



| UNR



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE

SALUD

***“EXPLORACIÓN DE LAS PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS
RELACIONADAS A LA INTEGRALIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN DE LA SALUD EN LA CIUDAD DE USHUAIA”***

Maestrando: Andrés F. Becker

Director del Trabajo: Dr. Ernesto Báscolo

Ushuaia, 17 de abril de 2022

I - ÍNDICE

Portada

I - Índice	<u>1</u>
II - Resumen	<u>2</u>
II - Abstract	<u>3</u>
III - Introducción	<u>4</u>
IV - Problemática	<u>6</u>
V - Marco de Análisis	<u>10</u>
VI - Objetivos	<u>40</u>
VII - Metodología	<u>41</u>
VIII - Resultados	<u>43</u>
IX - Discusión	<u>47</u>
X - Conclusiones	<u>51</u>
XI - Bibliografía	<u>53</u>
XII - Anexo I: Consentimiento informado	<u>56</u>
XIII - Anexo II: Cuestionario	<u>58</u>

II – RESUMEN

Introducción: Los trabajadores del Primer Nivel de Atención (PNA) se consideran actores fundamentales para lograr la implementación de un modelo de Atención Integral de Salud, para ello se los encuestó sobre sus prácticas y competencias.

Objetivos: Este trabajo pretende identificar y describir la percepción de las prácticas y competencias relacionadas con un modelo de Atención Integral de Salud, por parte de los trabajadores encargados de brindar atención a los usuarios del primer nivel de atención del sistema de salud, de la Ciudad de Ushuaia, durante el año 2019.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. Se aplicó un cuestionario a trabajadores, que detalla prácticas y competencias relacionadas a un modelo de integralidad y se valoraron sus respuestas.

Resultados: Se obtuvo como resultado un elevado número de prácticas disponibles, según las respuestas de los trabajadores del PNA, para los usuarios del primer nivel de atención, pero existen competencias en que los trabajadores se reconocen poco, o no competentes en las mismas, como actividades en investigación sobre salud pública, actividades de vigilancia epidemiológica, atención hospitalaria, ejecución de programas que requieran coordinación intersectorial, y ejercicio de liderazgo.

Conclusiones: Se identificó un elevado nivel de implementación de prácticas relacionadas con un modelo de atención integral. Se podrían facilitar, promover y estimular las competencias que se reconocen como de bajo nivel de cumplimiento (actividades en investigación sobre salud pública, actividades de vigilancia epidemiológica, atención hospitalaria, ejecución de programas que requieran coordinación intersectorial, y ejercer liderazgo como profesional de la salud) a los fines de lograr optimizar el desarrollo de un modelo integral de salud.

Palabras clave: atención primaria de la salud, integralidad, modelo de atención integral, salud colectiva.

II – ABSTRACT

Introduction: Workers of the First Level of Care (PNA) are considered fundamental actors to achieve the implementation of a Comprehensive Health Care model, for this they were surveyed about their practices and skills.

Objectives: This work aims to identify and describe the perception of the practices and skills related to a Comprehensive Health Care model, by the workers in charge of providing care to users of the first level of care of the health system, of the City from Ushuaia, during the year 2019.

Methodology: Quantitative, descriptive, cross-sectional study. A questionnaire was applied to workers, detailing practices and skills related to a comprehensive model, and their responses were assessed.

Results: A high number of practices available to users of the first level of care is recognized. There are competencies in which the workers do not recognize themselves little, or are not competent in them, such as public health research activities, epidemiological surveillance activities, hospital care, the execution of programs that require intersectoral coordination, and the exercise of leadership.

Conclusions: A high level of implementation of practices related to a comprehensive care model was identified. Competencies that are recognized as having a low level of compliance could be facilitated, promoted and stimulated (research activities on public health, epidemiological surveillance activities, hospital care, execution of programs that require intersectoral coordination, and exercise leadership as a health professional) in order to optimize the development of a comprehensive health model.

Keywords: primary health care, comprehensiveness, comprehensive care model, collective health.

III – INTRODUCCIÓN

Todo modelo de atención de salud encarna el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades reales, que son percibidas o no, por la población).

Al decir de Róvere, (2018), *“la vivencia de cientos de miles de trabajadores en el mundo ha reescrito y continúa reescribiendo los guiones de la atención primaria, en cada momento, en cada contexto, en cada situación concreta.”*

Ello se ha intentado poner de manifiesto en este trabajo, dado que se problematiza la cuestión de “brindar atención según la demanda” por lo cual se ejecutó una encuesta a trabajadores del PNA en la Ciudad de Ushuaia, con el objetivo de poder conocer a través de sus respuestas, el nivel de implementación, cumplimiento o existencia de prácticas y competencias relacionadas con un modelo integral de salud, que son desarrolladas cotidianamente en Centros de Atención Primaria de la Salud provinciales, durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2019.

Se espera contribuir con este trabajo con insumos para mejorar la gestión de las capacidades y competencias del capital humano.

Se entiende como **atención integral de salud**, a la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud para las personas, en el contexto de su familia y comunidad.

Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad.

Los sistemas sanitarios y la práctica de la medicina han tenido tradicionalmente casi como único objetivo, y aún lo tienen hoy, la enfermedad, y han dirigido sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para el abordaje de las

patologías establecidas, prestando poca o nula atención a su prevención y a la conservación y promoción de la salud, tanto desde la perspectiva individual como colectiva.

Todos, profesionales sanitarios, planificadores, políticos y ciudadanos, somos conscientes de que la función primordial de un sistema sanitario no radica exclusivamente en garantizar el derecho del enfermo a ser correctamente diagnosticado y tratado, sino también en procurar que no enferme, que se mantenga sano; en definitiva, asegurar su derecho a la salud, asimilando en cierta medida la enfermedad como un fracaso en el logro de este objetivo. (Zurro, 2003)

IV - PROBLEMÁTICA

Contextualización:

Teniendo en cuenta la siguiente afirmación: “La contextualidad de la atención primaria de salud está dada, en primera instancia, por el sistema de salud en que se encuentra inserta. Ese sistema es el que concreta la significación de dicha atención en el nivel de la organización sectorial. Es decir, la atención primaria de salud puede tener un significado concreto, el que le otorga su inserción en un sistema de salud, o tener un significado abstracto, el que corresponde a su definición ideológica...” (Testa, 1988), se hace una breve mención sobre el escenario en donde se desarrolló el trabajo a continuación.

La Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, es la provincia más austral del país, la de menor número de habitantes (INDEC, 2013), pero la de mayor extensión geográfica. Por su naturaleza insular, se la considera aerodependiente, encontrándose relativamente aislada del resto del país, y posee tres localidades (de norte a sur): Río Grande, Tolhuin y Ushuaia (capital provincial).

La población en su mayoría es joven, migrante, proveniente de otras regiones del país (hasta un 70%) y de países vecinos.

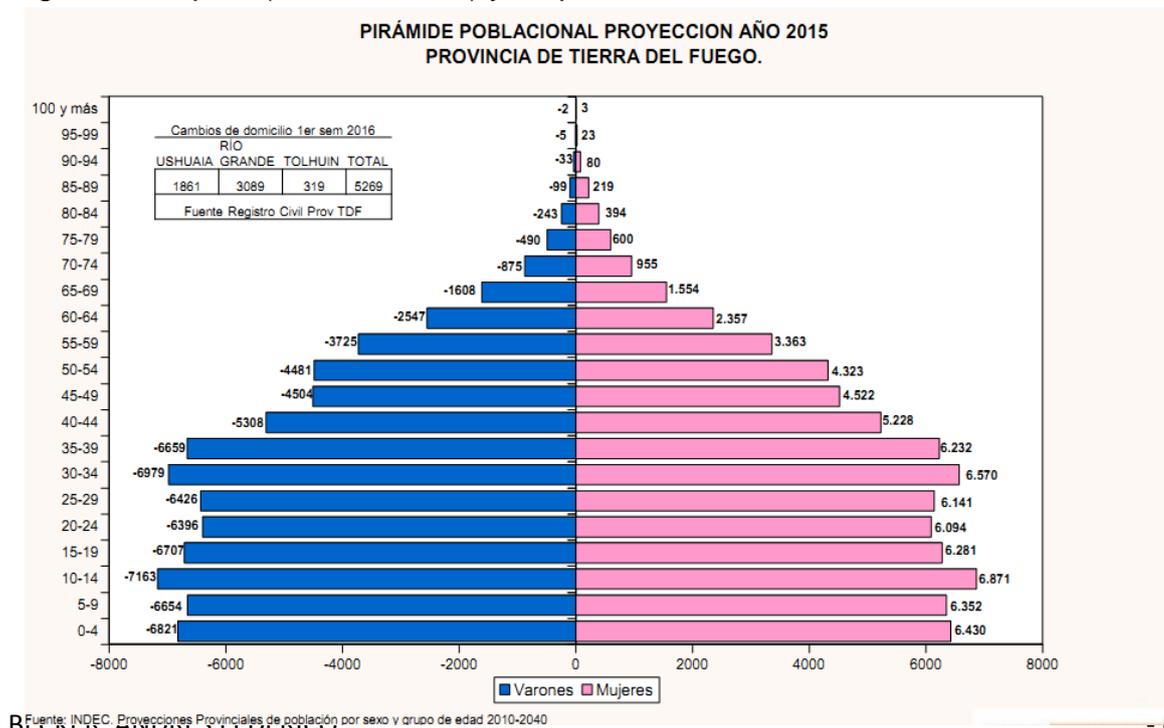


Gráfico N°1: Pirámide poblacional de la Provincia de Tierra del Fuego. Fuente: INDEC

El sistema de salud provincial cuenta con efectores públicos y privados para la atención de su población, y está basado en un modelo de atención cuya estrategia responde a la atención primaria de la salud.

El primer nivel de atención (en adelante: PNA) es de resorte casi exclusivo del ámbito público provincial, salvo en la Ciudad de Río Grande, al norte de la provincia, donde existen efectores del PNA en la órbita pública municipal.

El PNA de la ciudad de Ushuaia, cuenta actualmente con nueve Centros de Salud, dependientes de la Dirección de Atención Primaria Salud - Zona Sur. En cada uno de ellos trabaja personal médico, de enfermería, administración, y maestranza, y en algunos de ellos, pueden asistir a la población también profesionales de las áreas de psicología, odontología o nutrición.

Problemática:

La problemática abordada tiene que ver con el trabajo cotidiano de los equipos de salud del PNA, el cual se dirige habitualmente hacia la atención de los eventos agudos, focalizado hacia la necesidad emergente, o sea hacia la demanda, la cual generalmente, a su vez es modelada por la oferta disponible de atención, generándose un proceso de retroalimentación en el que puede perderse de vista, no pocas veces, a la persona como un ser biopsicosocial, como integrante de un núcleo familiar, inserto éste en una comunidad con características propias y distintivas de cualquier otro.

Al decir de Alvim (2013) *“Hablar de integralidad, remite a una nueva visión paradigmática de pensar el mundo e intervenir en él, de manera dinámica y totalizadora, superando la postura dualista que divide sujeto y objeto en el proceso de conocimiento. Requiere, por tanto, ampliar el enfoque sobre la salud y sus modelos de intervención.”*

Por ello, desde este trabajo se plantea explorar las prácticas y competencias de los trabajadores del PNA relacionadas a un modelo de atención integral, quienes se reconocen como actores estratégicos para la construcción del mismo.

