

Universidad Nacional de Rosario

Centro de Estudios Interdisciplinarios

Instituto de la Salud “Juan Lazarte”

Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

**Evaluación de la implantación de un Colegiado de gestión, en un
Hospital de segundo nivel (SAMCo) de la Provincia de Santa Fe**

Maestranda: Andrea Silvia Bobatto

Directora de Tesis: Mgr Alicia Aronna

AÑO 2017

AGRADECIMIENTOS

Especialmente a mi familia, mi piedra fundamental y a Alicia Aronna, los que me dieron confianza y aliento para retomar mis actividades profesionales, luego de vivir una situación traumática. A Eugenia Gauchat una compañera incondicional.

INDICE

I-INTRODUCCIÓN.....	6
II-DESCRIPCION DEL CONTEXTO.....	7
III- DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA AL MODELO DE INTERVENCIÓN	
Situación problemática.....	11
Modelo de intervención.....	14
IV- INTERROGANTE CENTRAL	23
V- OBJETIVOS.....	23
1- Objetivo General	23
2- Objetivos Específicos.....	24
VI- MARCO CONCEPTUAL.....	24
VII-ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	33
Tipo de estudio.....	33
Población.....	35
a- Criterios de elección.....	35
b- Unidad de Análisis.....	35
Procedimientos, técnicas e instrumentos.....	38

a- Acercamiento al campo.....	38
b- Entrevistas a los sujetos de investigación.....	38
Categorías de análisis.....	40
Ejes temáticos y referentes empíricos.....	40
VIII- RESULTADOS.....	42
Presentación e interpretación de los resultados.....	42
1- Colegiado de gestión.....	42
2- Cultura Organizacional.....	46
2.1- <i>Accesibilidad</i>	46
2.2- <i>Organigrama</i>	50
2.3- <i>Consejo Social</i>	52
2.4- <i>Trabajo en equipo</i>	54
2.5- <i>Protocolización de circuitos y de trabajo</i>	56
3- Gestión Clínica.....	58
3.1- <i>Atención Familiar</i>	58
3.2- <i>Atención Programada</i>	60
3.3- <i>Atención en Interdisciplina e Integralidad</i>	61
3.4- <i>Atención en grupos</i>	63

3.5- <i>Aceptabilidad del trabajo en equipo e interdisciplina</i>	64
3.6- <i>Satisfacción de la calidad de atención</i>	66
4- Educación Permanente.....	67
Consideraciones finales	71
IX- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	77
X- BIBLIOGRAFÍA GENERAL	83
ANEXOS	87
I- Proceso de Consentimiento Informado	87
II- Autorización del Director de la Institución para realizar las entrevistas del estudio	91
III- Guía de entrevista	92

I-INTRODUCCIÓN

En estos tiempos de escenarios cambiantes la organización de los efectores de salud requiere una organización adaptativa y flexible que profundice en los conceptos de territorialidad, equidad, universalidad, justicia sanitaria e integralidad para dar una respuesta adecuada a las situaciones emergentes; debe tener una apertura y a la vez comprometer a todos los actores intervinientes, tanto en su organización administrativa como en su gestión clínica para de esta manera propender a dar una respuesta sanitaria efectiva.

Con esta convicción el presente estudio tiene la finalidad de dar visibilidad y poner en tensión la implantación de un Colegiado de Gestión en un Hospital de Segundo Nivel de la Provincia de Santa Fe, el cambio en la cultura organizacional y la adecuación de la Gestión Clínica fundamentada en la Atención Primaria de la Salud, sostenido todo el modelo por la Educación Permanente.

Esta propuesta de recupero de las vivencias, acuerdos y desacuerdos, así como lo que aún está vigente del modelo en cuestión, expresados en el discurso por los integrantes del equipo de salud, tiene como finalidad ser de utilidad para repensar nuevos modelos participativos de gestión en salud, modificando la distribución tradicional de poderes y desentrañando la manera de conseguir el consenso y la adhesión de los distintos actores, para hacer posible intervenciones que, condicionadas por el contexto, no llegaron a implantarse.

II-DESCRIPCION DEL CONTEXTO

En el año 2007, asume en la provincia de Santa Fe, el gobierno del Frente Progresista Cívico y Social, el cual implementó un proceso de regionalización territorial que quedó plasmado bajo un Decreto Provincial (Decreto 0020/ 2009). Para tal circunstancia, firmó un acuerdo con la Unión Europea llamado Programa de cooperación descentralizada (URB□AL III, 2009), que permitió la asistencia técnica y el financiamiento integral de esta descentralización. Como parte de la misma, se regionalizó el Sistema de Salud Provincial, en cinco Nodos con sede en Santa Fe, Rosario, Reconquista, Rafaela y Venado Tuerto, esta modificación se enmarcó en otro Decreto Provincial (Decreto 0029/2008).

Cada uno de esos Nodos Sanitarios, tuvo dos Coordinadores de Salud y cada una de esas regiones, se subdividió en diferentes subregiones dependiendo de la extensión territorial con un Coordinador en cada Subregión, a cargo de la gestión en salud en el propio territorio, como estrategia para lograr mayor resolutiveidad y cercanía a los procesos sanitarios. Cada Nodo cuenta con un Hospital Nodal de tercer nivel para la resolución en el territorio de patologías de mayor complejidad, con diferentes Hospitales de segundo nivel y con Centros de Atención Primaria que dan respuesta a la mayoría de los requerimientos de servicios de la población.

El gobierno del Frente Progresista, asumió a la salud como un derecho, e implementó la estrategia de Atención Primaria de la Salud, como mecanismo para garantizar EQUIDAD,

UNIVERSALIDAD e INTEGRALIDAD en los procesos de atención. (Tobar, 2010) (OMS, 2015).

En este sentido fortaleció y jerarquizó el primer nivel de atención, reforzando los equipos y aumentando la cantidad de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) a 361 en la provincia, fundamentando esa necesidad, tal como expresa Tobar en relación a la gestión territorial

Es imprescindible contar con servicios de primer nivel muy próximos al lugar de residencia de los ciudadanos, pero no así con los servicios especializados y de complejidad, tomando relevancia el concepto de territorialización...

Promover, la toma de decisiones a nivel político y técnico-político que vincule al espacio con la responsabilidad, la identidad, la solidaridad y la integración social de quienes lo habitan y está estrechamente ligada a la gestión social donde la innovación surge en las márgenes, la dinámica innovativa avanza desde la periferia hacia el centro del sistema... procede desde lo micro a lo macro, de lo local a lo regional, desde las personas con rostro y corazón, hacia las instituciones con estructuras y organigramas (Tobar, 2010).

Por lo tanto, hacer gestión territorial implica una forma de gestión social no fragmentada, que busca satisfacer todas las necesidades humanas del habitante de un territorio. Un habitante que, entonces, al tener sus principales necesidades cubiertas, pasa a ser integrado y comienza a tornarse ciudadano.

Es posible contemplar el desarrollo de una gestión territorial en salud, pero la misma debe satisfacer cuatro condiciones básicas: en primer lugar, promover un abordaje poblacional,

en segundo lugar, privilegiar un abordaje horizontal y descentralizado; en tercer lugar, avanzar hacia un abordaje integral y en cuarto lugar, promover la regulación de la oferta (Tobar, 2010).

Como dice Faria, gestión territorial es construir una perspectiva de planeamiento basada en el reconocimiento y la adaptación de los servicios a los perfiles del territorio (Faria, 2013).

También se intervino en los 145 Hospitales de segundo nivel, que en su mayoría son tipo SAMCO (Servicio de Atención Médica a la comunidad), y con la potencialidad de constituirse con gran frecuencia como los únicos efectores de salud del territorio. En particular los Hospitales SAMCOs, están regidos por una Ley Provincial (Ley 6.312, 1967) que *“reemplazó al régimen técnico - administrativo vigente para los organismos asistenciales sanitarios dependientes del Ministerio de Salud Pública”* como dice la misma y su Decreto Reglamentario (Decreto 04321, 1967).

Esta ley, dice textualmente

La finalidad es la de trasladar a la comunidad los servicios médicos curativos y preventivos, cuya prestación realiza en la actualidad directamente el Estado por intermedio de sus organismos oficiales, mediante la transferencia a los entes mencionados para su gobierno y administración, de los establecimientos existentes o a crearse con esa finalidad específica.

La misma sigue vigente en la actualidad y permitió en el pasado, con pocas especificaciones, que cada comunidad se hiciera cargo del funcionamiento de los hospitales, quedando a criterio de las propias instituciones el arancelamiento de las prestaciones.

La Ley 6.312/67 dispone el funcionamiento administrativo de los SAMCOs bajo la responsabilidad de un Consejo de Administración el cual reúne representantes de las instituciones intermedias de la comunidad y un representante del Municipio o Comuna, quienes conforman una Comisión Ejecutiva, compuesta por un presidente, tesorero y secretario, que tienen voz y voto en las asambleas al momento de decidir sobre cuestiones administrativas, de gastos, venta de bienes muebles y anteriormente también sobre la contratación de personal. Estos Consejos de Administración y sus Comisiones Ejecutivas se eligen cada dos años, por votos directos en asamblea. En el año 2011 y mediante un Decreto, se cambió la responsabilidad de la contratación de recursos humanos, pasando tal responsabilidad a manos del Ministro, quien debe decidir personalmente sobre la factibilidad de incorporación (Decreto 1.445, 2011).

Así mismo el Director médico, según la Ley 6.312/67, es responsable de la conducción técnica del efector, teniendo voz pero no voto ante las decisiones del Consejo Administrativo. Esta última atribución se modificó con una Resolución que reglamenta que todo acto administrativo debe estar refrendado con la firma del director para su validez (Resolución 454, 2008).

Como analiza Tessmer, en su tesis sobre la ley SAMCo “luego de 40 años de haberse implementado la Ley SAMCo (Ley N°6.312, 1967), conocer las causas que originaron la heterogeneidad de situaciones y falencias de la prestación del servicio, son insuficientes. Una reforma de la normativa hacia mayores niveles de coordinación y eficiencia, implica modificar las reglas de juego de una multiplicidad de arenas políticas locales, que no se dirimen en el plano de lo legislativo o de lo económico, sino en el plano de lo político” (Tessmer, 2010).

Con este contexto y con las organizaciones inmersas en escenarios cambiantes, tanto tecnológicos como fundamentalmente sociales, que requieren estructuras y procesos organizacionales adaptativos y flexibles, y con el objetivo de transversalizar la gestión administrativa se intentó como política sanitaria, construir una alternativa operacional al método tradicional de gestión que venía marcando el rumbo en organizaciones de salud, tomando como idea la construcción de un sistema de salud que profundizara en el concepto de **territorialización, equidad, universalidad, justicia sanitaria e integralidad**. Para posibilitar el cumplimiento de este último atributo, se asumió el concepto de clínica ampliada (Souza Campos, 2001), comprometiendo a todos los actores, teniendo en cuenta su satisfacción y realización profesional y la Misión de los efectores de salud que es darle respuesta a la población adscripta tanto en la curación, en la rehabilitación como en la promoción y prevención de la salud. .

Desde 2008, se trató de multiplicar la Gestión Colegiada o compartida, a lo largo de los efectores de toda la provincia, con la idea de evolucionar hacia un Sistema Único de Salud, como visión estratégica, tal como lo fundamenta el Plan Provincial de Salud 2007-2011 (CEMUPRO, 2007).

III-DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA AL MODELO DE INTERVENCIÓN

Situación problemática

La ciudad de San Jorge, tiene una población de 22.000 habitantes y es el centro más populoso del Departamento San Martín, es sede de la Subregión de Salud del

Departamento San Martín (ex Zona de Salud IV), y del Hospital San Jorge, que es uno de los dos SAMCos Provinciales de Referencia Regional.

Este efector, recibe derivaciones de las ciudades de Sastre, Castelar, Crispi, Traill, Landeta, Carlos Pellegrini, San Martín de las Escobas, ampliando de esta manera la población atendida. El otro Hospital de Referencia, de igual nivel pero de menor capacidad de respuesta es el Hospital SAMCo “Dr Llobet” de El Trébol, que recibe las derivaciones de Los Cardos, Piamonte, María Susana y Cañada Rosquín; todas localidades del Departamento San Martín, en tanto que Las Bandurrias y Colonia Belgrano derivan a otras Subregiones. Las Bandurrias lo hace a la Subregión San Jerónimo Sur -Nodo Rosario- y Colonia Belgrano a la Subregión Gálvez -Nodo Santa Fe-; esta distribución se ordenó al organizar los nodos, por la circulación habitual de la gente y los medios de transporte.

En los SAMCos se atienden usuarios de los tres subsectores: seguridad social, privado y público, este último representa aproximadamente un 30% del total de la población en la región, cuyo total para el Departamento asciende a 60.000 habitantes.

En el año 2001, el Hospital San Jorge, fue intervenido cuando se produjo un hecho que puso en tensión a actores políticos antagónicos que coexistían.¹

En el año 2006, saliendo de esta crisis institucional, el recurso humano del citado Hospital comenzó a organizarse democráticamente, como una burocracia profesional manifiesta, donde la mirada era típicamente hospitalocéntrica, sin trabajo en red con otras instituciones,

1) La situación detonante fue el abandono de un bebé extremadamente prematuro y su certificación de defunción, aun estando vivo, por parte de un profesional médico, hecho que produjo división y enfrentamiento dentro del equipo y con la justicia, y consecuentemente un resentimiento en la organización, generando una falta de involucramiento entre los equipos, que originó inconvenientes tanto en los procesos de atención sostenidos por los profesionales, como con los usuarios.

con atención a demanda, sin actividades de prevención extramuros o capacitaciones en el territorio, con todas las atenciones realizadas contra el cobro de dinero de bolsillo del usuario, compitiendo con el efector privado existente.

