

Calidad del Primer Nivel de Atención según usuarios y prestadores de servicios municipales de Concepción del Uruguay, Entre Ríos

Quality of first level according to users and providers of municipal services of Concepción del Uruguay, Entre Ríos.

Mgter. Elena COSSANI ¹, Méd. Esp. Carolina RIVERA ², Dra. Silvina BERRA ³

¹ Magíster en Salud Familiar y Comunitaria. Prof. Titular Asociado ordinario en la cátedra de Prácticas Profesionales supervisadas. Facultad de Bromatología – Universidad Nacional de Entre Ríos; Jefe de la División Alimentación y Dietoterapia del Hospital Provincial Justo José de Urquiza (C. del Uruguay, E. Ríos).

E-mail:

elena_cossani@yahoo.com.ar

² Médica especialista en Medicina Familiar y General. Profesora Adjunta de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional de Córdoba (UNC).

E-mail: caro05rivera@hotmail.com

³ Doctora en Ciencias de la Salud, Profesora Titular de la Escuela de Salud Pública. Investigadora adjunta CONICET-INICSA; Escuela de Salud Pública y Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

E-mail: sberra@fcm.unc.edu.ar

Fecha recibido: 01/03/2018

Fecha aceptado: 10/12/2018

Conflictos de interés:

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

RESUMEN

Según el modelo de Starfield, siete funciones definen la calidad de los servicios en el primer nivel bajo los principios de atención primaria de la salud: primer contacto, longitudinalidad, integralidad, coordinación, enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural. Las funciones de la APS se evaluaron desde la perspectiva de usuarios y profesionales en centros de salud municipales, con un estudio descriptivo transversal. Se entrevistó a profesionales y usuarios adultos, aplicando versiones para equipos de salud y usuarios del Cuestionario *Primary Care Assessment Tools (PCAT)*. Las funciones primer contacto, integración de la información (coordinación) e integralidad de los servicios, tuvieron cumplimiento insuficiente. La longitudinalidad y sistemas de información (coordinación) mostraron una valoración aceptable. Es necesario revisar las políticas de APS y las prácticas de los equipos de salud, para lograr cambios profundos en el sistema de salud, que permitan mejorar la atención en el primer nivel.

PALABRAS CLAVE: atención primaria de la salud, acceso y evaluación de la atención de la salud, usuarios, continuidad de la atención.

ABSTRACT

According to the Starfield's model, seven functions define the quality of PC services in the first level: first contact, longitudinality, comprehensiveness, coordination, family focus, community orientation and cultural competence. The functions of PC were evaluated from the perspective of users and professionals in municipal health centers, with a cross-sectional study. Professionals and adult users were interviewed, applying providers and consumer edition of the Primary Care Assessment Tools (PCAT) questionnaires. The functions of first contact, coordination - integration of information and comprehensiveness of care, had insufficient fulfillment. The longitudinality and coordination-information systems showed an acceptable valuation. It is necessary to review PC policies and practices of health teams, to achieve significative changes in the health system, to improve care at the first level

KEYWORDS: primary health care, access and evaluation of health care, users, continuity of care.

INTRODUCCIÓN

Durante décadas la Atención Primaria de la Salud (APS) ha sido reconocida como la estrategia efectiva para mejorar la calidad de los servicios sanitarios y alcanzar la equidad en la atención de la salud de la población (1). Muchos países implementaron importantes reformas, independientemente del tipo de sistema sanitario y el nivel de riqueza, tras los primeros acuerdos y recomendaciones (1,2); y aún en la actualidad se insiste en la conveniencia de desarrollar aquellas funciones fundamentales que se espera logre esta estrategia (3).

En los últimos años, organismos internacionales como la OMS/OPS han propuesto líneas estratégicas, algunos expertos han discutido marcos conceptuales (4) y han señalado la necesidad de contar con herramientas de evaluación válidas (5)

Los modelos teóricos sobre los que habitualmente se evalúa la APS enfatizan en aspectos estructurales y organizativos (6, 7) y escasamente en el grado en que se cumplen funciones esenciales de la APS (8, 9). Uno de los modelos conceptuales más ampliamente difundidos sobre las funciones de la APS en el primer nivel de la atención de la salud es el de Starfield (10), que establece cuatro atributos esenciales y tres secundarios. Dentro de los esenciales se encuentran:

1. Primer contacto: el primer nivel de atención debe ser accesible y ser utilizado como primer contacto con los servicios en el primer nivel de atención, para temas referentes a su salud, exceptuando las situaciones de emergencia;
2. Longitudinalidad–continuidad interpersonal: en el primer nivel la APS debe ejercer un cuidado continuado en el tiempo;
3. Integralidad o globalidad: la APS en el primer nivel debe ofrecer una atención global, extensa, no centrada sólo en la resolución de los problemas de salud que se demandan sino, por ejemplo, realizar intervenciones preventivas, en respuesta a las necesidades en salud más prevalentes;
4. Coordinación: la APS en el primer nivel debe estar coordinada con el resto de niveles o servicios asistenciales en los que es tratada la persona.