En la ciudad de Ushuaia, el mayor número de consultas del sistema de salud público según datos proporcionados por la Dirección de Epidemiología e Información de la Salud se produce en el segundo nivel de atención, siendo superado el número de consultas de los Centros de Salud del PNA, por el número de consultas por guardia, lo cual puede graficarse de la siguiente forma:

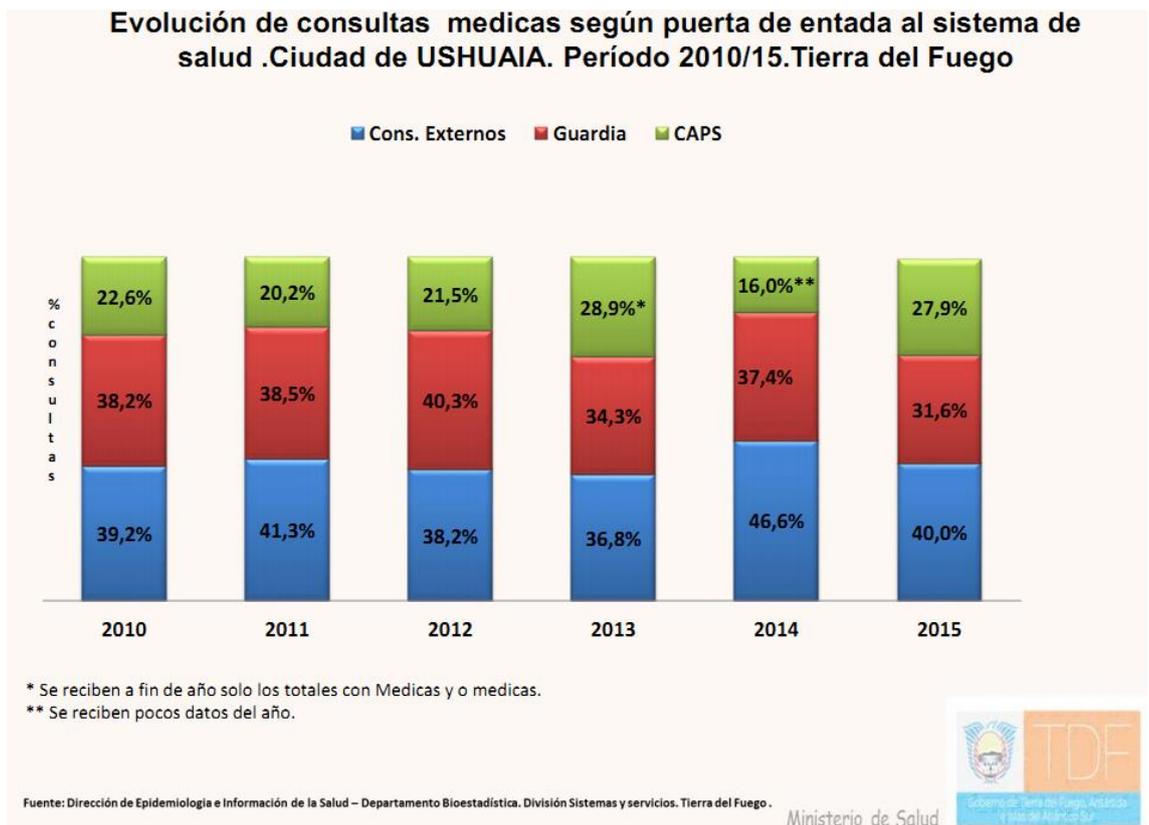


Gráfico N°2: Evolución de consultas médicas según puerta de entrada. Fuente: Dirección de Epidemiología e Información de la Salud.

Es de destacar que la participación de médicos con formación en APS, en el PNA, puede considerarse irregular, dada la prestación de servicios por parte

de estos profesionales en el Servicio de Emergencias del Hospital Regional de Ushuaia.

Históricamente, la respuesta posible desde el sistema de salud ha sido la de satisfacer la demanda de atención de los problemas de salud emergentes, con la limitación de un recurso humano escaso, en una localización geográfica con características climáticas rigurosas acordes a una latitud extrema, y una gran distancia con los centros urbanos considerados “importantes”, lo que torna muy dificultoso atraer profesionales para que se inserten y desempeñen en el sistema de salud a mediano o largo plazo, en un contexto de crecimiento demográfico importante, no obstante ser la provincia más despoblada del país.

Se plantea como necesario para este estudio entonces, describir la percepción que tienen los propios trabajadores de la implementación de prácticas y sus competencias relacionadas con un modelo de atención integral.

La pregunta de investigación que surge entonces se configura de la siguiente manera:

¿Cuál es el nivel de implementación, cumplimiento o existencia de las prácticas y competencias relacionadas a un modelo de atención integral de la salud, desde la perspectiva de los trabajadores en el PNA de la ciudad de Ushuaia?

V - MARCO DE ANALISIS

Atención Primaria de la Salud (APS):

Definición:

La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata (1978) definió la APS como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, 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, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

Esta definición de APS contiene de forma genérica todos los elementos que la caracterizan y sitúan como la pieza fundamental del sistema sanitario para alcanzar un nivel adecuado de salud de la población, en el seno de la estrategia general de la OMS definida en el lema “Salud para todos en el año 2000”, y contenida en sus 38 objetivos. Esta estrategia y definición fue aprobada de forma unánime por más de 140 países.

Quedó establecido que para el logro de esta meta era necesaria una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como Atención Primaria de la Salud (APS), estrategia a la que adhirió el Estado argentino. (Ase, 2009)

La APS en su contexto amplio incluye todo lo que tiene posibilidades de influir en la salud, enfatizando valores como la promoción de la salud a través de la educación y la participación comunitaria. (Lemus, 2013)

Las prácticas y la mayoría de los dispositivos de la APS ya estaban disponibles y presentes antes de 1978 y en buena medida, el constructo APS incentivó, amplió, articuló esas experiencias generando un concepto polisémico que logró entamar un conjunto disperso de dispositivos, de escenarios, de modelos de atención e incluso de estrategias populares de supervivencia.

La APS va a reabsorber diversas experiencias, entre otras las de agentes comunitarios de salud, algunos tributarios de las viejas luchas contra los vectores como el caso de la Medicina simplificada de Venezuela, los centros materno infantiles desplegados en las zonas desfavorecidas de las grandes ciudades, la fuerte tradición de Gran Bretaña y los países del Commonwealth de los General Practitioners que podríamos denominar la atención 'médica' primaria y de las experiencias más autogestionarias de poblaciones organizadas dando respuesta a sus problemas más básicos de salud. (Róvere, 2018)

Contenidos de la Atención Primaria de Salud:

Idealmente, la APS ha de estar dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, potenciando, al mismo tiempo, la autorresponsabilidad y la participación comunitaria.

Se pueden analizar los contenidos de la APS desde cuatro perspectivas diferentes:

1. Como un conjunto de actividades.
2. Como un nivel de asistencia.

3. Como una estrategia.
4. Como una filosofía.

APS entendida como un conjunto de actividades requiere, para poder ser definida como tal, la inclusión de las premisas siguientes:

- Educación sanitaria
- Provisión de alimentos
- Nutrición adecuada
- Salubridad del agua
- Saneamiento básico
- Cuidados maternoinfantiles
- Inmunización
- Prevención y control de las enfermedades endémicas
- Tratamiento básico
- Abastecimiento de fármacos

APS entendida como un nivel de asistencia implica su consideración como primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema de salud, con independencia de las restantes subdivisiones organizativas establecidas en él. Esta primera toma de contacto ha de ser mutuamente interactiva, en el sentido de que no se limite al acceso de la persona enferma a los cuidados proporcionados por el sistema, sino que también sea este el que promueva los contactos con los componentes sanos y enfermos de la comunidad y potencie el autocuidado y autorresponsabilización respecto a la propia salud, a través de actividades realizadas en las consultas, domicilios y otras instituciones propias de la comunidad.

De este enfoque surge la referencia a los niveles como una categorización de servicios que se complementan y articulan entre sí, y permite intentar cubrir la atención de todas las necesidades de la comunidad. Los niveles de atención son, en síntesis, planos o instancias tecnológicas para la atención

de los problemas de salud, que se distinguen entre sí por la combinación de contenidos. (Ase, 2009)

La APS, como estrategia de organización de los servicios sanitarios, hace referencia a la necesidad de que éstos estén diseñados y coordinados para poder atender a toda la población y no sólo a una parte de ella, ser accesibles y proporcionar todos los cuidados propios de la Atención Primaria. Al mismo tiempo, los servicios sanitarios deben mantener una relación adecuada costo-beneficio en sus actuaciones y resultados, y estar abiertos a la colaboración intersectorial.

La APS como filosofía implica el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el derecho a la atención de la salud en el marco de los derechos fundamentales de las personas, que garantice su defensa prioritaria y responda en todo momento a criterios de justicia e igualdad en el acceso y disfrute de este derecho por toda la ciudadanía, con independencia de cualquier otro factor. (Zurro, 2003)

Elementos conceptuales de la Atención Primaria de Salud:

A continuación, se describen esquemáticamente los elementos principales que caracterizan a la APS:

Integral. Considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial. Las esferas biológica, psicológica y social no son independientes o tangenciales, sino que se interseccionan en las personas y sus necesidades y problemas de salud.

La noción de integralidad encierra diversos significados que, además de la gama de servicios, hace referencia a un abordaje biopsicosocial y a un modelo de atención centrado en las familias y la comunidad. (Yavich, 2009)

Integrada. Interrelaciona los elementos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y reinserción social, que han de

formar parte de las actuaciones desarrolladas. Se integra funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario.

Continuada y permanente. Longitudinalmente a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo...) y en cualquier circunstancia (consulta en el centro de salud, urgencias, seguimiento hospitalario).

Activa. Los profesionales de los equipos no pueden actuar como meros receptores pasivos de las demandas; han de trabajar activamente en los distintos aspectos de la atención, resolviendo las necesidades de salud, aunque estas no se expresen.

Accesible. Los ciudadanos no deben tener dificultades importantes para poder tomar contacto y utilizar los recursos sanitarios. La accesibilidad no debe entenderse exclusivamente con un criterio geográfico, ya que este muchas veces tiene menor relevancia que los económicos, los burocráticos (situación legal) o los claramente discriminativos (p. ej., raciales). La financiación del sistema de salud y su carácter público, privado o mixto pueden influir de forma decisiva en la accesibilidad al sistema de las capas sociales más desfavorecidas. Los criterios de justicia social y equidad que deben presidir la atención de salud son de difícil cumplimiento en los sistemas sanitarios basados exclusiva o principalmente en el pago directo total o parcial (copago) de los actos médicos y las prescripciones diagnósticas o terapéuticas por los usuarios y, por el contrario, se alcanzan con mayor facilidad en los servicios nacionales de salud financiados mediante la recaudación impositiva general.

Basada en el trabajo en equipo. Equipos de salud o de Atención Primaria integrados por profesionales sanitarios y no sanitarios.

Comunitaria y participativa. Proporciona atención de los problemas de salud tanto desde la perspectiva individual como colectiva mediante la utilización de las técnicas propias de la salud pública y comunitaria. La APS

está basada en la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de las actuaciones.

Programada y evaluable. Con actuaciones basadas en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos.

Docente e investigadora. Desarrolla actividades de docencia pre- y posgraduada, así como de formación continuada de los profesionales del sistema y de investigación básica y aplicada en las materias propias de su ámbito.

Atención primaria centrada en las personas. En relación con la integralidad, la prestación de servicios sanitarios de APS implica en la gran mayoría de las ocasiones una interacción personal entre el profesional y la persona atendida o que consulta. La APS centrada en la persona tiene uno de sus pilares esenciales en la garantía de la longitudinalidad (elemento conceptual de la APS), así como en la realización de una asistencia basada en la ubicación cultural, histórica y ecocomunitaria de la persona y desarrollada con un enfoque holístico, biopsicosocial (Engel, 1977).

La APS centrada en la persona permite adaptar a sus valores, necesidades y expectativas, así como a los de su entorno, las actuaciones sanitarias generadas a partir de un diálogo basado en la confianza mutua y en el respeto y afecto. (Zurro, 2003)

APS Integral Y APS Selectiva:

Ya en 1979, se argumentaba que la versión integral de la APS enunciada en la declaración de Alma-Ata era demasiado cara y demasiado poco realista. Si se querían mejorar las estadísticas de salud, planteaban, habría que “apuntar” a los grupos de alto riesgo mediante intervenciones eficientes elegidas con mucho cuidado. Esta nueva intervención más limitada se conoce como APS selectiva.