En la lógica organizacional imperante no se trabajaba con pacientes adscriptos, ni con equipos de referencia no había Guías de práctica clínica ni consensos compartidos para la atención, cada cual realizaba su labor según la experiencia adquirida en su formación universitaria o residencia médica, respondiendo a intereses corporativos y/o de sus colegiaciones lo que aumentaba la fragmentación en la atención. No se trabajaba en interdisciplina y no existía equipo de salud mental.

El modelo médico hegemónico era el modelo reinante y la misión era la resolución de procesos salud-enfermedad particulares, sin intervenciones en promoción ni prevención de la salud.

No había ninguna participación de los profesionales en la organización del Hospital, siendo la misma anárquica y librada a la individualidad de cada trabajador. El Director Médico, tenía a su cargo la conducción técnica pero no tenía voto en las decisiones del Consejo de Administración que era quien administraba y organizaba lo financiero, marcaba el rumbo institucional como si fuera una institución privada.

Fue en ese contexto cuando, desde la dirección del Hospital conjuntamente con la Subregión de Salud y el Nodo Rosario, se decidió la implementación de un Colegiado de Gestión para incorporar al equipo de salud y así promover su **participación** en la resolución de los problemas tanto administrativos, como en los procesos de atención, para generar un cambio en la Cultura Organizacional y en la Gestión clínica, tomando como

estrategia la APS, con perspectiva integral de atención, teniendo como ejes dos dimensiones prioritarias: la **Equidad** y la **Universalidad**.

La implementación de este modelo propuesto, comenzó en el 2008 y permaneció hasta el 2014.

Modelo de intervención

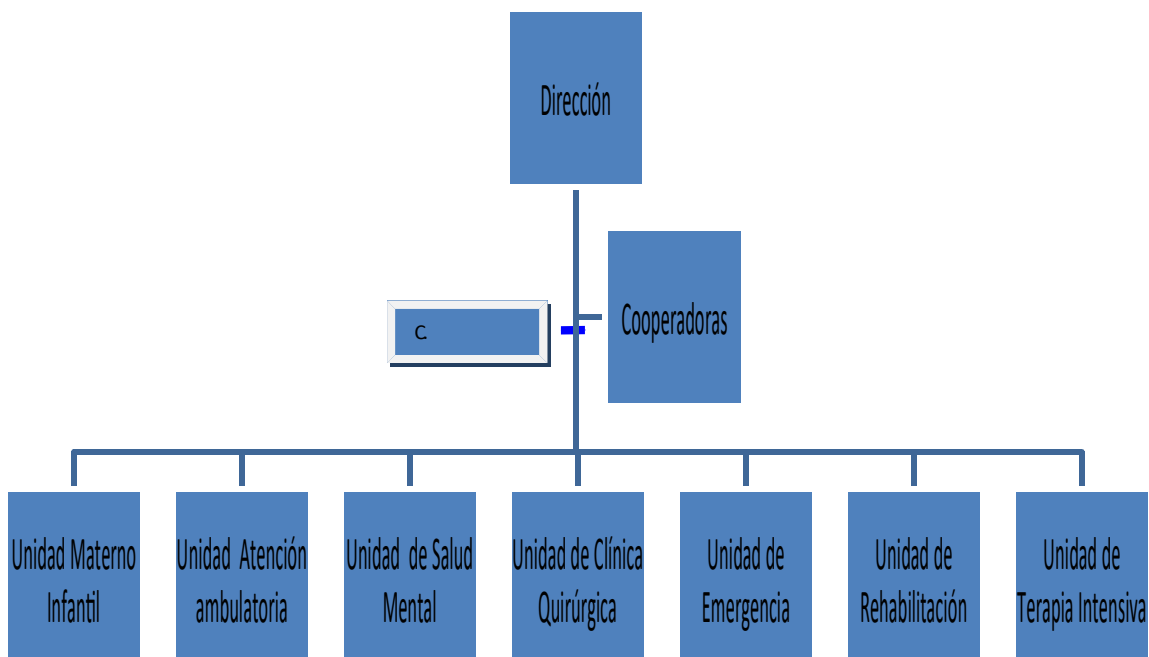
En 2007, el Frente Progresista Cívico y Social gana las elecciones provinciales y es este frente quien propuso y llevó a cabo un cambio en la gestión en salud que quedó plasmado en el Plan Provincial 2007-2011 (CEMUPRO, 2007).

En sintonía con este Plan, desde la dirección del Hospital SAMCo San Jorge y con el respaldo de la Coordinación de la Subregión San Martín de Salud, se priorizaron dos aspectos para retomar la misión del Hospital: el primero fue reformular la forma de gestionar, implementando un Colegiado de gestión como forma de organización transversal y el segundo en relación a la Gestión clínica; se priorizó la APS como estrategia, con perspectiva integral de la atención, tratando de abrir las puertas y llevar los equipos al territorio, usando la Educación Permanente como herramienta para esta reformulación (CEMUPRO, 2007).

La estrategia utilizada para organizar el Colegiado de Gestión fue a partir de encuentros semanales entre “stakeholders” o actores claves dentro de la institución, reunidos junto a la dirección. En primer lugar se realizó un análisis estratégico de la situación institucional del momento, para luego, problematizar la Misión del efector (“la atención de los pacientes

adscriptos para su curación, rehabilitación y también la promoción y prevención de la salud”) y la Visión de la institución luego de lo cual se avanzó con la conformación de un nuevo organigrama, que se presentó en una reunión del Colegiado. (Figura 1). Se definieron los problemas sobre los que se iba a intervenir, con la modalidad de Educación Permanente.

Figura 1: Organigrama propuesto para el funcionamiento del Colegiado de Gestión



Para la confección del nuevo organigrama, se reunieron todos los actores que compartían un objetivo común, independientemente de la disciplina de cada uno, en un equipo multiprofesional dentro del mismo nivel de cuidado. Conformaron un grupo o sección o unidad que intervenía en un proyecto de trabajo común a los intereses de todo el colectivo. A cargo de cada Unidad se identificó un Coordinador, que representaba a la misma en el Colegiado de Gestión.

Los colectivos multiprofesionales se encargaron de elaborar directrices, metas y programas de trabajo y también estaban encargados de resolver problemas cotidianos de gestión.

Al Coordinador de cada Unidad le cupo el papel de dirección ejecutiva, implementando y tomando decisiones conforme a la dinámica de los acontecimientos, pero siempre apoyándose en las directrices anteriormente definidas por el Colegiado de Gestión; también tenía como función, establecer vínculos y puentes de comunicación con el exterior, representado el mismo por las otras Unidades de Producción, la dirección, por los usuarios y comunicar lo trabajado en el colegiado a los integrantes de la propia Unidad.

Las Unidades que conformaron el Colegiado fueron: Materno infantil, Salud Mental, Atención Ambulatoria, Clínica Quirúrgica, Emergencia, Rehabilitación y UTI y la Dirección, formadas por actores específicos de cada área y otros equipos técnicos transversales a todos los mini equipos, como el personal de enfermería, laboratorio, radiología, administrativos y servicios generales.

En relación a la Cultura Organizacional, se fortaleció la comunicación interna de todas las decisiones y modificaciones pactadas y se crearon horarios para encuentros periódicos del colectivo de trabajo, se escogió un tiempo para reuniones ordinarias dentro de la jornada normal de trabajo o sea, el planteamiento y la reflexión formando parte del proceso habitual de trabajo. En estos espacios se discutieron necesidades de salud, división de tareas y roles de cada uno para mejorar el funcionamiento diario en el espacio laboral.

El modelo anterior era verticalista en su organización y no involucraba al personal en la toma de decisiones administrativas ni en la gestión clínica. El modelo médico hegemónico

marcaba un modelo de atención centrado en la biología, considerando a la enfermedad como una ruptura de la normalidad, con una relación médico-paciente asimétrica.

Fijadas por consenso la misión y la visión de la institución, se adecuaron las estrategias para la implementación de las mismas.

Se organizó la institución por cuidados progresivos. Se intervino tanto en la organización de atención ambulatoria como de la internación, por ser un hospital de mediana complejidad con gran convergencia de pacientes de toda la región y alejado de los grandes centros. En la atención ambulatoria se jerarquizó el papel del médico de cabecera y la instalación de la Historia Clínica Familiar (HCF), dando relevancia a la atención programada, mejorando la accesibilidad y teniendo en cuenta la conformación de nuevos equipos para dar respuesta a las nuevas leyes que dieron un marco particular a la atención, como fue la Ley de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010). Se conformó una Junta de Discapacidad, para la evaluación de Certificados Únicos de discapacidad y se mejoró la accesibilidad de los discapacitados, reacondicionando las rampas y adecuando los baños. Se intervino en el sector de guardia para disminuir las consultas que podían resolverse de manera diferida en los Consultorios externos y se protocolizó la emergencia como principal puerta de entrada a la internación

Se organizó paralelamente un **Consejo Social**, equipo compuesto por actores sociales que intervenían en diferentes dispositivos de atención, conformando una red de salud en un sentido amplio del término. En el Consejo Social participaron instituciones del área de Educación, equipos territoriales de la Región del Ministerio de Educación de la Provincia, Gabinete Psicopedagógico Municipal, equipos de Desarrollo Social de la Municipalidad, equipo de Niñez de la Provincia, ONG Hogar para el Niño, representantes de clubes y

Secretaría de Deporte Municipal, Sindicatos de la Carne y Sindicato de Molineros, el Hospital San Jorge y la Subregión de Salud.

Este instrumento fue de gran trascendencia por su organización en red, y dada la diferencia de miradas fue posible el aporte de diversos saberes. Funcionó como consejo consultivo para realización de tareas extramuros en prevención y/o promoción de salud, actuando como red de contención poderosa en situaciones de poblaciones vulnerables como es la población adolescente. Como definen De Roux y col. (Haddad, 1994) un proceso social a través del cual los grupos, las organizaciones, las instituciones, los sectores- en una palabra- todos los actores sociales en todos los niveles dentro de una zona geográfica determinada, intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones.

La **gestión clínica** y el modelo de atención se organizó a partir de considerar la APS como estrategia, con perspectiva integral de la atención como se había plasmado en el Plan Provincial de Salud 2007-2011(CEMUPRO, 2007), y considerando la nueva Ley de Salud Mental (Ley N°26.657, 2010).

Sobre la estrategia de Atención Primaria, dice textualmente la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2007)

un Sistema de Salud basado en la APS es aquel que garantiza la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptados para la población y promueven la equidad; que presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo y que pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades

como base para la planificación y la acción, requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad. Tales requerimientos responden a un desarrollo conceptual y teórico previo y de información, instrumentos, guías y experiencias que estarán disponibles en esta sección como apoyo al amplio proceso de renovación de la APS en las Américas, como base de los sistemas y redes de servicios de salud.

Con esta estrategia como marco, se organizaron los equipos de referencia para la atención, los cuales estaban conformados por actores de diferentes especialidades tales como clínicos y/o generalistas y enfermeros, para lograr trabajo interdisciplinario, personalizar la relación entre profesionales y usuarios y para coordinar la intervención de otros profesionales especializados como tocoginecólogos, psiquiatras, oncólogos, traumatólogos, cirujanos, pediatras, cuando fuera oportuno y necesario, como apoyo matricial (Souza Campos, 2001). Este apoyo matricial ejecutado por especialistas asegura una retaguardia especializada para los equipos de referencia. Se trata de un acuerdo complementario a los mecanismos de referencia y contrarreferencia, que busca superar la forma tradicional, impersonal y con baja responsabilización por la continuidad del cuidado, característica, en general, de las interconsultas. Tiene como propósito instituir la relación de

corresponsabilización de la atención a la salud a través de la personalización de la relación entre el equipo y el especialista (Massuda, 2010).

Se organizó la guardia, en la que se codificaron las emergencias consensuadas por los equipos, para la correcta recepción y tratamiento interdisciplinario de las mismas. Se constituyeron consensos escritos compartidos para la atención ambulatoria, en consultorio y en la guardia y también para internación. La elaboración de los consensos tuvo en cuenta los saberes especializados y las evidencias de eficacia, eficiencia y efectividad así como se consideró el contexto de actuación de los distintos equipos.

En la unidad ambulatoria se acordó implementar la utilización de historias clínicas familiares para contextualizar al paciente sobre todo ante la emergencia de patologías sociales y la adscripción de pacientes bajo la responsabilidad de estos equipos.

Se comenzaron a discutir proyectos terapéuticos, combinando el análisis crítico y la organización de la atención clínica desde una perspectiva interdisciplinaria, singularizando las intervenciones según las características de cada caso, involucrando al usuario en la toma de decisiones y estimulando el autocuidado, sobre todo en la resolución de patologías del orden subjetivo, ya que el Hospital adhirió a la nueva Ley de Salud Mental (Ley N°26.657, 2010) donde la desmanicomialización y la reinserción de los pacientes en la sociedad requiere una mirada original y un trabajo artesanal, con un seguimiento sostenido de los mismos.

Se organizaron actividades de **Educación Permanente**, teniendo como objetivo, como dice Davini (en Haddad, 1994) la mejoría de la calidad del servicio que se ofrece a la

población, constituyéndose en instrumento pedagógico de la transformación del trabajo y del desarrollo permanente de los trabajadores a nivel individual y colectivo.