Esos atributos esenciales incluyen, a su vez, elementos estructurales y de proceso. Como cualidades complementarias, Starfield definió los siguientes (11):

1. Enfoque familiar: la APS se centra en la salud de los individuos en su contexto social más cercano, la familia;
2. Orientación comunitaria: la APS orienta la atención a la resolución de los problemas de salud de la comunidad a la cual tiene como población diana;
3. Competencia cultural: los servicios deben adaptarse en contextos de diversidad cultural y establecer relaciones idóneas que faciliten la atención a los problemas de salud de las personas de grupos sociales diferentes de la población que tiene asignada, incluyendo particularmente a las minorías étnicas.

Esta conceptualización, realizada por Bárbara Starfield permitió desarrollar herramientas capaces de recabar información para medir esos conceptos, y evaluar así su grado de cumplimiento. Entre ellos el conjunto de instrumentos denominado PCAT –por su denominación en inglés, Primary Care Assessment Tools– (12), que fue señalado como el más completo por distinguir entre enfoques de evaluación dirigidos a políticas o al primer nivel de atención de la salud, con la ventaja sobre otras herramientas de poder obtener similar información desde distintas perspectivas (13). Otro aspecto de gran interés de estos instrumentos es que brinda la posibilidad de ser aplicado en diversas poblaciones, obteniéndose datos factibles de ser estandarizados y comparados.

Los instrumentos PCAT pueden ser una herramienta importante de investigación en Argentina, dada la gran heterogeneidad de servicios que caracteriza al sistema de salud fragmentado. La experiencia de los usuarios, y la perspectiva de los profesionales de salud respecto de los atributos esperables de la atención, bajo los principios de APS, puede ofrecer información original y valiosa en nuestro contexto. Es difícil lograr una apreciación de las funciones de la APS por la gran heterogeneidad en la oferta de servicios por subsistemas, y es óptimo que esta valoración se realice desde una mirada externa a las instituciones, como es la de los propios usuarios.

Este estudio se realizó en la ciudad de Concepción del Uruguay (Entre Ríos, Argentina), e indagó a usuarios y profesionales de diferentes Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) municipales. Tuvo por objetivo conocer en qué grado se cumplen las funciones de la APS en los Centros de Salud de Atención Primaria (CAPS), según la experiencia que tienen los usuarios y profesionales de estos CAPS con la APS, y considerando indicadores socioeconómicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de carácter descriptivo, correlacional, de diseño transversal en los CAPS municipales de la ciudad de Concepción del Uruguay, en los meses de diciembre 2012 a julio de 2013. El estudio se llevó a cabo en el marco de una investigación que realizaba el Centro de Investigaciones Epidemiológicas y en Servicios Sanitarios (CIESS) de la Universidad Nacional de Córdoba.

Se estudió población usuaria y profesionales prestadores del primer nivel de atención en Centros prestadores municipales a saber: CAPS La Concepción, CAPS Rocamora, el Centro de Integración Comunitaria (CIC) del barrio Zapata y el CAPS Villa Las Lomas Norte.

Se seleccionaron 2 muestras:

- 1) Personas adultas (mayores de 18 años), de ambos sexos usuarias de los CAPS municipales de la ciudad

de Concepción del Uruguay, por muestreo aleatorio sistemático a partir de las listas de turnos diarios programados y espontáneos. Los criterios de exclusión fueron las dificultades en la comprensión de la encuesta (Ej: hipoacusia, discapacidad intelectual, deterioro cognitivo, etc.) y que la persona, tras las primeras preguntas, no reconozca el CAPS donde estaban siendo entrevistados como su fuente de atención primaria en el primer nivel. La población de usuarios se categorizó en diferentes niveles socioeconómicos cuyo indicador se construyó siguiendo un estudio previo llevado a cabo en Córdoba (Argentina) utilizado por Sabulsky y cols. (14). Se preguntó el nivel máximo de escolaridad de la persona entrevistada y algunas condiciones materiales de la vivienda: 1) propiedad; 2) material principal de los pisos; 3) provisión de agua en la vivienda; y 4) instalación de agua caliente. Las respuestas recibieron un puntaje, similar al usado en el estudio citado, y se calculó un puntaje total como la suma de los valores otorgados a cada factor, para luego recategorizar este índice en tres niveles socioeconómicos: nivel medio-inferior (Puntaje de 1 a 10), nivel medio-superior (Puntaje de 11 a 13) y nivel superior (Puntaje de 14 o más).

El tamaño muestral necesario para detectar diferencias estadísticamente significativas en las proporciones esperadas en análisis bivariados fue de 300 sujetos, con un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral y teniendo como tamaño poblacional al número total de consultas anuales de todos los CAPS realizadas en el 2011 (100.591 consultas), y teniendo en cuenta su distribución por centro para seleccionar participantes proporcionalmente.

2) Profesionales de salud de los CAPS identificados, que prestan servicios a la población incluida en la muestra I. El total de profesionales pertenecientes a los diferentes CAPS durante la realización del estudio era de 41 personas, de los cuales 4 se encontraban de licencia por cargo de mayor jerarquía. Un total de 29 profesionales accedieron a responder la encuesta, prevaleciendo como único criterio de inclusión una antigüedad no inferior a 3 meses, y de exclusión la negativa a participar del estudio.