Así, programas de APS absolutamente aislados del resto del sistema de salud, sin conexión alguna con la red sanitaria pública, convierten a esta estrategia en una atención médica de segunda categoría. (Ase, 2009) La atención primaria deviene en "*atención primitiva de la salud*" (Testa, 1988)

Este nuevo planteamiento despoja a la APS de sus conceptos clave. La insistencia en el desarrollo social y económico fue eliminada, de la misma forma que lo fue la necesidad de incluir a todos los sectores relacionados con la salud en el planteamiento de los programas. Además, desapareció la piedra angular que era la decisión y control de la APS. Esta versión selectiva y sin contenido político (y por tanto inofensiva) de la APS se redujo así a unas pocas intervenciones tecnológicas de alta prioridad, determinadas no por las comunidades sino por expertos internacionales en salud.

Los gobiernos de las minorías privilegiadas –con intereses creados para mantener las desigualdades del orden establecido– tenían pocas ganas de aplicar la APS integral. Aunque nadie se atrevió a decir públicamente que el modelo de APS de Alma-Ata era subversivo, ya desde el principio hubo muchas voces importantes proclamando que no llegaría a funcionar.

Otro contratiempo para la Atención Primaria de Salud Integral fue la recesión mundial de los años 80. Los años 80 trajeron una combinación de recesión mundial, deuda externa sofocante, políticas de ajuste devastadoras, escalada de los gastos militares, empeoramiento de la pobreza y destrucción medioambiental masiva; y cada uno de estos agravando a los otros en un círculo vicioso.

Al aceptar la tesis de que las condiciones mundiales que incrementan la desigualdad y la pobreza no podrían ser corregidas, se hizo más fácil argumentar que el objetivo de Alma-Ata de "salud para todos" no era realista. Incluso el objetivo médico "ausencia de enfermedad" resultaba inalcanzable dados los recortes en los servicios de salud y el incremento del hambre y la pobreza.

Como con las estrategias de desarrollo, las intervenciones en salud nunca son políticamente neutrales: pueden promover independencia y autosuficiencia o pueden fomentar dependencia y pasividad. Pueden apoyar cualquier forma, justa o injusta, de gobernar. Pueden preparar el camino para un estado social equitativo o pueden sostener uno injusto y despótico. (Lemus, 2013)

Renovación de la APS en las Américas:

La evolución en la estrategia llevó a la OPS/OPS a elaborar un documento que sintetiza su renovación, como reza su resumen ejecutivo: “desde hace 25 años se reconoce a la APS como uno de los componentes fundamentales de un sistema de salud efectivo. Las experiencias en países desarrollados y en vías de desarrollo demuestran que la APS puede interpretarse y adaptarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos. La situación actual requiere de un examen exhaustivo de la APS, como de una mirada crítica acerca de cómo puede renovarse con el fin de que refleje mejor las necesidades contemporáneas en materia de salud y de desarrollo de la población.” (OPS, 2007)

La OMS ha venido promoviendo la APS desde antes de 1978, fecha en que se adoptó como estrategia central para alcanzar el objetivo de “salud para todos”. Desde entonces, el mundo y la APS han cambiado drásticamente. El propósito de la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población.

La esencia de la definición renovada de la APS sigue siendo la misma que la de la Declaración de Alma-Ata. Sin embargo, la nueva definición se centra en el sistema de salud en su conjunto; incluye a los sectores público, privado y sin fines de lucro, y es aplicable para todos los países. Distingue entre

valores, principios y elementos, subraya la equidad y la solidaridad, e incorpora principios nuevos como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad.

Valores: Los valores son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los pactos sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población. Proveen una base moral para las políticas y los programas que se formulan en nombre del interés público. Ellos son:

- El derecho al mayor nivel de salud posible.
- La equidad
- La solidaridad

Principios: Los sistemas de salud basados en la APS se fundamentan en principios que proporcionan la base para las políticas de salud, la legislación, los criterios de evaluación, la generación y asignación de recursos, y la operación del sistema de salud. Los principios sirven de puente entre los valores sociales y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud. Son:

- Dar respuesta a las necesidades de salud de la población.
- Los servicios orientados hacia la calidad.
- La responsabilidad y rendición de cuentas.
- La sostenibilidad.
- La participación.
- La intersectorialidad.

Elementos: Los sistemas de salud basados en la APS están conformados por elementos estructurales y funcionales. Son:

- La cobertura y el acceso universales.
- El primer contacto.
- Atención integral, integrada y continua.

- La orientación familiar y comunitaria.
- El énfasis en la promoción y en la prevención.
- Cuidados apropiados.
- Los recursos humanos adecuados.
- Recursos adecuados y sostenibles.
- Acciones intersectoriales.
- Organización y gestión óptimas.
- Mecanismos de participación activa.
- Marco político, legal e institucional sólido.
- Políticas y programas pro-equidad.

APS: Visión y Misión:

Según un consenso alcanzado por expertos, se formuló lo siguiente:

Visión: La APS es la estrategia mediante la cual el sistema de salud logra influir sobre los determinantes de la salud de la población. Esto es posible gracias al trabajo intersectorial y la coordinación de acciones entre los distintos niveles de atención del sistema de salud. A través de la APS se garantiza la participación comunitaria, la equidad en salud y el acceso universal a servicios de salud de calidad.

Misión: En el marco de la estrategia de la APS, el sistema de salud tiene la responsabilidad de garantizar una cobertura y un acceso universales a servicios de salud de calidad, aceptables para la población. Al interior del sistema de salud, los servicios de primer nivel de atención tienen la responsabilidad de constituirse en la puerta de entrada al sistema (primer contacto). Al interior de los servicios de primer nivel se constituyen equipos de trabajo, preferentemente multidisciplinarios. Los equipos tienen la responsabilidad —no exclusiva— de prestar atención integral, integrada y apropiada a las características de su población. Los equipos de salud proveen a su población atención por todos los problemas de salud (salvo por condiciones de salud inusuales) en coordinación con el resto del sistema, desarrollan acciones de prevención y promoción de la salud, promueven la

participación comunitaria y coordinan acciones con otros sectores u organizaciones que tienen influencia sobre los determinantes de la salud. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción. (Yavich, 2009)

Atributos o funciones esenciales de la APS:

Barbara Starfield, en uno de los modelos conceptuales más ampliamente difundidos actualmente, incluye cuatro atributos o funciones principales de la APS que se pueden examinar en subdimensiones estructurales y de proceso de los sistemas o servicios en salud; y tres funciones secundarias, cuyo logro se puede suponer ligado a las funciones esenciales.

- Primer contacto.
- Continuidad.
- Coordinación.
- Integralidad o globalidad.

Cabe mencionar que la interpretación que en este punto se realiza acerca de la integralidad se relaciona a cartera de servicios, (Berterretche, 2011) y corresponde a la capacidad de una organización para ofrecer un catálogo extenso e integral con todos los servicios que la población necesita, con articulación. Incluye la identificación de problemas de todo tipo, sean orgánicos, funcionales o sociales, particularmente aquellos que son más frecuentes en la población (Berra, 2011). Esta dimensión se evalúa respecto de:

- Servicios disponibles: aquellos servicios con los que el centro cuenta para ser provistos cuando sean necesarios.
- Servicios proporcionados: servicios necesarios para la población, que el centro realmente provee.

Funciones secundarias:

- Enfoque familiar.

- Orientación comunitaria.
- Competencia cultural.

Cabe destacar la elaboración de instrumentos PCAT (Primary Care Assessment Tools) para la valoración de estas funciones, por la Dra. Starfield y su equipo, así como también, la existencia de una versión argentina de la misma, adaptada por la Dra. Berra.

Integralidad en APS:

Cuando se pide/quiere una definición para la palabra Integralidad, no se puede tener una respuesta unívoca, pues en el diccionario ésta no existe. Pero al encontrarse con esta palabra, la primera relación que se hace es la de que sea integral, total, por entero o global.

Integralidad, por lo tanto, es un término que tiene varios significados, con diferentes sentidos.

La característica de polisemia de la palabra integralidad, justifica tomarla en diversos campos del escenario político y social. Ya en la perspectiva de los usuarios, la integralidad viene siendo asociada a la atención digna y respetuosa, con calidad y humanización de las prácticas. Integralidad entonces es un concepto muy amplio (Vélez Benito, 2010).

Hablar de integralidad, remite a una nueva visión paradigmática de pensar el mundo e intervenir en él, de manera dinámica y totalizadora, superando la postura dualista que divide sujeto y objeto en el proceso de conocimiento. Requiere, por tanto, ampliar el enfoque sobre la salud y sus modelos de intervención.

El término 'integralidad' abarca un conjunto de actividades y de sentidos articulados entre sí, comprendiendo acciones individuales y colectivas en la organización de los servicios de salud, en las prácticas y modelos asistenciales y sus respectivos agentes – gestores, profesionales y usuarios – en los diferentes niveles de atención del sistema.

Pensar la salud bajo esa perspectiva implica comprenderla como una cuestión de ciudadanía, visto que corresponde al derecho a que toda persona tiene a la salud. Implica relacionarla a las políticas económicas y sociales vigentes y a las necesidades y demandas de la población que de ellas se derivan.

Requiere, también, actitudes respetuosas a las personas como seres histórico-sociales, poseedores de saberes que no deben ser desvalorizados y descalificados, sino reconocidos en la organización de los servicios y en la práctica de los profesionales. Se rompe, de hecho, con la cultura del silencio impuesta por la biomedicina, donde el saber del profesional es superior y único en las acciones de salud.

La integralidad en este campo propone la superación de la acción objetivada o solamente circunscrita a sistemas aislados del cuerpo físico, cuya concepción mecanicista reduce el enfoque de la atención a la enfermedad y niega a la persona en su contexto.

Se hace oportuno destacar el lugar de la intersectorialidad y de la interdisciplinariedad en este aspecto. Ambas presuponen respeto a los sujetos involucrados en los servicios de salud y la ruptura con la fragmentación de saberes y de acciones, eligiendo formas de intervención alusivas a la complejidad de los espacios, de los sujetos y de las acciones que conforman el cuidado.

Es decir que todo ciudadano tiene derecho de acceso a variadas y vastas tecnologías aplicadas a la salud, de modo que pueda hacer sus opciones y elecciones, considerando los espacios y las circunstancias que se les presentan, lo que supone la oferta de esas tecnologías en toda red oficial de salud. Implica, por un lado, una ausencia de jerarquía y grado de valoración de estas por parte de profesionales y gestores, y, por otro, la participación activa de los usuarios, ejerciendo control social sobre los servicios de salud. (Alvim, 2013)

Para gestar la integralidad resulta necesario tanto un proyecto ético-político sustentado en el reconocimiento de que la vida del otro vale la pena y nos enriquece, como otros espacios favorables para el descubrimiento de diferentes producciones de vida, en los que también sea posible y potencie la integralidad del cuidado en salud. (Seixas, 2016)

La integralidad del cuidado deja de ser una simple unión técnica de las actividades preventivas y curativas, individuales y colectivas. Los diferentes saberes y prácticas, el cuidado y la atención dispensados a una persona por los profesionales de la salud son necesarios para su realización. La integralidad, para concretarse, depende del reconocimiento y la valorización del encuentro singular entre los individuos, que se procesa en la necesaria convivencia del acto cuidador (Puccini, 2004).

La integralidad de la atención es difícil de lograr en un sistema con altos niveles de segmentación y una cultura hegemónica medicalizante (Stolkiner, 2011).

Es necesario decir que la palabra-concepto integralidad, que surge “con la intención de ser portadora de una formulación de cambios radicales, para las acciones en salud”, como si la palabra en sí ya garantizara el “protagonismo de nuevas prácticas en salud”, ha quedado “embarazada” (Merhy, 2005) de distintas maneras, por esas diferentes lógicas/proyectos de actuar que están en disputa.