En este espacio se discutieron temas clínicos, de salud mental, de ética, sobre los nuevos arreglos organizacionales, sobre redes, trabajo extramuro y definición de los campos de competencia y responsabilidad para los actores de los equipos, teniendo en cuenta la historia del Hospital, considerando la motivación creativa como herramienta válida de este proceso y el trabajo en red como estrategia a considerar. Otorgándose jerarquía técnica y política a la cuestión del recurso humano en el desarrollo de los servicios de salud, dándole importancia a la participación de todos los niveles de la institución para llevar adelante un proceso que en esencia se realiza por los actores productores en las situaciones cotidianas.

Se jerarquizó el trabajo estadístico como base para la gestión, se puntualizó la importancia de la generación del dato y la construcción de la información para la misma, se construyeron indicadores como analizadores del trabajo. Se consideraron datos externos e internos al equipo, tomando las directrices y recomendaciones de los niveles más centrales del sistema, auscultando intereses y demandas de los usuarios y debatiendo con otras experiencias, con otros modos de enfrentamiento de problemas semejantes, con esto se instituyeron procesos de **Educación Permanente**, continua y en servicio, como procesos complementarios, para la búsqueda de calidad para mejorar la situación de salud de la población (OPS/OMS, 2007). Se acordó concebir la Educación en servicio como un proceso a ser aplicado en las relaciones humanas, del trabajo, objetivando el desarrollo de las capacidades cognitivas, psicomotoras y relacionales, así como el perfeccionamiento ante la evolución tecnológica, contribuyendo de esta manera a la valorización profesional e institucional, tal como se la define conceptualmente (Sardinha Peixoto, 2013).

Se programaron, jerarquizaron y monitorearon acciones de promoción y prevención de la salud, se organizaron y ejecutaron actividades extramuros de vacunación, controles de salud, de tensión arterial, de análisis para detección de diabetes, enfermedades infectocontagiosas, utilizando un móvil sanitario cedido por Vialidad y reconstruido especialmente para ese fin, articulándose estrategias de prevención con el Ministerio de Educación y con otras instituciones que conformaban el Consejo Social.

Se crearon dos espacios de formación, simultáneamente: una Escuela de Enfermería y un curso de Asistentes Personales. Los ejes curriculares de las mismas, ayudaron a cambiar la mirada de la salud, ya que ambos compartían las fortalezas de la APS como estrategia y fueron motores para la organización interna del efector, teniendo como uno de los objetivos, la motivación del personal que se involucró en la docencia de ambos espacios. La Escuela de Enfermería dio respuesta a la necesidad de recurso humano en esa disciplina, necesario en toda la región. El curso de Asistentes Personales, fue una capacitación no formal que tuvo una mirada sanitaria estratégica cuyo objetivo fue formar recurso humano para la atención de personas en situación de vulnerabilidad, promoviendo la autonomía y la subjetividad a través de la implementación de estrategias de desinstitucionalización. Su currícula tuvo como ejes: a) la singularidad como proyecto de vida particular en el espacio territorial donde se desarrolla la vida de las personas asistidas; b) la promoción de la autonomía de las personas en el marco del trabajo singular realizado y c) la promoción de estrategias de desinstitucionalización de las personas vulnerables (Ministerio de Salud y Educación de la Provincia de Santa Fe, 2013).

IV-INTERROGANTE CENTRAL

La intervención presentada en el acápite anterior, describe las características particulares del efector y las dimensiones y subdimensiones sobre las que se intervino para adecuar la lógica de un Hospital de la Red de Salud Provincial a un proyecto sanitario con la atención primaria de la salud (APS) como estrategia de salud.

Es en este sentido que el presente trabajo encuentra su justificación en la necesidad de poner en tensión el siguiente interrogante: cuál es el nivel de implantación logrado por un **Modelo de Gestión Colegiada**, en las dimensiones correspondientes a la **Cultura Organizacional**, la **Gestión Clínica** y la **Educación Permanente**, desde la perspectiva del equipo de salud, como modelo de intervención en un Hospital Provincial tipo SAMCo, en la Provincia de Santa Fe, en el periodo comprendido entre el año 2008 y el año 2014?.

V-OBJETIVOS

1- Objetivo General

- Evaluar el nivel de implantación logrado, del modelo de Colegiado de Gestión en las dimensiones correspondientes a la Cultura Organizacional, la Gestión Clínica y la Educación Permanente, en un Hospital tipo SAMCo de la ciudad de San Jorge, en el periodo comprendido entre el año 2008 y el año 2014.

2- Objetivos Específicos

- Identificar la percepción/opinión del equipo de salud acerca de la implantación del Colegiado de gestión en lo referente a la **Cultura Organizacional** como comportamiento de la organización.
- Identificar la percepción/opinión del equipo de salud acerca de la implantación del Colegiado de gestión en lo referente a la **Gestión Clínica** como rediseño organizativo.
- Explorar la aceptabilidad de los equipos sobre las intervenciones de **Educación Permanente**.
- Explorar la valoración expresada por los equipos de salud como actores de la Gestión colegiada en su conjunto.

VI-MARCO CONCEPTUAL

En términos discursivos, la necesidad de articular la evaluación con las políticas y los programas de salud resulta, a esta altura del conocimiento socio sanitario, una norma consensuada, aun habiendo muy poca evidencia empírica al respecto (de Frías, de Araujo Hartz et al, 2009).

Así como también Rossi y Freeman (en Vieira da Silva, 2009) definen la evaluación como la aplicación sistemática de los procedimientos oriundos de la investigación en ciencias sociales para analizar programas e intervenciones.

En este estudio se evalúa la **implantación** entendida como el establecimiento y puesta en ejercicio de nuevas doctrinas, instituciones, prácticas o costumbres.

El análisis de implantación o de implementación tiene exactamente como foco de la evaluación, la relación entre la intervención o práctica social planeada (políticas, programas, servicios, acciones) y su contexto de inserción en la producción de los efectos, lo que se torna particularmente importante cuando la intervención es compleja, con múltiples componentes y contingentes. La totalidad de las diversas exigencias de naturaleza técnica, ética o política, relacionadas al éxito o a la resistencia organizacional se vuelve indispensable de ser medida y analizada en el momento de explicar “el por qué y el cómo” de la efectividad de esas acciones (de Fria, de Araujo Hartz et al, 2009)

Acerca de la primera dimensión a evaluar, que es la **Cultura Organizacional** de un efector de Salud Pública, se la define y entiende como la forma acostumbrada o tradicional de pensar y hacer las cosas, compartidas en mayor o menor medida por los miembros de la organización . Es la que determina la funcionalidad; reflejándose en las estrategias, estructuras y sistemas establecidos a lo largo de años de funcionamiento, identificándose con los sistemas dinámicos (Dominguez, 2009). Teodoro Carrada Bravo (2001) dice al respecto sobre la **Cultura Organizacional** en sistemas de salud, que es una mezcla compleja de saberes, conductas, relatos, símbolos, creencias, suposiciones, metáforas y modos de expresión que todos los miembros de la organización comparten, por ejemplo: las normas, los valores, las actitudes, los estilos de vida, el lenguaje técnico científico y la terminología propia de las disciplinas biomédicas y sociales.

Como síntesis puede decirse que la **Cultura Organizacional** es el modo de vida propio que cada organización desarrolla en sus miembros, es el comportamiento de la misma.

Para adecuar la cultura organizacional de la institución, y reformularla en concordancia al momento de reforma de los Sistemas y Servicios de Salud que plantea la OPS (OPS/OMS 2001) se sostuvo desde la concepción teórica y metodológica descrita por Souza Campos como Gestión Clínica Colegiada o Democrática o Gestión Centrada en Equipos, en la cual hay un cambio en la mirada de gestión y en el modo de producción de las prácticas de salud, favoreciendo la democratización en la organización, buscando ampliar la capacidad de los sujetos de analizar e intervenir sobre su praxis y sobre las formas de organizar y gestionar las instituciones de Salud. La columna vertebral de la gestión colegiada se centra en constituir procesos (graduales) de cada vez mayor delegación de la autonomía a los equipos, creando, no obstante, al mismo tiempo, nuevos patrones de responsabilidad de los trabajadores con la salud de los ciudadanos (Souza Campos, 1998).

Como dice este autor, *“cada equipo es estimulado a reconstruir modelos o programaciones recomendadas o experimentadas en otros efectores, implicando a la mayoría de los trabajadores con la construcción de una nueva obra”* (Souza Campos, 2001).

Un modo de hacer las cosas con la cual los trabajadores se identifican y que, al mismo tiempo, atiendan a alguna demanda social a diferencia de la organización tradicional de las instituciones de salud, que en su inmensa mayoría se basa en las Escuelas de Administración, como el Taylorismo en particular que propone la tarea de administrar personas como si ellas fueran instrumentos, cosas o recursos destituidos de voluntad o de proyecto propio, tratando de disciplinar al trabajador, quebrarle su orgullo, la autonomía y la iniciativa crítica, delegando a padrones, normas y programas la función de operar el trabajo cotidiano de aquellos encargados de ejecutar acciones.

La modalidad propuesta compromete a los actores en la resolución final de cada una de las vivencias y situaciones planteadas en el ámbito de la salud, situaciones con un complejo componente social para el cual las profesiones tradicionales no tienen respuesta individualmente, lo que conlleva a la consideración de una segunda dimensión que es la **Gestión Clínica** como componente transformador.

Con relación a esta última, el John Hopkins Hospital (en Díaz, 2010) la define como

Un proceso de rediseño organizativo, cuyo objetivo, es involucrar al profesional sanitario, esencialmente médico, en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Relacionando la Gestión Clínica y la reorganización de los procesos asistenciales, y como tal, es mejor que esto lo efectúe quien lo ejecuta.

Desde la perspectiva de APS, donde se valora a la interdisciplina como recurso estratégico, la Gestión Clínica amplía la mirada a todo el equipo de salud de la gestión y no queda reducida a la mirada hegemónica del médico.

Así mismo Vilaça Mendes (2011), se refiere a los cambios en la atención de la salud y gestión de la clínica, identificando ocho dimensiones principales a modificar para mejorar el resultado de la atención, sobre todo en patologías crónicas cuyos indicadores son difíciles de modificar.

Elas son:

- 1- atención prescriptiva y centrada en la enfermedad y atención colaborativa y centrada en la persona y en la familia,

- 2- atención no programada y atención programada,
- 3- atención por un solo profesional y atención multidisciplinaria,
- 4- atención médica especializada y atención médica general,
- 5- atención presencial y atención no presencial,
- 6- atención individual y atención en grupo,
- 7- atención profesional y atención por personal lego y
- 8- atención profesional y autocuidado apoyado.

El mismo autor expresa que la naturaleza de las organizaciones de salud demanda la gestión de la clínica y aquí, surge la necesidad de contar con una gestión que permita a los profesionales sentirse responsables de los servicios, pero que al mismo tiempo les imponga algún tipo de límite. Por lo tanto se requiere construir una organización dialógica, en la que los profesionales participen de las decisiones estratégicas y operativas y en la que los instrumentos que limiten la libertad clínica, en la forma de directrices clínicas, sean acordados con los profesionales, dándole importancia a un atributo del derecho a la salud que es la **aceptabilidad**, que refiere que los bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas. (OMS, 2015)

Describe Vilaça Mendes (2011),

La gestión de la clínica está constituida por tecnologías sanitarias que surgen de las directrices clínicas elaboradas por los propios equipos, para que a partir de estas observaciones que van apareciendo, se desarrollen las tecnologías de manejo de la condición de salud y gestión de caso, auditoría clínica y listas de espera.

Las directrices clínicas son recomendaciones sistemáticas, cuyo objetivo es influenciar decisiones de los equipos de salud y de los usuarios respecto de la atención apropiada, de calidad, en circunstancias clínicas específicas.

La guía de estandarización de los procesos asistenciales (Ministerio de Salud de la Nación, 2006) considera: a) Guías de Práctica Clínica que son enunciados sistemáticamente desarrollados para asistir al profesional y al paciente acerca de las decisiones de la atención médica apropiada para circunstancias clínicas específicas, contienen todas las actividades que se deben realizar sobre pacientes con determinadas patologías, en sus aspectos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados crónicos, incidiendo en el nivel asistencial en que la actividad es más eficiente b) Protocolos clínicos de actuación que contienen la secuencia de actividades que se deben desarrollar sobre grupos de pacientes con patologías determinadas en un segmento limitado o acotado del dispositivo asistencial, definen el manejo del cuidado de los pacientes para situaciones o condiciones específicas, c) Algoritmos que se escriben en el formato de diagrama de flujo o árbol de decisiones para brindar una rápida referencia visual y así responder a una situación; son efectivos en departamentos de emergencia y unidades de cuidados críticos.

Las herramientas citadas en el párrafo anterior permiten mejorar la calidad y darle equidad a los procesos de atención.

En este sentido la **calidad** puede evaluarse desde la perspectiva del paciente, del equipo o de los gestores, cada uno con referencias diferentes, ya que el paciente verá como una atención de calidad si es breve y va al punto de consulta y si se escucha su historia

detenidamente, el equipo valorará si tiene en cuenta el estado de conocimiento actual y usa tecnología adecuada y el gestor la relacionará directamente a eficiencia.