Ambas muestras respondieron a los instrumentos aplicados por 4 encuestadores (la primera autora, EBC, coordinó el trabajo de campo y realizó la mayor parte de las encuestas) debidamente entrenados con la utilización de un instructivo. Con los usuarios se aplicó la versión del Primary Care Assessment Tools para usuarios adultos (PCAT-AE), para la población argentina (13,15). En el caso de los profesionales se usaron las versiones de PCAT para gestores (*facilities*; PCAT-FE); y para profesionales (*providers*; PCAT-PE) que incluyen preguntas para valorar las mismas funciones que valoraron los usuarios, además de caracterizaciones de los centros.

Las preguntas de todas las versiones de PCAT tienen opciones de respuesta en escala Likert de 1 a 4 (1. "no, en absoluto", 2. "probablemente no", 3. "probablemen-

te sí" y 4. "sí, sin duda") y 2,5, la opción "no sabe o no recuerda". La puntuación de cada dimensión o atributo se consigue calculando la media de las respuestas a los ítems que la componen y luego transformando la escala para llevarla a un puntaje mínimo de 1 y un máximo de 10, para hacerla más fácilmente interpretable. Una media igual o mayor a 6,6 señalaría una fuerte presencia de esta característica, ya que corresponde a la respuesta "probablemente sí", indicando una valoración positiva por parte del profesional o la comunidad. Además, se establecieron categorías de valoraciones "altas" y "bajas" utilizando como punto de corte el valor de 6,6 de promedio de cada función, por debajo del cual se obtiene el porcentaje de personas que tuvieron una experiencia "pobre" (puntuación baja) con los servicios de primer nivel. En la función de "acceso al primer contacto" se estableció un punto de corte de 3,3 (equivalente al valor 2 en las respuestas) debido a que todas las puntuaciones promedio estuvieron por debajo del valor 6,6.

El procesamiento y almacenamiento de los datos se realizó de manera electrónica mediante el programa SPSS para Windows versión 15. Para el análisis de los datos se aplicaron medidas de dispersión y tendencia central para las variables cuantitativas y, para las categóricas, distribuciones de frecuencias. Se calcularon porcentajes para describir las características sociodemográficas, usando test de chi-cuadrado para comparar las distribuciones de frecuencias entre diferentes grupos. Para las funciones de APS, se calcularon puntuaciones promedio, desvío estándar (DE) y mediana de todos los indicadores de las funciones de la APS; y se comparó entre muestras mediante test de ANOVA. Se utilizó como nivel de significación estadística un valor de $p < 0,05$.

Al momento de realizarse el estudio no existía en la provincia de Entre Ríos un órgano de evaluación de protocolos de investigación en seres humanos. Acorde a la Guía para Investigaciones con Seres Humanos, aprobada por el Ministerio de Salud de la Nación (Resolución 1480/2011), se consideró que el riesgo para los participantes era bajo puesto que era menor que los de la práctica médica de rutina. El estudio consistió en la aplicación de una encuesta, donde se consultó a los participantes sobre su experiencia con los servicios de atención de salud. Las personas invitadas a participar recibieron información por escrito, que pudieron aceptar o rechazar según su voluntad, y a los que se les ofreció el consentimiento informado, que incluía la explicación acerca de los propósitos del estudio y las garantías de anonimidad de las respuestas como así también el manejo confidencial de los datos recabados, y pudieron aceptar o rechazar según su voluntad. La identidad de las personas participantes fue preservada en confidencialidad.

RESULTADOS

Población Usuaría:

Se analizaron 299 encuestas de usuarios que respondieron más del 70% de las preguntas de cada una de las dimensiones del PCAT. En la Tabla 1 se muestra la distribución de la población entrevistada en relación a las variables sexo, edad, nivel de escolaridad y nivel socioeconómico. Se observa una alta proporción de mujeres (96,7%) y una mayoría de la muestra en estratos medios de escolaridad (63,2% con primaria completa o secundaria incompleta) y condiciones socioeconómicas.

Tabla 1. Características sociodemográficas y económicas de los usuarios de los CAPS de Concepción del Uruguay, 2013.

| | Porcentaje (%) | N |
|--|----------------|-----|
| Sexo | | |
| Masculino | 3,3% | 10 |
| Femenino | 96,7% | 289 |
| Total | 100% | 299 |
| Edad | | |
| 18 a 26 años | 34,1% | 102 |
| 26 a 35 años | 33,8% | 101 |
| 36 a 45 | 16,1% | 48 |
| 46 a 55 años | 7% | 21 |
| 56 a 65 años | 7,7% | 23 |
| Más de 65 años | 1,3% | 4 |
| Total | 100% | 299 |
| Nivel de escolaridad | | |
| No fue a la escuela y/o Primaria incompleta | 11% | 33 |
| Primaria completa o secundaria incompleta | 63,2% | 189 |
| Secundaria completa o terciario o universitario incompleto | 23,1% | 69 |
| Terciario y/o universitario completos | 2,7% | 8 |
| Total | 100% | 299 |
| Nivel socioeconómico | | |
| Medio-inferior | 31% | 93 |
| Medio-superior | 42% | 125 |
| Superior | 27% | 81 |
| Total | 100% | 299 |

