiempo en ambos estudios:



Diagrama I: Línea de tiempo del proceso del Trabajo Final de Maestría

Durante la etapa de adaptación cultural se identificaron algunos aspectos relacionados a los paradigmas de salud en juego en el propio instrumento, que contrastaban con los enfoques actuales de salud colectiva y también, con la praxis observada en los equipos de salud a lo largo de diez años de trabajo en el PNA. Efectivamente, en el proceso de consulta de los expertos pudimos observar que ciertas dificultades de adaptación de la herramienta, parecían corresponder a un relativo desfasaje entre el referencial cultural de los expertos consultados, el marco conceptual de la APS, el nuevo marco organizacional del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) generado por la reforma del sistema de salud iniciada en 2007, y a veces también de la propia matriz de la herramienta.

Partiendo de estas bases empíricas, nos propusimos así responder a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los supuestos teóricos y culturales del campo de la salud, identificados en el cuestionario y en el discurso de los expertos, que intervienen en el proceso de adaptación cultural y al sistema de salud del PCAT-FE en Uruguay?

El abordaje de la pregunta de investigación se realiza desde la teoría y el pensamiento crítico y esto tiene implicancias específicas tanto en el diseño metodológico como en la ejecución del trabajo. Según este enfoque, “la tarea de la investigación es sacar a la luz los supuestos y premisas implícitas de la vida social sujetos a transformación, así como las proposiciones que no varían”. (Popkewitz, T. citado por Porta & Silva, 2003). Entiende asimismo, que ni la ciencia ni las metodologías utilizadas son neutrales y objetivas, sino que se corresponden con una determinada manera de comprender la realidad. En este sentido, se propone develar los intereses y necesidades que se ponen en juego en la construcción del conocimiento y que se expresan en un contexto histórico y social determinado. (Porta & Silva, 2003) Desde esta perspectiva, es necesario, tener en cuenta que lo que sucede en los servicios de salud del PNA requiere de un abordaje complejo, acorde a la complejidad de los procesos que conforman el campo de la salud. Según Bourdieu el campo es un sistema de relaciones y de posiciones, un espacio de juego y de conflictos. En el interior de este campo, que tiene reglas y propiedades específicas, los agentes entablan el juego por la distribución desigual de bienes, con el fin de reproducir o transformar sus posiciones. (Castro, 2010) La desconsideración de los aspectos sociales y culturales relacionados a los significados y a las relaciones de poder implica que la determinación de los problemas y su resolución se realice de manera superficial. En este contexto, desde una perspectiva crítica es fundamental entender como intervienen estos aspectos vinculados al campo de la salud y qué elementos se ponen en juego en el proceso de adaptación. Considerando que existen dos momentos particularmente relevantes en este proceso, con productos específicos, por un lado, el material obtenido luego de realizada la traducción directa del cuestionario y por otro el que surge del panel de expertos. Atendiendo estos aspectos, el trabajo final de Maestría se lleva a cabo en dos dimensiones:

- Se realiza un análisis crítico de los enunciados del cuestionario correspondientes a los cuatro atributos esenciales, (luego de realizada la traducción directa por la traductora profesional y el equipo de investigación).
- Se analiza el discurso de los expertos que integraron el panel en el paso III, desde una perspectiva crítica.

Cabe señalar, que si bien el PCAT es una herramienta que ha sido utilizada en varios países no se encontraron artículos de investigación referidos a estudios que realizarán un análisis crítico del proceso de adaptación. Este aspecto confirma la relevancia del trabajo final de Maestría como contribución al desarrollo del conocimiento en el tema.

En este informe, siguiendo las pautas de presentación de este tipo de trabajos y tomando en cuenta de que se trata de una investigación cualitativa, en el capítulo dos se plantean los objetivos y en el tres se abordan los fundamentos teóricos considerados relevantes. Los aspectos éticos y metodológicos de la investigación se estudian en el capítulo cuatro. Posteriormente en el capítulo cinco, el apartado referido a Análisis y Resultados se lleva a cabo en dos dimensiones; en el ítem 5.1 se realiza un análisis crítico de los cuatro atributos esenciales del cuestionario PCAT-FE y en el 5.2 el análisis del discurso del panel de expertos. Hacia el final del informe, en los capítulos seis y siete se detallan la discusión y las conclusiones respectivamente.

1.1. ANTECEDENTES

El PCAT fue aplicado por primera vez en 1998, ha sido utilizado a nivel internacional en varios países como Brasil (Harzeim, y otros, 2010), Canadá, España, Hong Kong, Taiwán y se encuentra en proceso de adaptación en Filipinas, Sudáfrica y China. En Argentina entre el año 2009 y 2010 se llevó a cabo el proceso de TACV de las versiones extensas del PCAT para usuarios adultos e infantiles, profesionales y gestores. (Berra y otros,

2011; Berra y otros, 2013; Pasarín y otros, 2007; Hauser y otros, 2013; Harzeim y otros, 2013)

En nuestro país el proceso de validación de este instrumento comenzó en el año 2008 como grupo de investigación independiente vinculado al Departamentos de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la UDELAR primero y al Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la misma institución luego. En primera instancia, se llevó a cabo el proceso de TACV de la versión PCAT para profesionales. En el año 2010, en nuestro país se realizó el Seminario Internacional de Evaluación del Primer Nivel de Atención que convocó a investigadores de la región que utilizaban el instrumento PCAT, así como también a sus autores e investigadores principales (Bárbara Starfield y Macinko), consolidándose a partir de ese momento una red de cooperación internacional de Grupos de investigación de Iberoamérica (Colaboración IA-PCAT), que tiene como uno de sus objetivos, a través de esta herramienta, evaluar el desempeño del primer nivel de atención en sistemas de salud sustentados en la estrategia de APS. El propósito ha sido desde entonces contar con todas las versiones del PCAT traducidas y validadas para ser aplicadas en Uruguay.

En la búsqueda de antecedentes bibliográficos se consultaron páginas web institucionales de la OMS, se consultaron las bases de datos PubMed, Bibnacional y el portal Timbó.

Esta búsqueda se complementó con una revisión manual de artículos clave procedente de lecturas del tema obtenidas a través de expertos en PCAT en nuestro país.

Se encontraron dieciséis artículos sobre el PCATool correspondientes a estudios desde el año 2014 hasta el 2019, en PubMed. Las palabras claves utilizadas fueron: atención primaria, PCAT, evaluación de servicios de salud y calidad de asistencia de salud. En Sudáfrica, Japón, Noruega, Vietnam, China y Australia (realizado en conjunto por ambos

países), contaban con un estudio cada uno, mientras que tres eran de Brasil, tres de China (uno compartido con Australia) y tres de Argentina (uno en conjunto con España).

Cinco estudios correspondían a trabajos de desarrollo y validación del PCATool y el resto eran de aplicación de alguna de las versiones del instrumento.

Además de las palabras claves ya mencionadas se han utilizado las siguientes en google académico: limitaciones PCAT, críticas PCAT, evaluación atención primaria.

Los criterios de inclusión utilizados para acotar la búsqueda han sido documento a texto completo, idiomas inglés, portugués y castellano, publicaciones de los últimos cinco años, revisión sistemática y artículo de investigación. Se han excluido publicaciones que están duplicadas, y los anteriores a 2014, excepto artículos clásicos citados de forma reiterada.

En la búsqueda bibliográfica realizada no se hallaron artículos referidos a un análisis crítico del instrumento, sin embargo, se encontraron algunos estudios referidos a procesos de actualización y revisión sistemática del uso del PCAT, entre ellos se destaca:

■ (Prates & col, 2017), realizaron un estudio titulado: Desempeño de la Atención Primaria de Salud según el instrumento PCATool: una revisión sistemática. El objetivo fue analizar estudios a nivel mundial que evaluaran el desempeño de servicios de APS a través del uso de PCATool versión usuarios.

■ En el año 2017 Giraldo y colaboradores realizaron una versión para Colombia en conjunto con el grupo de Colaboración Iberoamericana IA PCAT de la herramienta PCAT-PE dirigido a profesionales y del PCAT-FE (versión gestores). (Giraldo, Veléz, Pasarín, Ponzo, & Berra, 2018) Este grupo, propuso algunas modificaciones en el proceso de adaptación transcultural en base a las versiones ya validadas en español en Argentina y España, en el caso del PCAT-FE, tomando como referencia el cuestionario original de Estados

Unidos y el de Brasil. Se convocó a un grupo de expertos que evaluaron cada uno de los ítems en busca de la equivalencia semántica, práctica y cultural. En la fase 2 del estudio se realizó la revisión internacional por investigadoras de Argentina, España y Uruguay pertenecientes a la Colaboración Iberoamericana PCAT. Posteriormente se llevaron a cabo las pruebas preliminares de los cuestionarios con representantes de la población objetivo de cada uno, donde se indagaba además sobre la dificultad, comprensión, interés y adecuación del lenguaje.

El objetivo de este trabajo consistía en obtener versiones de la herramienta PCAT dirigido a profesionales y gestores para Colombia, a través de un proceso de adaptación transcultural modificado para conseguir la equivalencia con los cuestionarios originales. Los resultados obtenidos se relacionan por tanto a la adaptación al contexto colombiano, como por ejemplo en el caso del uso del término “Medicina familiar”: que fue considerado adecuado para su aplicación, siendo también denominado como “medicina comunitaria”, “salud familiar”, “atención familiar”. O cómo en el caso de la palabra intención en el siguiente enunciado que fue extraída porque generaba dudas: “¿En su institución de salud se pregunta a sus usuarios sobre sus opiniones o intenciones cuando se planifica su tratamiento o atención, o la de un miembro de su familia?”. (Giraldo, Veléz, Pasarín, Ponzó, & Berra, 2018, pág. 108)

Otro ejemplo es el uso del término cobertura que en el ámbito colombiano se relaciona a un indicador de resultado.

“¿Aproximadamente qué porcentaje de los usuarios de su institución de salud tienen una cobertura que limite o requiera aprobación de las remisiones?”. En este caso, se reformuló el enunciado y la palabra fue cambiada por “plan de salud”. (Giraldo, Veléz, Pasarín, Ponzó, & Berra, 2018, pág. 108)

■ D'Avila y col. llevaron a cabo en 2017 una revisión integrativa sobre el uso del PCAT como instrumento de evaluación de los servicios de atención primaria desde la percepción de los usuarios en Brasil y en otros países donde fue validada la herramienta. (D'Avila & col, 2017)

Si bien ese estudio se centró en el PCAT versión usuarios, se considera pertinente incluirlo en los antecedentes dado que los cuestionarios (profesionales, gestores y usuarios) tienen una estructura similar con varios enunciados que se reiteran en esas versiones. Este estudio propone que luego de quince años de su aplicación inicial es necesario un proceso de actualización de los ítems considerados para cada atributo del instrumento. En particular, el atributo de primer contacto, teniendo en cuenta las nuevas formas de comunicación médico-paciente como por ejemplo email, telemedicina, entre otros. Asimismo, el impacto del uso de sistemas de información electrónicos que sustituyeron el papel, abre un espectro de posibilidades en el atributo Coordinación. En el caso del atributo Integralidad, los cambios epidemiológicos requieren incluir nuevos ítems. (D'Avila & col, 2017)

Esta herramienta ha sido utilizada a nivel mundial a través de diferentes versiones validadas para contextos locales que permiten comparabilidad de los hallazgos.

Por otra parte, cabe señalar que, a la luz de las observaciones empíricas, en el ámbito del primer nivel de atención en nuestro país, (que desde 2007 propone un modelo de atención centrado en la APS), se identifican algunos elementos claves relacionados a los atributos, inherentes a la praxis, que no están contemplados en el instrumento.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar los supuestos teóricos y culturales que intervienen en el proceso de adaptación cultural y al sistema de salud del PCAT-FE en Uruguay.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los supuestos teóricos y paradigmáticos que fundamentan el instrumento PCAT.
- Identificar los supuestos teóricos y culturales de los expertos que participaron en el proceso de adaptación cultural.
- Analizar la incidencia de los supuestos teóricos y culturales del instrumento y de los expertos en el proceso de adaptación cultural del PCAT.

3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

3.1. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Del 6 al 12 de setiembre de 1978 se reúne en Alma-Ata (URSS), La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el gobierno local. Estuvieron presentes delegaciones de 134 países, 67 organizaciones de las Naciones Unidas, ONG que colaboran con OMS y organismos especializados, entre otros. Surge luego de varias reuniones sobre APS a nivel mundial, en distintas regiones entre los años 1977-78; donde se instaba a la acción urgente de los gobiernos, del personal de salud, para proteger y promover la salud de los pueblos. (Organización Mundial de la Salud, 1978)

Los objetivos de la Conferencia consistían en promover el concepto de APS, intercambiar experiencias sobre la organización de la misma según los diversos sistemas y servicios de salud de los países; evaluar la situación de salud a nivel mundial considerando que puede mejorar con esta estrategia. Así como también definir los principios de la APS y la manera de operativizarla.

La Declaración concebía la salud como un derecho humano fundamental. Teniendo en cuenta la desigualdad en el estado de salud y la injusta distribución de los recursos, tanto dentro de los países como entre ellos, se exhortaba a abordar los problemas de salud desde una nueva perspectiva que permita llevar adelante una vida social y económicamente productiva, así como también una distribución más equitativa de los recursos.

En esa oportunidad se define la atención primaria de salud como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país

puedan soportar... constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad” (Organización Mundial de la Salud, 1978, pág. 44)

La atención primaria constituye el núcleo del sistema sanitario, los otros niveles de atención convergen en el primer nivel y facilitan la continuidad asistencial.

Establecer la atención primaria como política de salud prioritaria requiere de una estrategia específica para formularla e implementarla, así como también de la participación de todos los componentes y sectores sanitarios. Convirtiéndose en un programa de carácter nacional cuya planificación abarque todos los niveles, desde el central (ministerio de salud), hasta el comunitario.

Cabe señalar además que tiene más probabilidades de ser eficaz, en tanto se encuentre integrada a las políticas generales de carácter social y económico.

El trabajo en equipo, la intersectorialidad, la participación comunitaria y la reorientación de los servicios constituyen los componentes estratégicos de la APS (Organización Mundial de la Salud, 1978). Se definieron además componentes programáticos y principios, que fueron reformulados en el año 2003. En este año surge la iniciativa a través de la Organización Panamericana de la Salud de realizar una revisión teórico-práctica de esta estrategia, con la finalidad de renovar la misma en función de los nuevos desafíos epidemiológicos, el desarrollo de nuevos conocimientos, las nuevas necesidades en el área de la salud y del desarrollo. Surge entonces, en el año 2005 la Renovación de la Atención Primaria de Salud (OPS/OMS, 2007), sustentada en valores, principios y elementos. Considerada un componente esencial en los sistemas de salud efectivos, en tanto estrategia que contribuye a disminuir las inequidades en salud de las poblaciones y puede, además, adaptarse a diversos contextos y situaciones.

Un sistema de salud basado en los valores de la APS es aquel que tiene como propósito, el derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible, promoviendo además la equidad y la solidaridad. Estos valores son fundamentales para establecer las prioridades nacionales y proveen una base moral para el desarrollo de políticas y programas.

El derecho a alcanzar el mayor nivel de salud implica que los servicios de salud deben responder a las necesidades de la población, logrando la máxima efectividad y eficiencia. Este derecho esta interrelacionado con la equidad y la solidaridad.

La equidad en salud se define como la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso, así como también a entornos saludables. Constituye un requisito para el desarrollo de las capacidades, las libertades y los derechos de las personas, implica la participación ciudadana y la implementación de políticas y programas pro-equitativos.

La solidaridad social está dada por el grado en que las personas trabajan conjuntamente para definir y conseguir un bien común. Es una condición necesaria para que las inversiones en salud sean sostenibles para la mancomunación del riesgo, la protección financiera y para el trabajo intersectorial.

Los principios en un sistema de salud sustentado en la APS, constituyen la base para las políticas de salud, la legislación, la evaluación y la asignación de recursos:

- Responder a las necesidades de salud de la población.
- Servicios orientados hacia la calidad, hacen hincapié en la dignidad y el respeto.
- Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos que garanticen los derechos sociales de las personas.
- Justicia social: una sociedad que asegura el desarrollo de todos sus miembros y aborda los determinantes sociales de la salud.

- Sostenibilidad del sistema, a través de la planificación estratégica y el compromiso político.
- La participación considera a las personas como socios activos en la toma de decisiones para la asignación y el uso de recursos.
- Intersectorialidad: requiere del trabajo conjunto para que las políticas públicas contribuyan a mejorar el nivel de salud y desarrollo.

Los elementos estructurales y funcionales de la APS incluyen: cobertura y acceso universal, primer contacto (puerta de entrada), atención integral, integrada y continua, orientación familiar y comunitaria, énfasis en promoción y prevención, cuidado apropiados, mecanismos de participación activa, marco político legal sólido, políticas y programas pro equitativos, organización y gestión óptimas, recursos humanos adecuados, recursos adecuados y sostenibles y acciones intersectoriales.

Podemos afirmar que una estrategia para renovar la APS, implica incluir a la misma en una agenda más amplia de equidad y desarrollo humano, el fortalecimiento de los sistemas de salud, la participación comunitaria, la intersectorialidad y la capacitación de los equipos de salud.

Conocer las necesidades y problemas de salud de las comunidades es imprescindible para poder abordar los determinantes de la salud y mejorar el nivel de salud. (OPS/OMS, 2007)

3.2. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

La evaluación, en tanto etapa que acompaña todo el proceso administrativo constituye un elemento esencial para la gestión de las organizaciones sanitarias. (Mompart García & Durán, 2004)

Evaluar el desempeño de los servicios de salud implica conocer las necesidades de salud de la población, las características del acceso a los servicios, la calidad de la atención brindada, el uso que se hace de los recursos, la eficacia, eficiencia, seguridad y

aceptabilidad. Esta evaluación en el ámbito de la planificación en salud, siguiendo a Donabedian, se basa en el análisis de indicadores de estructura, proceso y resultados. En el campo de la atención primaria es fundamental llevar a cabo evaluaciones tanto a nivel local, como regional, nacional e internacional sobre las políticas y programas implementados con la finalidad de identificar aquellas que han sido eficientes para el desarrollo de las funciones de APS. Permite además conocer el grado de implementación de la estrategia, determinar si los servicios se ajustan a las necesidades de salud de la población, identificar las áreas a reforzar para mejorar los procesos y resultados.

La evidencia muestra que la mayoría de las evaluaciones llevadas a cabo en países de baja renta se concentraron en programas específicos e indicadores de estructura y proceso, pero no así en las funciones de la APS. Lo mismo ocurre con los modelos teóricos sobre los que se evalúa la APS, que se detienen más en cuestiones estructurales y organizativas. En este sentido, es fundamental el aporte de Barbara Starfield, que definió cuatro atributos principales, estudiadas en dos subdimensiones de estructura y proceso de los servicios de salud y tres secundarios. (Berra S. , 2012)

3.3. ATRIBUTOS DE LA APS

Atributos primarios

Primer Contacto: ante un nuevo problema de salud se concurre a un centro o puesto de atención que es accesible para la población y actúa como puerta de entrada al sistema de salud. Está compuesta por dos subdimensiones: la *Accesibilidad* (constituye el elemento estructural necesario) y la *Utilización* (se refiere a si el centro es visitado ante un problema de salud).

Continuidad (Atención Longitudinal): Tiene en cuenta la relación a largo plazo entre el usuario y el equipo de salud. Promoviendo un vínculo sustentado en la confianza y el conocimiento de la persona, su familia y comunidad.

Incluye la subdimensión *Grado de Afiliación* que tiene en cuenta el grado en que las personas identifican ese puesto como lugar habitual para atender su salud y la medida en que los centros son capaces de identificar a su población de influencia. La segunda subdimensión, la *Continuidad Interpersonal*, se refiere a la atención longitudinal y centrada en la persona y no en la enfermedad.

Coordinación: Se trata de la articulación y el enlace necesario entre los servicios garantizando que la persona reciba los cuidados adecuados ante sus problemas de salud, pero bajo la responsabilidad del proveedor de APS. Comprende la referencia y el seguimiento de la atención brindada en los servicios especializados.

La subdimensión *Sistema de Información* hace referencia a la disponibilidad de instrumentos de registro y a la integración de la información obtenida al proceso de atención. Requiere además contar un plan para identificar y gestionar las necesidades de la población.

La *Integración de la Información* constituye la segunda subdimensión y tiene en cuenta tanto los mecanismos de transferencia de ésta, como las vías de recepción de otras fuentes de datos vinculados al proceso de atención.