Por cierto, el término se ha utilizado para disfrazar viejas prácticas autoritarias, camuflando, bajo su piel, lo más tradicional del trabajo en salud, estableciendo como subalternas otras posibles o hasta entonces dominantes (Menéndez, 1988). En diversas situaciones cotidianas del trabajo en salud es posible identificar y hasta experimentar tales prácticas. Es frecuente encontrarnos con la idea de que resolver de forma inmediata las cuestiones que se presentan, normalmente a través de derivaciones o prescripciones, significaría integralidad, incluso si esa persona sale de allí con la sensación

de que su problema no fue resuelto, y vuelva numerosas veces al servicio, sin quejas específicas.

Para que los nuevos procesos puedan tener lugar, sin duda necesitamos cuestionar permanentemente los modos establecidos de producción de salud.

Para Merhy, una buena ocasión para romper la lógica dominante en salud es su deconstrucción en el espacio de la micropolítica (Merhy, 2008), en el de la organización del trabajo vivo en acto y de sus prácticas, en las que la acción protocolar de los núcleos profesionales no consigue per se producir el cuidado. Y en ese sentido entendemos que el concepto de integralidad, aunque a veces se masifique, puede cargarse de nuevos sentidos producidos por otro proyecto ético-político, aquel que coloca la centralidad de las prácticas de salud en el cuidado, en las demandas y en las necesidades en salud de las personas y de los colectivos. desde esa perspectiva, es posible cargar de nuevos sentidos también a la propia clínica a través de las tecnologías blandas. Y eso no sería posible si no entendemos los espacios para la producción del cuidado, incluyendo a la clínica, como locus de intercambio, de escucha, de diálogo, de intercesión, es decir, de encuentro (Merhy, 2006).

Para que un encuentro sea un “buen” encuentro en el sentido que le atribuye Spinoza, es decir, aquel que aumenta nuestra potencia de actuar, ya sea un encuentro con un usuario o un encuentro amoroso, debe ser un encuentro de posibilidades.

En un buen encuentro, de esos en los que uno se siente feliz y realizado, es necesario sentirse cuidado y escuchado. Y después de agendar el encuentro, se produce ese “frío en el estómago”, de miedo, de ansiedad. He aquí la dosis de incertidumbre de cada encuentro, que no tiene nada que ver con la falta de preparación o desconocimiento, sino con estar abierto al acontecimiento, a construir y dejarse construir en acto, al decir de Seixas.

Tiene que ver con la capacidad de albergar el saber del otro en el ejercicio de “otrase” de reconocer la alteridad y producir con otros. En un buen encuentro, las tecnologías blandas operan en todo momento y orientan el uso de otras tecnologías.

Por el contrario, si orientamos nuestra práctica por las rutinas y los protocolos, aunque sean necesarios para la organización del trabajo, corremos el riesgo de endurecerlo, enyesarlo, formatearlo de tal modo que eliminamos toda la espontaneidad, la creatividad, limitándonos a un trabajo muerto.

En fin, corremos el riesgo de eliminar la potencia del trabajo vivo que se produce en acto, que es precisamente lo que permite un buen encuentro cuidador.

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. Ese otro que está allí tiene necesidades, tiene deseos, tiene expectativas y, sobre todo, tiene un saber que, la mayoría de las veces es diferente al mío, y eso enriquece mi práctica.

Caponi, a partir de las contribuciones de Canguilhem, con respecto a las nociones de “normal” y “patológico”, discute la salud como la apertura al riesgo y señala la imposibilidad de hablar de salud sin hablar de dolor o de placer, es decir, es “...el sufrimiento, y no las mediaciones normativas o los desvíos estándar, es lo que establece el estado de enfermedad”.

Al resaltar la singularidad de estas cuestiones, la autora destaca la importancia de que los profesionales de la salud hablen en primera persona, en lugar de insistir en la impersonalidad de la tercera persona, posibilitando así el encuentro y compartir vidas e historias. Reconoce que los conocimientos científicos sobre el cuerpo son aliados y dan soporte al saber médico para que puedan sugerir y auxiliar en la tarea de dar sentido a aquello que el usuario, por sí solo, no consigue identificar.

Entendemos que, si trabajamos con un modelo de cuidado, de salud, de felicidad y de vida para el otro, e intentamos imponerlo, estaremos condenados al fracaso: no siempre nuestra “prescripción” será puesta en práctica o, peor aún, podrá ser impuesta en un acto de violencia. Eso, tal vez, pueda parecer obvio en un primer momento, pero con solo observar la naturalización de los “buenos hábitos” que exhortamos como una doctrina (no fumará, practicará ejercicios físicos regularmente, retirará la sal y el azúcar de su dieta, etc.), disfrazados de promoción de la salud, nos damos cuenta de la discriminación, las imposiciones y las microviolencias que practicamos al estandarizar el comportamiento de una forma autoritaria.

Cuando no reconocemos en el otro a un ser deseante que apuesta a otros modos de vida, que tiene deseos y proyectos diferentes a los nuestros y a aquellos determinados por las “buenas prácticas”, a veces los profesionales diseñamos planes de cuidado ineficaces, proyectamos prescripciones que muchas veces no son seguidas, criminalizando los deseos. Así, nuestras acciones hacen eco en el vacío, y nuestra propia voz reverbera sin que exista alguien que escuche. En esa falta de diálogo, dejamos de aprender, dejamos de cambiar y terminamos haciendo un trabajo aburrido, repetitivo, tibio, o incluso frío. Un trabajo repetitivo que no provoca satisfacción, ni en nosotros, ni en los usuarios. Un trabajo que no ve en el otro nada más que problemas que deben ser extirpados, que no ve la potencia y el poder del otro. Un trabajo que no produce encuentro, o incluso produce malos encuentros. Ese es el desafío central. Apostar a que la vida del otro vale la pena, y que la vida del otro me enriquece, al decir de Merhy.

Por supuesto que hay muchas situaciones en las que hacemos eso, en las que nos desplegamos y liberamos nuestra potencia de actuar y producimos empatía, vínculos y corresponsabilidad en torno a los problemas que surgen. Huimos de las rutinas y de los rígidos protocolos de los servicios y golpeamos algunas puertas, hacemos unas llamadas, movilizamos al equipo, estudiamos el caso en horas libres, articulamos las posibilidades cuidadoras con los colegas, sean ellos de nuestro equipo o no. Creamos

buenos encuentros y caminos cuidadores. Se ha visto que esos buenos encuentros tienen grandes posibilidades de producirse en los lugares no tradicionales de cuidado, en los que la integralidad encuentra la potencia necesaria para concretarse en acciones. Eso nos lleva a reflexionar sobre la ineficiencia de los espacios establecidos para la producción del cuidado.

En Brasil, por ejemplo, dependiendo de la configuración que tome en ciertos municipios, los trabajadores de los equipos de Salud Familiar gozan de autonomía y libertad, lo que ha permitido en muchas situaciones la inventiva en el trabajo en salud, especialmente en lo que se produce fuera del espacio de las unidades de los servicios de salud, en los territorios en los que transcurre la vida. el encuentro puede producirse en cualquier circunstancia y, cuando sucede, demanda que el trabajador de la salud dialogue, intercambie, se adapte, reinvente su quehacer.

Sin embargo, es posible esconderse del encuentro, por ejemplo, detrás del menú de productos y servicios que se ofrecen a través de acciones programáticas: consultas sobre crianza, atención prenatal, ginecología, hipertensión, diabetes, etc. eso ha producido mucho descuido con las personas que no se ajustan a ninguna de esas “cajitas”; es como si el servicio se eximiera de atenderlos.

Cuando los trabajadores se esconden detrás de los programas y protocolos, se producen parálisis en el cuidado que tienden a restarle potencia al encuentro. La atención domiciliaria es otro ejemplo de espacio rico en posibilidades para la construcción de prácticas integrales, tal vez el más potente, teniendo en cuenta el choque de realidad al que se enfrentan los trabajadores en la casa del usuario. Allí, el ambiente nos estimula a pensar diferente, a adecuar nuestras prácticas para adaptarnos a la forma de vida de aquella persona y de su familia, a desnudarnos de los tantos juicios de valor que cargamos. En el espacio de la casa, el encuentro se da de modo más simétrico, el poder que el profesional de salud ejerce en aquel espacio es limitado y su disputa constante es más visible. En ese espacio, el saber

se comparte con muchos otros sujetos que no son socialmente reconocidos como portadores de un saber válido, pero que obviamente lo son: la esposa que acompaña a su marido hace 40 años, el conductor del automóvil, la vecina, etcétera.

La integralidad de la práctica que produce cuidado se vincula entonces con el reconocimiento de lo diferente y singular del otro en su forma de vivir, de pensar, de estar en el mundo, de desear como productor de vida y de otros saberes. Se trata de dejarse afectar por el encuentro para construir, juntos, las estrategias cuidadoras que, desde esta perspectiva, serán integrales. Se trata de poner la centralidad de las prácticas de cuidado en las demandas y necesidades de las personas y de los colectivos para desde allí resignificar modos instituidos como, por ejemplo, la clínica. A propósito de esta, partimos de la comprensión de que todos hacen clínica, después de todo, no se limita al trabajo de diagnosticar, curar y hacer pronósticos, sino que también es un espacio de intercambio, compartido, a partir de las necesidades y de los diferentes modos tecnológicos de actuar. (Seixas, 2016)

Una definición ampliada de integralidad

Como expresa Cecilio, es posible adoptar la idea de que la integralidad de la atención necesita ser trabajada en varias dimensiones para que sea alcanzada de la forma más completa posible. En un primer momento la integralidad debe ser fruto del esfuerzo y la confluencia de los diversos saberes de un equipo multidisciplinario, en el espacio concreto y singular de los servicios de salud, sean ellos un centro de salud, un equipo de salud familiar o un hospital.

Podríamos denominarla de "integralidad focalizada" en la medida en que sería trabajada en el marco de un espacio bien delimitado (focalizado) de un servicio de salud. En este encuentro del usuario con el equipo, habría de prevalecer, siempre, el compromiso y la preocupación de hacer la mejor escucha posible de las necesidades de salud traídas por aquella persona

que busca el servicio, presentadas o "travestidas" en alguna(s) demanda(s) específica(s).

Podemos pensar que, cuando alguien busca un servicio de salud, está trayendo una "canasta de necesidades de salud", que cabría al equipo tener la sensibilidad y la preparación para decodificar y saber atender de la mejor manera posible.

Todo el énfasis de la gestión, la organización de la atención y la capacitación de los trabajadores debería tener el sentido de lograr una mayor capacidad de escuchar y satisfacer las necesidades de salud, más que la adhesión pura y simple a cualquier modelo de atención dada apriorísticamente.

La demanda es la petición explícita, la "traducción" de las necesidades más complejas del usuario. En la actualidad, la demanda es, en buena medida, modelada por la oferta que los servicios. La demanda puede ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realización de exámenes (las ofertas más tradicionalmente percibidas por los usuarios); en tanto, las necesidades bien pueden ser otras.

Las necesidades de salud, como hemos visto, pueden ser la búsqueda de algún tipo de respuesta a las malas condiciones de vida que la persona vive o está viviendo (del desempleo a la violencia en el hogar), la búsqueda de un vínculo (a) efectivo con algún profesional, la necesidad de tener mayor autonomía en el modo de andar la vida, o, incluso, de acceder a alguna tecnología de salud disponible, capaz de mejorar y prolongar su vida. Está todo allí, en la "canasta de necesidades", precisando ser, de alguna forma, escuchado, traducido, por el equipo.

Por lo tanto, la totalidad de la atención, en el espacio singular de cada servicio de salud, podría definirse como el esfuerzo del equipo de salud de traducir y atender, de la mejor manera posible, tales necesidades, siempre complejas, pero principalmente, teniendo que ser captadas en su expresión individual.