Donabedian, define una atención de alta calidad como *“aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes”*. El mismo autor se ha referido también a las múltiples facetas del concepto de calidad: calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual y calidad social y ha profundizado en las relaciones entre cantidad y calidad y entre beneficios y riesgos. Considera que una sola definición de calidad que abarque todos los aspectos no es posible, pero que, en el manejo de un problema específico de salud, la buena calidad puede resumirse como *“el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos”* (Jiménez Paneque, 2004).

Para combinar la medicina basada en evidencia, la evaluación tecnológica en salud, la evaluación económica de los servicios y la garantía de calidad, esta **Gestión Clínica**, se ancla fuertemente a la necesidad de la **Educación Permanente** dentro del ámbito de salud; estrategia relevante en la gestión colegiada, acuerda con el Ministerio de Salud de la Nación en que las intervenciones desde la perspectiva de la Educación Permanente representan un importante giro en la concepción y en las prácticas de capacitación de los trabajadores de los servicios y de la gestión del sistema de salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

Esta modalidad propone centrar los procesos educativos en el análisis y reflexión sobre las prácticas cotidianas y de los enfoques que las orientan mediante diferentes metodologías, con el apoyo de distintas áreas institucionales y facilitadores organizacionales.

Este enfoque promueve la necesidad de integrar las estrategias educativas con las estrategias de gestión en el marco de un clima cultural institucional y de estilos de gestión, sensibilizado por cambios grandes o pequeños que reencuentran a la institución con su misión (Haddad, 1994).

La **Educación Permanente** es útil como proceso educativo en el análisis y reflexión sobre las prácticas cotidianas y de los enfoques que las orientan mediante diferentes metodologías. Promoviendo la enseñanza y el aprendizaje de la vida cotidiana de las organizaciones y de las prácticas sociales y de trabajo, en el contexto real en el que ocurren, partiendo de la práctica como fuente de conocimiento y de problematizar el propio quehacer, colocar a los sujetos como actores reflexivos de la práctica y constructores de conocimiento y de alternativas de acción, en lugar de receptores; abordar el equipo o el grupo como estructura de interacción, más allá de las fragmentaciones disciplinarias (Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

El manejo de la condición de salud se ha considerado un cambio en el abordaje clínico porque transforma un modelo uniprofesional, que responde a un enfermo, con procesos curativos, de cuidado y rehabilitación en un abordaje basado en la población adscripta, donde los factores de riesgo socio-bio-psicológicos y las condiciones de salud ya establecidas se afrontan mediante estrategias centradas en la estratificación de riesgos y en la atención basada en la población.

Las nuevas modalidades de atención, requieren de una gran gestión en **Educación Permanente**, ya que el manejo de la condición de salud presenta cambios de comportamientos de los profesionales de la salud y de los usuarios, con la necesidad de proyectos terapéuticos, definidos como procesos cooperativos que se desarrollan entre el profesional a cargo de un caso, el paciente con una condición de salud muy compleja y su red de apoyo social, planificando, monitoreando y evaluando las opciones de cuidado y de coordinación de la atención de salud, de acuerdo con las necesidades de la persona. Manejo de los riesgos de la atención sanitaria con estrictas normas de bioseguridad. Programación de la atención con buenas directrices clínicas, implantadas a través de procesos educativos.

En base al desarrollo conceptual realizado en función de los componentes nodales del problema planteado, recuperando lo expresado por de Frias, de Araujo Katz et al (2009) se focaliza como centro de la evaluación el nivel de implantación del **Colegiado de Gestión** como modelo horizontal, de democratización del poder para resolver problemas de gestión y para dar una respuesta más ajustada a las necesidades de la población. Por tratarse de una intervención compleja, la misma se desagrega en dimensiones tales como la **Cultura Organizacional** en su concepción administrativa, la **Gestión Clínica** con nuevas herramientas para mejorar la calidad de los procesos de atención, según el nuevo paradigma de salud y la **Educación Permanente** que da fundamentación y sostén a las anteriores.

La totalidad de las diversas exigencias de naturaleza técnica y ética relacionadas al éxito o a la resistencia organizacional se vuelve indispensable de ser medida, en el análisis de las entrevistas para poder dar cuenta de la real implantación del modelo propuesto.

VII- ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Tipo de estudio

El estudio que se presenta puede ser definido como de corte evaluativo. En este caso se partió de la ejecución de la intervención oportunamente presentada y la búsqueda se orientó a la obtención de resultados que expresaran el nivel de implantación logrado por la misma a partir de la identificación de algunos componentes centrales que más adelante se definen. En este sentido otros autores han desarrollado experiencias similares en la medida que pusieron en tensión la implantación de diferentes intervenciones, tal como por ejemplo Frías P. y otros (2009), Touati, N y otros (2009), Vieira Da Silva, L y otros (2009).

En tanto que la estrategia metodológica seleccionada se define como **cuantitativa**, ya que estudia cómo se construyó la realidad y trata de comprenderla y reconstruir su significado, desde el relato de los entrevistados, de manera flexible y desestructurada y es inductivo, holístico y concretizador.

Mahtani Chugani (2009) expresa

La investigación cualitativa es una forma de búsqueda de respuesta social que se centra en la forma en que las personas dan sentido a sus experiencias y al mundo en el que viven...

La metodología cualitativa se ha definido como aquella que sitúa al observador en el mundo, consiste en una práctica interpretativa que hace el mundo visible y lo transforma en una serie de representaciones, incluyendo notas de campo, entrevistas, conversaciones, fotografías, grabaciones, etc. Por tanto, implica una

aproximación naturalística e interpretativa del mundo, esto quiere decir que los investigadores cualitativos estudian las cosas en su contexto natural con la intención de dar sentido o interpretar los significados que las personas hacen de ello.

En tanto Souza Minayo (2010) subraya que los fenómenos humanos sólo pueden ser conocidos intersubjetivamente, o sea, por medio de una participación vívida del sujeto que se comprende en los fenómenos que busca comprender.

En este estudio se definieron e incluyeron, en la guía de entrevista para recuperar la valoración/ percepción de los sujetos en relación al nivel de implantación del modelo de Colegiado de gestión, las siguientes dimensiones y referentes empíricos:

- 1- En el **Colegiado de Gestión**, como reformulación del trabajo de los equipos y su intervención en la toma de decisiones.
- 2- En la **cultura organizacional** la organización de la institución, según la misión de la misma, el organigrama consensuado, la conformación del Consejo Social, la accesibilidad, el trabajo en equipo, la protocolización de circuitos y de la atención.
- 3- En la **gestión clínica** tanto la aceptabilidad de los equipos al trabajo interdisciplinario, como la satisfacción de la calidad de atención, poniéndose énfasis en la atención colaborativa y centrada en la persona y en la familia, la atención programada, multidisciplinaria, médica general, la atención en grupo y el autocuidado apoyado.

- 4- En **Educación Permanente** tanto reuniones clínicas, como elaboración de indicadores propios y trabajos para presentaciones externas (jornadas de salud) y conformación de Escuela de enfermería y Asistentes Personales.

Con el material producto del encuentro con los sujetos seleccionados para las entrevistas se realizó la interpretación a la luz de las conceptualizaciones de partida y del propio contenido de la intervención en función del discurso vertido por los entrevistados.

Población

El grupo de sujetos se constituyó con los integrantes del Colegiado de Gestión de los años 2008-2014 de distintas disciplinas, del equipo de salud y por una persona participante de la Cooperadora.

a- Criterios de elección:

Como lo explica Patton, la lógica que orienta este tipo de muestreo – y lo que determina su potencia – reside en lograr que los casos elegidos proporcionen la mayor riqueza de información posible para estudiar en profundidad la pregunta de investigación. (Martinez Salgado, C. 2012)

b- Unidad de análisis:

Integrantes del equipo de salud que expresaron sus valoraciones y opiniones en relación a la implantación del Colegiado de Gestión en el Hospital San Jorge, que accedieron a ser

entrevistados y que firmaron previamente el correspondiente formulario de consentimiento informado.

El grupo se conformó de la siguiente manera: Ocho (8) integrantes del Colegiado de Gestión de los años 2008-2014 de distintas disciplinas, cinco (5) integrantes del equipo de salud, una (1) persona de la comunidad que formó parte de la Cooperadora del Hospital .

Los entrevistados se identificaron de la siguiente manera:

Integrantes del Colegiado de Gestión:

LE 1.1: Licenciada en enfermería, coordinadora Consultorio Externo y Vacunación.

Ad 1: Administrador.

Ps 1.1: Psicóloga del equipo de Salud Mental.

Md 1.1: Médica Emergentóloga.

Md 1.2: Medica Clínica, Junta de discapacidad.

Ps 1.2: Psicóloga del equipo de Salud Mental y de la Junta de discapacidad.

LE 1.2: Lic en Enfermería, Jefa de Enfermeras y Asistente de dirección. Docente de la Escuela de Enfermería

TS 1.1: Licenciada en Trabajo Social.

Integrantes del equipo en general:

Bq 2: Bioquímica de la Red.

Kn 2: Kinesiólogo.

TS 2: Licenciada en Trabajo Social, supervisora de la Subregión de Salud San Martín.

E 2: Enfermera y docente de la Escuela de Enfermería

Ps 2: Psicóloga del equipo de Salud Mental.

Integrante de la Cooperadora del Hospital:

Co 3: Presidenta Asociación Cooperadora

Se trata de una selección de actores voluntarios del proceso de cambio, que relatan su experiencia que como dice Souza Minayo (2010)

El mundo de la experiencia es el mundo de la vida, es decir, la base de toda acción, así como de toda operación de conocimiento y elaboración científica. Utilizado insistentemente por Heidegger, el concepto de experiencia habla del ser-ahí (tal como se presenta), del ser en-el-mundo y de la acción humana...

La reflexión recibe de la experiencia su alimento y su movimiento y se expresa a partir del lenguaje. Pero el lenguaje no trae la experiencia pura: viene organizada por el sujeto a través de la reflexión y de la interpretación de primer orden, en el que lo narrado y lo vivido están arraigados en y por la cultura, precediendo a la narrativa y al narrador. En ese sentido, el narrador es siempre individuo y grupo, pues realiza al mismo tiempo su comprensión del mundo como experiencia propia, articulada a la experiencia del otro...

La experiencia narrada viene envuelta por la cultura y moldeada por emociones, experiencias anteriores y múltiples razones.

Procedimientos, técnicas e instrumentos

a- Acercamiento al Campo

Se realiza el primer contacto con el Director del Hospital San Jorge, Dr Gustavo Giordana para solicitar autorización para la realización del proyecto de investigación, por escrito. El director, autoriza verbalmente ratificando la misma por escrito.

Una vez obtenida la misma en Mayo de 2017, se realiza un encuentro con una profesional Licenciada en Trabajo Social, con formación en Salud Comunitaria, para ofrecerle participar en la realización de las entrevistas.

b- Entrevista a los sujetos de la investigación.

Las entrevistas fueron realizadas, previo consentimiento informado, por una profesional Licenciada en Trabajo Social, para evitar sesgos que hubiera podido introducir la autora de esta investigación. Se consideró la escala directiva de Whyte para realizar las entrevistas, que indica como pautas generales (Mahtani Chugani, 2009 p.63):

1. Asentir con sonidos para potenciar la conversación.
2. Reflejar sobre comentarios realizados por el informante.
3. Apoyarse en el último comentario que ha hecho el informante.

4. Apoyarse en una idea precedente al último comentario que ha hecho el informante.
5. Apoyarse en ideas que han aparecido previamente a lo largo de la entrevista.
6. Introducir un tema nuevo.

Para mantener el control de la entrevista, y no desviarse del tema, se tuvo en cuenta la recomendación de Patton (en Mahtani Chugani, 2009) saber bien lo que se quiere averiguar, preguntar las cuestiones correctas para obtener la información que se necesita, proporcionar feedback adecuado tanto verbal como no verbal.

Las entrevistas comenzaron en el mes de Junio de 2017 y se completaron en Julio de 2017.

La fuente de información primaria construida fue una guía de entrevista semi estructurada que permitió reunir información acerca de la valoración de los entrevistados acerca del colegiado de gestión, la cultura organizacional, la gestión clínica y la educación permanente. Las entrevistas se llevaron adelante tal como afirma Alonso:

(Las entrevistas) como un constructo comunicativo y no un simple registro de discursos que “hablan al sujeto”... Donde cada investigador realiza una entrevista diferente según su cultura, sensibilidad y conocimiento particular del tema y, lo que es más importante, según sea el contexto especial, temporal o social en el que se está llevando a cabo de una manera efectiva (en Valles M., 1997).

Cada persona a entrevistar, previamente firmó un Consentimiento Informado el que se garantiza la confidencialidad, se ajusta a los requisitos éticos, legales y jurídicos, establecidos en las normas bioéticas nacionales “Guía para Investigaciones e Salud

Humana” (Resolución N° 1480/11, Ministerio de Salud Presidencia de la Nación) y “Régimen de buenas prácticas clínicas para estudios de farmacología clínica (Disposición 6677/10), Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) (Anexo I) ².

Se consultó con los entrevistados el soporte a utilizar durante el encuentro, en consecuencia en algunos casos se grabó la entrevista mientras que para otros se utilizó el soporte papel. (Anexo III: Guía de entrevista)³.

Categorías de Análisis

Para el análisis, las entrevistas se ordenaron según los ejes temáticos y los referentes empíricos, en cada una, tratando de realizar una interpretación más profunda de los contenidos y no sólo atender a lo descrito en la entrevista, para a posteriori dar respuesta al interrogante de partida y a los objetivos propuestos.