Integralidad o Globalidad: Hace referencia a la posibilidad de que la institución brinde servicios de carácter integral, con un amplio catálogo de prestaciones, de manera articulada y acorde a las necesidades de la población. Esto requiere abordar problemas de diversa índole, ya sea biológica, psicosocial, cultural, entre otros.

La subdimensión *Servicios Disponibles* comprende aquellos servicios que el establecimiento de salud puede proveer cuando sean necesarios.

La subdimensión *Servicios Proporcionados* incluye los servicios que el puesto de atención provee y que son necesarios para la población.

Atributos secundarios

El enfoque familiar implica reconocer como centro de la atención a las personas y grupos en su contexto más próximo.

La orientación comunitaria se refiere al diseño de programas de atención sustentados en las necesidades específicas de cada población.

La tercera función, competencia cultural está vinculada con la capacidad de establecer relaciones que promuevan la atención a los problemas de salud de diversos colectivos y grupos sociales de la población asignada. (Berra S. , 2012)

En síntesis, el PCAT se sustenta en el modelo de evaluación de la calidad de servicios de salud propuesto por Donabedian. Cabe señalar que, si bien existe acuerdo en la importancia de evaluar políticas y servicios de salud, la investigación en el área es escasa. Así como también la información sobre el alcance de los objetivos propuestos y las funciones esenciales de los sistemas de salud.

3.4. NIVELES DE ATENCIÓN

Conceptualmente los niveles de atención se refieren a la manera estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades y problemas de salud de la población. En este sentido, se identifican tres niveles de atención:

Primer nivel de atención

El primer nivel constituye la puerta de entrada al sistema sanitario, es el que tiene mayor proximidad con la población. (Barrenechea, y otros, 2009) En él mismo se resuelven las

necesidades de atención básica y más frecuente, pero no de menor complejidad. Sino de lo que se denomina complejidad extensiva, que tiene en cuenta las características de los problemas de salud, en el contexto social, económico, cultural, político, donde las personas, grupos y familias llevan a cabo su vida cotidiana. (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011)

En el primer nivel se desarrollan actividades de promoción de salud, prevención de enfermedades; así como también de recuperación y rehabilitación. Comprende servicios de baja complejidad intensiva como consultorios de medicina familiar y comunitaria, policlínicas y centros de salud, entre otros. En este nivel se resuelven casi el 85% de los problemas de salud.

Segundo nivel de atención

Este nivel se refiere a establecimientos de atención (hospitales, sanatorios), donde se prestan servicios de medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Entre el primer y segundo nivel se resuelven aproximadamente el 95% de los problemas de salud de la población.

Tercer nivel de atención

En este nivel se abordan problemas de salud poco prevalentes. Es decir, patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. La cobertura debe alcanzar a la totalidad de un país. (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011)

3.5. TRABAJO EN EQUIPO EN APS

En la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud en 2005, se planteó como uno de los desafíos: “Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en

los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente”. (OPS, 2008, pág. 6) En este sentido es fundamental profundizar en el desarrollo de las competencias de los equipos de APS, desde una perspectiva de gestión.

El equipo constituye una manera de organizar el trabajo. El desarrollo de actitudes para el trabajo en equipo se genera en la práctica cotidiana, en la interacción entre sus miembros.

Lograr que un grupo constituya un equipo requiere de algunas condiciones específicas:

- El equipo es un medio para lograr un desempeño eficaz.
- Que desde el ámbito de la gestión exista una ética de funcionamiento del equipo.
- Abordaje de los factores sociales, culturales e institucionales que promueven el individualismo.
- La existencia de una adecuada organización y disciplina.
- La calidad y la integralidad determinan la capacidad de funcionamiento del equipo.
- La integración multidisciplinaria permite abordar los problemas de salud a través de una manera integral e integrada.

El equipo en tanto forma de organización del trabajo, en el ámbito de la salud, constituye un proceso dinámico, abierto y participativo fundamental para la construcción de un nuevo modelo de atención. (OPS, 2008)

La autonomía relativa de cada uno de sus integrantes, la creatividad, la interdependencia, la interdisciplina, la horizontalidad y la flexibilidad en la división de las tareas son inherentes al trabajo en equipo. Así como también la comunicación intrínseca, la existencia de un proyecto en común, especificidad en los trabajos especializados

La conformación de un equipo de salud requiere despegarse de los modelos jerárquicos verticales e implica tener objetivos en común, así como también de una distribución de las actividades, tareas y responsabilidades que tiendan al desarrollo armónico.

La participación comunitaria y el abordaje interdisciplinario fomentan el desarrollo de competencias de los equipos.

En relación a la composición de los equipos de atención primaria no existen pautas universales, sino que debe adecuarse tanto en su estructura como en el funcionamiento, al contexto social y al sistema de salud, para responder a las necesidades de la persona, familia y comunidad. En varios países se identifica como una composición mínima a la enfermera y el médico de familia, sumándose otros profesionales de acuerdo a las características de la población y de los sistemas de salud. (OPS, 2008)

Competencias de los equipos de APS

Los equipos deben tener competencias en consonancia con los elementos esenciales que caracterizan a los sistemas de salud sustentados en la APS.

Desde un enfoque de educación permanente es clave la programación desde el trabajo cotidiano en el ámbito de la salud a través del desarrollo de competencias laborales. El abordaje desde esta perspectiva de competencias permite una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación y es fundamental para lograr un mejor desempeño.

Las competencias surgen de la integración de conocimientos (saber), habilidades (saber hacer) y actitudes (estar motivado y querer hacer) que se ponen en juego al realizar una tarea y se relacionan con un desempeño adecuado tanto en el ámbito laboral como en otros contextos.

Las competencias pueden ser genéricas, específicas o humanísticas. Las primeras son esenciales para un adecuado funcionamiento y son compartidas por todos los integrantes

del equipo, posibilitando la adaptación a los cambios, permitiendo además la actualización y superación de problemas.

La comunicación, el manejo de la información, la gestión de los recursos son algunas de las competencias genéricas. La comunicación con la población, con otros niveles de atención y entre los miembros del equipo, constituye una herramienta fundamental en el trabajo cotidiano de los equipos de APS. Es esencial para brindar servicios de calidad porque mejora la satisfacción de las personas, su comprensión, adherencia, participación y la resolución de conflictos, entre otros.

El manejo y los sistemas de información son fundamentales en el ámbito del primer nivel para la planificación, gestión, evaluación, formación e investigación. La información requerida puede ser clínica, epidemiológica o administrativa. El manejo de esta información implica el desarrollo de habilidades como el conocimiento de los sistemas específicos del área de la salud, de registro e indicadores entre otros.

En relación a las competencias vinculadas a la Gestión de recursos, se refieren a habilidades necesarias para evaluar un problema y poder definir los recursos que se requieren para su resolución, en el marco del análisis de situación de salud. Esto puede implicar la movilización de recursos de otros niveles de salud, o de otros sectores.

Es importante además que el equipo cuente con competencias relacionadas a las funciones esenciales de la salud pública.

Las competencias humanísticas están vinculadas al ejercicio profesional sustentado en los valores éticos y la responsabilidad social.

En el caso de las competencias específicas, predominan los aspectos técnicos y están relacionadas a las funciones propias de los equipos de APS.

Teniendo en cuenta los elementos esenciales propuestos en el Documento de Renovación de APS, se definieron las competencias necesarias por parte de los equipos para poder

llevarlos a cabo. Identificando para cada uno de los elementos la función prioritaria de los equipos, a su vez para cada función se definieron competencias específicas para un adecuado desempeño. (OPS, 2008)



4. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se trata de un estudio de diseño cualitativo de carácter descriptivo-interpretativo que, desde una perspectiva hermenéutica, se propone realizar un análisis crítico de los “supuestos” o “postulados” conceptuales que intervienen en el proceso de adaptación del PCAT-FE Uruguay; considerando que el mismo es la expresión de la combinatoria consensuada de aquellos que fundan el modelo de base a adaptar, con los que fundan los modelos de referencia de los expertos considerados individual y colectivamente.

Este trabajo está sustentado en el pensamiento y la ciencia crítica, este hecho tiene implicancias particulares tanto en su diseño metodológico como en su estructura

Algunos de los postulados de la Ciencia y pensamiento crítico según Cebotarev son:

■ “El pensamiento crítico (PC) es definido como un método, analítico y autoreflexivo, teóricamente sustentado, de crítica de ideologías y prácticas convencionales, incluyendo la vida cotidiana, los sistemas políticos, el método científico de crear conocimientos y los del mismo PC.”

“El pensamiento crítico trata siempre sobre los valores humanistas, las condiciones de los seres humanos y las de su conocimiento del mundo social.”

“La ciencia crítica difiere así de otras teorías en sus objetivos y fines, en sus estructuras lógica y cognitiva y en la clase de reglas que utiliza para aceptar la evidencia. Las finalidades de la CC no son tanto el crear un cuerpo específico de conocimiento como el ayudar a la emancipación humana y a la ilustración.”

(Cebotarev, 2003)

■ Según esta perspectiva la realidad es compleja, y confluyen en ella grupos y colectivos con intereses contrapuestos, donde la apreciación, la percepción y la

comprensión del mundo producidas por el entramado cultural, frecuentemente impiden visualizar su verdadera esencia.

- El enfoque crítico intenta develar las relaciones de poder y de subordinación que se dan por sentadas y están naturalizadas, buscando la transformación y la emancipación social.
- Es un enfoque dinámico y va transformándose en respuesta a los entornos cambiantes; propone que la investigación debe ser contextualizadas y situada en el momento histórico. Considera que la reflexión constituye una categoría válida para la producción de conocimientos, así como el uso de metodologías diversas de investigación. (Cebotarev, 2003)

En este trabajo, basado en el análisis crítico de un segmento de la adaptación del PCAT-FE, se estudian dos elementos centrales que hacen parte del proceso, por un lado los supuestos de la herramienta y por otro, los de los expertos. En el entendido que este proceso esta mediado por los supuestos de la propia matriz del instrumento y los actores que intervienen en su adaptación. Conocer los supuestos que constituyen los atributos esenciales que configuran el referencial conceptual del instrumento; requiere identificar los principales paradigmas subyacentes desde el cual el PCAT opera y contrastarlos con los nuevos enfoques que acompañan los avances en el conocimiento y los cambios en el contexto social, demográficos y epidemiológicos, entre otros.

Por otra parte, un aspecto importante del proceso de adaptación es la consulta con los expertos, momento en que se le asigna sentido y significado, donde confluyen además elementos subjetivos y culturales que configuran el marco referencial y los supuestos de cada uno de ellos.

El siguiente esquema permite visualizar la estrategia metodológica y el proceso de trabajo de la tesis de maestría, acorde a las particularidades del abordaje, desde el pensamiento crítico:

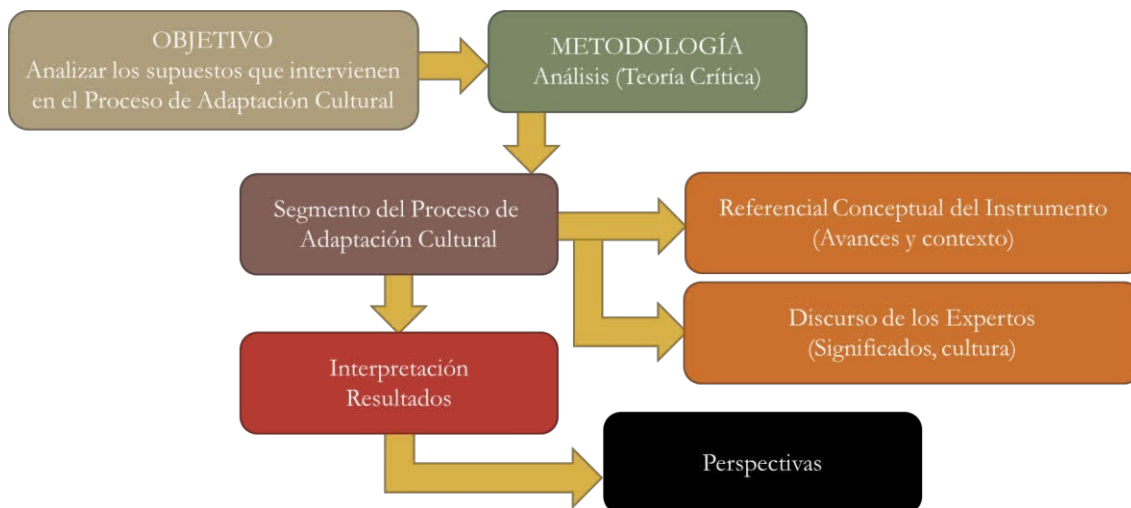


Diagrama II: Estrategia metodológica y proceso de trabajo del estudio

En síntesis, este estudio busca identificar como intervienen en el proceso de adaptación los supuestos teóricos y culturales de los panelistas y del propio instrumento que producen y reproducen significados y sentidos; problematizando y desnaturalizando ese referencial, cuestionando el orden preestablecido acorde a los principios de la Ciencia Crítica.

Universo o muestra, tamaño de la muestra, criterios de inclusión, criterios de exclusión

El material de estudio proviene de dos momentos que conforman el proceso de TACV del PCAT FE en Uruguay:

- El texto de los cuatro atributos esenciales que componen el cuestionario luego de haber sido traducido por la traductora profesional y el equipo de investigación.

- La transcripción del panel de expertos, (correspondiente al paso III), luego de haber sido informados y dar su consentimiento contribuyen indirectamente a la investigación

En este caso, el panel fue constituido por una trabajadora social, dos licenciadas en enfermería y cinco médicos (una especialista en epidemiología, dos en administración, y un especialista en medicina familiar y comunitaria).

Criterios de Inclusión

Según las pautas del proceso de TACV del PCAT, para la conformación del “Panel de expertos”, se convoca a un grupo multidisciplinario conformado por profesionales de la salud con experiencia en el primer nivel de atención, referentes del ámbito laboral, académicos y gestores.

El objetivo del panel de expertos, es realizar un análisis en profundidad de los enunciados que presentaron discordancia para alcanzar el consenso y obtener un único cuestionario PCAT-FE, adaptado culturalmente al idioma de destino. En este caso, se definieron los siguientes criterios de inclusión: ser profesional de la salud con experiencia laboral de más de un año en el primer nivel de atención o en el ámbito de la gestión, así como también poseer comprensión lectora de inglés.

Criterios de exclusión: encontrarse de licencia, estar fuera del país.

Técnica de la obtención de datos

Fuentes primarias:

Ayudados por una grilla inicial de macro categorías de análisis definidas a partir del análisis de la literatura y la observación empírica del proceso de validación del PCAT-FE Uruguay, se procedió a realizar el análisis crítico del contenido de los cuatro atributos esenciales del cuestionario PCAT-FE en su versión directa por el lingüista y la versión

de síntesis elaborada por el equipo encargado del proyecto de adaptación; de las transcripciones de discursos individuales del panel de expertos registrados en el proceso de TACV que incluye los consensos alcanzados. La triangulación de los resultados obtenidos debería poner en evidencia la trama ideológica y conceptual del instrumento final consensuado; permitiendo así apreciar su coherencia con el nuevo modelo de atención en el que debería ser aplicada en el país.

Instrumentos

Una parte de los instrumentos utilizados para la producción del material de estudio, son aquellos previstos por las pautas del proceso TACV. Es decir, instrumentos de registro que presentan la versión original del PCAT-FE en inglés, la versión de traducción realizada por el lingüista y la versión de síntesis llevada a cabo por el equipo de investigación.

Para el análisis crítico del contenido de los materiales extraídos del panel de expertos, a partir de la literatura y la observación empírica del proceso de adaptación de la herramienta PCAT FE Uruguay, se diseñó una grilla inicial de macro categorías y sub categorías específicas a las diferentes dimensiones de la problemática, que permitió realizar el trabajo de codificación correspondiente, integrando hasta la saturación de datos, nuevas categorías y sub categorías. En el caso del análisis del cuestionario, las categorías consideradas coinciden con los cuatro atributos esenciales (accesibilidad, atención longitudinal, atención coordinada e integralidad).

4.1. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio es realizado en conformidad con la reglamentación en materia de consideraciones éticas para la investigación en salud, definidas por el Decreto N° 379/08 del 4 de agosto del 2008 de Presidencia de la República. En conformidad con el Artículo

3 de dicho Decreto, el estudio base de adaptación de la herramienta PCAT FE Uruguay, benefició del aval del Comité de Ética de la facultad de Medicina de Udelar (ver Anexo I). Los panelistas participantes firmaron un Consentimiento libre e informado, con autorización de la grabación de sus discusiones (ver Anexo II).

Para la realización del estudio aquí presentado se solicita el aval del Comité de Ética de la Investigación de la facultad de Enfermería; solicitando a los panelistas participantes la firma de un Consentimiento libre e informado autorizando el uso del material producido en el panel, de manera anonimizada, para el presente estudio (ver Anexo II)

4.2. PLAN DE ANÁLISIS

El análisis de los datos se organiza en dos dimensiones. Por un lado, se realiza el análisis crítico de los enunciados del cuestionario correspondientes a los cuatro atributos esenciales de la APS definidos por Starfield (secciones C, D, E, F, G y H del cuestionario), luego de realizada la traducción directa por la traductora profesional y los aportes del equipo de investigación.

El PCAT-FE cuenta con ciento cincuenta y ocho ítems, que se responden con una escala de Likert (*1= Definitivamente no; 2= Probablemente no; 3= Probablemente, 4= Definitivamente*) que ha sido consensuada en la validación de los cuestionarios para usuarios y profesionales en nuestro país. El cuestionario incluye los siguientes apartados: Instrucciones, Información Administrativa, Información General del Servicio de Salud y Funciones esenciales y secundarias de la atención primaria. Estas últimas están organizadas en el instrumento de la siguiente manera:

- Primer Contacto/Accesibilidad se detalla en la sección C (C1 a C9 inclusive)
- Atención longitudinal: se encuentra en el apartado D (D1 a D13)
- Atención coordinada/ Sistemas de Información: se describe en la sección E (E1, E7, E8, E9, E 10, E11 y E12).

- Atención Coordinada/ Integración de la información se encuentran en la sección F (F1 a F9).
- Atención Integral- Servicios disponibles, sección G, (G1 al G29).
- Atención Integral-Servicios proporcionados, sección H (H1 a H18)
- Atención centrada en la Familia es evaluada en el ítem I (I1 al I 14)
- La Orientación Comunitaria, sección J (J1 al J24)
- La Competencia Cultural se estudia en la sección K (K1 al K11)

(Berra, y otros, 2011)

Para llevar a cabo el análisis crítico del cuestionario, se construyó un instrumento en el programa informático Excel que contiene los ítems correspondientes a los atributos esenciales, que incluye la versión en inglés, la versión del traductor y la del equipo de investigación. Se realizó además una búsqueda bibliográfica de los atributos esenciales de la APS definidos por Starfield, en base a una revisión manual de artículos clave procedente de lecturas del tema y a través de expertos en la temática de nuestro país. Este análisis se efectuó, asimismo, a la luz de la experiencia práctica desarrollada en el ámbito del primer nivel a lo largo de diez años, por la autora de este trabajo.

En una segunda dimensión, en base a lo acordado con los investigadores se estudia en profundidad el discurso de los expertos en relación a los ítems donde hubo divergencias, es decir no hubo consenso en el equipo de investigación sobre el enunciado. Los expertos analizaron durante la instancia del panel los siguientes ítems: C9, G24, H9, H13.1, H18, J1, Explicación previa a la pregunta J 20. (ver Anexo III)

El estudio de la segunda dimensión, se realiza a través de la transcripción de las grabaciones de audio obtenidas en el panel. Para el análisis del discurso del panel de expertos se analiza el material proveniente de las transcripciones y cuadernos de campo, constituyéndose categorías de análisis. Mediante codificación abierta, por comparación, se generan las categorías iniciales y subcategorías, se identifican las categorías axiales y

se establecen las relaciones correspondientes. En esta etapa se contó con una bitácora de análisis que incluye un Memo Analítico, donde se documentaron las decisiones y definiciones consideradas durante el proceso.