El resultado de esta "integralidad focalizada" ha de ser el resultado del esfuerzo de cada uno de los trabajadores y del equipo como un todo. Cada servicio, de cada profesional, comprometido con la mayor integralidad posible, siempre, pero también, realizado en la perspectiva de que la integralidad pretendida sólo será alcanzada como fruto del trabajo solidario del equipo de salud, con sus múltiples saberes y prácticas.

A mayor integralidad posible en el abordaje de cada profesional, mayor integralidad posible como fruto de un trabajo multidisciplinario. Doble desafío que ha de abordarse en el proceso de gestión de los servicios, en particular en los procesos de conversación y comunicación, entendido para acción, que se establecen entre los diferentes trabajadores de salud. La máxima totalidad (posible) de atención, pauta por la (mejor) atención (posible) a las necesidades de salud portadas por las personas: una síntesis de las pretensiones de la integralidad en el espacio de la micropolítica de salud.

Por otro lado, es necesario tener en cuenta que la integralidad nunca será plena en cualquier servicio de salud singular, por mejor que sea el equipo, por mejores que sean los trabajadores, por mejor que sea la comunicación entre ellos y la coordinación de sus prácticas.

En particular, la batalla por la mejora de las condiciones de vida y el acceso a todas las tecnologías para mejorar y prolongar la vida, por más competente y comprometida que sea el equipo, nunca podrá ser plenamente exitosa en el espacio singular de los servicios.

Tal constatación nos remite entonces a una segunda dimensión de la integralidad de la atención, es decir, la integralidad de la atención como fruto de una articulación de cada servicio de salud, sea él un centro de salud, un equipo de salud, un ambulatorio de especialidades o un hospital, a una red mucho más compleja compuesta por otros servicios de salud y otras instituciones no necesariamente del "sector" salud. La integralidad pensada desde lo "macro".

La (máxima) integralidad de la atención en el espacio singular del servicio - integralidad focalizada- pensada como parte de una integralidad más ampliada que se realiza en una red de servicios de salud o no.

La integralidad de la atención pensada en red, como objeto de reflexión y de (nuevas) prácticas del equipo de salud y su gerencia, en particular la comprensión de que no se da, nunca, en un lugar solo, ya sea porque las diversas tecnologías en salud para mejorar y prolongarla se distribuyen en una amplia gama de servicios, ya sea porque la mejora de las condiciones de la vida es tarea de un esfuerzo intersectorial.

Dependiendo del momento en que vive el usuario, la tecnología de salud que necesita puede estar en una unidad básica de salud o en algunos servicios productores de procedimientos sofisticados. Puede haber un momento en que la garantía del consumo de determinadas tecnologías más "duras" (Merhy, 1997), más basadas en procedimientos considerados más "complejos", producidos en lugares específicos, que funcionan como referencia para un determinado número de servicios, sea esencial para garantizar la integralidad de la atención.

Sin este acceso, no habría totalidad posible: finalización del cuidado, resolutivez máxima, dentro de los conocimientos actuales disponibles, para el problema de salud que la persona está viviendo.

La garantía de esta integralidad del cuidado tiene que ser una responsabilidad del sistema de salud y no fruto de la batalla individual, a menudo desesperada, de cada usuario individual. En otro momento, la simple participación en un grupo de hipertensos o de diabéticos puede ser la tecnología que mejor responde a determinadas necesidades y con alto grado de impacto en la calidad de vida de esa persona.

Son necesarios nuevos flujos y nuevas posibilidades de captación de clientes en varias puertas de la entrada del "sistema" de salud y, más que esto, una reconceptualización de lo que sea "servicio de referencia"(Cecilio,

2001). Así, muchas veces, la "referencia" que el paciente necesita es una atención ambulatoria regular y vinculante, que dé cuenta de sus necesidades actuales. Por eso es necesario pensar el "sistema" de salud menos como "pirámide" de servicios racionalmente organizados de forma jerarquizada y más como una red con múltiples entradas, de múltiples flujos, para cuya construcción, las representaciones y necesidades individuales son muy importantes.

Por otra parte, es necesario considerar, además, que esta imagen de un sistema de salud organizado como una pirámide, por niveles de "complejidad creciente", "jerarquizado" da cuenta apenas en parte, de la discusión de integralidad que se está haciendo aquí, porque estos servicios más "complejos", de referencia, han sido entendidos como lugares de finalización, de la última palabra, de atención de demandas puntuales, superespecializadas y específicas y, por decir, no comprometidos con la totalidad. A lo sumo, la integralidad entendida como una buena contra-referencia para el servicio que envió. Lo que no es poco, en el contexto actual, pero no basta.

La lógica de la integralidad, tal como se desarrolla en lo que se ha dominado como primera dimensión de la totalidad, la "integralidad focalizada", como la preocupación de cada profesional y del equipo de cada servicio, debe estar presente en todos los servicios, incluso en los servicios superespecializados, ya sea un servicio de emergencia o una enfermería de hospital, por ejemplo. La integralidad no se realiza nunca en un servicio; es el objetivo de la red.

No hemos considerado que hay espacio para la (y necesidad de) escucha de las necesidades individuales de salud de las personas y la creación de nuevas estrategias de calificación y defensa de la vida de los usuarios, incluso en aquellos servicios por los cuales son sólo de "paso", para el consumo de una atención bien especializada.

Podría ser argumentado que es exigir demasiado que los servicios superespecializados se dediquen a hacer una escucha más cuidadosa,

bastando para ellos cumplir su parte, ofrecer la atención necesaria en ese momento. La integralidad, para esta visión, sería lograda por una buena articulación entre los servicios, cada uno "cumpliendo su parte". Puede ser. O, por lo menos, los paradigmas de atención que hemos trabajado, entre otras cosas por la formación que la Academia continúa produciendo, no nos permite pensar de otra forma.

Tenemos que ocuparnos de pensar nuevas maneras de realizar el trabajo en salud. Por ejemplo, un episodio de internación hospitalaria puede ser una situación privilegiada para establecer vínculos, aunque sea temporales y de trabajar la construcción de la autonomía del "paciente". La atención en un servicio de emergencia puede ser un momento crucial para la escucha de la necesidad de consumo de ciertas tecnologías para mejorar y prolongar la vida y que están disponibles en otros servicios y no en esa atención. Un paciente hipertenso, que esté sin un seguimiento continuo o vínculo con un servicio ambulatorio, no puede dejar el servicio de urgencias sin esta orientación y, preferentemente salir con una consulta programada. Una consulta médica, por más especializada que sea, no puede dejar de hacer una cierta escucha de otras las necesidades del paciente que van más allá de la demanda "referenciada" que lo trae al consultorio. La intervención del especialista no puede alcanzar su eficacia plena si no tiene una buena noción del modo de caminar la vida del paciente, incluso su vínculo con otro equipo o profesional, su grado de autonomía y la interpretación que hace de su enfermedad.

Simple como idea, muy difícil en la práctica. Seguimos trabajando de forma muy fragmentada, respondiendo las demandas puntuales con lo que tenemos en manos, es decir, no nos hemos ocupado de la cuestión de la totalidad de una forma más "completa", al menos desde el punto de vista de aquella persona concreta que, en ese momento, busca alguna forma de asistencia.

Llamemos, pues, de "integralidad ampliada" esta articulación en red, institucional, intencional, procesal, de las múltiples "integralidades focalizadas" que, teniendo como epicentro cada servicio de salud, se articulan en flujos y circuitos articulados a partir de las necesidades de las personas.

La integralidad en el "micro" reflejada en el "macro"; pensar en la organización del trabajo "Macro" que resulte en una mayor posibilidad de integridad en el "micro", radicalización de la idea de que cada persona, con sus múltiples y singulares necesidades, sea siempre el foco, el objeto, la razón de ser, de cada servicio de salud y del sistema de salud.

La integralidad ampliada sería esta relación articulada, complementaria y dialéctica, entre la máxima integralidad en el cuidado de cada profesional, de cada equipo y de la red servicios de salud y otros. Una no es posible sin la otra. El cuidado individual, en cualquier servicio de salud, sin importar su "Complejidad", siempre atento a la posibilidad y la potencialidad de agregación de otros conocimientos disponibles en el equipo y otros saberes y otras prácticas disponibles en otros servicios, de salud o no.

Podemos pensar que hay necesidades diferentes de vínculos, para diferentes personas, en diferentes momentos, así como diferentes necesidades de consumo de determinadas tecnologías de salud, diferentes necesidades vinculadas a las condiciones de vida y diferentes necesidades de construcción de la autonomía en el modo de caminar la vida.

La búsqueda de la integralidad, si se lleva a las últimas consecuencias, revelaría las diferentes inequidades vividas por cada uno que busca los servicios de salud, si hubieran formas posibles de organizar la atención, en el "micro" y en el "macro", si se pudieran escuchar y atender, de la manera más completa posible, las necesidades de las personas, en el sentido de buscar la máxima integralidad posible de la atención (integralidad ampliada), la inequidad habría de ser reconocida naturalmente, expresada en las necesidades individuales de salud no atendidas. (Cecilio, 2001)

Modelos de atención:

En las sociedades latinoamericanas existen diversos modelos de atención de los padecimientos que son considerados en forma aislada y hasta antagónica por el sector salud, en lugar de observar las estrechas relaciones que se dan entre esos modelos a través de las prácticas y representaciones de los sujetos que los utilizan. (Menéndez, 2003)

Starfield define la APS, no como un nivel asistencial, sino como un modelo de atención en sí mismo. Insiste en que fortalecer la atención primaria no es establecer una determinada reforma en el primer nivel de un sistema basado en el fortalecimiento de dicha atención, sino que es la reconceptualización de un modelo integral que resuelve efectivamente gran parte de la problemática de salud de los individuos y mantiene las claves para la gestión de un modelo de salud eficiente (Starfield, 2001).

Se han propuesto diversos modelos de atención integral en distintos países, con características propias en cada uno de ellos. Podemos observar la integralidad como componente indiscutido en muchos países de Latinoamérica, como por ejemplo Ecuador, Perú, Chile, El Salvador y Colombia, donde la integralidad de la atención configura un eje que atraviesa los modelos estructurantes de sus planes de salud ya sea expresada como principio, valor, componente, garantía, dimensión, elemento o estrategia de los mismos.

En Brasil, se instituyó la integralidad como una de las directrices básicas del SUS (Sistema Único de Salud), usando la expresión "atención Integral, con prioridad para las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios asistenciales".

El Ministerio de Salud brasilero, al establecer las propuestas de reestructuración en el sistema de salud, basados en los principios y directrices del SUS, incorporó a la integralidad como uno de los pilares en la garantía de la calidad de la atención a la salud.

La integralidad en cuanto principio doctrinario del SUS se apoya en la garantía del acceso a acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, abarcando la asistencia integral en la Atención de la Salud.

Este principio considera necesario: Integrar acciones preventivas, promocionales y asistenciales, integrar profesionales en el equipo interdisciplinar y multiprofesional para una comprensión más amplia de los problemas de salud e intervenciones más efectivas; integrar partes de un organismo vivo, lacerado y objetivado por una visión reductora de la biomedicina y reconocer en el un sujeto, semejante a uno mismo; esto implica la asimilación del principio de la integralidad en pro de la reorientación del modelo asistencial. [...] integral, humanizado y comprometido con la atención de la necesidad y con la garantía del derecho a la salud de la población (Vélez Benito, 2010).

La construcción de la integralidad: prácticas y competencias

Como expresa Mattos, es en el plano de las prácticas que se da la construcción de la integralidad, sea en la formulación y gestión de las políticas de salud, sea en las relaciones que se establecen entre usuario y profesional como también de éstos con los servicios.

Se define el concepto de prácticas como la forma en que se ejecuta una actividad de gestión pública, compuesta por un conjunto de políticas, normas, reglas, procedimientos, metodologías, habilidades y competencias del recurso humano y tecnología, que permiten la ejecución de una determinada actividad. Puede estar escrita o no en términos de formalidad y ser clasificada en niveles o categorías. Esta definición proviene del campo de la gestión pública (Buriyovich, 2011).