Ejes temáticos y referentes empíricos

Tal como fue mencionado oportunamente se tomaron cuatro ejes considerados ordenadores del cambio propuesto por el Plan Estratégico Provincial para Salud (CEMUPRO, 2007) Colegiado de Gestión, Cultura Organizacional, Gestión Clínica y Educación Permanente.

2 *. Originales de Consentimiento Informado quedan a disposición de los jurados, según requerimiento.

3 *. Las entrevistas completas y desgrabadas quedan a disposición de los jurados, según requerimiento.

Para cada eje se desagregaron referentes empíricos ordenadores de la búsqueda.

- Colegiado de Gestión:

- 1- organización y funcionamiento.

- Cultura organizacional:

- 1- Accesibilidad: se tuvieron en cuenta la programación de turnos ya sea por mail o teléfono, la inclusión para discapacidad desde lo edilicio y la Junta de Discapacidad.

- 2- Organigrama: su construcción.

- 3- Consejo Social: conformación y valoración del mismo.

- 4- Trabajo en equipo: equipos organizados para garantizar la atención según la Ley de Salud Mental, trabajo sobre proyectos terapéuticos.

- 5- Protocolización de circuitos y de trabajo: organización de guardia, emergencias con códigos de atención, pases de sala conjunto, guías terapéuticas y protocolos.

- Gestión Clínica:

- 1- Atención familiar: HCF

- 2- Atención programada: agenda de turnos

- 3- Interdisciplina e integralidad: pases de sala, reuniones clínicas.

- 4- Atención en grupos: Salud mental, grupos de madres, de adolescentes...

- 5- Aceptabilidad de trabajo en equipo e interdisciplina

- 6- Satisfacción de la calidad de atención, en las dimensiones social, técnica e interpersonal.

- Educación Permanente:
 - 1- Seminarios, reuniones clínicas, cine debate, reuniones sobre bioética, presentación de trabajos en jornadas y congresos.
 - 2- Organización de la Escuela de Enfermería y curso de Asistentes Personales.

VIII-RESULTADOS

Presentación e interpretación de los resultados

1-Colegiado de Gestión

Se rescata del discurso de los entrevistados la identificación de los integrantes del Colegiado, cómo se desarrolló la manera de organizarlo y cómo se definió la representación individual en cada unidad de producción.

Se evidencia por lo expresado que esta modalidad de gestión, se tomó como estrategia poder jerarquizar el diálogo y posibilitar el compromiso de todos los actores del equipo en la planificación para la resolución de problemas, en reuniones pautadas, que fueron estructurantes del trabajo institucional, se visualiza una valoración positiva que se hizo de estos encuentros donde los equipos pudieron apropiarse creativamente de los planes que elaboraron. Cada representante de una unidad, en un ida y vuelta con todos los actores que componen la misma.

Debe recuperarse lo planteado por Souza Campos (1998) quien afirma que el Colegiado de Gestión debe:

asegurar el cumplimiento del objetivo primario de cada organización -producir salud, educar, etc.- y al mismo tiempo, por otro lado, permitir y estimular a los trabajadores a ampliar su capacidad de reflexión, de cogestión, y en consecuencia, de realización profesional y personal...haciendo de la reflexión y la planificación parte del proceso habitual del trabajo...

Un espacio para la elaboración y la compatibilización de las demandas y proyectos de cada unidad de producción, pero también correa de transmisión y de reelaboración de directrices del sistema de salud, de proyectos y prioridades provenientes o de otras instancias de gobierno u oriundas de los Consejos de Salud en que hay participación de usuarios.

En este sentido lo expresado por los entrevistados expresa cuestiones concordantes con lo expuesto anteriormente.

Md 1.2: *“Rescato de este período y de esta gestión el trabajo realizado organizado desde el Colegiado de Gestión, donde las problemáticas que se presentaban se resolvían desde la interdisciplina. Cada sector del SAMCo estaba representado por una persona que concurría a las reuniones que se organizaban y realizaba su aporte para dar respuesta a las diferentes situaciones planteadas. Cada uno desde sus saberes, desde su conocimiento aportaba ideas para el cambio, para mejorar la atención al paciente y el trabajo en equipo”*

LE 1.2: *“acompañé y participé en el proceso de incorporación en nuestra institución de un nuevo modelo de gestión: el colegiado de gestión. A partir de las primeras reuniones se incorporó el Trabajo en equipo como fundamento básico para el logro de un objetivo en*

común final, acorde a los lineamientos establecidos por el líder del equipo... Todo ese proceso fue gradual, con marchas y contramarchas ya que el sistema de salud era verticalista y paternalista, por lo que fue necesario un tiempo para la adaptación de los miembros del equipo. Durante ese tiempo se realizaron reuniones periódicas, al principio conflictivas pero al mismo tiempo productivas con la participación activa de representantes de los distintos sectores.”

TS 1.1: *“Formé parte del colegiado de gestión, cada reunión fue productiva porque trabajamos las distintas problemáticas de los diferentes sectores, manifestábamos preocupaciones y se intentaba buscar una respuesta y una solución entre todos. Participé del Colegiado desde Trabajo Social. Instancia que servía para conocer y consensuar opiniones de cada uno.”*

Como sintetiza Souza Campos (1998), el Colegiado debe ser multiprofesional, superador de la lógica clásica que dividía a los diferentes profesionales en departamentos o servicios montados según profesiones afines, y con procesos graduales de cada vez mayor delegación de autonomía a los equipos.

Todos los entrevistados, tanto los que conformaron el Colegiado de Gestión como los integrantes de las unidades de producción y aún la representante de la Cooperadora, hicieron especial mención de esta nueva modalidad de trabajo en multidisciplinaria.

Ad1: *“Opino que tiene mucha importancia resolver las cosas desde la multidisciplinaria teniendo en cuenta el aporte de las diferentes miradas”*

Ps 1.1: *“se valoraran los recursos que cada uno tenía desde cada sector para aportar a la gestión y al trabajo en grupo. Integré el colegiado de gestión desde el equipo de salud mental.”*

Kn 2: *“se dio inclusión a nuestra profesión desde la participación, teniendo en cuenta incluirnos en las reuniones de gestión, que en gestiones anteriores no pasó y tampoco en la actual”*

Todos coinciden en afirmar que luego del cambio de dirección en 2014 se dejó de practicar esta modalidad de gestión, valga como ejemplo el aporte realizado por un integrante del equipo entrevistado:

LE 1.2:” *Al finalizar el período (2008-2014), no se sostuvieron las reuniones del colegiado de la misma manera. Solamente se hacían si alguna situación lo ameritaba, lo cual me parece que atribuyo a la falta de liderazgo o interés de quien ejerce en este momento la dirección. Y que avala el modelo médico hegemónico siendo poco lo que podíamos hacer el resto del equipo por sostener el colegiado de gestión”*

Las entrevistas transcritas, permiten ver la valoración positiva que tuvo la manera de compartir democráticamente en el Colegiado de Gestión, las diferentes miradas de los distintos actores de diversas disciplinas, cada uno con su aporte particular según su competencia. Se rescata el trabajo en equipo, multidisciplinario como fundamento básico para el logro de los objetivos propuestos por la Misión.

2-Cultura organizacional

Tal como fue expresado oportunamente a la cultura organizacional se la entiende como la forma acostumbrada o tradicional de pensar y hacer las cosas, compartidas en mayor o menor medida por los miembros de la organización (Dominguez Silva, 2009).

Definición que Carrada Bravo (2010) amplía:

una mezcla compleja de saberes, conductas, relatos, símbolos, creencias, suposiciones, metáforas y modo de expresión que todos los miembros de la organización comparten, por ejemplo: las normas, los valores, las actitudes, los estilos de vida, el lenguaje técnico científico y la terminología propia de las disciplinas biomédicas y sociales.

Se indagaron los diferentes ejes expuestos oportunamente que hacen al propio transcurrir de la institución como modo de construir/ reconstruir la cultura organizacional.

2.1- Accesibilidad

La OMS dice textualmente que “un sistema de salud basado en la APS es aquel que garantiza la cobertura y el acceso universal a los servicios” (OPS/OMS 2007).

De lo expresado por los entrevistados se destaca la gestión de turnos, de manera programada, por vía telefónica o personal, sin necesidad de someter a la población a largas colas, a horas tempranas en tiempos de clima riguroso en contraposición con el escenario descrito de la realidad en la actualidad, en la que los turnos se otorgan sólo los días lunes, generando largas colas que obstaculizan y dificultan el acceso universal.

En la dimensión de Gestión Clínica y dentro de ésta, en la subdimensión de Atención Programada, se vuelve a tomar la gestión de turnos, pero desde otra perspectiva, que tiene que ver con la calidad de atención realizada por el médico de cabecera en contraposición con los médicos de emergencia.

En relación a la mejora en la accesibilidad a la planta física, los entrevistados destacaron sólo el mantenimiento y mejora de las rampas de acceso, ninguno reconoció la habilitación de baños para discapacitados tal como se presentó en el modelo de intervención. Expresaron la mejora en la operatividad del shock-room para emergencias y se reconoce la existencia de un proyecto para mejoras edilicias que transcurrido el tiempo nunca se llevó a cabo.

Las expresiones vertidas a continuación dan cuenta de la síntesis presentada en el párrafo anterior:

Md 1.2: *“en cuanto a la accesibilidad, se acomodaron las rampas frente al hospital...”*

LE 1.1: *“En relación a accesibilidad antes los turnos se sacaban a demanda y en forma personal o telefónica y era más accesible para la comunidad y todos los días, según la necesidad de la gente...”*

Ad 1: *“...los turnos programados ofrecen mejor atención, pero actualmente se están dando solamente los días lunes...”*

Md 1.2: *“En cuanto a accesibilidad los turnos tienen también mucho que ver, es importante que se puedan dar de una manera más rápida para evitar colas sobre todo en adultos mayores y niños. Es fundamental los turnos programados para organizarnos.”*

Md 1.1: “En cuanto a lo edilicio se presentó un proyecto muy interesante y muy operativo para la institución, pero hoy después de tantos años aún no se pudo concretar. Si se mejoró el funcionamiento del shock-room, pero no hay operatividad con el resto de los sectores...”

Es destacable, lo expresado por un profesional que rescata a la accesibilidad como una condición generada por la gestión lo que permitió entre otras cosas conformar la Junta de Discapacidad, dispositivo que en la actualidad continúa funcionando, que a su vez mejoró la accesibilidad al Certificado Único de Discapacidad y también la integración con la Escuela Especial en el equipo de Rehabilitación dando respuesta a la necesidad de Estimulación Temprana de los niños y de rehabilitación de adultos.

Ps 1.1: “En relación a lo edilicio el hospital está igual, la accesibilidad funcionaba porque la dirección y la gestión promovían accesibilidad. Por tal motivo pudo formarse y funcionar la Junta de Discapacidad y la Sala de Rehabilitación integrada con la Escuela Especial que hoy ya no funciona de esta manera, si la Junta”

Así mismo los entrevistados destacaron todas las actividades desarrolladas extramuros, como Rondas Sanitarias, Vacunación y Promoción y Prevención de la Salud, como estrategias de práctica clínica basada en el vínculo, muchas de ellas fueron articuladas de manera interministerial con Educación. Se detallaron como dispositivos que intervinieron dando mayor accesibilidad, que permitieron el vínculo estrecho con muchos de los habitantes del territorio.

LE 1.1: “Todas aquellas actividades que se realizaron extra muro eran muy importantes considerando que se llegaba a los barrios, a las familias, a la gente, se los escuchaba, se

los conocía, se satisfacían las necesidades a demanda y se lograba cumplir mejor los objetivos propuestos, desde el territorio, no solo para vacunación, sino en prevención y promoción de la salud”

LE 1.2: “En cuanto a trabajo extramuros, a través de un convenio con vialidad se utiliza una casilla para un puesto móvil en los barrios más alejados de los centros de salud, realizando prevención, educación y vacunación de la población... “

Ps 1.2: “La accesibilidad tuvo muchos dispositivos puestos en marcha como la Junta de discapacidad, la Escuela de enfermería, el curso de Asistentes personales, todo el trabajo que se hizo en los barrios con el móvil y que fueron muy productivos para la comunidad local”

Co: “Siempre se pensaba en la población, por eso se trabajaba permanentemente en prevención, saliendo a la calle, en los barrios, en los centros de salud, educando a la población. Haciendo participar a todo el equipo de salud.”

Ps 2:” Rescato el trabajo extra muros, las postas sanitarias, todas las actividades con el móvil frente a las escuelas con la colaboración de alumnos de la Escuela de Enfermería, el abrazo a la vida, las actividades de intervención en suicidio, las charlas que dimos en educación y en la Parroquia. Todo muy positivo, hoy no hacemos nada de esto.”

Como reflejo del trabajo realizado en relación a la complejización del concepto de salud, y la apertura de su campo a la salud medio ambiental, un entrevistado rescata lo que se trabajó en el manejo de residuos hospitalarios y los avances iniciados con el Programa de Municipios Saludables.

LE 1.2: “Se implementaron normas de manejo de residuos hospitalarios en conjunto con la secretaría de medio ambiente del municipio.”

“Recuerdo que se tendieron lazos con el municipio para integrarlos al programa de municipios saludables”.