La codificación se realiza en dos niveles, en el primero se identifican unidades de significados, se crean las categorías y se les asignan códigos. En un segundo nivel se reconocen temas o categorías más generales. Posteriormente se realizó la descripción de cada categoría, teniendo en cuenta su significado, la frecuencia con la que aparece y el tipo de vínculo o asociación que existe entre ellas. Las categorías elaboradas para el análisis teniendo en cuenta el material obtenido en el panel y a la luz de los fundamentos teóricos considerados son las siguientes:

- **Características del vínculo equipo de salud-persona/comunidad:** Se refiere al posicionamiento en el vínculo del equipo de salud con la persona/ población atendida. A nivel individual, según Merhy ¹, se refiere al tipo de tecnologías que predominan en el proceso asistencial. De acuerdo a este autor el trabajador de la salud usa tres tipos de tecnologías (cajas de herramientas) en el proceso asistencial, tecnologías leves, duras y leve-dura.
- **Adaptación al sistema de Salud Uruguay:** Explicita como la herramienta incorpora el marco reglamentario y organizacional del SNIS, considerando su incidencia en la práctica y las percepciones de los profesionales.
- **Trabajo en equipo interprofesional:** Concepción del trabajo en equipo que se manifiesta de manera implícita o explícita. Esta categoría indaga sobre la presencia del trabajo en equipo interprofesional, en el discurso de los

1 **Tecnologías Leves:** implicadas en la producción de las relaciones que se dan en el espacio intercesor trabajador –persona. **Tecnologías duras:** que se refiere al equipamiento e instrumentos utilizados como estetoscopio, lapiceras, computadora, etc. **Tecnologías leve-duras:** implica los conocimientos y saberes estructurados como la clínica, la epidemiología, entre otros.

panelistas, en tanto elemento característico del trabajo en el PNA, así como también si se manifiestan las competencias necesarias para llevarlo a cabo.

- **Coherencia** del cuestionario: Considera aspectos relacionados a la coherencia de los enunciados (coherencia lógica de los constructos), así como a limitaciones en su formulación. Incorpora también elementos relacionados a la coherencia con otras traducciones del PCAT realizadas en otros países y con la versión de usuarios y profesionales traducidas en Uruguay.
- **Adaptación contexto uruguayo**: Explicita como la herramienta incorpora en el proceso de adaptación las características sociales, culturales, económicas y políticas de Uruguay, considerando su incidencia en la práctica y las percepciones de los profesionales.
- **Integralidad**: Considera la presencia de la integralidad en discurso de los panelistas, así como también si se manifiestan las competencias necesarias para llevarlo a cabo. Es decir, tiene en cuenta la existencia de una amplia canasta de servicios para abordar las necesidades de salud, incluyendo servicios de promoción, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación. Así como también, la atención de enfermedades agudas y crónicas, problemas comunes de salud mental e información sobre recursos de salud comunitaria, entre otros. (Shi Leiyu, 2019)
- **Enfoque de riesgo**: Esta categoría indaga tanto en la herramienta como en el discurso de los panelistas sobre el abordaje del proceso salud-enfermedad-atención centrado en la enfermedad, así como en los problemas de salud frecuentes y en los factores de riesgo.
- **Orientación y participación comunitaria**: En esta categoría explora en el discurso de los panelistas sobre las características del abordaje del atributo

orientación comunitaria. Así como también si se identifican mecanismos que lo favorezcan como población y el territorio a cargo definidos y la participación comunitaria.



5. ANÁLISIS Y RESULTADOS

En este capítulo se realiza, por una parte, un análisis crítico de los enunciados que conforman los atributos esenciales del cuestionario. Es decir, Primer Contacto-accesibilidad, (secciones C), Atención Longitudinal (sección D), Atención coordinada/ Sistemas de Información (sección E), Atención Coordinada/ Integración de la información (sección F), Atención Integral- Servicios disponibles (sección G) y Atención Integral-Servicios proporcionados (sección H).

Por otra parte, se lleva a cabo en base a las categorías generadas, el análisis del discurso de los expertos, en relación a los ítems del cuestionario donde no hubo consenso en el equipo de investigación para su traducción (C9, G24, H9, H13.1, H18, J1 y explicación previa a la pregunta J 20).

5.1. ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO PCAT-FE

5.1.1. ATRIBUTO: PRIMER CONTACTO-ACCESIBILIDAD

La sección C en el cuestionario, corresponde al Atributo Primer Contacto, está compuesta por nueve ítems, dado que el equipo de investigación separó el primer enunciado en dos quedaron diez.

Este atributo, para B. Starfield refiere que ante una nueva necesidad de salud se busca atención en el proveedor del PNA. Este constituye la puerta de entrada al sistema sanitario brindando atención directa o refiriendo a las personas al servicio apropiado. Para que los servicios puedan brindar atención como primer contacto, requiere de un componente estructural, la accesibilidad y uno comportamental, es decir que la población haga uso de ellos ante una nueva necesidad. (Shi Leiyu, 2019)

Según Starfield el componente estructural del primer contacto es la accesibilidad, en este sentido se observa que los enunciados se refieren a dimensiones administrativo-

organizacionales, específicamente a la oferta de servicios según días y horarios. Sin embargo, otros autores como Stolkiner, destacan la necesidad de trascender los enfoques que definen la accesibilidad exclusivamente como un problema de oferta de servicios, incluyendo otras dimensiones fundamentales como el espacio de encuentro entre las personas y los servicios. Stolkiner (2000) citado por (Mauro, Solitario, Comes, & Garbus, 2011) define la accesibilidad como: “el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios de salud. Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Mauro, Solitario, Garbus y Comes, 2011, sección 3)

Esta perspectiva incorpora una dimensión subjetiva y permite tener en cuenta prácticas, vivencias, saberes contruidos, experiencias con los servicios, percepciones, discursos y representaciones de la población y de los trabajadores en torno a las necesidades de salud, los servicios y la accesibilidad, entre otros. Esta dimensión subjetiva que posee múltiples determinaciones se encuentra también condicionada por el contexto histórico y la historia de vida de las personas. Asimismo, los servicios de salud, a través de sus acciones u omisiones son productores de subjetividad. (Mauro, Solitario, Comes, & Garbus, 2011)

Para Saforcada, la accesibilidad en los sistemas de salud presenta diversos componentes, formales, cuasi formales, informales, así como también uno intersubjetivo. Este último está marcado por las relaciones entre trabajadores, usuarios y los diversos actores que participan de todos los componentes. Se configuran “barreras psicosocioculturales” cuando las conexiones entre estos espacios (formal, cuasiformales e informales) se ven interrumpidas o violentadas. (Cano, Evia, & Apud, 2014)

Los enunciados que describen el atributo en el cuestionario no incluyen aspectos geográficos, económicos, socioculturales, ni tampoco referidos a las características de los

vínculos establecidos entre los equipos de salud y las personas. En este sentido, diversas investigaciones realizadas en Latinoamérica muestran la importancia de las barreras psico-socio-culturales y simbólicas en el acceso a los servicios de salud. (Carbone)

La existencia de barreras simbólicas se refiere a aquellas que están conformadas por los diversos imaginarios sociales y representaciones de las personas. La accesibilidad psicosociocultural requiere tener en cuenta las dificultades para articular las creencias y cultura de la población y la de los servicios.

El problema de definir a la accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva. Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad.

Según (Cano, Evia, & Apud, 2014), en base a lo propuesto por Stolkiner se pueden identificar cuatro dimensiones que componen la accesibilidad:

- Geográfica: que tiene en cuenta las características del espacio físico, la distancia y el transporte hacia el servicio de salud.
- Económica: implica no solo la posibilidad de pagar los costos (traslado, medicamento y otros) sino también lo que se deja de percibir por acudir al servicio.
- Administrativa-organizacional, referida a la organización y gestión de los servicios.

■ Sociocultural, relacionada no solo a aspectos sociales, étnicos y religiosos entre otros, sino también al lugar que se les asigna a los distintos actores en la relación asistencial.

Otros autores reconocen también una quinta dimensión, la seguridad, referida a la posibilidad de acceder y trasladarse libre de riesgos. Incorporan además al análisis las particularidades asociadas a la urbanidad o ruralidad de las poblaciones y los servicios. De esta manera la accesibilidad es un concepto integral, multidimensional, relacional y dinámico; en el que convergen distintos factores que trascienden tanto la oferta de servicios como las condiciones materiales, que incluye las representaciones de la población, de los trabajadores y de los gestores. Se considera que existen barreras a la accesibilidad cuando algunas de estas dimensiones se constituyen en obstáculos.

Tanto la conceptualización propuesta como los enunciados no hacen referencia a la multidimensionalidad y complejidad del concepto de accesibilidad. No se profundiza en aspectos como la asimetría de conocimiento, las características culturales, ni las relaciones de poder que subyacen en la relación equipo de salud-persona. En particular, la conceptualización, se refiere a “componentes comportamentales” del primer contacto. En relación a los enunciados C3, C5, C6 y C7: Se identifican elementos de los enfoques sanitarios de comienzo del S.XX y rasgos del modelo biomédico, centrados en la enfermedad. Desde una visión integral de salud, las personas pueden requerir acceder a los servicios por otros problemas y necesidades de salud de carácter psicosocial como violencia de género, consumo de sustancias, entre otros.

A modo de ejemplo citamos el ítem C3 del cuestionario: *Cuando el servicio está abierto y los pacientes enferman, ¿alguien del equipo de salud del servicio los ve el mismo día?*

En otro orden, cabe señalar que en esos mismos enunciados se hace uso del término paciente, para referirse a la población que requiere de atención sanitaria. En este sentido,

se destacan los trabajos realizados desde la antropología de la salud que han cuestionado estos aspectos ya que la utilización del término paciente, por un lado, apunta a la individualidad y pasividad; promoviendo prácticas normatizadoras alejadas de las necesidades y expectativas de las personas y la sociedad. Y por otro, refleja la mirada del personal y de la institución de salud sobre el sujeto. Desde esta perspectiva la atención a la salud es predominantemente vertical, depende del conocimiento especializado, técnico y jurídicamente respaldado. Se excluyen aspectos referidos a la dimensión sociocultural del proceso, la identidad e historia de vida.

Los enfoques típicos del discurso empresarial que proponen “usuario”, también han sido muy cuestionados, apuntando a una supuesta capacidad de decisión. Esta perspectiva no considera a la salud como un derecho, sino como un producto del mercado (mercancía), donde el personal de salud es proveedor y el sujeto un cliente. En este sentido se observan varias carencias importantes como no situar a la persona en el centro de la atención, ni considerar la asimetría relacional existente (donde se prescriben formas de ser y hacer), ni promover la reflexión por parte del personal de salud en una atención más humana.

Las corrientes actuales de salud comunitaria (Paim & Almeida, 1998), sin embargo, se orientan a un modelo relacional que integre los conocimientos biomédicos con los saberes, las prácticas sociales, y el significado de la enfermedad entre otros. Pensar la atención en términos relacionales, requiere contar con marcos de referencia que profundicen en las relaciones que se construyen durante la atención. Este espacio puede construirse sustentado en un sentido de comunidad, como espacio compartido de diálogo y colaboración, o bien en el individualismo y la desconfianza. Teniendo en cuenta que las personas están ejerciendo un derecho fundamental y que el personal de salud actúa como facilitador para garantizar este derecho.

El proceso de atención/cuidado de la salud se encarna en la integralidad de la persona, influyendo en sus múltiples dimensiones. Es decir, personas con una historia, cultura y grupo social que constituyen su realidad. Implica trascender la visión de que las personas llegan a los servicios en estado de indefensión, sino movilizadas por una necesidad de recuperar su bienestar, luego de haber llevado a cabo sus prácticas sociales de autocuidado.

“Ese espacio social-cultural-humano, político-económico, que surge del encuentro entre dos que interactúan y se relacionan durante la atención. La distancia construida representa una demarcación ideológica, quizá teórica, difícil de superar porque demanda iniciar con la deconstrucción de las nociones: sujeto, salud, enfermedad, atención, praxis y el propio sistema de salud. La finalidad es generar contrasentido, para que el conocimiento no se utilice como poder y la praxis abandone su nicho normatizador que niega al otro con sus procesos vitales.” (Lemus, Hamui, Ixtla, & Maya, 2017, pág. 102)

Por último, en el enunciado C4 que refiere a la posibilidad de recibir orientación telefónica en el momento, cuando lo necesiten, en este sentido en el contexto actual de desarrollo vertiginoso de las tecnologías de la información y comunicación podrían incorporarse otras vías como el email, whatsapp, entre otros.

5.1.2. ATRIBUTO: ATENCIÓN LONGITUDINAL

El atributo atención longitudinal corresponde a la sección D en el cuestionario e incluye trece enunciados. Para Starfield, se refiere al uso regular de un proveedor a lo largo del tiempo, más allá de la presencia de enfermedad. Esto implica la construcción de una relación a largo plazo entre el proveedor y el paciente, sustentada en el conocimiento mutuo de las expectativas y necesidades. Es necesario que el servicio tenga una población asignada y el establecimiento de una relación continua a lo largo del tiempo, centrada en la persona y no en la enfermedad. (Shi Leiyu, 2019)

Según Starfield citado por (Cunha & Giovanella, 2011), la longitudinalidad constituye un rasgo exclusivo y central de la APS, y se define como “el acompañamiento del paciente a lo largo del tiempo por el médico generalista o el equipo de APS, para los múltiples episodios de dolencias y cuidados preventivos.” (Cunha & Giovanella, 2011)

La presencia de este atributo se asocia con resultados positivos en salud, mayor precisión en los diagnósticos y tratamientos, menor referencia innecesaria a especialistas; así como en la indicación de estudios.

Teniendo en cuenta la revisión llevada a cabo por (Cunha & Giovanella, 2011), frecuentemente en la literatura científica se utiliza de manera indistinta los términos “cuidado continuo” y longitudinalidad; sin embargo, tienen significados diferentes. La continuidad en el cuidado se refiere a la coordinación en la sucesión de acontecimientos que se dan entre una y otra consulta frente a un problema determinado de salud, está relacionada con la trasmisión de información y no con la relación terapéutica a lo largo del tiempo. En este sentido, autores como Haggerty identifican tres tipos de continuidad en el cuidado, informacional (refiere a la transmisión de información entre los diversos proveedores para llevar a cabo el cuidado), gerencial (implica que los servicios sean brindados de manera complementaria y oportuna) e interpersonal (relación terapéutica establecida a lo largo plazo entre la población y uno o más proveedores). Este último tipo coincide en varios aspectos con el concepto de longitudinalidad propuesto por Starfield, que refiere a la relación establecida a largo plazo y no se detiene en el abordaje de un problema de salud puntual. De este modo, dada la complejidad en la nomenclatura, (Cunha & Giovanella, 2011) proponen el término “vínculo longitudinal” definido como: “la relación terapéutica establecida entre paciente y los profesionales del equipo de APS, que se traduce en el reconocimiento y utilización de la unidad básica de salud como fuente regular de cuidados a lo largo del tiempo”. (Cunha & Giovanella, 2011)

Esta conceptualización está alineada a la organización del trabajo en el primer nivel ya que no se restringe a la atención médica, sino que incluye el término equipo de salud, entendido como una ventaja apuntando a un abordaje de carácter más integral.

En la composición de este atributo se identifican tres dimensiones fundamentales, por un lado, la existencia y el reconocimiento de una fuente habitual de cuidado, el establecimiento de un vínculo a largo plazo entre las personas y el equipo de salud y, por último, la continuidad informacional.

La primera dimensión requiere que la población identifique un establecimiento para satisfacer la mayoría de sus necesidades de salud, esto implica que haya servicios disponibles (tanto cuantitativa como cualitativamente acorde a las necesidades). (Cunha & Giovanella, 2011)

Atendiendo a esta dimensión, se destaca que en la sección B, Información General del cuestionario, se indaga sobre la existencia de población asignada al servicio, lo que facilitaría que la población identifique un establecimiento como fuente de cuidado. Sin embargo, no hace referencia a los criterios para definir los límites geográficos, ni a la cantidad de población asignada, lo que no permite determinar si los servicios son suficientes, así como tampoco profundizar en las conceptualizaciones subyacentes.

Algunos aspectos referidos a los servicios disponibles fueron analizados en el atributo Accesibilidad.

La segunda dimensión, se refiere al establecimiento de una relación terapéutica interpersonal continua basada en la responsabilidad y la confianza. Para ello es necesario que la población se encuentre adscripta a un equipo de atención primaria. Este vínculo está sustentado en principios éticos donde intervienen aspectos como el poder, la dependencia y la asimetría de información, entre otros. Para que exista una buena relación, es importante tener en cuenta elementos referidos a la comunicación, la

confianza; así como la consideración de los problemas y experiencias planteados por las personas desde una perspectiva integral. En este sentido, se generan tensiones en el marco del modelo biomédico predominante, centrado en la enfermedad y la tecnología, ya que excluye entre otros, aspectos como la subjetividad y la autonomía de las personas. (Cunha & Giovanella, 2011)

La tercera dimensión, la continuidad informacional es la base de la longitudinalidad, se refiere a la calidad de los registros en salud, el manejo y la disponibilidad de los mismos. Estos registros deben ser integrales e incluir aspectos psicosociales, demográficos, familiares y espirituales, entre otros. Particularmente en esta dimensión cobran especial importancia el uso de las tecnologías informáticas tanto para el registro, como procesamiento y disponibilidad de la información en salud.

Con respecto a la segunda dimensión, que aborda el establecimiento de un vínculo duradero, es importante tener presente cuestiones referidas a la denominada “medicalización social” y a las características del relacionamiento que se promueve. En este sentido, Tesser “interpreta la medicalización social como el resultado de la socialización exitosa de la medicina moderna para grandes contingentes de población pobremente modernizados, lo que implica un epistemicidio de saberes y práctica popular o tradicional no científico” (Tesser C. , 2006, pág. 348)

Esos saberes populares son fundamentales para promover las acciones autónomas (realizadas por la persona y/o sus pares en su medio social), en el proceso de salud-enfermedad-atención. Según este autor (Tesser C. , 2006), hay una pérdida de las condiciones socioculturales que generaban una sinergia positiva entre las acciones autónomas y las acciones heterónomas en salud, (aquellas realizadas por profesionales en las instituciones). Esta pérdida del potencial cultural para el manejo de muchas

situaciones de salud-enfermedad que afectan a las comunidades, constituyen una iatrogenia subliminal de la biomedicina.

La medicalización implica la expansión del campo de intervención de la medicina a través del abordaje de vivencias y comportamientos humanos como si fuesen problemas médicos. Esta expansión genera un fenómeno contra productivo, con efectos contrarios a sus objetivos iniciales. (Tesser C. , 2006)

Los procesos de interacción entre los profesionales de la salud y las personas se dan en un marco de múltiples tensiones, que tienen generalmente un resultado particularmente medicalizado. Es un encuentro donde tanto los saberes, como la tecnología, las condicionantes culturales y la formación entre otros, ejercen una fuerza medicalizante “intrínseca”. Por este motivo es fundamental el desarrollo de estrategias “desmedicalizantes” en el proceso de atención a la salud. (Tesser C. , 2006)

Tesser plantea que esos espacios de encuentro se convierten en una “espada de doble filo”, ya que constituyen una oportunidad para fomentar la autonomía, pero a la vez tiene un importante poder medicalizante. (Tesser C. , 2006)

Existe una profunda separación entre el saber biomédico, la vida y la perspectiva existencial de las personas, su percepción cultural y social. De esta manera se genera un saber de carácter técnico, esotérico. Autores como Santos cuestionan esa escisión epistemológica entre el saber científico y el saber común, así como la necesidad de interrogar el saber y la práctica biomédica en relación al desarrollo de la autonomía de las personas, las posibilidades de crecimiento y de acción frente a los problemas de salud.

En particular el saber biomédico profiláctico y preventivo, se traduce frecuentemente en prescripciones restrictivas y rígidas (no fume, duerma bien, aliméntese correctamente, etc.); convirtiéndose en una obsesión por un estilo de vida saludable.

Desde esta perspectiva resulta complejo articular y hacer dialogar una propuesta que tenga en cuenta el universo simbólico y cultural de las personas, que revalorice la salud y la vida, con el saber técnico biomédico. Si bien, frecuentemente se tienen en cuenta algunos elementos o características que están arraigadas en la cotidianeidad de los sujetos, son considerados como factores de riesgo, pero la persona en su integralidad no es visibilizada.