La competencia hace referencia a la capacidad (o potencialidad) de llevar a cabo o realizar de manera satisfactoria una práctica, o una tarea, de esto surge la relevancia de la exploración conjunta de ambos campos, tanto de las competencias como de las prácticas.

Existe en el ámbito de la literatura mundial una gran diversidad de definiciones del término competencia, que nació en los años setenta con la orientación de competencias para el trabajo y posteriormente fue adaptado y adoptado en los sistemas educativos.

En general las distintas definiciones de competencia profesional hacen referencia a la integridad multidimensional de una persona que le permiten realizar de manera satisfactoria e integral una función o tarea en un contexto determinado.

De acuerdo con Tobón, estas “actuaciones integrales” se dan por la movilización de tres diferentes saberes: ser, hacer y conocer. Las competencias son dinámicas, multidimensionales, pueden ser adquiridas y son la base del desempeño profesional. Desde el punto de vista profesional, el desempeño, según Tejeda “constituye el modo de expresión por el profesional del desarrollo alcanzado en las competencias... y distinguen el cumplimiento de las exigencias socio-laborales en los contextos donde cumple las actividades, tareas o roles inherente a la realización de las funciones y procesos asociados a la profesión”.

En otras palabras, las competencias son un elemento esencial clave para el desempeño profesional.

La OPS ha definido que “las competencias son características (conocimientos, habilidades y actitudes) de las personas, que se ponen de manifiesto cuando ejecutan una tarea o realizan un trabajo y están relacionadas con el desempeño exitoso en una actividad, laboral o de otra índole”. Se establece que las competencias para un adecuado desempeño de los integrantes de los equipos de APS implican que estos tengan conocimientos (saber) para entender y ejecutar una labor, habilidad para poner en práctica los conocimientos en una problemática o actividad específica (saber hacer), estar motivados y tener actitud (querer hacer) y, finalmente, disponer de los medios y recursos necesarios (poder hacer).

Desde el año 2003 y con el objetivo de promover la reorientación de los sistemas y servicios de salud en la región, la OPS ha propuesto una renovación integral de la APS donde se contempla al recurso humano como un pilar esencial para el desarrollo y transformación de los sistemas de salud. Para su exitoso desempeño se considera prioritario el fortalecimiento de habilidades y conocimientos, por medio de un enfoque de gestión centrado en competencias que permita caracterizar las capacidades del personal y definir el perfil de cada trabajador ajustado a la labor específica que se espera que realice. Para este fin las competencias se clasifican en tres grupos: genéricas, específicas y humanísticas (Rey Gamero, 2013).

Para que la atención primaria pueda actuar como eje articulador del sistema de salud es preciso que sus profesionales tengan una sólida formación que les permita responder oportuna y efectivamente a las necesidades de la población (Adell, 2009)

Llamamos cualificaciones a las aptitudes, capacidades, conocimientos, comportamientos y actitudes que son imprescindibles para lograr los resultados deseados y, por consiguiente, para el desempeño eficaz del trabajo. Las cualificaciones contribuyen a definir mejor cualquier trabajo, señalando qué se hace y cómo. Las cualificaciones básicas descritas son (OPS, 2005):

- Atención centrada en el paciente
- Cooperación
- Mejora de la calidad
- Tecnología de la información y la comunicación
- Perspectiva de salud pública

Al analizar las relaciones entre salud y estructura social, en muchos trabajos se toma como referencia central el concepto de práctica. Esto significa considerar sus elementos o momentos constitutivos: el objeto de trabajo, los medios de trabajo y el trabajo en sí (actividad humana), y especialmente las

relaciones sociales en cuyo marco se realiza el trabajo. Por consiguiente, las prácticas de salud, como prácticas sociales, constituyen la estructura social, y la investigación de la naturaleza o especificidad de sus elementos o momentos puede abrir caminos conceptuales y metodológicos interesantes (Paim, 1992).

En el sistema de salud colombiano, el diagnóstico de las competencias de los profesionales de salud es un insumo necesario para orientar, planear y priorizar las acciones de su modelo integral de salud a nivel territorial en el componente de fortalecimiento de recurso humano (Rodríguez-Villamizar et al, 2017).

Es útil y pertinente utilizar las prácticas cotidianas de los actores en su actuación en la relación oferta y demanda como campo de estudio sobre los sentidos, límites y posibilidades de construcción la integralidad, para avanzar en el entendimiento de ese término en atención y cuidado en salud (Pinheiro, 2003).

VI - OBJETIVOS

Objetivo general:

- Explorar las prácticas y competencias de los trabajadores en centros de salud del primer nivel de atención de la ciudad de Ushuaia, desde su perspectiva, relacionadas a un modelo de atención integral de la salud, durante el período comprendido entre 2018 – 2019.

Objetivos específicos:

- Caracterizar las prácticas y servicios; ofrecidos y disponibles en los centros de salud, percibidos por sus trabajadores, relacionadas con un modelo de integralidad según centro de salud, edad, sexo, especialidad, cargo y antigüedad.
- Caracterizar las competencias percibidas por los trabajadores, relacionadas con un modelo de integralidad según edad, sexo, especialidad, cargo y antigüedad.
- Analizar los resultados obtenidos según los datos informados.
- Contribuir a la gestión y al desempeño de los servicios, aportando los resultados obtenidos y análisis realizado como insumo de trabajo a los equipos del primer nivel de atención.

VII - METODOLOGIA

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

Se aplicó un cuestionario, resultado de una combinación de herramientas presentes en distintos trabajos de investigación, donde se indagan aspectos que caracterizan por una parte las prácticas relacionadas a la integralidad y por otra, las competencias autopercibidas por los trabajadores, como una manera de aunar los conceptos vertidos en el marco de análisis.

El cuestionario contiene en su interior dos secciones. En la primera sección, se valoran las prácticas y servicios relacionados con la integralidad en APS, como atributo de ésta, en relación con la cartera de servicios proporcionada (según el modelo de Starfield), basado en el PCAT (Primary Care Assessment Tool) (Berra, 2012).

En la segunda sección, se incorporan preguntas en las cuales se valoran las competencias (autopercibidas) de los trabajadores en relación con un modelo de atención integral (con base en la definición de competencias de Tobón), basado en un cuestionario desarrollado en Colombia (Rodríguez-Villamizar et al, 2017).

Estas competencias fueron entendidas como formación, habilidades y experiencia en el tema consultado en cada pregunta.

Las variables cuantitativas fueron analizadas a través del análisis de frecuencias y valores absolutos.

La población de estudio fueron los trabajadores del PNA, pertenecientes a los nueve centros de salud provinciales, de la ciudad de Ushuaia.

Se consideró como unidad de análisis a todos los trabajadores del PNA de la salud de la Ciudad de Ushuaia.

Las preguntas poseen categorías de respuestas cerradas que incluyen una escala valorativa preestablecida del 1 al 4, otorgando el participante mayor valor a la respuesta cuanto mayor percepción del cumplimiento de la premisa consultada.

El cuestionario se administró personalmente por el autor, a cada uno de los trabajadores que cumplieran los criterios de inclusión, en visitas espontáneas y aleatorias a cada centro de salud, durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2019.

En cada visita, se realizó una entrevista a cada trabajador en forma individual, y durante ella se completaron los cuestionarios.

Criterios de inclusión:

- Trabajadores profesionales en actividad con desempeño en atención directa a los usuarios, con antigüedad mayor de un año en el PNA.

Criterios de exclusión:

- No firma del consentimiento informado.
- No desempeño en atención directa a los usuarios.
- Antigüedad menor a un año en la actividad.

VIII - RESULTADOS:

Participaron veintisiete trabajadores pertenecientes a los nueve centros de APS en Ushuaia, tres por cada CAPS.

A continuación, se presenta la distribución de las principales características de los participantes:

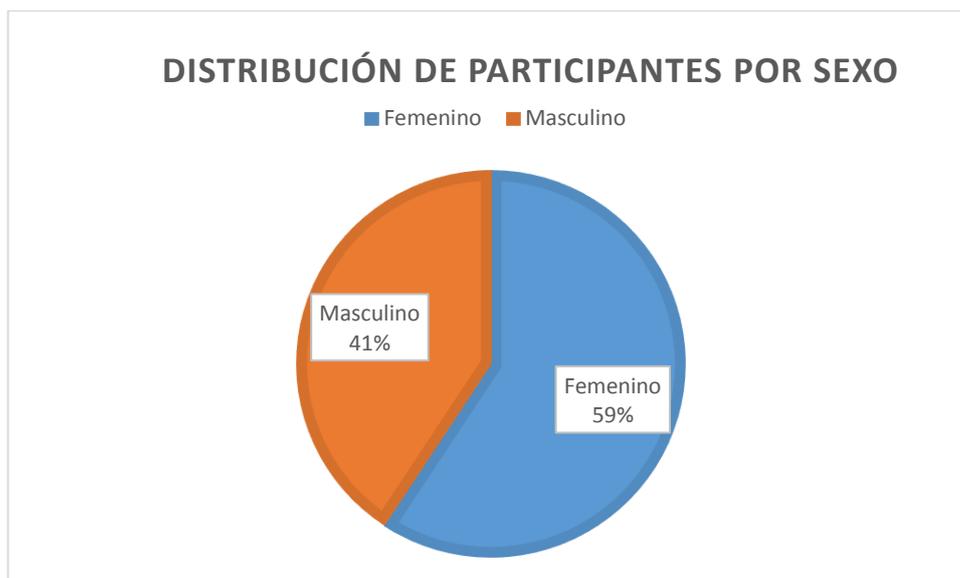
Edad:

Promedio: 39 AÑOS (29 a 55 AÑOS)

Sexo:

Femenino = 16 (59.25 %)

Masculino = 11 (40.75 %)



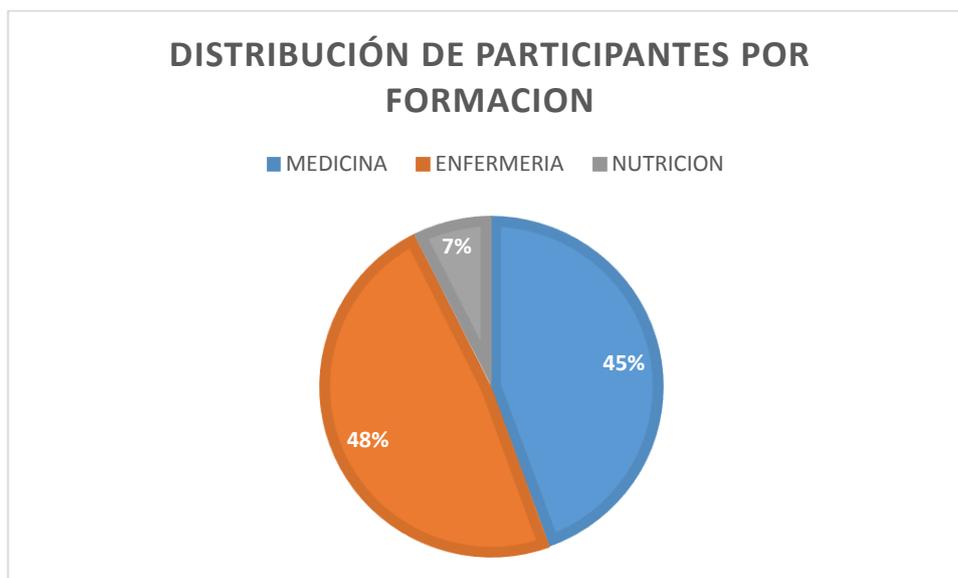
Formación:

Médicos/as:12 (44.4%) 5 F y 6 M

Lic. en Enfermería:13 (48.14%) 9 F y 4 M

Lic. en Nutrición: 2 (7.4%) 2 F 0 M

M: masculino F: femenino



Antigüedad:

Promedio: 6.25 años (1 a 17 AÑOS)

Resultados acerca de las prácticas y servicios relacionados a la integralidad:

Se puede verificar que con respecto a las prácticas o servicios relacionadas con la integralidad que se pueden obtener en los diferentes centros de salud:

En el 100% de los centros existe disponibilidad de atención para asesoramiento sobre nutrición o dietas, inmunizaciones, controles y tratamientos odontológicos, planificación familiar y control de la natalidad.