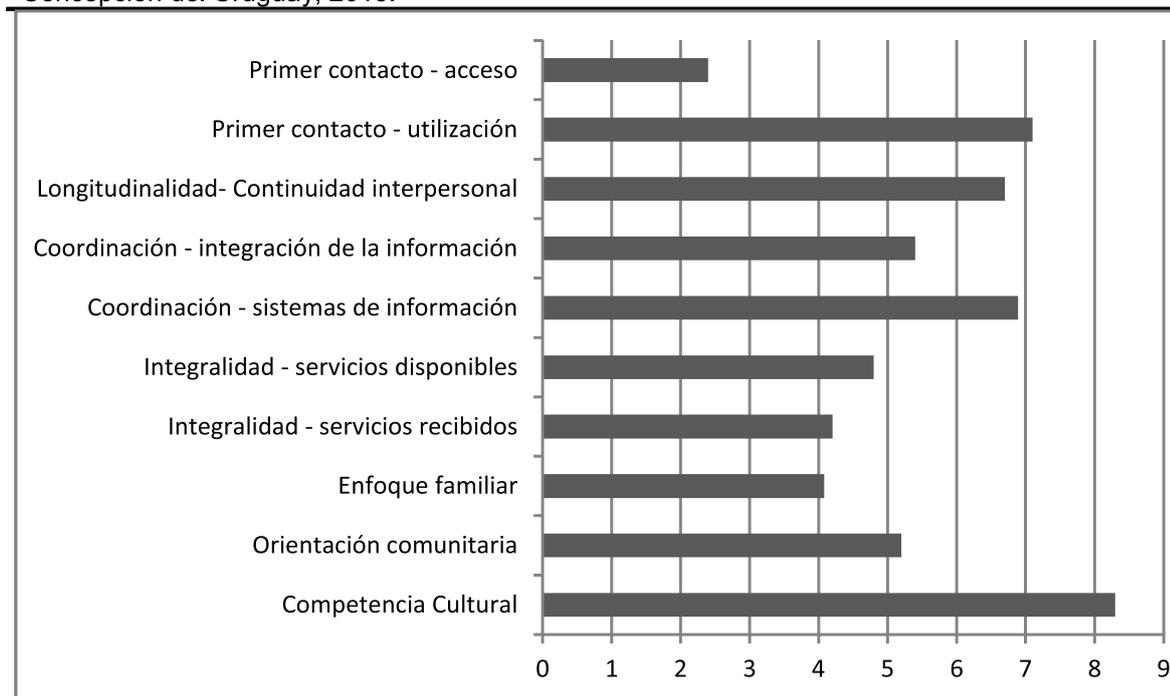
Fuente: Elaboración propia.

Para el cálculo de los puntajes del cumplimiento de las funciones de APS en estos servicios se consideraron las respuestas de 295 usuarios que respondieron el cuestionario completo, pero algunas secciones del cuestionario tuvieron menos respuestas, como la de coordinación e integración de la información (n=103),

ya que esta función se evalúa solo si las personas manifestaban haber realizado una visita a otros servicios.

Las funciones que alcanzaron mejor desarrollo fueron la utilización de los servicios municipales en el primer contacto (media=7,1), la longitudinalidad del cuidado de la persona (media=6,7), los sistemas de información para la coordinación (media=6,8) y la competencia cultural de los servicios (media=8,30). Por otro lado, las funciones que tuvieron un cumplimiento insuficiente fueron el acceso al primer contacto (media=2,40), la integralidad de los servicios recibidos (media=4,20), la integralidad de los servicios disponibles (media=4,80) y el enfoque familiar de la atención (media=4,08) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Puntaciones medias de las funciones de APS por los usuarios de los CAPS, Concepción del Uruguay, 2013.



Valores de la escala: mínimo 0 - máximo 10. Fuente: Elaboración propia.

Al analizar las experiencias de los usuarios con el primer nivel de atención según sus características sociodemográficas, se encontró que el porcentaje de personas que puntuaron más bajo en acceso fue mayor en el estrato de escolaridad baja (primaria incompleta o menos: 78,8%) y media (secundaria incompleta: 86,2%), que en los de escolaridad alta (secundaria completa o mayor: 72,7%). Cabe recordar que en esta dimensión todas las personas puntuaron por debajo de 6,6, por lo que el punto de corte se estableció en 4,4 (Tabla 2).

En la función coordinación-integración de la información que, si bien no presentó una diferencia estadísticamente significativa, es importante el número de usuarios con nivel de instrucción alto que le otorgó una baja puntuación (63,3%), en comparación con las personas de niveles medios (49,3%) y bajos (33,3%) de escolaridad.

En lo relativo a la competencia cultural, el 33,3% de los usuarios con menor escolarización expresaron que en los CAPS no se tienen en cuenta aspectos vinculados a la diversidad cultural contra un 6,8% para las personas con escolaridad alta en la misma categoría ($p=0,002$).