Los conocimientos y la práctica biomédica, de carácter autorreferenciado, refuerzan la dependencia institucional, el consumo de servicios especializados, de procedimientos y medicamentos, minimizan la autonomía y desvalorizan otros saberes, referencias culturales y filosóficas de las poblaciones. (Tesser C. , 2006)

Según Tesser, “Usando los tipos de tecnología propuestos por Merhy (1997a, b) e Merhy & Chakkour (1997), se puede decir que el polo “duro” del saber biomédico (en cuanto a tecnología leve-dura) sobresale y predomina de forma excesiva sobre el polo “leve” del mismo. El paradigma clínico-epidemiológico domina tan largamente el universo conceptual, simbólico y práctico de los profesionales y las instituciones biomédicas, que se muestra poco permeable a su polo “leve” y a la incorporación enfatizada de otros saberes “leves” que propicien una mejor intermediación de las interacciones de los profesionales con los pacientes, particularmente en cuanto a la reconstrucción de la autonomía.” (Tesser C. , 2006, pág. 355)

Este autor realiza algunas propuestas para abordar los dilemas de la medicalización social, no solo en el ámbito de la consulta médica, sino también en las actividades intersectoriales, educativas, sanitarias, en conjunto con las diversas instituciones del territorio. (Tesser C. , 2006)

Estas sugerencias constituyen un aporte importante para los gestores locales, como parte de la evaluación de las prácticas realizadas en sus servicios:

- Abordar la medicalización, centrándose en el tema de la autonomía-heteronomía, como instrumento de reflexión y análisis de las prácticas en salud. Intervenir en este aspecto es un factor fundamental para la innovación; ya que posibilita el desarrollo de acciones promotoras de autonomía, participación y responsabilidad.
- Una cuestión clave en el proceso de interacción entre la persona y el profesional es el establecimiento de un diálogo, donde se realice una interpretación personalizada del problema, que tenga sentido y que le permita al sujeto reorganizar sus miedos, ansiedades y representaciones. Es necesario asumir esa función de cura y la posibilidad que conlleva, para la construcción de una eficacia simbólica en los encuentros.
- Es necesario incluir las dimensiones sociales, emocionales, culturales y existenciales que involucran los problemas de salud, y no reducir las posibilidades terapéuticas a los abordajes biomédicos.
- Retomar los principios éticos fundamentales, teniendo en cuenta la relación riesgo-beneficio en todas las intervenciones que se realicen. Protegiendo a la persona de las complicaciones, secuelas y riesgos, pero también de los daños de la propia biomedicina, cuando esta es utilizada solo con criterios técnicos sin tener en cuenta el contexto de los sujetos.
- El establecimiento de una relación de calidad, alejándose de los mandatos culturales esperables de la biomedicina y enfocándose en otros recursos terapéuticos centrados en la vida cotidiana de las personas, que promuevan la comprensión del fenómeno y la autonomía para la resolución.

- Abordar el autoritarismo y la obsesión por el control, dos características de la biomedicina, que generan dificultades relacionales y medicalizantes que están presentes desde la formación.
- La búsqueda permanente de terapias que promuevan nuevas prácticas en salud que fortalezcan la autonomía, mejoren la eficacia clínica y simbólica, requiere de una formación amplia, reconociendo la diversidad de racionalidades y recursos terapéuticos. (Tesser C. , 2006)

En este sentido sería importante que el cuestionario PCAT-Fe, que está dirigido a gestores, pudiera incorporar en su actualización, esta mirada “desmedicalizante” que fortalece la autonomía, indagando sobre la formación de los equipos en estas áreas. Teniendo en cuenta que no se trata solo de establecer un vínculo duradero con las personas, sino también intervenir en la calidad, abordando los aspectos medicalizantes.

En otro orden, en doce de los trece enunciados correspondientes al atributo atención longitudinal, solo uno incluye otro integrante del equipo de salud, la enfermera. Sin embargo, si tenemos en cuenta las dimensiones definidas por Starfield, grado de afiliación (la persona identifica el puesto de salud y este a sus usuarios), y la longitudinalidad, ninguna de las dos se refiere exclusivamente al rol del médico. En el proceso de traducción y adaptación cultural se considera predominantemente a ese integrante del equipo de salud. En este sentido, diversas fuentes bibliográficas hacen énfasis en la importancia de la existencia de equipos de salud interdisciplinarios, capaces de establecer un vínculo con las familias y comunidades, para llevar a cabo la estrategia de APS. (OPS, 2010; OPS/OMS,2007). La evidencia internacional confirma que: la forma más eficaz de atención en el primer nivel es la realizada por un equipo de salud. Los conceptos modernos de organización del trabajo están basados en la actividad grupal o de equipo.

La complejidad científica y tecnológica de los procesos productivos y la necesaria

optimización de su eficacia aconsejan la colaboración de distintas personas, en muchos casos de origen formativo y perfil profesional diferente”. (Franco, 2015). Por otro lado, en el año 2006, la OPS identificó como uno de los temas prioritarios para el funcionamiento de sistemas de salud basados en APS, el desarrollo de las competencias necesarias para el trabajo en equipos multidisciplinarios y publicó un informe sobre el tema. (OPS, 2008). Teniendo entonces en cuenta la relevancia de la temática del trabajo en equipo como medio para lograr una atención eficaz y de calidad en el primer nivel, sería importante que el proceso de traducción y adaptación cultural incorporara estos elementos. Asimismo, podría sustituirse en todos los enunciados el término “médico”, por equipo de salud.

Los equipos deben tener competencias en consonancia con los elementos esenciales que caracterizan a los sistemas de salud sustentados en la APS. Estas competencias pueden ser genéricas, específicas o humanísticas. Las primeras son esenciales para un adecuado funcionamiento y son compartidas por todos los integrantes del equipo, posibilitando la adaptación a los cambios, permitiendo además la actualización y superación de problemas. La comunicación, el manejo de la información, la gestión de los recursos son algunas de las competencias genéricas. La comunicación con la población, con otros niveles de atención y entre los miembros del equipo, constituye una herramienta fundamental en el trabajo cotidiano de los equipos de APS. Es esencial para brindar servicios de calidad porque mejora la satisfacción de las personas, su comprensión, adherencia, participación y la resolución de conflictos, entre otros. (OPS, 2008)

Estos aspectos referidos a la comunicación, así como otras competencias humanísticas vinculadas al ejercicio profesional sustentado en los valores éticos y la responsabilidad social, fundamentales para el trabajo en equipo, no están incluidas en el cuestionario.

En otro orden, constituye una fortaleza que varios de los ítems, que conforman el atributo Atención Longitudinal, estén centrados en la persona y aborden algunos de los determinantes de la salud (ocupación y composición familiar). Asimismo, podría indagarse sobre factores protectores y/o aspectos salutogénicos.

Por último, en el ítem D4, se refiere a la posibilidad de las personas de contactarse telefónicamente con el médico o la enfermera si tienen dudas. En este caso, teniendo en cuenta el avance en las tecnologías de la información y la comunicación, podrían proponerse otras vías de contacto como whatsapp, correo electrónico, etc.

Por otra parte, sería importante incorporar la perspectiva de género y el lenguaje inclusivo en el texto de los enunciados, dado que todos hacen referencia a “el médico”.

5.1.3. ATRIBUTO: ATENCIÓN COORDINADA

El atributo Atención Coordinada corresponde a las secciones E y F en el cuestionario e incluye siete enunciados en la primera y nueve en la segunda. La sección F se refiere la subdimensión sistemas de información.

Según Starfield, este atributo se refiere a la coordinación necesaria de los servicios, para que los usuarios reciban una atención adecuada ante todos sus problemas de salud, bajo la responsabilidad del proveedor de APS. Es fundamental la disponibilidad de información sobre los problemas de salud previos y el uso de esa información, para abordar las necesidades actuales de atención (Shi Leiyu, 2019)

La coordinación asistencial constituye un proceso complejo, condicionado por el grado de especialización e incertidumbre de la asistencia, así como por el tipo de interdependencia de las actividades y la posibilidad de procesar la información.

La atención coordinada, se define como la concertación de todos los servicios necesarios para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común, sin conflictos. (Terraza R, Vargas I, Vázquez M., 2006)

Los procesos básicos para la coordinación de actividades interdependientes son la programación y la retroalimentación. La primera se utiliza en situaciones que pueden ser anticipadas, con bajo grado de incertidumbre, y se refiere al establecimiento de responsabilidades, estandarización de actividades y habilidades para llevar a cabo un trabajo. El proceso de retroalimentación se produce a través del intercambio de información entre los servicios y los equipos de salud involucrados, de tal manera que la resolución de los problemas se da en el nivel donde se genera esa información.

En base a los dos procesos básicos considerados, se pueden definir diversos mecanismos de coordinación. (Terraiza R, Vargas I, Vázquez M., 2006) En el caso de la programación el mecanismo utilizado es la normalización de las habilidades necesarias, así como de los procesos y resultados de trabajo. Es aplicable en situaciones uniformes, repetitivas y con tareas independientes. Las organizaciones sanitarias históricamente han utilizado mecanismos de coordinación basados en la estandarización. Existen otras herramientas, basadas en la estandarización de los procesos asistenciales como las guías de práctica clínica, que describen las actividades que deben realizarse a personas con determinadas patologías, en todos los niveles de atención

La supervisión directa y la adaptación mutua constituyen los dos mecanismos asociados al proceso de retroalimentación. Según (Terraiza R, Vargas I, Vázquez M., 2006), el uso de la supervisión directa se ve limitado a medida que la incertidumbre crece, ya que implica un aumento importante en la cantidad de información a transferir desde las unidades asistenciales a los lugares de toma de decisión. Para estas situaciones son más eficientes los mecanismos basados en la adaptación mutua, donde los que realizan el trabajo son los responsables y pueden llevarlo a cabo mediante sistemas de información vertical, o dispositivos de enlace como los grupos de trabajo, comités, directivos integradores o estructuras matriciales entre otros.

La adaptación mutua, se da a través de mecanismos orgánicos o que favorecen la comunicación entre los profesionales que intervienen en un mismo proceso asistencial donde las situaciones menos complejas, pueden estar basados en la comunicación informal, (vía telefónica, correo electrónico o reuniones).

En situaciones de mayor incertidumbre y complejidad (enfermedades crónicas y problemas derivados del envejecimiento poblacional), que requieren gran volumen de información, donde participan diferentes áreas especializadas interdependientes, se utilizan dispositivos de enlace internivel, que garantizan la coordinación entre los diferentes actores de la red asistencial. Algunos ejemplos son las enfermeras de enlace comunitaria, médicos internistas que trabajan en conjunto con el primer nivel en la gestión de los ingresos hospitalarios, así como los Grupos de trabajo multi-, inter- o transdisciplinarios, entre otros. Los grupos interdisciplinarios se reúnen sistemáticamente, definen objetivos y llevan a cabo las intervenciones en conjunto.

Para la integración de las funciones de dirección y apoyo en la red asistencial se utilizan diversos dispositivos de enlace como los comités permanentes, (por ejemplo de gestión internivel); el directivo integrador. Por último, están las estructuras matriciales, donde los recursos son organizados según los procesos asistenciales, y las decisiones son tomadas en conjunto por los directivos funcionales.

Generalmente, las organizaciones combinan varios mecanismos de coordinación, según la diversidad de tareas, la interdependencia y el nivel de incertidumbre. En el caso de la atención a personas con problemas sociales y de salud complejos, se utilizan instrumentos de adaptación mutua como los grupos de trabajo interdisciplinario y la gestión de casos. Este último mecanismo, está centrado en coordinar la asistencia de personas y familias con alto riesgo a través del continuo asistencial, para garantizar el logro de los objetivos planteados.

De acuerdo a los mecanismos de coordinación basados en el proceso de retroalimentación analizados, se observa que no se indaga en el cuestionario sobre la existencia de grupos de trabajo interdisciplinarios, dispositivos y figuras de enlace (enfermera comunitaria), comités de directivos, directivo integrador. Cabe señalar, que estos mecanismos de adaptación mutua, son de la órbita de trabajo de los gestores (a quienes está dirigido este cuestionario) y han demostrado ser más efectivos para el abordaje de los problemas de salud más complejos y prevalentes, como los asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

El análisis de la coordinación requiere de indicadores que incluyan elementos de la estructura, proceso y resultado de la articulación internivel, asegurando la continuidad de la información y de la gestión del cuidado en todo el continuo asistencial. (Terraza R, Vargas I, Vázquez M., 2006)

En este sentido, se destaca que, de los siete enunciados, cinco hacen referencia a la figura del médico como centro de la referencia, sin embargo, en algunos casos podría abordarse a través de otro integrante del equipo de salud y/o referir al usuario a otras instituciones del territorio (clubes sociales y deportivos, instituciones educativas, etc.).

El ítem E11 del cuestionario expresa: *¿Los médicos reciben información útil del especialista o de los servicios especializados sobre los pacientes referidos?*

Si bien este ítem tiene en cuenta si hay contra referencia hacia el primer nivel desde otros servicios, no se investiga en el mecanismo que lo sustenta, es decir, cómo lo llevan a cabo. Asimismo, diversos documentos, han hecho énfasis en el rol que tiene el primer nivel de atención como coordinador de los distintos servicios que integran la red asistencial, así como del flujo de información que la atraviesa. En este sentido, cabe señalar que estos aspectos no están incluidos en ninguno de los ítems que componen las secciones (E y F) que hacen referencia a la atención coordinada en el cuestionario.

En los ítems E10: *Cuando se refieren pacientes, ¿los médicos/as les dan alguna información por escrito para llevar al especialista?* y E12: *Después de la interconsulta, ¿los médicos hablan con los pacientes sobre el resultado de las consultas con especialistas o servicios especializados?*

En ambos ítems se observa nuevamente, que los enunciados aluden solo a la figura del médico, sin embargo, hay otros integrantes que pueden referir a los usuarios. Asimismo, se cita solo la referencia a especialistas, excluyendo de esta manera otras posibles intervenciones que pueden requerir el abordaje de las situaciones de salud, desde una perspectiva de salud colectiva (trabajo intersectorial, e interinstitucional por ejemplo). Por otro lado, teniendo en cuenta el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación, así como el uso de las historias clínicas electrónicas, podrían utilizarse otras vías para enviar la información necesaria a los especialistas y no solo a través de registros escritos.

Atención Coordinada (Sistemas de Información, Sección F)

Los sistemas de información vertical (historia clínica, partes interconsulta), constituyen otro mecanismo clave de coordinación y presentan tres componentes esenciales: un sistema de registros con información longitudinal, sistemas informatizados que apoyan la toma de decisiones clínicas (recordatorios, guías de práctica) y por último sistemas de análisis de resultado. Estos sistemas contribuyen a la integración de la información de las personas y los proveedores en la red asistencial. En este sentido, los enunciados F1 y F2 incorporan los sistemas de información vertical como la historia clínica y los carnés vinculados a programas de salud, pero no incluyen la existencia de instrumentos de referencia y/o contra referencia. Teniendo además en cuenta que el primer nivel constituye un punto crítico para lograr la integración de los diversos programas

focalizados en riesgos, enfermedades y poblaciones, entre otros. (Organización Panamericana de la Salud, 2010) Asimismo, es el nivel que tiene mayor proximidad con la población en su contexto, interactuando con otros actores y sectores. Estos aspectos, referidos a los mecanismos de integración de la información proveniente de otros sectores, tampoco son considerados en el cuestionario.

Se destaca además que en el ítem F2 particularmente, se hace referencia al derecho al usuario a acceder a su historia clínica.

En el caso del enunciado F3 podría omitirse teniendo en cuenta la generalización del uso de los sistemas informáticos y de la historia clínica electrónica en la mayoría de los servicios de salud.

En este apartado, en los ítems F4, F5, F6, F7 y F8 se hace referencia a instrumentos de coordinación basados en el proceso de programación, es decir en la estandarización de procesos y resultados, como las guías de práctica clínica, lista de problemas y de medicamentos, entre otros. Una lectura crítica de éste apartado, desde la experiencia de los servicios de atención en Uruguay, pone en evidencia que el mismo está centrado en la integración de la información, pero desde un enfoque individual, no colectivo. Es decir, desde un enfoque de salud comunitaria es necesario que existan mecanismos de integración de la información a nivel colectivo, que permitan garantizar que hay servicios y recursos humanos adecuados a las necesidades de la población. En este caso se refiere a como se integra la información de toda la población asignada; por ejemplo si existe una unidad de sistemas de información y cómo se gestiona, entre otros.

5.1.4. ATENCIÓN INTEGRAL

El atributo Integralidad se estudia a través de dos secciones, la G y la H, la primera hace referencia a los servicios Disponibles y contiene veintinueve enunciados. Por otro lado,

la sección H tiene veinticinco enunciados y profundiza en los servicios proporcionados en la atención.

Según Starfield, atención integral se refiere a la existencia de una canasta extensa de servicios en atención primaria para abordar adecuadamente un amplio espectro de necesidades. Incluyendo servicios de promoción, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación, como atención de enfermedades agudas y crónicas, problemas comunes de salud mental e información sobre recursos de salud comunitaria, entre otros. (Shi Leiyu, 2019)

La integralidad constituye un principio fundamental de los sistemas de salud y de la organización de los servicios. Implica detenerse en qué y cómo hacer para poder responder y aprehender a diversas y nuevas necesidades de salud. Es un concepto dinámico, polisémico que engloba diversas ideas relacionados a la calidad y a la democratización de los servicios de salud. Constituye además, una dimensión de las prácticas en salud y está por lo tanto está socialmente condicionada y su análisis no puede reducirse a las prácticas en los servicios sanitarios. (Pinheiro & Mattos, 2009)

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

Sin embargo, si bien las actividades de prevención y detección de factores de riesgo conforman prácticas integrales, es necesario tener en cuenta que son también altamente medicalizantes y proponen intervenciones (hábitos y comportamientos saludables) que invaden la vida privada.

(Carvalho, 2009) reconoce cuatro ejes conceptuales relacionados a la integralidad que contribuyen a su delimitación y operacionalización:

- Eje de las necesidades: se refiere a la calidad del encuentro, a la capacidad de responder a las necesidades de salud, desde una perspectiva amplia, que no se limite a acciones de prevención, tratamiento y/o recuperación centradas en aspectos biológicos.
- Eje de la finalidad: aborda la segmentación y se refiere a la capacidad de integrar las actividades de promoción, prevención y recuperación, generando mecanismos que potencien el desarrollo de esas acciones.
- Eje de las articulaciones: se refiere a los modos de integración de saberes interdisciplinarios y equipos multiprofesionales, así como a las acciones intersectoriales necesarias para responder a las necesidades de salud, desde una perspectiva amplia.
- Eje de las interacciones: tiene en cuenta las características de las interacciones intersubjetivas en las prácticas de cuidado y la construcción de una relación verdaderamente dialógica en ese espacio de encuentro.

Estos cuatro ejes guardan una relación de interdependencia entre sí y su realización está estrechamente ligada a las características de la intimidad de los procesos de trabajo en salud. (Carvalho, 2009)

(Pinheiro & Mattos, 2009) profundizan en los múltiples sentidos y dimensiones de la integralidad:

- Integralidad en la organización de los servicios de salud: La programación de los servicios se realiza frecuentemente, en base a las necesidades definidas desde una perspectiva epidemiológica, priorizando los problemas de salud más frecuentes. Sin embargo, el peso asignado a la epidemiología ha sido

cuestionado; los servicios no pueden ser organizados exclusivamente en base a las enfermedades, y las necesidades de salud no se reducen a las que pueden ser aprehendidas por la epidemiología.