Así mismo, respondieron positivamente la totalidad de los encuestados acerca de posibilidad de atención para sutura de heridas leves,

asesoramiento y pruebas de VIH, pruebas de visión, inmovilización de miembros esguinzados, realización de citología vaginal y tacto rectal.

En temas de asesoramiento sobre hábitos saludables, violencia, crisis vitales y seguridad en el hogar, también se consideraron completamente cubiertos por el personal encuestado.

Se consideró en completo porcentaje que todos los temas incluidos en la encuesta, sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades y accidentes en el hogar son abordados.

Preguntas relacionadas a la realización de timpanocentesis, pruebas de intoxicación por contaminantes ambientales y pruebas de alergias fueron respondidas de manera negativa consistentemente, por todos los encuestados. Estas preguntas fueron consideradas testigo ya que de antemano se conocía la posibilidad de respuestas negativas, por disponibilidad de la práctica en el segundo nivel de atención en el primer caso y la falta de disponibilidad de reactivos necesarios en el PNA en las restantes.

En esta sección se puede comprobar que la “caja de herramientas” de los trabajadores está bien completa, según su propia visión, con respecto a todas las prácticas que fueron consultadas, y que hacen a un modelo integral de salud.

Resultados acerca de la percepción de competencias relacionadas a la integralidad:

En esta área es donde se observa mayor variabilidad en las respuestas, con mayor porcentaje de respuestas negativas (no competente o poco competente) sobre todo cuando se indagó acerca de actividades en investigación sobre salud pública, actividades de vigilancia epidemiológica, atención hospitalaria, ejecución de programas que requieran coordinación intersectorial, y ejercer liderazgo como profesional de la salud.

Se respondió positivamente (aceptablemente competente o muy competente) en la mayoría de las preguntas relacionadas a competencias sobre el trabajo en equipo, habilidades comunicacionales, respeto a las opiniones de otros, reconocimiento de aspectos éticos y legales de la profesión, así como el reconocimiento del enfoque de integralidad en la práctica diaria, cuidado familiar, comunitario y del entorno, atención primaria de la salud.

IX - DISCUSION

Los resultados relevados describen la percepción del nivel de competencias y prácticas relacionadas con la implementación, cumplimiento o existencia de un modelo de atención integral de la salud, por parte de trabajadores del PNA de la Ciudad de Ushuaia.

En el contexto mencionado, resalta que los trabajadores sostienen su labor de manera tal que se brinda, según su propia percepción, una atención completa desde las prácticas ofrecidas, según el modelo estudiado, a pesar de haber manifestado coloquialmente, en no pocas oportunidades, en ocasión de los encuentros realizados para las encuestas con los participantes, la falta de recurso humano disponible para ello. Estas aseveraciones, al no estar contempladas previamente dentro de las indagaciones del presente trabajo, no se consideran como resultado en sí, pero se hace mención a ello, dado que ello se considera relevante, a los fines de una interpretación general del contexto en el que se desarrolla.

Es destacable también que, entre las competencias menos reconocidas, muchos de los trabajadores encuestados, dejaban entrever sus necesidades de formación, no figurando entre los objetivos del presente esa posibilidad, por lo cual, seguramente sería muy prometedor indagar en esas necesidades en futuros estudios de investigación.

Estos resultados develan fortalezas y debilidades en cuanto a su autopercepción. Entre las primeras, se destaca la actitud de mantener la privacidad, confidencialidad y discreción profesional, las habilidades para realizar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de cuidado individual, familiar y comunitario además de conocimientos sobre APS.

Entre las competencias que deben fortalecerse destacan la actitud de liderazgo, las habilidades para realizar investigación en salud pública y ejecutar programas intersectoriales.

Puede considerarse como una limitación del presente trabajo un bajo número de encuestados, representando éstos el 30% de la totalidad del personal que labora en los CAPS del PNA, pero esta proporción se eleva al 75%, considerando sólo a quienes prestan atención de forma directa a usuarios, siendo de esta manera, representativos a los fines del presente trabajo.

Posiblemente sea muy interesante implementar la encuesta al personal que no presta atención directa a usuarios del PNA, siendo para esto necesario adecuar el cuestionario, para lograr un conocimiento adecuado de la percepción acerca de las prácticas ofrecidas y sus competencias, sobre la totalidad de los trabajadores del PNA.

Puede reconocerse que el método utilizado para la recolección de información (administración de la encuesta por el investigador) puede dar lugar a un sesgo de los resultados obtenidos, subestimando o sobreestimando valores, ya que los datos podrían juzgarse como una "autoevaluación", pero esta situación se advirtió con precedencia y se comunicó fehacientemente a los encuestados la confidencialidad de las respuestas, para disminuir así la posibilidad de respuestas que puedan distorsionar los resultados, más allá de la evidente subjetividad de las respuestas obtenidas. Así mismo podría pensarse en una evaluación cruzada (evaluadores externos) a los fines de validar con mayor equilibrio los datos obtenidos.

En la atención y en el cuidado a la salud, los sentidos de la integralidad buscan incluir todas las acciones diseñadas para las prioridades preventivas - asistenciales, sumadas a las actividades curativas, buscando garantizar el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción,

protección y recuperación de la salud. Sobre todo, haciendo posible que las necesidades de intervención, cuando éstas sean necesarias, tengan un punto de vista de forma holística, abarcando su integralidad de formulario a cuidar, recuperar, promover, proteger y mantener su salud. Se debe tener en claro que la integralidad de la atención pertenece y debe pertenecer al conjunto del sistema de salud, asegurando el acceso al conjunto de tecnologías de cuidado necesario a cada situación, así como las relaciones intersectoriales de la salud con las demás políticas sociales. Ésta también es el resultado del esfuerzo y de la confluencia de un equipo multiprofesional en el espacio individual de los servicios de salud.

La incorporación de la integralidad de la atención a la Salud, por los profesionales, es saber y querer, estar abierto para convocar cambios de pensamientos y experiencias, es educarse en la adquisición de competencias técnicas y subjetivas, es tener compromiso con su actuación en el cotidiano de sus prácticas (Vélez Benito, 2010).

¿Habrá recetas para que surja la integralidad? ¿Cómo llevar esto a la vida cotidiana de nuestro trabajo? no hay recetas, pero como intentamos proponer en este texto, las posibilidades son infinitas. Tal vez, el primer paso es hacer una reflexión crítica sobre el proyecto ético-político que moviliza y que pauta nuestra práctica como trabajadores de la salud que, a su vez, precede y constituye nuestro proceso de trabajo.

¿Cómo veo al otro que puede ser un usuario, mi compañero de trabajo, un proveedor de servicios o un gestor? ¿Cuál es mi apuesta? la defensa radical de la vida del otro, como línea ética conductora de la práctica de cada uno de nosotros –tanto si somos trabajadores, gestores, profesores o investigadores– es extremadamente potente para la producción de la integralidad del cuidado, que no se agota fuera de los escenarios asistenciales tradicionales, sino todo lo contrario. No obstante, también hay que pensar que el mundo del trabajo es un lugar de aprendizaje rico y permanente, una escuela, y que, en el encuentro con el otro, usuario,

trabajador, gestor, en la discusión colectiva, aprendemos y, a menudo, conseguimos reconocer en nuestra práctica cosas buenas y cosas malas que no habíamos percibido antes.

Esta investigación comparte con la educación permanente en salud la apuesta de abocarse de manera constante a las propias prácticas y al trabajo cotidiano en salud, y creemos que esto ha potenciado en los trabajadores, gestores y usuarios, pero también entre los investigadores, el encuentro y la alteridad como elementos enriquecedores e indispensables para la producción del cuidado desde una perspectiva distinta de integralidad.

Es necesario comprender la determinación social de la salud y la enfermedad, dejar de lado la visión centrada en el sector salud y desarrollar la acción intersectorial comprendida como políticas públicas de carácter integral para elevar la calidad de la vida, y mejorar colectivamente la salud.

Es indispensable cambiar el modelo de formación de profesionales y técnicos de la salud, hoy dirigidos a la sub especialización y marcados por las formas cada vez más deshumanizadas y mercantilizadas de las prácticas de la salud, pasando a un modelo de formación más integral, solidario y humano, que permita desarrollar sistemas universales de salud y nuevos modelos de atención. (Feo, 2012)

X - CONCLUSIONES

La OMS en su informe mundial del 2008 titulado “La APS, más necesaria que nunca” nos dice que el logro de la estrategia de APS tiene dos ejes fundamentales que son: los recursos humanos y la transformación del sistema.

No es posible un cambio del paradigma biomédico al biopsicosocial sin recursos preparados para realizar todas las actividades inherentes a la estrategia. Por otro lado, el cumplimiento de ésta nunca llegará a ser satisfactorio sin sistemas que garanticen una práctica adecuada de la estrategia (Cuba, 2011).

El presente estudio pudo cumplir sus objetivos en cuanto a describir las prácticas y competencias de los trabajadores del PNA relacionadas con un modelo integral de salud y evidencia que existen competencias específicas que deben ser fortalecidas en los trabajadores de la salud que trabajan en el PNA con el fin de lograr una adecuada implementación de un modelo integral de atención, mediante la metodología aplicada.

Se recomienda a las autoridades utilizar los resultados obtenidos en este estudio para planear y desarrollar planes de capacitación continuada, dirigidas a los trabajadores de salud con el objeto de lograr mejores resultados en la implementación de un modelo integral de salud, así como establecer instancias de encuentro a fin de compartir y replicar prácticas dirigidas a esta dimensión.

En este sentido reconocemos que el presente constituye, un momento privilegiado de cambio, de deconstrucción y reconstrucción permanente, y un horizonte dramáticamente ampliado de posibilidades para engendrar la integralidad en el campo de la salud colectiva.

Pueden proponerse como futuras líneas de investigación aquellas que tienen que ver con detectar activamente aquellas competencias del capital humano

que se desempeña en el PNA que pueden dar lugar a “mejores encuentros” relacionados con la característica de integralidad del modelo de salud al que se alude perseguir.

Surge como limitación de este trabajo, la imposibilidad de generalizar los resultados obtenidos, por la propia naturaleza del mismo y que no ha sido el objetivo propuesto.

El papel del Estado aparece como un faro que debería iluminar el camino a la consecución de los más altos estándares para el desarrollo pleno de las capacidades, prácticas y competencias de los trabajadores, dictando políticas públicas de salud que convoquen explícitamente a, en primer lugar, estimular la investigación en salud, la formación continua, la evaluación y autoevaluación continua y permanente y la gestión intersectorial confluyente entre distintos sectores y actores, del sistema de salud.

Como ejemplo, en Brasil, la educación permanente en salud es una estrategia que comprende a casi 5.000 trabajadores en todo el país. Es una invitación a los trabajadores del sistema de salud para la reinención de las prácticas de aprender y de cuidar, que destaca la potencia del trabajo vivo en acto. Desde esta perspectiva hay una necesaria porosidad en el trabajo cotidiano en salud, que involucra a aquellos que están presentes, y valoriza las acciones que crean desplazamientos y amplían la capacidad de autoanálisis del colectivo de trabajadores de la salud, al considerar que para que yo pueda percibir y analizar lo que hago, necesito del otro, pues al oírlo puedo mirarme a mí mismo en sus historias.