Tabla 2. Distribución porcentual de las funciones de la APS en el primer nivel de atención según el nivel de escolaridad de los usuarios de los CAPS, Concepción del Uruguay (Entre Ríos), 2013.

| Funciones de la APS en el primer nivel | Nivel de escolaridad | | | | | | Total | p | |
|--|---|----|---|-----|-----------------------------|----|-------|-----|-------|
| | Baja | | Media | | Alta | | | | |
| | No fue a la escuela o primaria incompleta | | Primaria completa o secundaria incompleta | | Secundaria completa o mayor | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | | |
| Primer contacto – Utilización | Puntuación < 6,6 | 10 | 31,3 | 40 | 21,2 | 24 | 32 | 74 | 0,12 |
| | Puntuación alta (6 o más) | 22 | 68,8 | 149 | 78,8 | 51 | 68 | 222 | |
| | Total | 32 | 100 | 189 | 100 | 75 | 100 | 296 | |
| Primer contacto – Acceso | Puntuación baja (< 4,4) | 26 | 78,8 | 163 | 86,2 | 56 | 72,7 | 245 | 0,03 |
| | Puntuación 4,4 o más | 7 | 21,2 | 26 | 13,8 | 21 | 27,3 | 54 | |
| | Total | 33 | 100 | 189 | 100 | 77 | 100 | 299 | |
| Longitudinalidad – Continuidad Interpersonal | Puntuación < 6,6 | 16 | 50 | 80 | 42,6 | 43 | 57,3 | 139 | 0,09 |
| | Puntuación alta (6 o más) | 16 | 50 | 108 | 57,4 | 32 | 42,7 | 156 | |
| | Total | 32 | 100 | 188 | 100 | 75 | 100 | 295 | |
| Coordinación – Integración de la Información | Puntuación < 6,6 | 2 | 33,3 | 33 | 49,3 | 19 | 63,3 | 54 | 0,27 |
| | Puntuación alta (6,6 o más) | 4 | 66,7 | 34 | 50,7 | 11 | 36,7 | 49 | |
| | Total | 6 | 100 | 67 | 100 | 30 | 100 | 103 | |
| Coordinación – Sistemas de Información | Puntuación < 6,6 | 11 | 39,3 | 49 | 29,9 | 18 | 30 | 78 | 0,59 |
| | Puntuación alta (6,6 o más) | 17 | 60,7 | 115 | 70,1 | 42 | 70 | 174 | |
| | Total | 28 | 100 | 164 | 100 | 60 | 100 | 252 | |
| Integralidad – Servicios disponibles | Puntuación < 6,6 | 28 | 90,3 | 131 | 75,7 | 52 | 76,5 | 211 | 0,19 |
| | Puntuación alta (6,6 o más) | 3 | 9,7 | 42 | 24,3 | 16 | 23,5 | 61 | |
| | Total | 31 | 100 | 173 | 100 | 68 | 100 | 272 | |
| Integralidad – Servicios proporcionados | Puntuación < 6,6 | 28 | 84,8 | 156 | 77,2 | 66 | 85,7 | 240 | 0,22 |
| | Puntuación alta (6,6 o más) | 5 | 15,2 | 43 | 22,8 | 11 | 14,3 | 59 | |
| | Total | 33 | 100 | 189 | 100 | 77 | 100 | 299 | |
| Enfoque familiar | Puntuación < 6,6 | 21 | 65,6 | 114 | 62,3 | 54 | 75,0 | 189 | 0,15 |
| | Puntuación alta (6,6 o más) | 11 | 34,4 | 69 | 37,7 | 18 | 25,0 | 98 | |
| | Total | 32 | 100,0 | 183 | 100,0 | 72 | 100,0 | 287 | |
| Orientación comunitaria | Puntuación < 6,6 | 19 | 79,2 | 98 | 66,7 | 37 | 61,7 | 154 | 0,30 |
| | Puntuación alta (6,6 o más) | 5 | 20,8 | 49 | 33,3 | 23 | 38,3 | 77 | |
| | Total | 24 | 100,0 | 147 | 100,0 | 60 | 100,0 | 231 | |
| Competencia cultural | Puntuación < 6,6 | 10 | 33,3 | 27 | 14,7 | 5 | 6,8 | 42 | 0,002 |
| | Puntuación alta (6,6 o más) | 20 | 66,7 | 157 | 85,3 | 69 | 93,2 | 246 | |
| | Total | 30 | 100,0 | 184 | 100,0 | 74 | 100,0 | 288 | |

Al relacionar las funciones de la APS en el primer nivel con el nivel socioeconómico de los usuarios que en la función primer contacto-acceso, el 86,8% de las personas con nivel socioeconómico medio-inferior y el 85,5% de las personas del nivel medio-superior manifestaron una experiencia negativa (Puntaje > 4,4) en comparación con el 75% de las personas del nivel superior. Para la subdimensión de sistema de información de la función de coordinación, un 41,3% de los usuarios de nivel medio inferior expresó que es menos probable obtener datos de historia clínica y manejo de registros como carnets de vacunación, informes médicos previos, etc., contra un 21,9% de las personas de nivel superior ($p=0,03$). Con respecto al atributo de competencia cultural, casi todas las personas de estrato socioeconómico superior manifestaron una buena experiencia con los servicios (93,7%), pero que este porcentaje disminuye a medida que disminuye el nivel socioeconómico ($p=0,002$).