- Integralidad como campo de análisis de las prácticas cotidianas en la relación demanda y oferta de servicios de salud: "...la integralidad es asumida aquí como una acción social resultante de la permanente interacción de los actores en la relación demanda y oferta, en planos distintos de atención a la salud (plano individual, donde se construye la integralidad en el acto de la atención individual y en el plano sistémico, donde se garante la integralidad de las acciones en la red de servicios), en los cuales los aspectos subjetivos y objetivos sean considerados." (Pinheiro & Mattos, 2009) Esta relación profesional-usuario-servicio, surge en un espacio institucional que constituyen un lugar de decisión, un campo de poder, con intereses, proyectos y mediaciones de conocimientos distintos. En los servicios de salud existen barreras para materializar la integralidad que se relacionan con la cultura institucional históricamente determinada. En este sentido, las representaciones sobre salud y enfermedad, centradas en las intervenciones médico-asistenciales, condicionan por un lado la relación persona-equipo de salud y por otro el repertorio de exigencias desde los usuarios. (Pinheiro & Mattos, 2009)

En síntesis, abordar la integralidad requiere trascender los indicadores clásicos de evaluación y generar instrumentos que tengan el foco en las necesidades de salud, la autonomía y las condiciones de vida de las personas; así como el acceso a las tecnologías. En otro orden, la prestación de servicios integrales es una de las principales funciones de las Redes integrales de Servicios de Salud (RISS). En este sentido, definir la población y

el territorio a cargo ha demostrado ser una de las estrategias más efectivas, sobre todo para el trabajo intersectorial. (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Asimismo, la atención integral requiere no solo abordar la integración de programas focalizados y diversos servicios; sino también generar mecanismos de integración, ya sea horizontal, vertical o virtual, si fuese necesario con otras instituciones y/o organizaciones. (Organización Panamericana de la Salud, 2010)

Análisis más recientes proponen que si bien el termino integralidad proponía en sus orígenes transformaciones y nuevas prácticas; sin embargo, con el devenir del tiempo ha quedado atrapada por las diversas lógicas que atraviesan el campo de la salud, sin obtenerse los avances esperados en la producción del cuidado. En particular, el modelo biomédico tan naturalizado en los servicios y en las prácticas en salud, conlleva un abordaje tecnicista de la asistencia (con elevado uso de tecnologías duras y especialidades), que contribuye a la fragmentación. (Terenzi C, 2016)

El enunciado del encabezado de la Sección G expresa:

*“Si los pacientes necesitan alguna de las siguientes prestaciones
¿podrían recibirlas en su mismo servicio?”*

El concepto de integralidad que subyace se refiere a la canasta de prestaciones, no indaga en las características que debería tener un encuentro terapéutico, ni en cómo abordar las características del modelo biomédico que impactan directamente en la integralidad. Terenzi, (Terenzi C, 2016) subraya que en ese modelo de subjetivación, el profesional de la salud constituye un instrumento especializado que interviene puntualmente, en algún aspecto de la persona, sin responsabilizarse por el cuidado integral. Esto ha tenido consecuencias importantes en los servicios, que van en contra de la integralidad del cuidado, como el deterioro en el vínculo con los usuarios, escasa resolutivez de las necesidades de salud y la extensión de prácticas prescriptivas autoritarias. La integralidad

del cuidado implica transformar el encuentro terapéutico, humanización de las prácticas en salud, expansión de los escenarios de cuidado, revalorizando las subjetividades, los deseos, expectativas y saberes de las personas, así como otros modos de andar la vida. Abordar estos aspectos requiere problematizar los modos preestablecidos de producción de salud, interviniendo y deconstruyendo, en el ámbito de la micropolítica de los procesos de trabajo. La integralidad entonces adquiere sentido, focalizando las prácticas de salud en el cuidado y en las necesidades de salud individuales y colectivas. (Terenzi C, 2016)

En este sentido, cabe señalar en el cuestionario no se aborda la existencia de mecanismos que puedan sustentar esas prácticas. Es decir, ¿qué actividades realiza el gestor para promover encuentros terapéuticos y humanizados, entre el equipo de salud y las personas?

Según Terenzi (Terenzi C, 2016), lograr que un encuentro terapéutico constituya un encuentro de posibilidades, implica sentirse escuchado y cuidado. Este encuentro posee un grado de incertidumbre que requiere abrirse a los acontecimientos, a la construcción y producción conjunta. “En ese encuentro, la interferencia es mutua y la construcción es conjunta, a partir del momento en que yo reconozco al otro como un interlocutor válido con el que vale la pena pactar”. (Terenzi C, 2016)

En los enunciados de esta Sección no se investiga sobre la existencia de otros escenarios posibles para llevar a cabo el cuidado integral, que han demostrado ser más efectivos que los propios servicios de salud. Los encuentros interferentes que potencian las prácticas integrales surgen frecuentemente fuera de los servicios de salud, en escenarios no tradicionales para la producción del cuidado, en el territorio donde transcurre la vida.

Otros ámbitos potencian la generación de un espacio más democrático y simétrico. (Terenzi C, 2016)

Por otro lado, el cuestionario no aborda el eje de la Finalidad que es una de las dimensiones de la integralidad que refiere a la capacidad de integrar las actividades de

promoción, prevención y recuperación. Sin embargo, si bien las actividades de prevención y detección de factores de riesgo conforman prácticas integrales, es necesario tener en cuenta que son también altamente medicalizantes. (Pinheiro & Mattos, 2009) En este sentido sería recomendable investigar si los gestores trabajan esta temática con los equipos de salud para poder disminuir su impacto.

Si bien el cuestionario hace referencia a prestaciones que requieren de equipos multiprofesionales, no profundiza sobre las estrategias que son necesarias para fortalecer esta modalidad de trabajo. Estos aspectos corresponden al eje de las articulaciones inherentes a la integralidad, que pone de relieve la integración de saberes interdisciplinarios y las acciones intersectoriales que son indispensables para responder a las necesidades de salud. (Carvalho, 2009)

Aproximarse a la integralidad en la organización de los servicios de salud, requiere superar la fragmentación inherente a los programas verticales. Implica “horizontalizar” los programas y estructurar las prácticas partiendo de las necesidades y características de la población y no desde un plan normativo. (Pinheiro & Mattos, 2009) En este sentido, sería importante que el PCAT investigará sobre la existencia de estrategias y/o mecanismos dirigidos a la integración de los programas.

Según (Pinheiro & Mattos, 2009), los servicios no pueden ser organizados exclusivamente en base a las enfermedades, y las necesidades de salud no se reducen solo a aquellas que pueden ser aprehendidas por la epidemiología. (Pinheiro & Mattos, 2009)

Si bien el cuestionario se aproxima a un amplio espectro de necesidades de salud, en los ítems de la Sección I (servicios proporcionados) predomina el abordaje de las necesidades de salud desde un punto de vista epidemiológico. Sin embargo, en la Sección D (Atención Longitudinal) del cuestionario, los siguientes enunciados:

- D5: *¿Piensa ud. que los médicos dan a los pacientes suficiente tiempo para hablar de sus problemas y preocupaciones?*
- D6: *¿Piensa ud. que los pacientes se sienten cómodos contándole a los médicos sobre sus problemas y preocupaciones?*
- D9: *¿Los médicos del servicio comprenden cuáles son los problemas más importantes para los pacientes que atienden?*

Los enunciados mencionados hacen referencia a aspectos que implican un abordaje más amplio de las necesidades de salud y no solamente las epidemiológicas. Lo interesante es que la pregunta indaga sobre la opinión del gestor, pero no profundiza en identificar los mecanismos que puedan sustentar estas prácticas.

De veintinueve ítems incluidos en la sección G, seis refieren a aspectos psicosociales; el resto profundiza en necesidades de salud de índole biomédica. Asimismo, en algunos casos se plantea el acceso a prestaciones sociales, pero no queda claro si subyace una lógica de derivación o de abordaje en conjunto de las necesidades con otros sectores.

Por otro lado, en esa sección se utiliza en algunos enunciados la palabra Consejo o Consejería. El uso de estos términos es cuestionado actualmente ya que pone de manifiesto una asimetría en la relación, e implica un posicionamiento de los profesionales de la salud en el lugar del que posee conocimientos y saberes más valiosos, en oposición a la integración de saberes propuesta en el campo de la salud colectiva.

En la sección J Orientación comunitaria, el enunciado J4 señala: *¿Su servicio tiene la posibilidad de adecuar los programas o las prestaciones de salud a las necesidades específicas de su población? Indique si su servicio utiliza los siguientes tipos de datos para determinar qué programas o prestaciones de salud necesita la población que atiende.*

Una vez más aquí en este apartado aparece también un listado que tiene también un enfoque epidemiológico (mortalidad, enfermedades transmisibles, inmunizaciones), que no permite tomar en cuenta la complejidad del abordaje integral de la salud desde una perspectiva de APS.

Si tenemos en cuenta que hay una dimensión de la integralidad que se garante en la red de servicios como se plantea en el siguiente párrafo, sería importante incluir en el cuestionario algunos elementos que permitieran evaluar estos aspectos. La integralidad, no puede ser optima si queda circunscripta a un espacio singular de atención. La integralidad focalizada forma parte de una más amplia que surge tanto de la red de servicios de salud, como de las redes intersectoriales que son fundamentales para abordar las necesidades vinculadas a la mejora en las condiciones de vida. De este modo, pensar la integralidad de la atención en red, requiere reflexionar sobre nuevas prácticas de los equipos de salud, de los procesos de gestión y de las estructuras de las organizaciones. (Pinheiro & Mattos, 2009)

Por otro lado, la relación profesional-usuario-servicio, surge en un espacio institucional que constituyen un lugar de decisión, un campo de poder, con intereses, proyectos y mediaciones de conocimientos distintos. En los servicios de salud existen barreras para materializar la integralidad que se relacionan con la cultura institucional históricamente determinada. Persiste aún la búsqueda de respuestas a los problemas en salud, centrados en el hospital y en la figura del médico. (Pinheiro & Mattos, 2009)

¿Cómo se abordan estos temas con los equipos de salud?, Se realizan talleres, jornadas de trabajo o capacitaciones, que puedan tratar esta temática que incide directamente en la integralidad.

Por otra parte, teniendo en cuenta las necesidades de salud relacionadas al grado creciente de autonomía que requieren las personas para llevar adelante su vida cotidiana, sería

importante que se indague con los gestores si el equipo de salud promueve estas prácticas.

Así como también otros aspectos referidos a la integralidad como los relacionados a la organización de los servicios y la oferta de consultas programadas y espontáneas que tampoco son abordados en esta sección.

Según el documento de Redes Integradas de Servicios de Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2010), para brindar servicios de salud integrales es necesario contar con un amplio y variado espectro de dispositivos (centros de rehabilitación, cuidados en el hogar, servicios de urgencia, cuidados paliativos, entre otros). Sería recomendable incorporar en el cuestionario la existencia de estos dispositivos que no están mencionados en el PCAT.

5.2. ANÁLISIS Y RESULTADOS DEL PANEL DE EXPERTOS

El análisis se realiza en dos dimensiones, por un lado, la pertenencia a una categoría específica y por otro teniendo en cuenta el atributo al que pertenece el enunciado.

Características del vínculo equipo de salud-persona/comunidad

En esta categoría se encontraron dos intervenciones pertenecientes al atributo Primer contacto-Accesibilidad, dos al de Integralidad y once al de Orientación comunitaria.

En el atributo Primer contacto-Accesibilidad se analizó en el panel el siguiente enunciado (ver Anexo IV):

Versión de traducción directa del lingüista (C9): *En promedio, ¿deben los pacientes esperar más de 30 minutos después de llegar para ser examinados por el médico o la enfermera?*

Versión de traducción del equipo de investigación (C9): *En promedio, ¿deben los pacientes esperar más de 30 minutos después de llegar hasta que los revise/asista o atienda un médico/a un/a enfermero/a?*

Uno de los panelistas hace referencia a la importancia de priorizar el diálogo de las personas asistidas con el equipo de salud, como se observa en el siguiente párrafo:

MX: “...A mí lo que me parecía bueno era el tema de atención y algo mas no, porque hoy por hoy lo que se está priorizando es el dialogo del equipo de salud con el usuario no, y por eso yo puse atención ...porque aparece siempre el paciente, bueno hoy por hoy nosotros también dejamos un poco de lado el usuario y si la persona, eso del punto de vista mío”

Aparecen otras intervenciones en esta categoría, en el enunciado correspondiente al atributo Integralidad, en la misma línea.

RX: "...yo había puesto brindar espacios de escucha y orientación en caso que la familia hubiera una persona anciana que necesitara ingresar a una institución para su cuidado."

En este sentido, Stolkiner define la accesibilidad como: "el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios de salud. Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios". (Mauro, Solitario, Comes, & Garbus, 2011)

Es decir, desde esta perspectiva que considera la multidimensionalidad de la accesibilidad, uno de los elementos en la construcción de ese vínculo está dado por la posibilidad de generar un espacio de dialogo entre los actores.

Ahora bien, según Romero (Romero, 2009) atendiendo a la dinámica de los fenómenos socioculturales en el campo de la salud y al habitus asistencial del modelo médico hegemónico estos elementos podrían constituir intentos que se realizan desde los colectivos profesionales para adaptarse, modificar aspectos menores y comportamentales; pero donde continua afirmándose el poder. No hay un análisis en profundidad de la situación. En su trabajo "Modelos culturales y sistemas de atención de la salud" (Romero, 2009), la autora señala "Es significativo que no se revise críticamente la construcción de roles, que se considere que los propios profesionales médicos se bastan a sí mismos para manejar aspectos psicosocioculturales. No se percibe que dichos aspectos deben ser objeto de análisis construido con exigencia científica, es decir que se reafirma no sólo la posición del colectivo sino la capacidad de la iniciativa personal como autosuficientes e independientes de un complejo de factores." (Romero, 2009, pág. 8)

Considerando el concepto de accesibilidad incorporado (que incluye los discursos de los servicios y las representaciones de las personas), es necesario analizar cómo interviene el habitus asistencial y qué tipo de barreras se configuran desde estas perspectivas.

De acuerdo a la categorización de Merhy (Batista & Merhy, 2016), en cuatro de las quince intervenciones pertenecientes a esta categoría, los panelistas hacen referencia a las Tecnologías Leves, implicadas en la producción de las relaciones que se dan en el espacio intercesor trabajador-persona.

Por último, cabe señalar que el panel también cuestiona el uso del término paciente y usuario, acorde al encuadre teórico considerado en el capítulo Análisis del cuestionario.

En esta categoría, correspondiente al atributo Orientación Comunitaria (sección J) se analizó en el panel el siguiente enunciado (ver Anexo IV):

Versión de traducción directa del lingüista (J): *Utiliza su establecimiento alguna de las siguientes actividades para llegar a las poblaciones en las comunidades en las que presta servicios?*

Versión de traducción del equipo de investigación (J): *Utiliza su servicio alguna de las siguientes actividades para llegar/alcanzar? a la población/los colectivos? de la comunidad que atiende?*

En este apartado se destaca la heterogeneidad en los discursos de los panelistas referida al tipo de vínculo que establece el equipo de salud con la comunidad. Asimismo, es interesante la construcción del tema que se genera en el transcurso del diálogo:

HX4: “¿qué hace para incorporarse a la comunidad? Algo así”

HX: “incorporarse ya está diciendo que está afuera de la comunidad”

MX9: “¿cómo se vincula?”

HX8: “o ¿qué hace para estar adentro?”

MX9: “no, vos estas adentro, no hay forma de no estar”

HX8: “mira que hay servicios que interactúan tan mal que están afuera no están adentro.”

MX9: “si, simbólicamente, pero...”

MX10: “igual fortalecer el vínculo me parece que está bien, porque el vínculo existe, espero, y creo que la idea es buscar estrategias para fortalecerlo, y bueno en algunos se fortalecerá más en otros menos, el equipo de gestión verá si ha utilizado eso más o menos, pero la idea es fortalecerlo, con cualquier estrategia, el vínculo debe existir.”

Según San Martín, la comunidad constituye un sistema social, donde interactúan los subsistemas educativo, sanitario, familiar y económico, entre otros. Se caracteriza por la presencia de ciertos elementos en común (integración, conciencia de identidad, funcionalidad, coexistencia y direccionalidad en las acciones colectivas), que son dinámicos y tienden a la organización y el desarrollo social.

Durante la discusión del tema se concluye sobre la importancia de fortalecer el vínculo con la comunidad, sería importante, además, profundizar en los motivos que fundamentan la necesidad de fortalecer la participación comunitaria. En este sentido para Dabas, desde un enfoque de redes sociales tanto la población como los integrantes del equipo de salud constituyen actores sociales. Es decir, personas, grupos u organizaciones capaces de transformar su entorno y a sí mismos. Para esta autora, es fundamental la articulación permanente entre el equipo y la población para el abordaje de los problemas de salud.

Según Dabas, “solo la participación activa de los integrantes de una comunidad (barrio, municipio) junto al equipo de salud, posibilita la construcción de mapas que identifiquen a la totalidad de los destinatarios de la atención.” (Dabas & Perrone, 1999, pág. 11)...

“La noción de red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual

como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades...”.” (Dabas & Perrone, 1999, pág. 3)

Categoría Trabajo en equipo Interprofesional:

En esta categoría, se identificaron seis unidades correspondientes a los atributos Primer contacto-Accesibilidad y Orientación comunitaria. Se analizó en el panel el siguiente enunciado (ver Anexo IV):

Versión de traducción directa del lingüista (C9): *En promedio, ¿deben los pacientes esperar más de 30 minutos después de llegar para ser examinados por el médico o la enfermera?*

Versión de traducción del equipo de investigación (C9): *En promedio, ¿deben los pacientes esperar más de 30 minutos después de llegar hasta que los revise/asista o atienda un médico/a un/a enfermero/a?*

La evidencia internacional muestra que la forma más eficaz de atención en el primer nivel es la realizada por un equipo de salud. Los conceptos modernos de organización del trabajo están basados en la actividad grupal o de equipo. (Franco, 2015) (OPS, 2008) (OPS/OMS, 2007)

Si bien en el relato de los expertos aparece como importante el trabajo del equipo de salud, nótese, por un lado, que aparece escasamente mencionado durante el panel. Asimismo, se reconocen distintas concepciones, y modos de referirse al mismo, como el

término “personal de salud”. Las intervenciones siguientes muestra estos aspectos, así como la participación que se le asigna a enfermería en el trabajo en equipo.

MX8: Si, este, el enunciado que había propuesto era “¿el tiempo de espera promedio desde que llega el usuario o paciente al servicio de salud para ser atendido hasta que se realiza efectivamente la asistencia o la atención por parte del personal de salud, porque en realidad estamos hablando medico enfermero, personal general, es mayor a 30 minutos?”

HX: “...También puede haber un equipo, y de hecho los pacientes son controlados por enfermería antes de entrar a ver al médico, en la realidad, por lo menos la realidad que yo trabajo.”

Si bien se percibe que el trabajo en equipo forma parte del discurso de los profesionales, no queda claro si está internalizado en las prácticas. Así como también que actividades realizan los gestores para favorecer esta forma de organización del trabajo o si aún constituye un desafío su implementación en un modelo de atención médico céntrico como el uruguayo.

La OPS en el año 2006 identificó como uno de los temas prioritarios para el funcionamiento de sistemas de salud basados en APS, el desarrollo de las competencias necesarias para el trabajo en equipos multidisciplinarios (OPS, 2008), que fueron descritas en el análisis del cuestionario. En esta categoría, solo una de las intervenciones de los panelistas se refiere a las competencias necesarias del equipo para el trabajo en el primer nivel de atención con una estrategia de APS. Esta intervención, se encuentra en el final de la sesión cuando se les solicita a los expertos que realicen los comentarios globales sobre el cuestionario:

RX2: “De modo que, creo que desde la perspectiva del gestor, que los gestores piensan en costos, de golpe la herramienta no le plantea muchos

costos, pero hay un costo humano que es las competencias, las destrezas que acompañan a los conocimientos, que son la dificultad que tenemos para avanzar en el primer nivel de atención, el liderazgo, la empatía, la capacidad para comunicarnos, todas esas cosas que son absolutamente necesarias para trabajar con estos criterios, entonces, sintetizando, lo que les diría es no nos va bien, la encuesta nos muestra tal cual somos.”

Categoría Enfoque de riesgo

En esta categoría se encontraron catorce intervenciones correspondientes a las dimensiones del cuestionario integralidad (servicios prestados) y orientación comunitaria. Con respecto al atributo integralidad se analizó en el panel el siguiente enunciado, donde el encabezado previo señalaba: ¿Se hablan los siguientes temas con los pacientes?

H18: Problemas de seguridad para niños mayores de 12 años: sexo seguro, decir no a las drogas, no beber y conducir (traducción directa del lingüista)

H18: Temas de seguridad para mayores de 12 años: Consejo sobre sexo seguro/y placentero, uso de condón. Información sobre sustancias psicoactivas y conductas adictivas. Conducción responsable de vehículos, seguridad para bañistas. (traducción del equipo de investigación)

Durante la sesión los participantes reconocen el enfoque de riesgo predominante en los enunciados, es interesante que uno de ellos, cuestiona esta perspectiva, como se observa en el siguiente párrafo:

GX: “Que desde una cuestión como semántica en realidad como manejar el tema de la seguridad, que si bien yo lo ponía en esta atravesaba las anteriores, este, en relación más a plantearlo desde la promoción del cuidado en determinadas dimensiones de salud y no tanto como

seguridad en esto, seguridad en lo otro, como manejarlo de otra manera”

Cabe señalar que desde el equipo de investigación se solicitó tener en cuenta la propuesta específica del PCAT, lo que condicionó a los panelistas en la posibilidad de cuestionar en profundidad los enfoques y supuestos teóricos subyacentes en el cuestionario. Sin embargo, se percibe que el abordaje epidemiológico, predominante en los inicios del S.XX, centrado en los problemas de salud, la enfermedad y sus factores de riesgo (Granda, 2004), está presente en el cuestionario y es respetado por los profesionales que integraron el panel. El peso asignado a la epidemiología ha sido cuestionado; los servicios no pueden ser organizados exclusivamente en base a las enfermedades, y las necesidades de salud no se reducen a las que pueden ser aprehendidas por la epidemiología. (Pinheiro & Mattos, 2009)

MX: “Pero son como las cosas, para mi está bien orientado al riesgo esto y si lo miras en el entorno no sé si está orientado a la promoción, está orientado al riesgo, y creo que esta, no se casi te diría no se no sé cuál fue el, casi es epidemiológico, cuál es el riesgo en los gurises mayores de 12 años, esto, esto otro y esto otro, y así lo pusieron”

MX: lo que digo es que si seguimos esa lógica esto no debería cambiarse, porque es la misma lógica, si no a lo mejor como decís vos habría que reformular toda esta, orientada a lo otro.”