Como rasgo jerárquico, destacando la equidad y universalidad en la atención, un entrevistado visualiza y expresa la intervención realizada sobre la privatización de las habitaciones de internación:

E 2: “En cuanto a equidad, por ejemplo, en atención igualitaria para todos, otro ejemplo es cuando se sacaron las habitaciones privadas para que todos pudieran recibir la misma atención.”

Estos relatos coinciden con lo enunciado por el CEMUPRO (Centro de Estudios Municipales y Provinciales) y tenido en cuenta en el análisis de la Misión del Hospital donde se prioriza entre otros aspectos la APS como estrategia, con perspectiva integral de la atención, tratando de abrir las puertas y llevar los equipos al territorio, usando la Educación Permanente como herramienta.

2.2- Organigrama

Tal como se expresa en el Modelo de intervención se previó que en las reuniones del Colegiado de Gestión, se comenzara consensuando la Misión y la Visión del Hospital entre todos los actores participantes, bajo la modalidad de brain storming, luego se acordó un organigrama que lo representaba, presentado anteriormente, que resaltaba la horizontalidad

y participación multidisciplinaria para la gestión. En las entrevistas, menos de la mitad de los entrevistados pudo expresar con claridad el organigrama que se construyó y se puso en marcha en ese período y todos desconocen cuál es el organigrama que actualmente está vigente.

Ps 1.1: *“En cuanto al organigrama conozco que hubo una instancia de la que no formé parte en la cual se elaboró el mismo desde una mirada de horizontalidad, el cual nos permitió ordenarnos, jerarquizarlos, responsabilizándonos desde cada lugar. Actualmente si bien no se cambió el organigrama ya no tiene la funcionalidad que tenía anteriormente”*

LE 1.1: *“No recuerdo haber formado parte del grupo que modificó o realizó el organigrama institucional, pero hoy ya no existe”*

TS 1.1: *“He escuchado nombrar un cambio de organigrama, pero no fui convocada a la confección del mismo, no sé cómo quedó armado y hoy no se implementa ninguno”.*

Se destaca la importancia dada a la democratización y a la intervención para horizontalizar la toma de decisiones. Las distintas voces dejan de manifiesto como una debilidad la falta de registro del cambio de organigrama. Lo que demuestra, a la luz de la propuesta original de la intervención, falta de claridad y amplitud de las discusiones internas al momento de objetivar o abstraer las reformas consensuadas, es decir una brecha entre la propuesta y la implementación propiamente dicha.

Como dice Souza Campos (2009) *“no hay cambio si no hay agentes empeñados en promoverlo, no obstante las reformas no se sustentan si no son construidos mecanismos institucionales que reproduzcan, todavía en términos genéricos, aquella nueva línea de trabajo”.*

. 2.3- Consejo Social

La creación de un Consejo Social, a semejanza de los Consejos de Salud propuestos por Souza Campos (1998) donde las políticas públicas se abren a la participación de los usuarios, se originó en la necesidad de la participación ciudadana para la resolución de situaciones de salud que están atravesadas fuertemente por determinantes sociales y que requieren de la mirada y la intervención de todas las instituciones u organizaciones que trabajan en la perspectiva de salud.

Este trabajo multisectorial es, tal como lo define De Roux y col (en Haddad, 1994) un proceso social a través del cual los grupos, las organizaciones, las instituciones, los sectores –en una palabra, todos los actores sociales en todos los niveles dentro de una zona geográfica determinada- intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones.

La mayoría de los entrevistados resaltaron como un dispositivo positivo la conformación del Consejo Social. Acuerdan en que el trabajo en red con distintas organizaciones de la comunidad, tiene un potencia integrativa y convocante y que es enriquecedor por su carácter multidisciplinario; al mismo tiempo expresan que el mismo tuvo un alto contenido político y refieren que dadas las diferencias conceptuales con el ejecutivo, en la actualidad luego de algunas intenciones de continuarlo, no se mantiene activo como tal.

LE 1.2: *“En cuanto a la integración en la comunidad la misma fue amplia, se trabajó con las distintas instituciones locales: clubes deportivos y sociales, Hogar para el niño, Gabinete psicopedagógico, subregión de educación, referentes gremiales, etc. dando lugar*

al Consejo Social. Las reuniones del mismo se realizaban en forma periódica siendo muy enriquecedoras. Lamentablemente por diferencias de concepto con representantes del ejecutivo municipal no se pudo sostener en el tiempo a pesar de que hubo algunos intentos de parte de éste último, pero no tuvieron continuidad.”

Md 1.2: “El Consejo Social me pareció muy importante, era una comisión interinstitucional donde participaban todas las instituciones y esto permitía abordar las problemáticas que surgían en toda la ciudad de manera conjunta y no individual, entonces esto potenciaba las formas y las soluciones que se podían dar a las problemáticas. Se trabajó en adicciones, recuerdo en algún momento ante una ola de suicidios o intentos de suicidios se trabajó con salud mental. Hoy no funciona en el SAMCo pero hubo algo similar desde otro lugar y con otros objetivos con otro grupo diferente”.

Ps 1.2: “ Teniendo en cuenta las diferentes propuestas de trabajo, el Consejo Social que se formó y del cual formé parte fue una experiencia interesante y enriquecedora, creo que es la manera de trabajar sobre todo por la participación sectorial. Actualmente dejó de funcionar”.

TS 2: “En relación al Consejo Social, si bien no integré el grupo, considero que es muy importante coordinar y realizar acciones con el resto de las instituciones que forman parte de la comunidad local y poder brindar un abordaje integral y de forma conjunta. Actualmente creo que no sigue funcionando”.

Así la conformación del Consejo Social, fue una estrategia delineada ante un aumento de la prevalencia de suicidios adolescentes, siendo la intervención colectiva de las instituciones resolutoria para este tema, posibilitando la construcción de redes interinstitucionales que

posibilitaron el conocerse y reconocerse como actores comprometidos socialmente, capaces de generar acciones conjuntas en otras situaciones complejas.

2.4- Trabajo en equipo

Tal como se expresó en la intervención, para adecuar la cultura organizacional de la institución, se acordó el trabajo en equipos, compuesto por integrantes de diferentes disciplinas. Transformando “el afuera y el adentro” de cada uno de los trabajadores. Los entrevistados rescatan las dificultades que hubo en realizar un aprendizaje dialógico y conseguir adhesión con la nueva modalidad de trabajo, ya que primaba el trabajo individual.

En las expresiones vertidas se pone en valor y se resalta el trabajo en equipo, la integralidad en la resolución de casos, la descentralización de la salud, modificando el modelo hospitalocéntrico y relatan que, esta modalidad a la cual la mayoría adhería fuertemente, la han visto diluirse con el transcurrir del tiempo. Un entrevistado refuerza el concepto de trabajo con proyectos terapéuticos y los relaciona con el trabajo en equipo y con mirada de integralidad en salud.

Ps1.1: “Los casos se abordaban de manera integral, para conocer desde diferentes miradas de que estábamos hablando. Justamente lo diferente con otras gestiones está en el trabajo interdisciplinario, en el trabajo extra muros, trabajando desde actividades que transforman el afuera y te transforman a vos mismo.

Actualmente al no sostener el trabajo en equipo se diluye el modelo de intervención.

Igualmente, que el trabajo en grupo del Consejo social, el trabajo en equipo dentro de la institución, por supuesto planificado, con proyectos terapéuticos y organizadamente, permite y es el único modo en el que puede ser abordado y resuelto un caso desde la integralidad del paciente.”

TS 2: “De la gestión transcurrida durante 2008 – 2014, se rescata la inclusión de las distintas disciplinas para conformar equipos de trabajo. Lo más importante es que se fomentó la apertura, valoración de cada integrante del espacio institucional. Tratando de coordinar los diferentes saberes y experiencias en relación al trabajo anterior y a las nuevas propuesta”

E2: “Rescato de este período la gestión en todo momento, el trabajo en equipo, del equipo de salud, el respeto por la universalidad, la equidad y la integralidad.”

LE 1.2: “A partir de las primeras reuniones se incorporó el Trabajo en equipo como fundamento básico para el logro de un objetivo en común final, acorde a los lineamientos establecidos por el líder del equipo...Todo ese proceso fue gradual, con marchas y contramarchas ya que el sistema de salud era verticalista y paternalista, por lo que fue necesario un tiempo de adaptación de los miembros del equipo.”

Queda claramente expresada la importancia del trabajo en equipo para sostener el modelo y que al perderse el mismo, se diluye el modelo de atención.

Al decir de Souza Campos (1998) la gestión centrada en los equipos, no sólo los empodera como actores del proceso sino que facilita los cambios de mirada y de construcción de la propia práctica con el objetivo final de dar respuestas más ajustadas a los problemas de salud- enfermedad del colectivo.

2.5- Protocolización de circuitos y de trabajo

Como estrategia para mejorar la calidad y darle equidad a los procesos de atención, se construyeron protocolos de circuitos sobre todo en salud mental, en violencia de género y abuso y también se escribieron guías clínicas de atención en los diferentes sectores: guardia, ambulatorio e internación, organizando los diferentes niveles de cuidados progresivos.

Los entrevistados describen claramente, la organización del sistema de ambulancias, con una codificación con colores según la gravedad de las emergencias, que permitía identificar la necesidad de actuación de distintos equipos para la resolución de la misma y ponen como dato relevante, que actualmente sigue vigente.

Md 1.1: “Estoy a favor de protocolizar la atención del paciente, creo que en un hospital catalogado como de referencia, esto se hace fundamental. Más aún después de la nueva ley de salud mental”

Md 1.2: “En cuanto a las guías que se confeccionaron, los protocolos de atención, esto acelera los tiempos y mejora la calidad de atención, en las urgencias, sobre todo porque se pueden evitar muertes”

LE 1.2: “Se realizaron contactos con juzgado, comisaría de la mujer para tratar protocolos referentes a violencia de género, violencia familiar, etc. Se establecieron protocolos teniendo en cuenta la nueva Ley de Salud Mental, siendo esta el principal cambio de paradigma que llevó a ciertas resistencias, pero fundamentalmente de parte de los médicos. Siendo el hospital San Jorge centro de referencia del Área Programática se establecieron protocolos de derivación, trabajando especialmente la derivación de

embarazadas teniendo en cuenta la maternidad segura y centrada en la familia. A esto se sumó la optimización del banco de sangre. Todos facilitadores de trabajo que hoy no continúan... También se protocoliza la derivación de consultas ambulatorias al tercer nivel, utilizando e incorporando un minibús para los traslados.”

TS 1.1: “Los protocolos permiten un orden en el trabajo. Hoy solo se hace pase de sala con clínica y en alguna oportunidad con salud mental. Lo único que continúa son los códigos en la guardia, en la emergencia.”

Ps 1.2:” Adhiero totalmente a trabajar con protocolos, guías de trabajo, proyectos terapéuticos, etc., es poner un orden al trabajo institucional, es una bajada de línea a seguir para mejorar la calidad de atención al paciente. De igual manera el trabajo en grupo y mejor aún el trabajo en equipo.”

LE 1.1:”Rescato como muy importante y necesario para mejorar el trabajo en la institución y coordinar acciones, la conformación de protocolos de trabajo que aún algunos quedan y se implementan como en guardia central y salud mental. Además, se sigue trabajando con códigos desde la guardia”.

Todos los entrevistados rescatan y valoran la necesidad de tener protocolos claros para la atención, para mejorar la calidad de los procesos, y vuelven a poner en valor el trabajo en equipo, rescatan los circuitos de derivación organizados para embarazadas, para poder responder al modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, propuesto por UNICEF, los de banco de sangre, para optimizar el uso de sangre segura. Puntualizan que los protocolos de guardia y emergencia persisten en la actualidad, al igual que algunos en

salud mental. Uno de los entrevistados rescata el funcionamiento de un minibús para la circulación de los pacientes y la atención en los niveles de salud que cada uno requería.

3-Gestión Clínica:

Este modelo de atención basado en APS como estrategia, con perspectiva integral, como se plasmó en el Plan Provincial de Salud 2007-2011, fue desagregado en las siguientes subdimensiones, a las que los entrevistados refirieron con diferentes intensidades

3.1- Atención familiar

Tal como se refirió en el Modelo de Intervención, jerarquizando los determinantes sociales como factores fundamentales en la emergencia de nuevas patologías con gran componente social, con una mirada integral de salud, se incorporó el uso de Historia Clínica Familiar (HCF) en el Centro de Salud dependiente del Hospital y en el mismo. En el primero, relatan los entrevistados fue más fácil la implementación, en cambio en el Hospital se pudo comenzar la misma, con el equipo de salud mental, con ayuda de los alumnos de la Escuela de Enfermería, pero no pudo implantarse totalmente.

Ts 1.1: *“En cuanto a HCF se llevó a cabo un tiempo, se armaron carpetas, desde servicio social y con los alumnos de la Escuela de Enfermería, hubiese sido importante al menos en esos casos especiales que tanto las necesitamos y no contamos con ellas. Sobre todo, en caso de patologías como HIV, pacientes oncológicos o casos de violencia familiar”.*

TS 2: “Me parece muy importante la HCF para el abordaje integral de los problemas de salud y para la prevención de los mismos, no se llegó a implementar con el objetivo específico, salvo contadas excepciones desde trabajo social, psicología, salud reproductiva entre otras.”

LE 1.2: “En cuanto a la HCF, la misma es implementada por el Centro de Salud Ramón Carrillo, donde se trata de instalar en el hospital, pero debido al elevado número de carpetas, falta de compromiso del personal e idoneidad no se pudo continuar.”