XI- BIBLIOGRAFIA:

1. Adell, C. N., Echevarria, C. R., & Bentz, R. M. B. (2009). Desarrollo de competencias en atención primaria de salud. <i>Pan American Journal of Public Health, 26</i> (2).
2. ALMA-ATA, U. R. S. S. (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. <i>Alma-Ata. URSS, 6-12.</i>
3. Alvim, N. A. T. (2013). Health under the integrality perspective. <i>Escola Anna Nery, 17</i> (4), 599-599.
4. Ase, I., & Buriyovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿ progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. <i>Salud colectiva, 5, 27-47.</i>
5. Berra, S., Hauser, L., Audisio, Y., Mántaras, J., Nicora, V., Oliveira, M. M. C. D., ... & Harzheim, E. (2013). Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. <i>Revista Panamericana de Salud Pública, 33, 30-39.</i>
6. Berra, S., Audisio, Y., Mántaras, J., Nicora, V., Mamondi, V., & Starfield, B. (2011). Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la Atención Primaria de la Salud. <i>Rev Argent Salud Pública, 2</i> (8), 6-14.
7. Berterretche, R., & Sollazzo, A. (2012). El abordaje de la Atención Primaria de Salud, modelos organizativos y prácticas: caso de un centro de salud público urbano de Montevideo, Uruguay 2011. <i>Saúde em Debate, 36, 461-472.</i>
8. Buriyovich, J. (2011). El concepto de buenas prácticas en salud: desde un enfoque prescriptivo a uno comprensivo. <i>COLOQUIOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. SUBJETIVIDADES Y PROCESOS SOCIALES, 29.</i>
9. Cecilio, L. C. D. O. Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. <i>Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde, 1.</i>
10. Feo, O. (2012). Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo " Atención Primaria de Salud en Debate". <i>Saúde em Debate, 36, 352-354.</i>
11. Indec. (2013). Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040: total del país.
12. Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. <i>Revista Panamericana de Salud Pública, 12, 128-136.</i>
13. Lemus, J. D., & Aragues y Oroz, V. (2013). <i>Salud pública y atención primaria de la salud</i> (No. 614).
14. Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. <i>Os Sentidos da.</i>
15. Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. <i>Segundas jornadas de atención primaria de la salud, 30, 451-464.</i>
16. Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. <i>Ciência & Saúde Coletiva, 8, 185-207.</i>
17. Merhy, E. E. (2005). Engravidando palavras: o caso da integralidade. <i>Construção social da demanda, 1, 195-206.</i>
18. Merhy, E. E., & Chakkour, M. (2008). Em busca de ferramentas analisadoras

das tecnologías em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde.
19. Merhy, E. E., & De Vega, L. I. N. (2006). <i>Salud: cartografía del trabajo vivo</i> . Buenos Aires: Lugar Editorial.
20. Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2014). Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles.
21. Ministerio de Salud de Perú. (2003) PARTE, I., & BASES, D. M. D. A. I. LA SALUD INTEGRAL: COMPROMISO DE TODOS. Perú, Ministerio de Salud. La salud integral: compromiso de todos. El modelo de atención integral en salud. Lima. MINSA
22. Ministerio de Salud Pública de la República de El Salvador (2012) Modelo de atención integral con enfoque de Salud Familiar.
23. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad.
24. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS.
25. Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Política de Atención Integral en Salud.
26. Organización Mundial de la Salud. (2005). <i>Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI: El reto de las enfermedades crónicas</i> . World Health Organization.
27. Organización Panamericana de la Salud. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
28. Paim, J. S. (1992). La salud colectiva y los desafíos de la práctica.
29. Pinheiro, R., & Mattos, R. A. D. (2003). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. In <i>Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde</i> .
30. Pinheiro, R., Pinheiro, R., & Mattos, R. D. (2001). As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. <i>Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde, 1</i> .
31. Puccini, P. D. T., & Cecílio, L. C. D. O. (2004). A humanização dos serviços e o direito à saúde. <i>Cadernos de Saúde Pública</i> .
32. Rey-Gamero, A. C., & Acosta-Ramírez, N. (2013). El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. <i>Revista Gerencia y Políticas de Salud, 12(25)</i> , 28-39.
33. Rodríguez-Villamizar, L. A., Vera-Cala, L. M., Rivera, R., Rojas, O. A., & Uribe, L. M. (2017). Evaluación de percepción de competencias de trabajadores respecto del Modelo Integral de Atención en Salud. <i>Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 49(2)</i> , 302-311.
34. Rovere, M. (2018). La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. <i>Saúde em Debate, 42</i> , 315-327.
35. Seixas, C. T., Merhy, E. E., Baduy, R. S., & Slomp Jr, H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. <i>Salud Colect. 2016; 12 (1): 113-23</i> . PMID: 28414832.
36. Sergio, T. T. (2004). Formación basada en competencias. Pensamiento complejo, diseño curricular y didáctica. <i>Ecoe: Bogotá</i> .

37. Starfield, B., & Aspachs, J. P. (2001). <i>Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología</i> . Barcelona: Masson.
38. Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. <i>The milbank quarterly</i> , 83(3), 457-502.
39. Stolkiner, A., Comes, Y., & Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , 16(6).
40. Testa, M. (1988). Atención ¿primaria o primitiva? de salud. <i>Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud</i> . Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas, 75-90.
41. Tobón, S. (2010). Formación integral y competencias. <i>Pensamiento complejo, currículo, didáctica y evaluación</i> , 3.
42. Vélez Benito, G. A., & Schwabe Franz, M. (2010). Educación permanente en la salud. Reflexiones en la perspectiva de la Integralidad. <i>Revista Cubana de Enfermería</i> , 26(4), 267-279.
43. Yavich, N., Báscolo, E. P., & Haggerty, J. (2010). Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. <i>salud pública de méxico</i> , 52(1), 39-45.
44. Zurro, A. M. (2014). <i>Atención primaria de salud</i> (pp. 1-13). Elsevier.
45. Zurro, A. M., & Cano Pérez, J. F. (2003). <i>Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica</i> .

XII – ANEXO I:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Participación en el trabajo de investigación:

***“EXPLORACION DE LAS PRACTICAS Y COMPETENCIAS
RELACIONADAS A LA INTEGRALIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCION DE LA SALUD EN LA CIUDAD DE USHUAIA”***

Los trabajadores del Primer Nivel de Atención (PNA) se consideran actores fundamentales para lograr la implementación de un modelo de Atención Integral de Salud.

Este trabajo pretende identificar y describir la oferta de las prácticas y competencias relacionadas con el mismo, por parte de los trabajadores encargados de brindar atención a los usuarios del sistema de salud.

Garantía de Confidencialidad a los informantes:

Toda información obtenida de los entrevistados y participantes, se obtendrán por parte del investigador principal manteniendo la máxima confidencialidad de los entrevistados. No habrá participantes identificados personalmente en escritos ni publicaciones difundidas a partir de este estudio.

Consideraciones éticas:

La información obtenida a través de su testimonio tiene como finalidad única la investigación para la mejora de la salud, la optimización de las relaciones laborales y de la asistencia sanitaria, no podrá ser manipulada ni utilizada con otra finalidad que lo expuesto explícitamente en el objetivo del presente proyecto.

Responsable de la investigación: Andrés Becker

Expreso mi consentimiento para aportar datos con fines de investigación, preservando el anonimato de mi identidad. Dejo constancia que he recibido

toda la información necesaria de lo que implicará y que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad, donde además se me explicó que los estudios a realizar no implican ningún tipo de intervención, salvo la toma de datos para fines de investigación.

Dejo constancia que mi participación es voluntaria y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida.

APELLIDO Y NOMBRES DEL PARTICIPANTE:

.....

DNI:

.....

FIRMA DEL PARTICIPANTE:

.....

Inmovilización de un tobillo esguinzado					
Extracción de verrugas					
Citología vaginal (PAP)					
Tacto rectal					
Asesoramiento para dejar de fumar					
Atención prenatal					
Extirpación de una uña encarnada					
Asesoramiento en el caso de que alguien se encuentre discapacitado y no pueda tomar decisiones sobre su propio cuidado.					
Asesoramiento sobre cambios en las capacidades mentales o físicas propias del envejecimiento					
Sugerencias sobre atención de enfermería en el domicilio					
Servicios de nutrición maternoinfantil y programas alimentarios					
Entrega de métodos anticonceptivos					
Colocación de D.I.U.					
Diagnóstico de problemas de conducta o salud mental					
Tratamiento de adicciones					
Asesoramiento ante crisis vitales o cambios evolutivos como paternidad, separación, jubilación, desempleo.					
Asesoramiento sobre violencia familiar					
Hábitos saludables como la alimentación y el descanso					
Seguridad del hogar como almacenar de manera segura los medicamentos y las sustancias tóxicas (artículos de limpieza, solventes industriales)					

<u>¿En su centro se habla de los siguientes temas con los usuarios?</u>	NO	PROBABLE- MENTE NO	PROBABLE- MENTE SI	SI	NS / NC
Uso de cinturón de seguridad					
Manejo de conflictos familiares					
Actividad física apropiada					
Niveles de colesterol					
Medicamentos que están siendo consumidos					
Exposición a sustancias dañinas en el hogar, en el trabajo o en el barrio					
Prevención de quemaduras con agua caliente y braseros o de accidentes con la electricidad.					
Prevención de caídas					
Prevención de la osteoporosis o fragilidad ósea en mujeres					
Atención de problemas menstruales o menopáusicos comunes					
<u>¿En su centro se habla de los siguientes temas con los niños y sus madres, padres o tutores?</u>	NO	PROBABLE- MENTE NO	PROBABLE- MENTE SI	SI	NS / NC
Maneras de abordar los problemas de comportamiento de los chicos/as					
Cambios en el crecimiento y en el comportamiento característicos a determinadas edades					
Temas de seguridad para niños menores de 6 años: Modos de prevenir accidentes en la vía pública, como enseñarles a cruzar la calle de manera segura y utilizar asientos de seguridad en los autos y prevenir accidentes en el hogar con agua, fuego, electricidad, gas					
Temas de seguridad en niños y niñas de 6 a 12 años: Uso de cinturones de seguridad y modos de prevenir accidentes en el hogar.					
Temas de seguridad en adolescentes: educación sexual, asesoramiento sobre adicciones y efectos del alcohol, afrontamiento pacífico de conflictos para evitar violencia.					

¿En qué grado se considera Ud. competente para:?	<u>NO</u> <u>CO</u> <u>MP</u>	<u>POCO</u> <u>COMPETENTE</u>	<u>ACEPT</u> <u>COMPETENT</u> <u>E</u>	<u>MU</u> <u>Y</u> <u>CO</u> <u>MP</u>	<u>NS/</u> <u>NC</u>
Trabajar en equipo con otros miembros del equipo de salud y otros sectores					
Establecer comunicaciones efectivas y respetuosas con pacientes, familiares, colegas o grupos sociales					
Respetar las opiniones, conocimientos y valores de otros					
Garantizar el derecho a la privacidad, confidencialidad y discreción profesional					
Ejercer liderazgo como profesional de salud en su entorno					
Reconocer los aspectos éticos y legales de la práctica de salud					
Ejercer autonomía en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.					
Realizar atención clínica con enfoque de integralidad					
Realizar abordajes con participación comunitaria					
Realizar un diagnóstico de salud de su área de conocimiento en una comunidad					
La utilización de sistemas de información en salud					
La utilización de oportunidades para promoción de la salud y prevención de la enfermedad					
La provisión de un cuidado apropiado para personas de diferentes culturas y discapacidad					
El cuidado individual, familiar, comunitario y del entorno					
Realizar Actividades en investigaciones de salud pública					
Realizar Actividades de vigilancia epidemiología / salud pública					
La ejecución de programas que requiera coordinación intersectorial					
Atención primaria de la salud					
Atención hospitalaria					
Determinantes sociales de la salud					
Promoción de la salud					
Prevención de la enfermedad					
Educación comunitaria en salud					
Educación centrada en el usuario					
Gestión integral del riesgo en salud					
Niveles y redes de prestadores de servicios de salud					
Mecanismos de priorización de grupos de riesgo o eventos					

AGRADECIMIENTOS:

A Caro, compañera de vida y emociones.

A mis hijos, a quienes quiero dejarles un mundo mejor.

A Isabella, por su inicial acompañamiento.

A Ernesto, por bancarme en la cruzada.

A todos los docentes de la Maestría, por su claridad y enseñanza.