MX: “No, no claro, es la visita de seguimiento de, o de yo que sé, no sé cómo ponerle, o de riesgo, evaluación de riesgo, yo que se”

Es importante la tensión que surge en la discusión, entre continuar con el enfoque de riesgo que propone la herramienta en este apartado (conforme se ha hecho en otros PCAT) o abordarlo desde una perspectiva de cuidado y promoción de salud. Este aspecto

demuestra que, si bien en los discursos están presentes los enfoques más cercanos a la concepción de salud colectiva, aún el modelo biomédico sigue impregnando el quehacer de los profesionales.

En este sentido, las corrientes de salud colectiva, surgidas en América Latina hacia finales del S.XX hacen énfasis en los siguientes aspectos:

- La aproximación a la salud de las poblaciones se hace desde una concepción donde los seres humanos son sujetos sociales, históricamente situados, que si bien se construyen en la interrelación mantienen su carácter individual como actor socio-biológico.
- La necesidad de reconfigurar el objeto “salud”, reconociendo su multidimensionalidad. Al decir de Granda, “El vivir genera la salud y esta no se da únicamente por descuido de la enfermedad; salud es una forma de vivir autónoma y solidaria, consustancial con la cultura humana, dependiente y condicionante de las relaciones que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el Estado.” (Granda, 2004, pág. 8)
- El desarrollo de nuevas metodologías y técnicas que se nutren de la experiencia de lucha por la salud de los pueblos. “Si en el diario deambular, las poblaciones producen su salud, entonces, la fuerza o poder fundamental para alcanzarla se encuentra en las poblaciones mismas y en su vida. No es posible confiar únicamente en el poder del Estado y en el poder de la ciencia positiva para alcanzar la salud.”
- La salud colectiva como campo interdisciplinario requiere de un abordaje interprofesional.

En el discurso los expertos no realizaron sugerencias sobre la posibilidad de abordar algunos temas que incorporen estos aspectos, así como tampoco factores protectores de

la salud y aspectos salutogénicos relacionados a la cultura, recreación, tiempo libre y proyecto de vida, por citar algunos a modo de ejemplo.

Categoría Orientación y participación comunitaria

La orientación comunitaria, implica tener en cuenta el contexto de la comunidad y las necesidades de atención de salud de toda la población adscripta y no solamente de las personas que consultan en el servicio.

En esta categoría se identificaron diez unidades, en la Sección J orientación comunitaria.

Durante la discusión del panel surge una disquisición importante sobre el significado de la orientación comunitaria, cuando uno de los panelistas interviene en relación a los conceptos de internación, atención y visita domiciliaria. Esto refleja la diversidad en el desarrollo de la estrategia de APS, que ha tenido diferentes características en el contexto urbano y rural, así como en el sector público y privado en Uruguay.

Traducción directa del lingüista (J1): *¿Hacen visitas a domicilio los médicos de su establecimiento?*

Traducción y propuesta del equipo de investigación (J1): *Van sus médicos a visita, van con otros, o solos, van otros integrantes del equipo sin los médicos*

Citamos textualmente la intervención:

HX: “Una pregunta con respecto a esto, a ver yo, en tema comunidad creo comprender el espíritu, de lo que viene la pregunta.

Pero de hecho todas las instituciones tienen estrategias de ida a domicilio, internación domiciliaria, servicio de atención de enfermería domiciliaria, servicio de radio domiciliario.”

MX9: “es una dimensión de la atención primaria básica que hay servicios que no tienen esa orientación, creo que pregunta eso al gestor”

La visita domiciliaria como tecnología de interacción en el cuidado de la salud posibilita que a través del conocimiento de las características del contexto de vida de las personas y familias se realicen intervenciones en el ámbito de la promoción de salud, prevención, tratamiento y rehabilitación. Constituye además un instrumento de atención a la salud, que facilita la concreción de alguno de los atributos de la APS como la longitudinalidad, integralidad y accesibilidad, entre otros. Contribuye al abordaje de algunos aspectos del modelo hegemónico, en la medida que promueve una atención integral y humanizada de las familias en su contexto.

La prestación de servicios en domicilios comprende diferentes modalidades como internación, atención y visita, cada una de ellas posee objetivos, prácticas y características específicas. La realización de la visita contribuye a la ejecución de las otras modalidades en caso de ser necesarias. En particular la visita domiciliaria, debe haber sido previamente planificada, sistematizada y evaluada por el equipo de salud. (Cunha & Gama, 2012)

Una particularidad de esta modalidad de atención es que implica un cambio de dirección en la atención tradicional en salud, que habitualmente es receptiva (la familia concurre al servicio), sin embargo, la visita requiere por parte del equipo una actitud activa y el desarrollo de habilidades específicas. (Ministerio de Salud Chile) Tiene además otros objetivos como acercar a las personas a las redes y a los diversos recursos existentes en la comunidad, promoviendo la participación comunitaria.

La orientación comunitaria implica implementar estrategias de intervención en el contexto natural de la familia, como la visita domiciliaria integral, el trabajo en redes y el desarrollo de mecanismos que fomenten la participación de las comunidades en la satisfacción de sus necesidades de salud. Es decir, requiere de la participación y el involucramiento de la población para que, en conjunto con el equipo de salud, y de manera intersectorial, puedan abordar los problemas y necesidades.

En esta categoría en el atributo, orientación comunitaria, aparece también la necesidad de trabajar con otros actores sociales y realizar un abordaje intersectorial, aspecto fundamental ya que constituye uno de los principios de la APS. En el discurso de los expertos estos actores son visualizados como agentes que brindan información, sin embargo, desde una perspectiva de salud colectiva el trabajo intersectorial es imprescindible para la mejora de la salud de la población.

HX: "...claro, y a parte va por otros actores que no son médicos ni enfermeros ni nada, los directores técnicos de baby futbol te dan mucha información sobre miles de gurises que juegan al baby futbol. Problemáticas Desde la identidad de los gurises, hasta problemas familiares, desde puchereo, agresión y otras cosas. Hay que escuchar."

En el discurso varios panelistas introducen, el termino de población de referencia, que surge en el marco de la traducción de un encabezado en el atributo Orientación Comunitaria,

Traducción directa del lingüista (encabezado J20): *¿Utiliza su establecimiento alguna de las siguientes actividades para llegar a las poblaciones en las comunidades en las que presta servicios?*

Traducción del equipo de investigación (encabezado J20): *¿Utiliza su servicio alguna de las siguientes actividades para llegar/alcanzar? a la población/los colectivos? de la comunidad que atiende?*

A modo de ejemplo citamos un párrafo:

MX8: "¿yo puse, en realidad, su servicio realiza alguna de las siguientes actividades o estrategias para mejorar la atención de su población de referencia? en realidad puse para mejorar la atención, porque nosotros como actores del sistema lo que buscamos es mejorar la atención."

Es importante que se haga referencia a estos elementos de la APS, dado que forman parte de la estrategia de RISS. Uno de los atributos de las RISS establece que es necesario que los servicios cuenten con la población y el territorio a cargo definidos ya que, entre otros, permite conocer el perfil de la situación de salud, sus necesidades y preferencias.

Por otro lado, se destaca un abordaje de la salud centrado en la atención sanitaria. En este aspecto, cabe recordar que la APS propone como uno de los valores esenciales el garantizar el derecho al mayor nivel de salud posible, propósito este que trasciende el abordaje focalizado en los servicios. (OPS/OMS, 2007)

Categoría Integralidad

En esta categoría se registran seis intervenciones, correspondientes a la dimensión Integralidad del cuestionario.

Según (Pinheiro & Mattos, 2009, pág. 69) “la integralidad es asumida aquí como una acción social resultante de la permanente interacción de los actores en la relación demanda y oferta, en planos distintos de atención a la salud (plano individual, donde se construye la integralidad en el acto de la atención individual y en el plano sistémico, donde se garante la integralidad de las acciones en la red de servicios), en los cuales los aspectos subjetivos y objetivos sean considerados.”

Traducción directa del lingüista (G24): *Sugerencias sobre el cuidado de ancianos.*

Traducción del equipo de investigación(G24): *Orientación y consejería a la familia sobre necesidad de ingreso a casa de salud de un integrante adulto mayor /Cuidados preventivos y promocionales en población geriátrica*

RX: “Incluir la familia ahí también, porque los ancianos digo, tomar en cuenta inquietudes, preocupaciones, interés de la familia, mientras se saca la ropa también, vamos conversando sobre estas otras cosas ¿no?

Porque me parece que no necesariamente necesita una institución para

ese cuidado, sea un día o permanente, si no que puede empezar a existir una preocupación sobre cómo se resuelven las cosas cotidianas.”

En el discurso los expertos se refieren a la integralidad en el plano individual identificándose las barreras existentes (dadas por los estándares de productividad) en el espacio donde acontece el cuidado. No se menciona explícitamente el eje de las articulaciones, definido en el concepto de Integralidad, caracterizado por la integración de saberes interdisciplinarios y equipos multiprofesionales. La integralidad requiere de un compromiso en la atención por parte de cada profesional y por otro del trabajo solidario del equipo con sus múltiples saberes. Por este motivo, es fundamental que la organización de los servicios y la capacitación estén centradas en el desarrollo de competencias de los equipos para atender ese amplio espectro de necesidades en salud.

HX: “...Depende de la cabeza que uno tenga. Los geriatras se quejan básicamente de eso que no les da el tiempo para abordar la integralidad, y esta pregunta, vos en tu institución tenés pensamiento de integralidad por más mínimo que sea o ni siquiera te lo planteas.”

Se identifica como limitante para el abordaje integral los estándares de productividad en las consultas médicas existentes en Uruguay.

La integralidad focalizada forma parte de una más amplia que surge tanto de la red de servicios de salud, como de las redes intersectoriales que son fundamentales para abordar las necesidades vinculadas a la mejora en las condiciones de vida. En este sentido, es importante que emerjan rasgos de la integralidad ampliada en el discurso de los expertos, como se observa en el siguiente párrafo.

M3: “Yo de alguna manera hice como ese ejercicio, me dije todo lo que para mí implicaba y realmente poder pensar que la institucionalización es solo una de las distintas variables como yo lo entendía en relación al

cuidado ¿no?, entonces me parece que está bueno dejarlo ampliamente para que esté abierto a otros”

En esta dimensión surge un tema fundamental que es la tensión existente entre integralidad y medicalización. La medicalización implica la expansión del campo de intervención de la medicina a través del abordaje de vivencias y comportamientos humanos como si fuesen problemas médicos. (Tesser C. , 2006) Los procesos de interacción entre los profesionales de la salud y las personas se dan en un marco de múltiples tensiones, es un encuentro donde tanto los saberes, como la tecnología, las condicionantes culturales y la formación entre otros, ejercen una fuerza medicalizante “intrínseca”. Esta tensión puede observarse en relación al enunciado agregado por el equipo de investigación en la Sección H/ Atención Integral-Servicios Proporcionados: con el siguiente encabezado: *¿Se hablan los siguientes temas con los pacientes? Sexualidad, problemas, orientación sexual/salud sexual, problemas sexuales y diversidad sexual* (no había acuerdo en el equipo de investigación sobre la formulación del ítem). La intervención de los panelistas pone de manifiesto esa tensión entre responder a las necesidades de salud de manera integral, fomentando la autonomía, sin que esto implique un refuerzo de la medicalización.

MX: “si, yo estoy por esa también, porque habría que ver qué tanto, digo pensándolo ya no tanto desde los gestores sino de los propios profesionales, que tanto hay que abordar sobre la salud sexual y reproductiva en la consulta. Porque si bien hay una cosa de generar la apertura para hablar del tema, también está la propia forma de cada paciente, la intimidad, vos generas una apertura con algo y ahí ves que responde, yo que sé yo hago eso, pero no quiere decir que esté bien.”

Categoría: Adaptación contexto uruguayo:

En esta categoría se registraron varias unidades específicamente en el atributo Integralidad (ver Anexo IV),

Traducción directa del lingüista (G24): *Sugerencias sobre el cuidado de ancianos.*

Traducción del equipo de investigación (G24): *Orientación y consejería a la familia sobre necesidad de ingreso a casa de salud de un integrante/Adulto mayor //Cuidados preventivos y promocionales en población geriátrica*

Particularmente se destaca la discusión que se da en torno a la traducción desde el inglés de la expresión “home care”. Desde la percepción de los expertos, aquí hay un elemento cultural importante que refiere a que si bien en el país de origen del cuestionario (Estados Unidos) la institucionalización de los ancianos es un tema que es socialmente aceptado, no es tan así en Uruguay, donde el estrato social es además un condicionante importante.

Se citan algunas intervenciones a modo de ejemplo:

MZ: “...hay un tema del que no se habla y que a lo mejor es un elemento de calidad y es de la necesidad de institucionalizar un anciano ... porque realmente me quede con la duda si no quiere decir eso, sugerencias sobre el momento de institucionalizar un anciano...”

MX: “es un residencial, eso es un nursing home. Que digo los yanquis tienen millones porque es lo habitual.”

M5: “yo quería decir que uno viéndolo desde la perspectiva de usuario, cuando lo hicimos en usuarios, era espantosa la pregunta, siempre el usuario quedaba así, ¿eh?, primero que lo hicimos en ASSE, imagínate que nadie ingresa a un residencial, no se entendía lo que estábamos preguntando, y quedó así...”

La discusión centrada en la adaptación al contexto uruguayo, estuvo presente además en los enunciados que referían a la disponibilidad y uso de armas, así como a los problemas de salud prevalentes entre los 12 y los 18 años. En este sentido, se reconoce como una limitación que el análisis se centra en lograr una traducción lo más fiel posible a la versión original en inglés; lo que impide profundizar en otros aspectos que hacen al carácter polisémico del concepto integralidad.

Categoría Adaptación al sistema de Salud Uruguay

En esta categoría se observaron varias intervenciones que se centran en como incluir aspectos relacionados al marco normativo y organizacional del sistema de salud uruguayo (cuatro correspondientes al atributo primer contacto, tres al de integralidad, una al de orientación comunitaria y seis en el cierre del panel referidas a las opiniones generales del cuestionario).

Traducción directa del lingüista (C9): *En promedio, ¿deben los pacientes esperar más de 30 minutos después de llegar para ser examinados por el médico o la enfermera?*

Traducción del equipo de investigación (C9): *En promedio, ¿deben los pacientes esperar más de 30 minutos después de llegar hasta que los revise/asista o atienda un médico/a un/a enfermero/a?*

El tema planteado por el equipo de investigación era referido a si utilizar en el enunciado el término, asista, atienda o revise. En el entendido de que no todos los problemas de salud requieren un examen físico, que subyace una concepción biologicista en el uso del vocablo revise, que condiciona la manera de posicionarse en el encuentro. En este sentido, los conceptos de accesibilidad analizados están centrados en aspectos socioculturales, que hacen a la calidad de la interacción persona-equipo de salud. Los expertos no profundizan en este aspecto; sino que se centran en cómo incluir la terminología utilizada

en el marco normativo del sistema sanitario uruguayo, vinculada a los indicadores sobre tiempos de espera. A modo de ejemplo citamos una de las intervenciones:

MX8: “yo lo que incorpore es un término de tiempo de espera, pero este me faltó, que ahora viéndolo sería tiempo de espera promedio, no. Porque como iba dirigido a los gestores y el termino, el indicador de tiempo de espera, y a nivel nuestro se usa mucho, y del ministerio, hay decretos de tiempo de espera, no específicamente de este, sino de espera para acceder a las consultas,”

En el enunciado agregado por el equipo de investigación en la Sección H/ Atención Integral-Servicios Proporcionados con el siguiente encabezado: *¿Se hablan los siguientes temas con los pacientes?: Sexualidad, problemas, orientación sexual/salud sexual, problemas sexuales y diversidad sexual*

En el discurso de los panelistas aparece el tema de los derechos sexuales y reproductivos, así como los avances en esta materia en Uruguay, sin embargo, aún su abordaje continúa siendo complejo.

M5: “Yo específicamente opté por sacarle reproductiva porque entendía que cuando se, es el espíritu de eso que ustedes ponían justamente tenía que ver con abrir lo clásico, por llamarlo de una manera, lo tradicional, es abordar la sexualidad quizás más desde el lado de lo reproductivo, entonces justamente como expresar de otra manera y abrir la cancha para ver si esas otras cosas están pasando o no...”

Aparece en el relato no solamente la multidimensionalidad de la temática y su paulatina incorporación en la asistencia en toda su amplitud, sino también las distintas formas de tratarlo partiendo de la experiencia profesional de cada uno.

Cabe señalar que a partir del año 2005 Uruguay ha reconocido los derechos sexuales y reproductivos, a través de la consolidación de políticas y programas que han orientado a las instituciones que integran el SNIS. A continuación, se detallan algunos de ellos: Programa Salud de la Mujer y Género (2005), Ley 17.386, de acompañamiento a la mujer en el parto (2006), Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos (2007), Ley 18.246 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva 2008, Educación sexual en Ley General de Educación (18.437, 2009), Ley de Derecho a la Identidad de Género (2009), Regulación de servicios de SSYR (2010), IVE como prestación obligatoria (2012), Ley de Matrimonio Igualitario (No.19.075, 2013), Reglamentación de Clínicas de reproducción humana asistida (2014), Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Diversidad Sexual (2015), Ley Integral para Personas Trans (19.684, 2018).

Por otro lado, en esta categoría, refiriéndose al tema de la visita domiciliaria, así como en las apreciaciones globales del cuestionario, los expertos, hacen énfasis en el contexto del sistema de salud como elemento fundamental para avanzar en una estrategia de APS en Uruguay:

Traducción directa del lingüista (J1): *¿Hacen visitas a domicilio los médicos de su establecimiento?*

Traducción y propuesta del equipo de investigación (J1): *Van sus médicos a visita, van con otros, o solos, van otros integrantes del equipo sin los médicos*

HX: "...pero lo que uno ve como gestor de algunos lugares territoriales es que vos tenés las mismas problemáticas comunitarias con gestores pensando en paralelo. Nosotros con ella hemos trabajado muchísimo en cosas como complementarse, que acá lo puso, en un título de neón, sistema integrado de salud y después le faltó el desarrollo, ...Pero

después cuando vos lo vas a implementar, tenés que armarte artesanalmente cuando puedas en el lugar que puedas sin afectar intereses, o sea que estamos perdiendo una potencialidad. Nosotros teníamos pueblos chicos en Canelones por ejemplo con 8 médicos de guardia, 1500 veces... ahora hemos dado un paso terrible, hay un servicio que hace la guardia para todos...”

HX: “...que creo que si realmente va a ser muy difícil de trabajar pero es un dato de realidad, que en esta zona metropolitana tenemos un médico cada 150 personas, por lo tanto la gente una conducta racional es especializarse y subespecializarse para poder ser empleable y para conseguir su fragmentito y su nicho de mercado, y eso es un desafío estructural cuando vos te planteas este tipo de objetivo de atención primaria, tenés 150 mil médicos, te faltan licenciadas en enfermería. Esos son datos estructurales pero la herramienta me parece que ayuda muchísimo...”