Md 1.1: “Es una lástima que nunca se pudo concretar la atención del paciente a través de la HCF, nunca terminó de organizarse y hoy ni siquiera se utilizan. Este modelo de HC permite atender al paciente de manera integral, donde se ve reflejado no solo él, sino todos los integrantes de la familia, las distintas patologías, tratamientos, antecedentes, medio social, problemáticas sociales y si hubo intervención del equipo de salud mental o trabajo social. Muy productiva para trabajar”.

Queda de manifiesto el valor dado a las Historias Clínicas Familiares, pero la dificultad en su implementación en la atención ambulatoria del Hospital, no así en el Centro de Salud Ramón Carrillo, donde se siguen utilizando. Una vez más se rescata a la Unidad de Salud Mental como área con gran influencia y sostén de esta herramienta.

De manera reflexiva puede afirmarse que la debilidad manifiesta en la apropiación de la HCF sobre todo en el área ambulatoria del Hospital da cuenta de obstáculos para revisar procesos de trabajo: diseñar, analizar o retomar intervenciones, definir cuál es el aporte desde una mirada interdisciplinaria y de todos los profesionales intervinientes.

3.2- Atención programada:

En las entrevistas, se rescata claramente que la atención programada por turnos con los equipos de referencia, ordena el trabajo de los mismos y mejora la calidad de atención, cuando se la compara con la atención por guardia. Los equipos de referencia estaban conformados por actores de diferentes especialidades para lograr un trabajo interdisciplinario, personalizado y coordinado con equipos matriciales como retaguardia especializada, tal como se manifestó en el Modelo de Intervención.

Ad 1: “...los turnos programados ofrecen mejor atención, pero actualmente se están dando solamente los días lunes, lo cual no permite atender la demanda que se presenta los demás días”.

Md 1.2 “Son fundamentales los turnos programados para organizarnos. Uno de los inconvenientes es que se satura la guardia y por eso se complejiza conseguir médicos que asistan a cubrir la misma. Muchas personas sacan turno y no lo utilizan porque es más fácil acceder a la guardia y todo pasa por la educación de la población, que la gente entienda que la guardia hay que utilizarla para las urgencias”.

Lo expuesto en este punto plantea una perspectiva diferente de la gestión de turnos, a la desarrollada en la dimensión Cultura Organizacional, en la subdimensión Accesibilidad que ya fue referida. En este punto en particular se tiene en cuenta la intervención del equipo de referencia para la atención, conformados por varios actores de diferentes especializaciones para lograr un trabajo interdisciplinario, personalizado con los usuarios y coordinados para la intervención de otros profesionales -de ser necesario- como apoyo matricial, asegurando una retaguardia especializada para los equipos de referencia.

Como dice Faria, es una gestión territorial que construye una perspectiva de planeamiento basada en el reconocimiento y la adaptación de los servicios a los perfiles del territorio.

3.3- Interdisciplina e integralidad

La atención clínica intentó organizarse con una perspectiva interdisciplinaria, singularizando las intervenciones según cada paciente, involucrándolo en la toma de decisiones en relación a su tratamiento y estimulando su autocuidado. Los equipos estaban integrados por profesionales de salud mental y trabajo social como apoyo matricial, para una atención integral, éstas fueron las disciplinas que más se apropiaron de esta forma de trabajo. Se implementaba tanto en atención ambulatoria como en internación, donde se puso en valor nuevamente, la importancia de los pases de sala multidisciplinarios. Los dichos ilustran estas cuestiones:

Ps 1.1: “Igualmente, que en trabajo en grupo del Consejo Social, el trabajo en equipo dentro de la institución, por supuesto planificado, con proyectos terapéuticos y organizadamente, permite y es el único modo en el que puede ser abordado y resuelto un caso desde la integralidad del paciente”.

Md 1.2: “Con respecto al trabajo en equipo se intentó revertir en ese período una situación que en el 2008 cuando yo recién empezaba a trabajar en la institución, el trabajo era desorganizado, descoordinado, individualista y nadie se hacía cargo de un paciente, entonces los fines de semana ocurrían los problemas. Para revertir esta situación se organizó, se capacitó, mediante charlas, talleres y reuniones un equipo o grupo de trabajo para lograr un cambio. El problema me parece que fue que los profesionales, sobre todo

médicos son un poco individualistas, costaba coordinar los horarios de encuentro y reunirnos. Algunos no querían ni siquiera involucrarse. Muchas veces hay que compartir conocimientos, exponerse frente a otros, discutir, compartir, etc y esto costó muchísimo.”

TS 2: “Fue muy interesante el pase de Sala interdisciplinario, lamentablemente no se sostuvo en el tiempo”.

Co: “En primer lugar debo rescatar los pases de sala, beneficiosos para el paciente y para los profesionales, aquello que se podía ver en grandes hospitales es muy importante que funcionara en nuestro SAMCo.”

TS 1.1: “El trabajo nunca fue en su totalidad en equipo, siempre éramos los mismos servicios, el resto no lo sentía importante. Esto permite conocer más cada situación para ver a la persona en forma integral en su contexto.”

LE 1.1: “Se trató de llevar a cabo una modalidad de trabajo interdisciplinaria que duró poco tiempo y hoy ya no existe

Se repite a lo largo de las entrevistas la dificultad para involucrar a algunos actores claves en el marco del proceso de atención, sobre todo médicos, en el trabajo interdisciplinario y colectivo revelando la mirada hegemónica de los mismos.

Al respecto y como referente conceptual para marcar algunas diferencias y dificultades es oportuno recuperar lo que la OMS expresa sobre la estrategia aplicada de Atención Primaria de la Salud, la cual apoya la promoción de acciones intersectoriales, interdisciplinarias como recurso estratégico del sistema de salud, para abordar otros determinantes de la salud y la equidad, con una mirada integral y holística.

3.4- Atención en grupos:

La atención en grupo fue un dispositivo desarrollado en Salud Mental, dado que la demanda saturaba la posibilidad de atención individual.

Como se expresó en el Modelo de Intervención, al adherir a la nueva Ley de Salud Mental (Ley 26.657/10) la desmanicomialización requiere una mirada original, necesita proyectos terapéuticos particulares elaborados artesanalmente, que permitan el seguimiento de estos pacientes sostenidamente en el tiempo. Fueron necesarias capacitaciones en este tipo de atención colectiva, muy enriquecedoras como manifiestan los entrevistados, que favorecieron el autocuidado por parte de los integrantes de los mismos grupos.

Ps2: "Seguimos trabajando con grupos tanto de hombres como de mujeres, actualmente dos en el SAMCo y uno en cada centro de salud. La atención en grupos es el modelo que se viene porque es imposible sostener la atención individual con la gran demanda además teniendo en cuenta las problemáticas comunes entre la población, a pesar de esto sigue existiendo resistencia por parte de la población".

Ps 1.1: "Siguen funcionando los grupos terapéuticos para mujeres y hombres que coordinamos desde salud mental".

Ps 1.2: "Con respecto a Salud Mental siguen funcionando los talleres y se siguen abriendo nuevos, de mujeres y hombres con diferentes problemáticas".

Md1.2: "Particularmente, utilicé mucho los talleres en equipo de salud mental, en los cuales pude insertar a mis pacientes, gracias a los grupos el turno y la atención es más ágil, que esperar un turno programado (individual)".

En una entrevista se rescatan los talleres de bioenergética que se desarrollaron como dispositivo de contención para el equipo de salud y como espacio de capacitación del mismo, en un ámbito de relajación y de encuentro.

Co: “Había capacitaciones en forma permanente, incluso se organizaron talleres de bioenergética teniendo en cuenta la salud mental de los empleados, para mejorar la energía con la que se trabajaba.”

Tal como se presentó en el Modelo de intervención, se comenzaron a discutir proyectos terapéuticos, combinando el análisis crítico y la organización de la atención desde una perspectiva interdisciplinaria, singularizando las intervenciones, involucrando al usuario y estimulando el autocuidado, sobre todo en las patologías del orden subjetivo para dar respuesta a la Ley de Salud Mental, requiriendo de una mirada original y de un trabajo artesanal, que no es compartido por los actores de mirada hegemónica, volviendo a manifestarse el mayor compromiso de los profesionales de salud mental y trabajo social en la implementación de este nuevo modelo.

3.5- Aceptabilidad de trabajo en equipo e interdisciplina

Desde todos los núcleos de saber se compartió la idea y la necesidad del trabajo conjunto, en equipo, atravesado por distintas miradas que da la multidisciplinaria, tratando de admitir la existencia de polaridades en cada especialidad, y tratando de crear espacios donde puedan ser trabajadas estas diferencias, para lograr una mejor calidad de atención y un mayor y mejor desarrollo personal y profesional.

Md 1.2: “El trabajo en equipo es fundamental aunque muy complejo sobre todo porque implica más tiempo. Al paciente lo beneficia porque se discute desde todas las visiones y perspectiva, que hoy ya no se hace.”

Md 1.1:” De la gestión del 2008 al 2014 rescato la modalidad de atención al paciente, el hecho de reunirnos para mejorar la calidad de atención en el SAMCo como equipo, integrando el mismo desde clínica médica”

Ps 1.1:”Los casos se abordaban de manera integral, para conocer las diferentes miradas, de que estábamos hablando. Justamente lo diferente con otras gestiones anteriores y actuales está en el trabajo interdisciplinario, en el trabajo extra muros, trabajando desde actividades que transforman el afuera y te transforman a vos mismo.”

LE 1.1:”...rescato como positivo haber trabajado en equipo a pesar de siempre contar con las mismas personas quienes apuntaban a generar un cambio positivo y a trabajar conjuntamente.”

Todos los entrevistados acuerdan y valoran el trabajo en equipo, en interdisciplina, con un enfoque integral en la atención en salud.

Resulta oportuno en este punto explicitar lo enunciado por la OMS (2007) sobre la estrategia de Atención Primaria, de manera textual:

Un Sistema de Salud basado en la APS es aquel que garantiza la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptados para la población y promueven la equidad; que presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo...

3.6- *Satisfacción de la calidad de atención, en las dimensiones social, técnica e interpersonal.*

Tal como expresa Donabedian la buena calidad puede resumirse como “*el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos*” y aquí se toma la satisfacción de la calidad en relación a las dimensiones social, técnica e interpersonal.

Los dichos vertidos en las entrevistas reflejan que la calidad se ve fuertemente asociada al trabajo en equipo, multidisciplinario e interdisciplinario, con guías claras, con una mirada integral y holística -dimensiones técnica e interpersonal- Se valora ampliamente la participación intersectorial para la resolución de los problemas complejos -dimensión social- que se vivenció en ese momento por lo que se da relevancia al Consejo Social como dispositivo integrador de equipos que intervienen en la resolución de situaciones complejas, conformando una red de salud en una visión más amplia.

Vuelve a aparecer la idea de retroceso en las expresiones en relación a que este modelo de atención el que no ha podido ser sostenido en la actualidad en forma total.

Ps 2:” El trabajo integral fue muy positivo, se intentó de todos modos que funcionara, se pudo implementar en algunos momentos, pero no fue sostenido en el tiempo. Hoy con una mirada hacia atrás, creo que fue muy positivo, que es la manera correcta de trabajar y que siempre prefiero aquello y no lo actual”.

Md 1.2:” El trabajo en equipo es fundamental aunque muy complejo, sobre todo porque implica más tiempo. Al paciente lo beneficia porque se discute desde todas las visiones y perspectivas”.

Ps 1.1: "Igualmente, que el trabajo en grupo del Consejo Social, el trabajo en equipo dentro de la institución, por supuesto planificado, con proyectos terapéuticos y organizadamente, permite y es el único modo en el que puede ser abordado y resuelto un caso desde la integralidad del paciente"

La satisfacción del equipo en relación a la calidad de atención, se centra en el cambio en el abordaje clínico, transformando un modelo uniprofesional, que responde a un enfermo, con procesos curativos y de cuidado y rehabilitación en un abordaje basado en la población adscripta, donde los factores de riesgo socio-bio-psicológicos y las condiciones de salud ya establecidas se afrontan mediante estrategias centradas en la estratificación de riesgos y la atención basada en la población.

4-Educación Permanente:

Se destacaron mayoritariamente, las actividades de talleres, jornadas, ciclos de capacitación como fundantes y primordiales para la conformación de los equipos como tales y su trabajo interdisciplinario.

Las capacitaciones destacadas son talleres sobre adicciones, abordajes en intentos de suicidios, capacitación en servicio de la Junta de Discapacidad, el posgrado en Salud Comunitaria, las reuniones con el Equipo de salud mental de la provincia (DISER) en relación a la nueva Ley de Salud Mental, con el equipo de Género,

La Escuela de Enfermería se visualizó como un lugar de capacitación necesario y relevante y el curso de Asistentes Personales también se jerarquizó como salida laboral y de acompañamiento necesario.

Ps 1.1: “Creo que no solo tiene que ver con la organización institucional, sino también con la capacitación permanente, durante esa gestión puedo recordar todo lo que aprendimos desde las charlas en la Sala Calcaterra a cargo de algún médico, o cuando bajaba el grupo de Género de la Provincia, o el de Salud mental para resolver casos, la participación en los congresos de Salud Anuales, los cursos sobre adicciones y abordajes en intentos de suicidios que se dictaron en la ciudad de San Francisco, entre otros que seguramente me olvido... rescato la Escuela de Enfermería que actualmente funciona y que me parece interesante para la localidad y para la zona como fuente de trabajo y formación profesional.”