Tabla 3. Distribución porcentual de las funciones de la APS en el primer nivel de atención según el nivel socioeconómico de los usuarios de los CAPS, Concepción del Uruguay, 2013.

| Funciones de la APS en el primer nivel | | Nivel socioeconómico | | | | | | Total | p |
|--|-----------------------------|----------------------|------|----------------|------|----------|------|-------|-------|
| | | Medio-inferior | | Medio-superior | | Superior | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | | |
| Primer contacto – Utilización | Puntuación < 6,6 | 26 | 26,6 | 23 | 18,5 | 24 | 30 | 73 | 0,10 |
| | Puntuación alta (6,6 o más) | 65 | 71,4 | 101 | 81,5 | 56 | 70 | 222 | |
| | Total | 91 | 100 | 124 | 100 | 80 | 100 | 295 | |
| Primer contacto – Acceso | Puntuación baja (< 4,4) | 79 | 86,8 | 106 | 85,5 | 60 | 75 | 245 | 0,07 |
| | Puntuación 4,4 o más | 12 | 13,2 | 18 | 14,5 | 20 | 25 | 50 | |
| | Total | 91 | 100 | 124 | 100 | 80 | 100 | 295 | |
| Longitudinalidad - Continuidad interpersonal | Puntuación < 6,6 | 39 | 42,9 | 56 | 45,5 | 44 | 55 | 139 | 0,24 |
| | Puntuación alta (6,6 o más) | 52 | 57,1 | 67 | 54,5 | 36 | 45 | 155 | |
| | Total | 91 | 100 | 123 | 100 | 80 | 100 | 294 | |
| Coordinación - Integración de la información | Puntuación < 6,6 | 13 | 43,3 | 24 | 55,8 | 17 | 56,7 | 54 | 0,49 |
| | Puntuación alta (6,6 o más) | 17 | 56,7 | 19 | 44,2 | 13 | 43,3 | 49 | |
| | Total | 30 | 100 | 43 | 100 | 30 | 100 | 103 | |
| Coordinación - Sistemas de información | Puntuación < 6,6 | 33 | 41,3 | 31 | 29 | 14 | 21,9 | 78 | 0,03 |
| | Puntuación alta (6,6 o más) | 47 | 58,8 | 76 | 71 | 50 | 78,1 | 173 | |
| | Total | 80 | 100 | 107 | 100 | 64 | 100 | 251 | |
| Integralidad – Servicios disponibles | Puntuación < 6,6 | 71 | 81,6 | 52 | 73,9 | 88 | 79,5 | 211 | 0,39 |
| | Puntuación alta (6,6 o más) | 16 | 18,4 | 29 | 26,1 | 15 | 20,5 | 60 | |
| | Total | 87 | 100 | 111 | 100 | 73 | 100 | 271 | |
| Integralidad – Servicios proporcionados | Puntuación < 6,6 | 71 | 78 | 98 | 79 | 68 | 85 | 237 | 0,46 |
| | Puntuación alta (6,6 o más) | 20 | 22 | 26 | 21 | 12 | 15 | 58 | |
| | Total | 91 | 100 | 124 | 100 | 80 | 100 | 295 | |
| Enfoque familiar | Puntuación < 6,6 | 58 | 64,4 | 78 | 66,1 | 53 | 67,9 | 189 | 0,89 |
| | Puntuación alta (6,6 o más) | 32 | 35,6 | 40 | 33,9 | 25 | 32,1 | 98 | |
| | Total | 90 | 100 | 118 | 100 | 78 | 100 | 287 | |
| Orientación comunitaria | Puntuación < 6,6 | 47 | 71,2 | 68 | 69,4 | 39 | 59,1 | 154 | 0,26 |
| | Puntuación alta (6,6 o más) | 19 | 28,8 | 30 | 30,6 | 27 | 40,9 | 76 | |
| | Total | 66 | 100 | 98 | 100 | 66 | 100 | 230 | |
| Competencia cultural | Puntuación < 6,6 | 19 | 22,1 | 18 | 14,8 | 5 | 6,3 | 42 | 0,002 |
| | Puntuación alta (6,6 o más) | 67 | 77,9 | 104 | 85,2 | 74 | 93,7 | 245 | |
| | Total | 86 | 100 | 122 | 100 | 79 | 100 | 287 | |

Población de Profesionales:

Con relación a los profesionales, se realizaron 29 encuestas, de las cuales 4 fueron respondidas en forma parcial, y aproximadamente 12 cuestionarios no fueron respondidos por los profesionales de los centros de salud. El 79% de las respuestas fueron realizadas por los servicios de pediatría (17%), obstétricas (17%), odontología (14%), enfermería (14%), kinesiología (10%), medicina general (7%) y ginecología (7%). En menor proporción realizaron su aporte los servicios de medicina clínica, psicología, nutrición y bioquímica. Las funciones que tuvieron un mejor nivel de cumplimiento fueron la longitudinalidad del cuidado de la persona (media=7,10), el enfoque familiar de la atención (media=7,00), la integralidad de los servicios disponibles (media=6,30) y la orientación

comunitaria en la solución de los problemas de salud (media=6,50). Las funciones que mostraron poco desarrollo fueron la accesibilidad a los servicios municipales en el primer contacto (media=3,30), la integralidad de los servicios recibidos (media=5,80), la integración de la información (media=6,10) y los sistemas de información para la coordinación (media=6,10) (Figura 2). La función de longitudinalidad del cuidado alcanzó la puntuación media esperada, tanto desde la mirada de los profesionales como de los usuarios, donde ambos valoraron positivamente el vínculo establecido en la atención.