En el año 2007 en Uruguay comenzó el proceso de reforma del sistema sanitario, creándose el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que articula prestadores públicos y privados a través de la Ley 18.211. (Parlamento del Uruguay, 2007) Establece además la organización por niveles de atención y la estrategia de atención primaria priorizando el primer nivel de atención. Estos planteos señalan la necesidad de tener en cuenta los diferentes escenarios (rural, urbano, suburbano) y las características de los prestadores de salud en esos ámbitos; así como también las limitantes estructurales del sistema de salud, relacionadas a la disponibilidad de recursos humanos. Es decir, se identifica una brecha importante entre el enfoque de atención primaria que propone el cuestionario PCAT y las características del contexto sanitario uruguayo. Sin embargo, no

profundiza en los principios de la APS, ni en la formación específica del equipo interdisciplinario en este enfoque, como elementos esenciales para poder avanzar en los supuestos que sustentan el SNIS.

Categoría Coherencia del cuestionario

En esta categoría se identificaron catorce unidades, todas pertenecientes al atributo Integralidad. Los expertos encontraron inconsistencias en algunos enunciados que hacían referencia a múltiples dimensiones, pero deben ser contestados con una sola respuesta correspondiente a la escala Likert. Se planteó además la posibilidad de que se generen sesgos, dado que percibían que en algunos casos se inducía la respuesta.

A modo de ejemplo citamos el siguiente párrafo:

Traducción directa del lingüista (H9): *Disponibilidad de armas, almacenamiento y seguridad*

Traducción del equipo de investigación (H9): *Consejería sobre seguridad en el acceso, almacenamiento y seguridad de armas/tenencia segura de armas?*

MX: “yo a esta pregunta le encontré un problema y es que tiene demasiadas dimensiones en una misma pregunta, porque vos podes, el tipo que le haces esa pregunta, y si usted tiene armas en su casa, digo yo, ponele el gestor, cuando le preguntas si en el servicio se habla sobre la disponibilidad de armas almacenamiento y seguridad tiene que tener las tres cosas, entendés tiene que hablar de las tres cosas para que vos digas que sí, entendés tiene más de una dimensión en la misma pregunta ...yo estoy de acuerdo con vos que inducís la respuesta... Pero bueno ta, eso tiene que ver con la encuesta, tiene que ver con el instrumento, no es una cuestión a discutir.”

M5: “y en usuarios nos pasó lo mismo, yo le decía y nos preguntaban: ¿Qué si tengo? ¿Qué si guardo?, pero le preguntaban seguridad en la tenencia de armas, eso preguntaban, tenencia segura.”

En este sentido, aparece nuevamente como limitación los lineamientos brindados por el equipo de investigación relacionados a no generar cambios importantes en el instrumento. Este aspecto que impide analizar en profundidad el cuestionario, es aceptado por los panelistas.

Los panelistas identificaron asimismo dificultades cuando los gestores intentaran responder lo que realmente sucede en los servicios, a través de las proposiciones establecidas en la escala Likert (sí sin duda, probablemente sí, probablemente no, sin duda no, no sé).

Enunciado agregado por el equipo de investigación en la Sección H/ Atención Integral-Servicios Proporcionados: con el siguiente encabezado: *¿Se hablan los siguientes temas con los pacientes? H13.1: Sexualidad, problemas, orientación sexual/salud sexual, problemas sexuales y diversidad sexual*

MX: “¿cómo eran las respuestas? Para. Definitivamente sí... ta brava también esta, porque si vos decís definitivamente sí, ¿cuántos?, ta bravo decir cuántos, cuántos de los... y bueno yo sé el gestor pensaría fulanitos seguro que sí, menganito no, el otro, pero ni ahí, aquel otro no sé cuánto ...”

6. DISCUSIÓN

■ En relación al abordaje del atributo Primer contacto-accesibilidad se destaca que se incluyen algunos elementos vinculados a la multidimensionalidad del concepto, y a las denominadas “tecnologías blandas” (Batista & Merhy, 2016). Sin embargo, es necesario incorporar en este análisis los supuestos relacionados al habitus asistencial que impregna el modelo médico hegemónico y las consecuencias que este tiene en la accesibilidad a los servicios de salud. Así como también, aspectos relacionados a las características culturales, a los componentes intersubjetivos y a las relaciones de poder que subyacen en la relación equipo de salud-persona. En este sentido, diversas investigaciones realizadas en Latinoamérica muestran la importancia de las barreras psico-socio-culturales y simbólicas en el acceso a los servicios de salud. (Carbone). Por otro lado, en la Sección C (Atributo Primer Contacto- Accesibilidad) del cuestionario se identificaron supuestos teóricos que definen este atributo desde la oferta de servicios, hecho este que no tiene en cuenta que los sujetos, sus discursos, representaciones y prácticas también son constructores de accesibilidad. Asimismo, en algunos enunciados de la sección (C3, C5, C6 y C7) se reconocen elementos de los enfoques Sanitaristas de comienzo del S.XX y rasgos del modelo biomédico, centrados en la enfermedad. Desde una perspectiva integral de salud, las personas pueden requerir acceder a los servicios por otros problemas y necesidades de salud de carácter psicosocial como violencia de género, consumo de sustancias. Por último, se sugiere incluir elementos relacionados al desarrollo y la universalización de las TIC, que puedan facilitar la accesibilidad.

■ En relación al atributo Atención Longitudinal (sección D del cuestionario) constituye un rasgo exclusivo y central de la APS (Cunha & Giovanella, 2011, pág. 1038), proponen el término “vínculo longitudinal” definido como: “la relación terapéutica establecida entre paciente y los profesionales del equipo de APS, que se traduce en el reconocimiento y utilización de la unidad básica de salud como fuente regular de cuidados a lo largo del tiempo”. Con respecto al establecimiento de un vínculo duradero, los supuestos identificados en el cuestionario no incluyen cuestiones referidas a la “medicalización social” y a las características del relacionamiento que se promueve. La medicalización implica la expansión del campo de intervención de la medicina a través del abordaje de vivencias y comportamientos humanos como si fuesen problemas médicos (Tesser C. , 2006) Los procesos de interacción entre los profesionales de la salud y las personas se dan en un marco de múltiples tensiones, que tienen generalmente un resultado particularmente medicalizado. Por este motivo es fundamental el desarrollo de estrategias “desmedicalizantes”, que promuevan las acciones autónomas (realizadas por la persona y/o sus pares en su medio social), en el proceso de salud-enfermedad-atención (Tesser C. , 2006). El cuestionario PCAT-Fe, que está dirigido a gestores, podría incorporar en su actualización, esta mirada “desmedicalizante” que fortalece la autonomía, indagando sobre la formación de los equipos en estas áreas. Diversas fuentes bibliográficas hacen énfasis en la importancia de la existencia de equipos de salud interdisciplinarios, capaces de establecer un vínculo con las familias y comunidades, para llevar a cabo la estrategia de APS. (OPS, 2010; OPS/OMS,2007). Sin embargo, casi todos los enunciados

correspondientes a este atributo (excepto uno), se refieren al establecimiento del vínculo con el médico.

■ La coordinación asistencial constituye un proceso complejo, condicionado por el grado de especialización e incertidumbre de la asistencia y el tipo de interdependencia de las actividades, entre otros. Los procesos básicos para la coordinación de actividades son la programación y la retroalimentación. La primera se utiliza en situaciones que pueden ser anticipadas, con bajo grado de incertidumbre, y se refiere al establecimiento de responsabilidades, estandarización y desarrollo de habilidades necesarias para llevar a cabo un trabajo. El proceso de retroalimentación se produce a través del intercambio de información entre los servicios y los equipos de salud involucrados. La coordinación en los servicios sanitarios ha estado asociada a la normalización de habilidades a través de la formación de los profesionales, donde la derivación constituye la manera tradicional de relacionarse entre los niveles asistenciales. La supervisión directa y la adaptación mutua constituyen los dos mecanismos asociados al proceso de retroalimentación. Generalmente las organizaciones combinan varios mecanismos de coordinación, sin embargo, el PCAT indaga sobre todo en mecanismos asociados a la normalización, pero no en los que han demostrado ser más efectivos para los problemas de salud más complejos como los grupos de trabajo interdisciplinarios, dispositivos y figuras de enlace (enfermera comunitaria), comités de directivos, directivo integrador, entre otros. Estos mecanismos de adaptación mutua, son de la órbita de trabajo de los gestores (a quienes está dirigido este cuestionario). Por otra parte, el análisis de la coordinación requiere de indicadores que incluyan elementos de la estructura, proceso y resultado de la articulación internivel,

asegurando la continuidad de la información y de la gestión del cuidado en todo el continuo asistencial. (Terraza R, Vargas I, Vázquez M., 2006). Cabe señalar además que en este atributo la derivación se refiere exclusivamente a especialistas médicos, excluyendo de esta manera, otras posibles intervenciones que puede requerir el abordaje de las situaciones de salud. Aspectos estos que se corresponden con los enfoques Sanitaristas de comienzo del S. XX.

- La aproximación al atributo integralidad de carácter polisémico y multidimensional, implica llevar a cabo estrategias que puedan capturar su complejidad. Requiere centrar las prácticas en el cuidado y en las necesidades de salud tanto individuales como colectivas, a través de la conformación de equipos multiprofesionales y el trabajo en las redes intersectoriales. La integralidad del cuidado implica transformar el encuentro terapéutico, la humanización de las prácticas en salud, la expansión de los escenarios de cuidado, la revalorización de las subjetividades, los deseos, expectativas y saberes de las personas, así como otros modos de andar la vida. Abordar estos aspectos requiere problematizar los modos preestablecidos de producción de salud interviniendo y deconstruyendo, en el ámbito de la intimidad de los procesos de trabajo. Así como también, responder a las necesidades de salud fomentando la autonomía, sin que implique un refuerzo de la medicalización, abordando las características del modelo biomédico que impactan directamente. En los servicios de salud existen barreras para materializar la integralidad que se relacionan con la cultura institucional históricamente determinada. Persiste aún la búsqueda de respuestas a los problemas en salud, centrados en el hospital y en la figura del médico. (Pinheiro & Mattos, 2009)

En este sentido, surgen algunas interrogantes: ¿Cómo se abordan estos temas con los equipos de salud?, Se realizan talleres o capacitaciones, que puedan tratar esta temática que incide directamente en la integralidad.

- En relación al atributo orientación comunitaria, en base a la información obtenida en el panel de expertos, se reconoce la importancia del vínculo con la comunidad, sin embargo, es necesario incorporar las nociones de red social. Esto implica analizar el rol del equipo de salud en la construcción de actores sociales capaces de transformarse a sí mismos y a su entorno para el abordaje de los problemas de salud. Requiere además de mecanismos de participación que fortalezcan la articulación permanente entre el equipo de salud, la población y otros actores del territorio.
- La evidencia internacional muestra que es fundamental para el funcionamiento de los sistemas de salud basados en la APS, el desarrollo de competencias para el trabajo en equipos interdisciplinarios. Asimismo, el primer contacto, la atención longitudinal, la coordinación asistencial y la integralidad, como atributos esenciales de la APS, requieren del trabajo en equipos multiprofesionales para su óptima realización como quedó demostrado en la revisión bibliográfica. En este sentido, tanto en el análisis del discurso de los panelistas como en el cuestionario PCAT, no se prioriza las particularidades de la conformación de equipos multidisciplinarios, ni los mecanismos que lo sustentan. Surge entonces otra interrogante ¿es el modelo médico hegemónico que genera barreras para la internalización del trabajo en equipo en las prácticas de salud como esencia del trabajo en el PNA?
- Tanto en el análisis del panel como del cuestionario surge una tensión sustancial referida al abordaje de los problemas de salud desde una perspectiva

centrada en los factores de riesgo, acorde a los enfoques de salud pública más clásicos (preventivo), en contraposición a otro que incorpora elementos relacionados a la promoción de salud. Esta tensión constituye una ventana de oportunidades para integrar aspectos relacionados a las concepciones actuales de salud colectiva. Es decir, la reconfiguración del objeto salud, con un abordaje que incluya las dimensiones, históricas, sociales, subjetivas, interdisciplinarios, la interrelación de vivencias y saberes de los pueblos relacionados a la salud, entre otros.

- Cabe señalar que el objetivo del panel era avanzar en el proceso de traducción y adaptación cultural del PCAT-FE y lograr el consenso en los enunciados que había discrepancias en el equipo de investigación. En este sentido los lineamientos dados desde el equipo fueron muy concretos y constituyeron una limitación para que los expertos analizaran en profundidad los atributos de la atención primaria.

7. CONCLUSIONES

Los supuestos teóricos identificados tanto en el cuestionario como en los discursos de los miembros del panel, revelaron una tensión con los supuestos del modelo de APS.

En un contexto político e institucional marcado por la reforma del sistema de salud, la tensión existente entre una cultura acorde al modelo médico hegemónico y los enfoques de salud pública clásicos por un lado y el nuevo modelo de atención sustentado en la estrategia de APS por otro, continúan condicionando la instauración de este último.

Las tensiones conceptuales con el modelo de referencia del sistema de salud, y las particularidades de la adaptabilidad de la herramienta al contexto de los servicios y a los avances de las transformaciones iniciadas por la reforma sanitaria; limitan su potencial transformador.

Conforme a lo propuesto por D'Avila y otros (D'Avila & col, 2017), es necesario un proceso de actualización de los ítems que componen los atributos en el cuestionario, a la luz de las nuevas perspectivas de salud colectiva, el contexto epidemiológico, los avances en materia de las tecnologías de la información y comunicación. Asimismo, es necesario incorporar elementos relacionados al habitus asistencial, la medicalización, la multidimensionalidad de los atributos de la APS, el trabajo en equipo multiprofesional, a los componentes intersubjetivos, discursos y representaciones de los distintos actores que intervienen en la producción del cuidado, orientados a favorecer los procesos de deconstrucción necesarios en el ámbito de la intimidad de los procesos de trabajo.

8. REFERENCES

- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington: OPS.
- Barrenechea, C., Menoni, T., Lacava, E., Monge, A., Acosta, C., Crosa, S., . . . Carrillo, R. (2009). *Actualización en Salud Comunitaria y Familiar, Herramientas Metodológicas para el Trabajo en el Primer Nivel de Atención, Comisión Sectorial de Educación Permanente*. . Montevideo: Facultad de Enfermería, Universidad de la República.
- Batista, T., & Merhy, E. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Berra, Audisio, Mántaras, Nicora, Mamondi, & Starfield. (2011). Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud (PCAT). *Rev Arg Salud Pública*, , 6-14.
- Berra, S. (2012). El estudio de las funciones de la atención primaria de la salud. Adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en Argentina. . *Centro de Investigaciones Epidemiológicas y en Servicios de Salud (CONICET). Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina*.
- Berra, S., Hauser, L., Audisio, Y., Mántaras, J., Nicora, V., de Oliveira, M., & al., e. (2013). Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. . *Revista Panamericana de Salud pública;33(1)*, 30-9.
- Cano, Evia, & Apud, y. (2014). Modelos De Atención Y Condiciones De Accesibilidad A Los Servicios De Salud Mental. Estudio De Caso En Un . *Revista diálogos*, 65-73.
- Carbone. (s.f.). El problema de la accesibilidad y las barreras psicosocioculturales en salud. *Trabajo de Grado*.
- Carvalho, d. (2009). Organización de las acciones de atención a la salud: modelos y prácticas. *Saude e Sociedade*, 11-23.
- Castro, R. (2010). *Teoría social y salud*. México: El Lugar Editorial.
- Cebotarev, E. (2003). EL ENFOQUE CRÍTICO: Una revisión de su historia, naturaleza y algunas aplicaciones. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 17-56.
- Cunha, & Gama. (2012). A VISITA DOMICILIAR NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. En Malagutti, *Assistencia Domiciliari-Atualidades da Assistencia de Enfermagem*. (pág. 336). Rio de Janeiro: Rubio.
- Cunha, & Giovanella. (2011). Longitudinalidad/continuidad del cuidado: identificando dimensiones y variables para la evaluación de la Atención Primaria en el contexto del Sistema público de salud de Brasil. *Ciencia y Salud Colectiva*, 1029-1042.
- Dabas, E., & Perrone, N. (1999). *Redes en Salud*. Buenos Aires: FUNCER.
- D'Avila, & col. (2017). O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisao integrativa e proposta de atualizacao. *Ciencia, saude coletiva*, 855-865.

- Franco. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS) El rol de. *Revista Facultad Nacional de salud pública*, 414-424.
- Gervás, J. (2013). Atenção Primária forte é aquela com instrumentos que permitem medir a qualidade que oferece (para melhorá-la continuamente). *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 8 (29), 225-6.
- Giraldo, Veléz, Pasarín, Ponzo, & Berra. (2018). Adaptación transcultural colaborativa de cuestionarios PCAT para Colombia. *Ciencia y cuidado*, 101-112.
- Granda. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana Salud Pública*, 30.
- Harzeim, E., Oliveira, C. M., Rodrigues, M., Hauser, L., Stein, A., Rodrigues, M., & al, e. (2013). Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 8(29), 274-84.
- Harzeim, Rodrigues, Oliveira, C. d., Trindade, G. d., Rodrigues, & Hauser. (2010). *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool* -. Brasília: Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção.
- Hauser, L., Leite, R., Vigo, A., Gomes da Trindade, T., Rodrigues, M., Stein, A., & a, e. (2013). Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. . *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 244-55.
- Lemus, S., Hamui, A., Ixtla, M., & Maya, A. (2017). Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud. *Revista CONAMED*, 98-103.
- Mauro, M., Solitario, R., Comes, Y., & Garbus, P. (2011). La construcción del concepto de Accesibilidad en los Sistemas de Salud. *IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Ministerio de Salud Chile. (s.f.). *Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia*. Santiago de Chile: Chile Crece Contigo.
- Mompert García, M. P., & Durán, M. (2004). *Administración y Gestión*. Madrid: Enfermería Siglo XXI. D.A.E.
- OPS. (2008). *Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington, Dc: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS/OMS. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención Primaria de Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *“Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los*. Washington DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud, O. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*.. Washington DC.: Documento de Posición de la OPS/ Organización Mundial de la Salud. 2007. ISBN 92 75 32699 1.

- Paim, & Almeida, d. (1998). Salud colectiva: una "nueva salud pública" o un campo abierto a nuevos paradigmas. *Revista de Salud Pública*.
- Parlamento del Uruguay. (05 de 12 de 2007). Ley No. 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. *Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación*. D.O. No. 27.384. . Montevideo, Uruguay.
- Pinheiro, & Mattos, A. d. (2009). *Los sentidos de la integralidad en la atención y en el cuidado de la salud*. Río de Janeiro: CEPESC • IMS/UERJ • ABRASCO.
- Pizzanelli, M. (2015). *Traducción adaptación cultural de la encuesta orientada a "Servicios" de la herramienta para evaluación de la atención primaria PCATool (Primary Care Assessment Tool-Facility version)*. (tesis de maestría). España: Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández.
- Porta, L., & Silva, M. (2003). La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa". . *Anuario Digital de Investigación Educativa*, 388-406.
- Prates, & col. (2017). Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciencia y saude colectiva*, 1881-1893.
- Ramada, J., Serra, C., & GL, D. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. . *Salud Publica Mex*, 55 (1) , 157-166.
- Ramada, Serra, & Delclós. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. . *Salud Publica Mex*, 157-66.
- Ríos, Goede, Tejerina, Giovanella, Acosta, Feo, . . . Oliveira. (2015). *Atención Primaria de Salud en Suramérica*. . Río de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS). Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR).
- Romero, S. (Diciembre de 2009). *MODELOS CULTURALES Y SISTEMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD*. Obtenido de Cuadernos del CES/SMU:
<https://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos5/index.html>
- Shi Leiyu. (18 de enero de 2019). *Primary Care Assessment Tools*. Obtenido de The Johns Hopkins Primary The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health:
https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html
- Starfield, B., & Shi, L. (2009). *Johns Hopkins University*. Obtenido de Manual for the Primary Care Assessment Tools.: https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html
- Terenzi C. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Unico de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 113-123.
- Terraza R, Vargas I, Vázquez M. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 485-95.
- Tesser. (2006). Medicalización social (II): limites biomédicos y propuestas para la clínica en la atención básica. *Interface-Comunicación-Salud-Educación*, 347-362.

- Tesser, C. (2006). Medicalización social (II): límites biomédicos y propuestas para la clínica en la atención básica. *Interface. Comunic. Salud. Educación*, 347-62.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, 1(XXXIII), 11-14.

9. ANEXOS

ANEXO I

Aval Consejo de Ética Facultad de Medicina

ANEXO II

Consentimiento informado

ANEXO III

Material elaborado para el panel de expertos

GRILLA 1 PROCESO DE TRADUCCIÓN PCAT-FE				VALORACIÓN POR EXPERTO/A			
	PCAT_FE	PCAT_FE	UR_PCAT_FE	1	2	3	4
	Versión Original en Inglés	VERSIÓN TRADUCCION DIRECTA PROFESIONAL	VERSIÓN TRADUCCION DIRECTA EQUIPO UR_PCAT_FE				
C	C. FIRST CONTACT - ACCESS	C. PRIMER CONTACTO - ACCESO	PRIMER CONTACTO - ACCESIBILIDAD				
C9	On average, do patients have to wait more than 30 minutes after arriving before they are examined by the doctor or nurse?	En promedio, ¿deben los pacientes esperar más de 30 minutos después de llegar para ser examinados por el médico o la enfermera?	NO HA HABIDO ACUERDO INTERNO EN EL EQUIPO: ¿Los usuarios tienen que esperar en promedio más de 30 minutos después de llegar hasta que los atienda? un médico/a un/a enfermero/a?		x		
G	G. COMPREHENSIVENESS (SERVICES AVAILABLE)	G. INTEGRALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES)	ATENCIÓN INTEGRAL (SERVICIOS DISPONIBLES)				
	If patients need any of the following services, would they be able to get them on-site at your facility?	Si los pacientes necesitan cualquiera de los siguientes servicios, ¿podrían conseguirlos in situ en su establecimiento?	Si los pacientes necesitan alguna de las siguientes prestaciones ¿podrían recibirlas en su mismo servicio?				

G24.	Suggestions on nursing home care	Sugerencias sobre el cuidado de ancianos	NO HA HABIDO ACUERDO INTERNO EN EL EQUIPO: Orientación y consejería a la familia sobre necesidad de ingreso a casa de salud de un integrante/Adulto mayor //Cuidados preventivos y promocionales en población geriátrica y discutir en panel			x	
H	H. COMPREHENSIVENESS (SERVICES PROVIDED)	H. INTEGRALIDAD (SERVICIOS PRESTADOS)	H. INTEGRALIDAD (SERVICIOS PRESTADOS)				
	If your facility serves all ages, please answer all questions in this section (H1 – H18).	Si su establecimiento presta servicios a todas las edades, por favor responda a todas las preguntas de esta sección (H1 - H18).	Si su establecimiento presta servicios a población de todas las franjas etarias, por favor responda todas las preguntas de esta sección (H1-H18)				
	If your facility serves only children, do not answer questions H3 – H13.	Si su establecimiento sólo presta servicios a niños, no responda a las preguntas H3 - H13.	Si su establecimiento sólo presta servicios a niños, no responda a las preguntas H3 - H13.				
	If your facility serves only adults, do not answer questions H14 – H18.	Si su establecimiento sólo presta servicios a adultos, no responda a las preguntas H14 - H18.	Si su establecimiento sólo presta servicios a adultos, no responda a las preguntas H14 - H18.				
	Are the following subjects discussed with patients?	¿Se discuten los siguientes temas con los pacientes?	¿Se hablan los siguientes temas con los pacientes?				

H9.	Gun availability, storage, safety	Disponibilidad de armas, almacenamiento y seguridad	NO HA HABIDO ACUERDO INTERNO EN EL EQUIPO: Consejería sobre SEGURIDAD EN EL ACCESO, almacenamiento o y seguridad de armas/tenencia segura de armas?			x
H13.1	PCAT_PE Y AE Esta fue agregada por el equipo de investigación		NO HA HABIDO ACUERDO INTERNO EN EL EQUIPO: Sexualidad, problemas, orientación sexual/salud sexual, problemas sexuales y diversidad sexual (para afinar)			
H18.	Safety issues for children over 12: safe sex, saying no to drugs, not drinking and driving	Problemas de seguridad para niños mayores de 12 años: sexo seguro, decir no a las drogas, no beber y conducir	NO HA HABIDO ACUERDO INTERNO EN EL EQUIPO: Temas de seguridad para mayores de 12 años: Consejo sobre sexo seguro/y placentero, uso de condón. Información sobre sustancias psicoactivas y conductas adictivas. Conducción responsable de vehículos, seguridad para bañistas.			x
J	J. COMMUNITY ORIENTATION	J. ORIENTACIÓN A LA COMUNIDAD	J. ORIENTACIÓN COMUNITARIA			

J1.	Do clinicians at your facility make home visits?	¿Hacen visitas a domicilio los médicos de su establecimiento?	Se propone discutir bifurcar la pregunta en la orientación comunitaria de la visita: Van sus médicos a vd, van con otros o solos, van otros integrantes del equipo sin los médicos			
Encabezado J20 - J24	Does your facility use any of the following activities to reach out to populations in the communities you serve?	¿Utiliza su establecimiento alguna de las siguientes actividades para llegar a las poblaciones en las comunidades en las que presta servicios?	NO HA HABIDO ACUERDO INTERNO EN EL EQUIPO: ¿Utiliza su servicio alguna de las siguientes actividades para llegar/alcanzar? a la población/los colectivos? de la comunidad que atiende?			
J20.	Networking with state and local agencies involved with culturally diverse groups	Establecimiento de vínculos con las agencias estatales y locales involucradas con grupos culturalmente diversos	<i>Trabajo en redes o colaboración con instituciones públicas a nivel local relacionados con grupos culturalmente diversos</i>		x	
J21.	Linkages with religious organizations/services	Vínculos con organizaciones/servicios religiosos	<i>Coordinación con organizaciones religiosas</i>			
J22.	Involvement with neighborhood groups/community leaders	Relacionamiento con grupos vecinales/líderes de la comunidad	<i>Coordinación con organizaciones comunitarias o líderes de la comunidad</i>			
J.23.	Outreach workers	Agentes de divulgación	<i>Trabajo con Agentes comunitarios de salud o promotores de salud comunitaria</i>			

J.24.	Other (Please specify.)	Otro (Especifique.)	Otros. (Por favor, especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------	-------------------------	---------------------	---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Acceso al cuestionario PCAT-FE completo utilizado para el análisis:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1H5YQ2tiuLBK3_yz0dJ9AbeutWTaCZ9_q855-2sW2RYs/edit?usp=sharing

ANEXO IV

Matriz de análisis de categorías

Categoría: Características del vínculo del equipo de salud-persona/comunidad

Enunciado versión: Traductora/Equipo	Atributo APS/ No. Pregunta	Encabezado	Texto	Análisis
¿Los usuarios tienen que esperar en promedio más de 30 minutos después de llegar hasta que los revise, asista o atienda un médico o una enfermera?'	PRIMER CONTACTO/ ACCESIBILIDAD C9		<p>"....A mí lo que me parecía bueno era el tema de atención y algo mas no, porque hoy por hoy lo que se está priorizando es el dialogo del equipo de salud con el usuario no, y por eso yo puse atención...." *</p> <p>porque aparece siempre el paciente, bueno hoy por hoy nosotros también dejamos un poco de lado el usuario y si la persona, eso del punto de vista mío"</p> <p>"Supongo que mirado de esa perspectiva me parece que un enunciado que diga: demora, digo, algo más de 30 minutos que es un tiempo razonable de espera para el usuario que está</p>	<p>Es importante que los panelistas hagan referencia a la necesidad de priorizar el diálogo de las personas con el equipo de salud. Siguiendo a autores como Stolkiner, que incluyen otras dimensiones fundamentales como el espacio de encuentro entre las personas y los servicios. Stolkiner define la accesibilidad como: "el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios de salud. Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios".</p> <p>De acuerdo a Romero atendiendo a la dinámica de los fenomenos socioculturales en el campo de la salud y al habitus asistencial del modelo médico hegemónico.... estos elementos podrían constituir intentos que se realizan desde los colectivos profesionales para adaptarse, modificar aspectos menores y comportamentales; pero donde continua afirmando el poder. Es decir, no hay un análisis en profundidad de la situación. "Es significativo que no se revise críticamente la construcción de roles, que se considere que los propios profesionales médicos se bastan a sí mismos para manejar aspectos psicosocioculturales. No se percibe que dichos aspectos deben ser objeto de análisis construido con exigencia</p>

			trabajando que tiene su familia que no se que, este creo si dejamos claro ese punto el contenido de la pregunta es bien entendible "	científica, es decir que se reafirma no sólo la posición del colectivo sino la capacidad de la iniciativa personal como autosuficientes e independientes de un complejo de factores.
Suggestions on nursing home care/Sugerencias sobre el cuidado de ancianos./ Orientación y consejería a la familia sobre necesidad de ingreso a casa de salud de un integrante/Adulto mayor //Cuidados preventivos y promocionales en población geriátrica y discutir en panel	G. INTEGRALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES) G24	Si los pacientes necesitan alguna de las siguientes prestaciones ¿podrían recibirlas en su mismo servicio?	"...yo había puesto brindar espacios de escucha y orientación en caso que la familia hubiera una persona anciana que necesitara ingresar a una institución para su cuidado.."	Ídem anterior

Categoría: Trabajo en equipo Interprofesional

Enunciado versión: Traductora/Equipo	Atributo APS/ No. Pregunta	Encabezado	Texto	Análisis
C 9 ¿los usuarios tienen que esperar en promedio más de 30 minutos después de llegar hasta que los revise, asista o atienda un médico o una enfermera?"	PRIMER CONTACTO/ ACCESIBILIDAD C9		Si, este, el enunciado que había propuesto era "¿el tiempo de espera promedio desde que llega el usuario o paciente al servicio de salud para ser atendido hasta que se realiza efectivamente la asistencia o la atención por parte del personal de salud, porque en realidad estamos hablando medico	Si bien en el relato de los expertos aparece como importante el trabajo del equipo de salud, nótese, por un lado, que aparece escasamente mencionado durante el panel. Asimismo, se reconocen distintas concepciones, y modos de referirse al

			<p>enfermero, personal general, es mayor a 30 minutos?"</p> <p>"También puede haber un equipo, y de hecho los pacientes son controlados por enfermería antes de entrar a ver al médico, en la realidad, por lo menos la realidad que yo trabajo ."</p>	<p>mismo, como el término "personal de salud"</p> <p>Si bien se percibe que el trabajo en equipo forma parte del discurso de los profesionales, quedan dudas si está realmente internalizado en las prácticas. Así como también que actividades realizan los gestores para favorecer esta forma de organización del trabajo o si aún constituye un desafío su implementación en un modelo de atención médico céntrico como el uruguayo.</p>
--	--	--	--	---

Categoría: Enfoque de riesgo

Enunciado versión: Traductora/Equipo	Atributo APS/ No. Pregunta	Encabezado	Texto	Análisis
<p>Problemas de seguridad para niños mayores de 12 años: sexo seguro, decir no a las drogas, no beber y conducir/ Temas de seguridad para mayores de 12 años: Consejo sobre sexo seguro/y placentero, uso de condón. Información sobre sustancias psicoactivas y conductas adictivas. Conducción responsable de vehículos, seguridad para bañistas.</p>	<p>H. INTEGRALIDAD (SERVICIOS PRESTADOS</p>		<p>"que desde una cuestión como semántica en realidad como manejar el tema de la seguridad, que si bien yo lo ponía en esta atravesaba las anteriores, este, en relación más a plantearlo desde la promoción del cuidado en determinadas dimensiones de salud y no tanto como seguridad en esto, seguridad en lo otro, como manejarlo de otra manera"</p> <p>"Pero son como las cosas, para mí está bien orientado al riesgo esto y si lo miras en el entorno no sé si está orientado a la</p>	<p>Durante la sesión los participantes reconocen el enfoque de riesgo predominante en los enunciados, es interesante que uno de ellos, cuestiona esta perspectiva.</p> <p>Sin embargo, se percibe que el abordaje epidemiológico, predominante en los inicios del S XX, centrado en los problemas de salud, la enfermedad y sus factores de riesgo, está presente en el cuestionario y es aceptado por los profesionales que integraron el panel.</p>

			<p>promoción, está orientado al riesgo, y creo que esta, no se casi te diría no se no se cual fue el, casi es epidemiológico, cuál es el riesgo en los gurises mayores de 12 años, esto, esto otro y esto otro, y así lo pusieron"</p>	<p>El peso asignado a la epidemiología ha sido cuestionado; los servicios no pueden ser organizados exclusivamente en base a las enfermedades, y las necesidades de salud no se reducen a las que pueden ser aprehendidas por la epidemiología.</p>
--	--	--	--	---

Categoría: Orientación y participación comunitaria

Enunciado original/ Traductora/Equipo	Atributo APS/ No. Pregunta	Encabezado	Texto	Análisis
<p>¿Hacen visitas a domicilio los médicos de su establecimiento? / Se propone discutir bifurcar la pregunta en la orientación comunitaria de la visita: Van sus médicos a visita domiciliaria, van con otros o solos, van otros integrantes del equipo sin los médicos?</p>	<p>J. ORIENTACIÓN A LA COMUNIDAD</p>		<p>HX6: "Una pregunta con respecto a esto, a ver yo, en tema comunidad creo comprender el espíritu, de lo que viene la pregunta. Pero de hecho todas las instituciones tienen estrategias de ida a domicilio, internación domiciliaria, servicio de atención de enfermería domiciliaria, servicio de radio domiciliario,"</p> <p>MX8: por eso el título ¿no? Si tienes orientación comunitaria, si no diría consultas en vez de visitas, las visitas no son consultas...</p>	<p>Se realiza una disquisición interesante, donde se diferencia entre consulta y visita domiciliaria en el marco del enfoque de APS.</p> <p>La prestación de servicios en domicilios comprende diferentes modalidades como internación, atención y visita, cada una de ellas posee objetivos, prácticas y características específicas. La realización de la visita contribuye a la ejecución de las otras modalidades en caso de ser necesarias. En particular la visita domiciliaria, debe haber sido previamente planificada, sistematizada y evaluada por el equipo de salud.</p> <p>Una particularidad de esta modalidad de atención es que implica un cambio de dirección en la atención tradicional en salud, que habitualmente es receptiva (la</p>

				familia concurre al servicio), sin embargo, la visita requiere por parte del equipo una actitud activa y el desarrollo de habilidades específicas.
--	--	--	--	--

Categoría: Integralidad

Enunciado versión: Traductora/Equipo	Atributo APS/ No. Pregunta	Encabezado	Texto	Análisis
Sugerencias sobre el cuidado de ancianos./ Orientación y consejería a la familia sobre necesidad de ingreso a casa de salud de un integrante/Adulto mayor //Cuidados preventivos y promocionales en población geriátrica y discutir en panel	G. INTEGRALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES) G24	Si los pacientes necesitan alguna de las siguientes prestaciones ¿podrían recibirlas en su mismo servicio?	<p>"Incluir la familia ahí también, porque los ancianos digo, tomar en cuenta inquietudes, preocupaciones, interés de la familia, mientras se saca la ropa también, vamos conversando sobre estas otras cosas ¿no? Porque me parece que no necesariamente necesita una institución para ese cuidado, sea un día o permanente, si no que puede empezar a existir una preocupación sobre cómo se resuelven las cosas cotidianas."</p> <p>"Yo de alguna manera hice como ese ejercicio, me dije todo lo que para mí implicaba y realmente poder pensar que la institucionalización es solo una de las distintas variables como yo lo entendía en relación al cuidado ¿no?, entonces me parece que esta bueno dejarlo ampliamente para que esté abierto a otros"</p>	En el discurso los expertos se refieren a la integralidad en el plano individual identificándose las barreras existentes (dadas por los estándares de productividad) en el espacio donde acontece el cuidado. No se menciona explícitamente el eje de las articulaciones, definido en el concepto de Integralidad, caracterizado por la integración de saberes interdisciplinarios y equipos multiprofesionales. La integralidad requiere de un compromiso en la atención por parte de cada profesional y por otro del trabajo solidario del equipo con sus múltiples saberes. Por este motivo, es fundamental que la organización de los servicios y la capacitación estén centradas en el desarrollo de competencias de los equipos para atender ese

				<p>amplio espectro de necesidades en salud.</p> <p>La integralidad focalizada forma parte de una más amplia que surge tanto de la red de servicios de salud, como de las redes intersectoriales que son fundamentales para abordar las necesidades vinculadas a la mejora en las condiciones de vida. En este sentido, es importante que emerjan rasgos de la integralidad ampliada en el discurso de los expertos.</p>
--	--	--	--	---

Categoría: Adaptación al contexto de Uruguay

Enunciado original/ Traductora/Equipo	Atributo APS/ No. Pregunta	Encabezado	Texto	Análisis
<p>Suggestions on nursing home care/Sugerencias sobre el cuidado de ancianos./</p> <p>Orientación y consejería a la familia sobre necesidad de ingreso a casa de salud de un integrante/Adulto mayor //Cuidados preventivos y promocionales en población geriátrica</p>	<p>G.</p> <p>INTEGRALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES)</p> <p>G24</p>	<p>Si los pacientes necesitan alguna de las siguientes prestaciones ¿podrían recibirlas en su mismo servicio?</p>	<p>".....hay un tema del que no se habla y que a lo mejor es un elemento de calidad y es de la necesidad de institucionalizar un anciano porque realmente me quede con la duda si no quiere decir eso, sugerencias sobre el momento de institucionalizar un anciano,"</p> <p>H4: "no que la ...dice un nursing home es un lugar donde la gente no necesita estar hospitalizada pero no puede estar hospedada en el hogar"</p>	<p>Más allá de la traducción literal estricta, subyace el tema cultural y como en Estados Unidos esta naturalizada la institucionalización de los adultos mayores. en nuestro país no.</p> <p>Particularmente se destaca la discusión que se da en torno a la traducción desde el inglés de la expresión "home care". Desde la percepción de los expertos, aquí hay un elemento cultural importante que refiere a que si bien en el país de origen del cuestionario (Estados Unidos) la institucionalización de los ancianos es un tema que es</p>

			<p>MX: "es un residencial, eso es un nursing home. Que digo los yanquis tienen millones porque es lo habitual."</p> <p>* yo quería decir que uno viéndolo desde la perspectiva de usuario, cuando lo hicimos en usuarios, era espantosa la pregunta, siempre el usuario quedaba así, eh?, primero que lo hicimos en ASSE, imagínate que nadie ingresa a un residencial, no se entendía lo que estábamos preguntando, y quedó así."</p>	<p>socialmente aceptado, no es tan así en Uruguay, donde el estrato social es además un condicionante importante.</p>
--	--	--	---	---

Categoría: Adaptación al Sistema de Salud de Uruguay

Enunciado original/ Traductora/Equipo	Atributo APS/ No. Pregunta	Encabezado	Texto	Análisis
C 9¿los usuarios tienen que esperar en promedio más de 30 minutos después de llegar hasta que los revise, asista o atienda un médico o una enfermera?"	PRIMER CONTACTO/ ACCESIBILIDAD C9		<p>M2: yo lo que incorpore es un término de tiempo de espera, pero este me faltó, que ahora viéndolo sería tiempo de espera promedio, no. Porque como iba dirigido a los gestores y el termino, el indicador de tiempo de espera, y a nivel nuestro se usa mucho, y del ministerio, hay decretos de tiempo de espera, no específicamente de este, sino de espera para acceder a las consultas,</p> <p>M2: En realidad es como un indicador que se usa, incluso se solicita a las</p>	<p>Pone el foco en Introducir un indicador de gestión utilizado por el MSP, que se aplica como el tiempo de espera máximo para acceder a una consulta. No pone el foco en el tipo de encuentro que se establece. La duda era entre atiende o examine. No se cuestiona que esté centrado en la enfermedad.</p>

			instituciones que lo informen, en ese término, como tiempo de espera , capaz que quede más claro,	
APRECIACIONES GLOBALES FINALES POR PARTE DE LOS PANELISTAS SOBRE LA HERRAMIENTA			<p>“que creo que si realmente va a ser muy difícil de trabajar pero es un dato de realidad, que en esta zona metropolitana tenemos un médico cada 150 personas, por lo tanto la gente una conducta racional es especializarse y subespecializarse para poder ser empleable y para conseguir su fragmentito y su nicho de mercado, y eso es un desafío estructural cuando vos te planteas este tipo de objetivo de atención primaria, tenes 150 mil médicos, te faltan licenciadas en enfermería.”</p>	<p>Estos planteos señalan la necesidad de tener en cuenta los diferentes escenarios (rural, urbano, suburbano) y las características de los prestadores de salud en esos ámbitos; así como también las limitantes estructurales del sistema de salud, relacionadas a la disponibilidad de recursos humanos. Es decir, se identifica una brecha importante entre el enfoque de atención primaria que propone el cuestionario PCAT y las características del contexto sanitario uruguayo.</p>