Sin embargo, otras funciones como la integración de los servicios disponibles, el enfoque familiar y la orientación comunitaria, obtuvieron puntajes muy diferenciados desde ambas perspectivas, obteniendo puntajes bajos según la mirada de los usuarios.

Gráfico 2. Puntaciones medias de las funciones de APS por los profesionales de los CAPS, Concepción del Uruguay, 2013.



Valores de la escala: mínimo 0 - máximo 10. Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Este estudio presenta una evaluación del primer nivel de atención de la salud del sistema público en la ciudad de Concepción del Uruguay, a partir de la experiencia de usuarios y profesionales en base a un modelo teórico de análisis de las funciones que se espera se cumplan en consonancia con los postulados de la estrategia de APS, en aspectos estructurales y otras en los procesos de atención.

Las funciones de longitudinalidad del cuidado y coordinación, en su subdimensión estructural, relativa a sistemas de información, alcanzaron una puntuación alta, tanto desde la valoración de los profesionales como de los usuarios. En cambio, el resto de funciones obtuvieron valoraciones más bajas por parte de los

usuarios que las realizadas por los profesionales.

El uso de los instrumentos PCAT, reconocidos y aplicados internacionalmente, permite la comparación con otras regiones o subsistemas público, privado y de obras sociales en Argentina y con otros países, cuantificando atributos de un modelo multidimensional que pone de manifiesto debilidades y fortalezas. Las fallas en la accesibilidad al primer nivel de atención, manifestada a través de bajas valoraciones de la dimensión de acceso en el primer contacto, se asemeja a la situación hallada en los estudios de Córdoba (16), San Pablo (17), Petrópolis (5), Río de Janeiro (18) y los Municipios del Estado de Goiás y Mato Grosso de Brasil (19), en Carolina del Sur (20) y Hong Kong (21), donde la puntuación también fue muy baja en esta

característica. Por el contrario, en España (22) y Canadá (23), el primer nivel se presenta más accesible, con menos rasgos de desigualdad, probablemente por la existencia de sistemas de salud nacionales con mayor desarrollo del primer nivel y políticas muy fuertes de implementación de la estrategia de APS. También es similar el hallazgo de que la relación de los usuarios con los equipos de salud se fortalece a lo largo del tiempo, según se evalúa como función de longitudinalidad del cuidado, entre nuestro estudio y la investigación de la región centro-oeste de Brasil (19), donde tanto los prestadores como la población usuaria valoraron positivamente el vínculo establecido entre usuarios y profesionales.

Al relacionar la experiencia de los usuarios con el nivel de escolaridad se observó que para la función primer contacto-acceso, las personas con menor instrucción encontraron más dificultosa la accesibilidad a los servicios, que aquellos usuarios con niveles más altos de instrucción

Al comparar los resultados según los estratos socioeconómicos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Pudo apreciarse que hay mayor dificultad para acceder a los servicios en los niveles inferior y medio-superior. Esta situación se repitió al relacionar la función primer contacto-acceso con el nivel de escolaridad, donde las personas con menor instrucción encontraron más dificultosa la accesibilidad a los servicios, que aquellos usuarios con mejor nivel de escolaridad. Datos similares encontró Johannes van Stralen (19) en la región centro-oeste de Brasil. Por el contrario, en España (22) o Canadá (23), el primer nivel se aparece más accesible, con menos rasgos de desigualdad, probablemente por la existencia de sistemas de salud nacionales con mayor desarrollo de la AP.

Asimismo, los resultados de esta investigación ponen de relieve aspectos vinculados a fortalezas y debilidades del sistema, que sugieren la necesidad urgente de revisar y reorientar los recursos económicos y humanos, para fortalecer algunas funciones, en particular la relacionada con el acceso. Este constituye la puerta de entrada al sistema, y su mal funcionamiento impacta negativamente en todos los demás niveles. Los días y horarios rígidos de funcionamiento que en general poseen todos los centros, y otras limitantes de comunicación básica como la falta de teléfonos, obstaculizan un efectivo acceso a la atención básica.

En busca de aspectos puntuales que aparecen como debilidades en esta evaluación, la debilidad en el acceso se da por los ítems vinculados a los días y horarios en que el centro se encuentra abierto, como así también a la posibilidad de establecer comunicaciones telefónicas ante un nuevo problema de salud. En el atributo de enfoque familiar, la crítica principal recayó en la no realización de actividades de participación comunitaria y visitas domiciliarias por parte del equipo de salud. En Coordinación-integración de

la información surgió la falta de ayuda recibida en el centro de salud para conseguir un turno en otro centro de especialización o con un especialista. Para Integralidad Servicios-Recibidos se criticó principalmente la falta de asesoramiento en el manejo de conflictos. Estas situaciones quizás se deben a la composición actual del equipo de salud, con escasa presencia de médicos generalistas.

Entre las limitaciones de este podría considerarse que la muestra de usuarios no es representativa de la población beneficiaria, sino estrictamente de la población que utiliza estos servicios. La muestra de este estudio se encontró mayoritariamente conformada por mujeres, al igual de lo sucedido en los estudios de la ciudad de Córdoba (19) y de Petrópolis, Brasil (6). Otra limitación de esta investigación es el escaso número de profesionales entrevistados, que se corresponde con un marco muestral pequeño por tratarse solo de 4 centros de salud municipales, y además, a cierta resistencia a completar los cuestionarios por parte del personal de salud, quizás por una escasa tradición en este tipo de evaluaciones.

CONCLUSIÓN

El grado de cumplimiento de las funciones de APS en el primer nivel de atención del sistema público de la ciudad de Concepción del Uruguay fue, en general, insuficiente cuando se evaluó desde la perspectiva de los usuarios y aceptable desde la perspectiva de los profesionales de la salud. El acceso a los servicios como puerta de entrada fue la función con mayor incumplimiento desde ambas perspectivas. Esta evaluación denota también desigualdades sociales en la experiencia de los usuarios por cuanto aquellos de menor nivel de escolaridad o menor nivel socioeconómico tuvieron una peor experiencia con los atributos de acceso y competencia cultural.

Esta investigación puso de manifiesto la necesidad de revisar el cumplimiento de los principios de la atención primaria de la salud y reorientar su desarrollo en el primer nivel en los centros de atención municipales.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

El trabajo se realizó sin financiamiento. El trabajo de campo y otros gastos fueron asumidos por una de las autoras para la realización de su Tesis de la Maestría en Salud Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Entre Ríos.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a las personas que aceptaron participar de la investigación y respondieron los cuestionarios; a la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Concepción del Uruguay (Entre Ríos), que autorizó y facilitó la realización del trabajo.

REFERENCIAS

1. Institute of Medicine. A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study. IOM Pub. No. 78-02. Washington DC, National Academy of Sciences; 1978.
2. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. 1978 (Citado el 15 de febrero de 2011) Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
3. World Health Organization. World Health Report 2008: Primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
4. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP. Grupo de consenso sobre un marco de evaluación de la atención primaria en América Latina. *Rev. Panam. Salud Pública.* 2009; 26 (5):377-84.
5. Macinko J, Almeida C, Klingelhofer de Sa P. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan.* 2007; 22 (3):167-77.
6. Sibthorpe B, Gardner K. A Conceptual Framework for Performance Assessment in Primary Health Care. *Aust J Prim Health.* 2007; 13 (2): 96-103.
7. Hogg W, Rowan M, Russell G, Geneau R, Muldoon L. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *Int J Qual Health Care.* 2008; 20 (5): 308-13.
8. Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge: Harvard University Press; 1973.
9. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc. Sci. Med.* 2000; 51(11): 1611-25.
10. Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health.* 2001; 55: 452-454.
11. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York. Oxford University Press; 1998.
12. Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care.* 2009; 18 (6): 44-8.
13. Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfield B. Adaptación del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud (PCAT) al contexto argentino. *Rev Arg Salud Pública* 2011; 2 (8): 6-1
14. Sabulsky J y cols. Iniquidad y desarrollo infantil 0 a 2 años. Publicación N° 6 de la Fundación CLACYD. Córdoba, Argentina: SIMAEd. 2002.
15. Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Oliveira MC, Starfield B, Harzheim E. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para valorar la atención primaria de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2013; 33 (1): 30-9.
16. Berra S, Rivera C, Nicora V, Pasarín M. Experiencias con el primer nivel de atención según cobertura de salud en Córdoba, Argentina. *Archivos de Medicina Familiar y General* 2018 (en prensa).
17. Elias, P; Ferreira C; Góis Alves MC; Cohn A; Kishima V; Escrivao Junior A; Gomes A, Bousquat A. Atención Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo, *Ciência & Saúde Colectiva.* 2006; 11 (3): 633-641.
18. Harzheim E, Pinto L, Hause L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, *Ciência & Saúde Colectiva,* 2016; 21 (5); 1399-1408.
19. Johannes van Stralen, C; Almeida Belisario, S; Dayrell de Lima, A; Werneck Massote, A; di Lorenzo Oliveira, C. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil, *Cad. Saúde Pública,* 2008, 24 Sup 1:S148-S158.
20. Shi L, Starfield B, Xu J, Politzer R, Regan J. Primary care quality: community health center and health maintenance organization. *Southern Medical Journal.* 2003; 96 (8): 787-795.
21. Wong SY, Kung K, Griffiths SM, Carthy T, Wong MC, Lo SV, et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health.* 2010; 10: 397.
22. Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria.* 2007; 39 (8): 395-401.
23. Muggah E, Dahrouge S, Hogg W); Access to primary health care for immigrants: results of a patient survey conducted in 137 primary care practices in Ontario, Canadá, *BMC Fam Pract.* 2011, Dec 28; 13:128.doi 10.1186/1471-2296-13-128.
24. Testa, Mario. Atención primaria o atención primitiva. *Cuadernos Méd. Sociales.* 1985; 34: 3-13. Bertolotto A, Fuks A, Rovere M. Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Saúde em Debate.* 2012; 36 (94): 362-364.