Ps1.2:” Una de las cosas más importantes y que hoy no se hace y no hay propuestas, son las capacitaciones. Recuerdo en la gestión anterior no tener inconvenientes para concurrir a las capacitaciones de la Junta de Discapacidad, luego estuvimos tres años sin recibir formación hasta que lo impusimos para seguir funcionando. Rescato la escuela de enfermería, el curso de asistente personal y el posgrado.”

Md 1.1:“Tengo presente cada capacitación que se hacía, para esa gestión fue muy importante capacitarnos, cada charla, taller, curso, etc. tanto en la institución como en la localidad como en otras localidades fueron muy productivas”

E2: “Además, pude participar del curso de Asistente Personal del cual formé parte del equipo de capacitación, el cuál fue muy importante y hoy aquellos que terminaron el mismo, se encuentran todos trabajando.”

Ps 2: “Puedo rescatar principalmente la educación permanente de esta gestión, hicimos un posgrado en salud comunitaria, reuniones con el equipo de salud mental de la provincia, con el equipo de género, adicciones en Rosario, Suicidio en San Francisco, algunos de los que participé además de la Escuela de Enfermería que continúa hoy, no siendo así de la misma manera la capacitación para el personal”

LE 1.1:” Todas las capacitaciones que se realizaron fueron muy positivas en su momento porque pudimos adquirir más conocimientos, pero en la actualidad no se realizan. Sólo nos juntamos con el equipo de enfermería una vez al mes para coordinar acciones y mejorar el trabajo diario.

También en capacitación debo rescatar la Escuela de Enfermería y el curso de Asistentes personales, la primera con continuidad y no así el curso a pesar de seguir necesitando gente formada en el tema y que además facilitaba una salida laboral para aquellos que a lo mejor no tenían un secundario hecho”

E2: “La gestión anterior nos capacitó en muchas cosas, pero sobre todo en la nueva ley de salud mental, con la cual acuerdo porque apunta a un trabajo interdisciplinario, desinstitucionalizado y sobre todo priorizando los derechos humanos. Creo que el principal obstáculo para la implementación fue la falta de un médico psiquiatra”

LE 1.2:” La creación de una extensión áulica de la escuela de enfermería de Rosario en la ciudad de San Jorge en 2011 fue otro de la logros y capacitaciones, la misma se pudo

concretar con el apoyo económico de particulares y empresas locales, la modalidad era por cohorte, egresando dos promociones que permitieron el ingreso en diferentes centros de salud de la zona.

La posibilidad de participar en forma activa, interactuando con los distintos sectores intrahospitalarios y la participación de la comunidad permitió a actores ser partícipes de un proceso de cambio que si bien no pudo mantenerse forma parte importante de la institución, en su historia.”

La Educación permanente fue necesaria y eficaz para poder cambiar el paradigma de salud en el equipo, es útil como proceso de análisis y reflexión sobre las prácticas cotidianas y de los enfoques que las orientan mediante diferentes metodologías, promoviendo el aprendizaje de la vida cotidiana de la institución y de las prácticas sociales y de trabajo, en el contexto real en el que ocurren; problematizando el propio quehacer, haciendo de los integrantes del equipo de salud sujetos reflexivos de la práctica y constructores de conocimiento, en lugar de receptores. Promoviendo la integración de estrategias educativas con estrategias de gestión que reencuentren a la institución con su misión.

Tanto la Escuela de Enfermería como el Curso de Asistentes Personales, se constituyeron en motivadores para la revisión de las prácticas en salud y también como espacios replicadores del nuevo paradigma de salud.

Consideraciones finales

En relación al **primer objetivo específico**, que propone identificar la percepción /opinión del equipo de salud acerca de la implantación del Colegiado de gestión en lo referente a Cultura Organizacional como comportamiento de la organización, y con la información recogida en las entrevistas realizadas a miembros del Colegiado y al equipo en general, puede afirmarse que en relación a la accesibilidad, fue valorada la intervención en la programación de agenda y turnos, pero que no se sostuvo en la atención ambulatoria, sólo el equipo de Salud Mental refiere tener accesibilidad plena en su atención. El dispositivo que sigue funcionando es la Junta de Discapacidad, para la confección de Certificados Únicos de Discapacidad. Hay un reclamo repetido de mejoras edilicias proyectadas y no ejecutadas hasta el momento, sólo se evidencian arreglos mínimos e indispensables para el acceso físico de discapacitados.

En relación al Organigrama, los integrantes del Colegiado tenían conocimiento y habían participado en su mayoría en la formulación del mismo; en su implementación surge como una debilidad la comunicación y el diálogo al respecto, ya que el resto del equipo no lo pudo identificar claramente. Las distintas voces dejan de manifiesto la falta de claridad y amplitud de las discusiones internas al momento de objetivar o abstraer las reformas consensuadas en relación al organigrama.

El trabajo realizado en cuanto a la formación y trabajo del Consejo Social, fue destacado por todos como un mecanismo de participación e integración de proyectos de salud mancomunados, que por razones políticas partidarias se discontinuó. Algún integrante del equipo de Salud Mental refiere que esto posibilitó la apertura de trabajo con el Gabinete

Psicopedagógico, que formaba parte del Consejo Social y que aún continúa el trabajo conjunto.

El trabajo en equipo, tuvo aceptación por parte de los entrevistados y quedaron expuestos los beneficios que resultan de una mirada integradora y holística, para el usuario, situación que se ve desdibujada en este momento por la falta de organización. El equipo de Salud Mental, es el que rescata la importancia y habla de una transformación “del afuera y el adentro” de cada uno de los actores. Y es el que resalta el concepto de trabajo con proyectos terapéuticos y los relaciona con el trabajo en equipo y con una mirada integral de la salud.

La protocolización de circuitos y de trabajo, último componente incluido en el eje Cultura organizacional, fue identificada como muy valiosa a la hora de intervenir, por los distintos equipos. Siguen utilizándose codificación de circuitos, sobre todo en emergencia, en el espacio de la guardia y en Salud Mental.

Queda de manifiesto que el equipo de Salud Mental, es el grupo humano que más fuertemente tiene arraigado y aún lleva a cabo muchas de las estrategias evaluadas en este eje temático.

En el **segundo objetivo** se propuso identificar la percepción /opinión del equipo de salud acerca de la implantación del Colegiado de gestión en lo referente a la Gestión Clínica como rediseño organizativo; en este sentido puede sintetizarse que se valora en todas las entrevistas la necesidad de tener una visión integral de la salud familiar; así mismo se concluye que en relación a la HCF, su uso está bien implantado sólo en el Centro de Salud, no así en la atención ambulatoria del Hospital, donde se ve como insuficiente/ débil el

aporte hecho por trabajo social y los alumnos de la Escuela de Enfermería en la confección de la misma.

En referencia a atención programada, se jerarquiza la gestión de turnos realizada entre 2008 y 2014, dándole relevancia a la atención de los equipos de referencia, para mejorar la calidad de atención, en lugar de utilizar la guardia como equipo de cabecera.

Las expresiones vertidas dan cuenta de una total aceptabilidad al trabajo en interdisciplina e integralidad, se jerarquizan como importantes los pases de sala en internación y las reuniones clínicas, que actualmente no se sostienen. La construcción de proyectos terapéuticos individualizados también se plasmaron, los que actualmente se sostienen parcialmente entre los integrantes del equipo de Salud Mental. Este equipo también rescata que se continúa con la atención en talleres grupales como forma de dar respuesta a la alta demanda de crisis subjetivas colectivas atravesadas por conflictos sociales actuales.

En relación a la satisfacción de la calidad de atención, el equipo expresa haber estado satisfecho con este cambio de mirada y de estrategia propuesta y desarrollada, a partir del trabajo en equipo, multidisciplinario e interdisciplinario, con guías claras y con una mirada holística e integral, expresando que los usuarios también lo manifestaron. Como déficit debe resaltarse que en la actualidad este modelo de atención no pudo ser sostenido en toda su dimensión.

El **tercer objetivo** propuesto que fue explorar la aceptabilidad de los equipos sobre las intervenciones en Educación Permanente, cabe expresar la adhesión a estas instancias formativas por parte de todos los entrevistados en relación a su capacitación en servicios y

educación continua; es en este aspecto donde, nuevamente el equipo de Salud Mental, pone énfasis en su capacitación en salud colectiva y en nuevas modalidades de atención.

La Educación permanente resultó una herramienta útil para promover el juicio crítico con relación a las propias prácticas ejecutadas en el espacio de los servicios, de las intervenciones conceptualizadas como prácticas sociales y de trabajo, teniendo siempre como marco referencial el contexto real en el que todas las acciones ocurren con el propósito final de modificar el paradigma de salud y las estrategias utilizadas en los procesos de atención.

Los entrevistados manifestaron su total aceptación, en relación a los dispositivos de educación a la comunidad, llevadas a cabo con el curso de Asistentes Personales, y la Escuela de Enfermería los cuales tuvieron una nueva mirada centrada en la APS y celebraron el sostenimiento de esta última en el tiempo.

El **último objetivo** propuesto es la valoración expresada por los equipos de salud como actores del modelo de gestión colegiada en su conjunto, se manifiesta explícitamente su aceptabilidad, pero refieren la dificultad de su sostenimiento global en el tiempo. En relación a la calidad de atención, centran su adhesión en el cambio del abordaje clínico, con una perspectiva multidisciplinaria, que no responde a procesos curativos y de cuidado de un enfermo, sino en un abordaje basado en la población adscripta, donde los factores de riesgo socio-bio-psicológicos y las condiciones de salud ya establecidas se afrontan mediante estrategias de atención basada en la población.

Debe destacarse el rol y la apropiación lograda por el equipo de Salud Mental a las modificaciones de la gestión clínica, claramente manifiestan la mayor disposición y

aceptabilidad al trabajo interdisciplinar y con las nuevas herramientas de atención, como la atención grupal. Son quienes sostienen, de alguna manera, el trabajo en red e intersectorial originado en el Consejo Social y cuya estabilidad fue obstaculizada por la tensión política de la dirigencia local.

Como respuesta al interrogante central, puede concluirse que el nivel de implantación logrado del Colegiado de Gestión no fue total, se transparenta la necesidad de continuarlo con políticas sostenidas en el tiempo, que no dependan de la gestión de turno, con un contexto organizacional favorable; queda expresada en los dichos la aceptabilidad de la necesidad de un cambio en el modelo de gestión tradicional así como la necesidad de la sostenibilidad del proceso de Educación Permanente, como herramienta fundamental para generar conocimiento de las nuevas estrategias a utilizar en contextos cambiantes. En relación a la cultura organizacional queda de manifiesto que el coeficiente de cogestión se amplió bastante en el sentido de la democratización y la participación de todos los actores.

En la gestión clínica, hubo mayor grado de implicación y compromiso de los equipos con la institución y con los proyectos que ellos formularon, aumentando su realización profesional, se percibe -sobre todo en el equipo de Salud Mental- una maduración para lidiar con los aspectos técnicos, como los políticos, humanos, éticos, es decir manifiestan mayor capacidad de diálogo y negociación para el trabajo en interdisciplina necesario en el nuevo escenario. La dimensión Educación Permanente es la que más aceptabilidad tuvo y la que no pudo sostenerse dados los cambios políticos vividos en la institución.

En este sentido el Colegiado de Gestión apareció como modelo posible de intervención participativa de los equipos dado que con su accionar modificó en la práctica cotidiana la

distribución tradicional de poder en sus distintas y variadas expresiones; con esta misma lógica la adhesión a modelos de gestión clínica, integrales y multidisciplinarios fue posible al lograr el consenso y adhesión de los distintos actores intervinientes, donde se comenzó a cambiar la mirada de la especialización aún con aprehensión diferencial.

Cabe reiterar también el recupero y la necesidad de sostenibilidad de los espacios de capacitación y educación continua, como modalidad que empoderó a los trabajadores de la salud al aportarles herramientas en los nuevos escenarios surgidos.

Como aporte final es posible expresar que el propósito por el cual interesó poner en tensión el nivel de implantación de un colegiado de gestión en un hospital particular, fue justamente para que los hallazgos puedan constituirse en insumos para repensar la gestión en los hospitales provinciales de segundo nivel ya que la dinamicidad de los cambios desde la perspectiva de los servicios y de las necesidades de la población plantea como desafío introducir nuevos modelos para gestionar las instituciones públicas.

Como dice Souza Campos (1998): *“No habrá cambios si no hay agentes empeñados en promoverlos.... Construir sujetos más libres, más críticos y más señores de sus destinos... Construir coeficientes más amplios de ciudadanía.”*

IX-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carrada Bravo, T. (2001). La cultura organizacional en los sistemas de salud. ¿Por qué estudiar la cultura? Rev Med IMSS 2002; 40 (3): 203-211. Recuperado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im023e.pdf>
- CEMUPRO (2007) Programa del Frente Progresista 2007-2001. Capítulo Salud: 69-74.
- Decreto N° 0020/2009 Implementación del Proceso de Regionalización. Diario Pagina 12. Rosario, 11 de Julio 2012. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplemento/rosario/22-34627-2012-07-11.html>
- Decreto N° 0029/2008 Modificación de la actual distribución sanitaria del territorio provincia Santa Fe. Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe. Santa Fe, 21 de Enero de 2008. Recuperado de <https://ar.vlex.com/vid/decreto-0029-2008-350666926>
- Decreto N° 04321/67 “Estatuto orgánico de los Servicios para la Atención Médica de la Comunidad”. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Santa Fe, 23 de junio de 1967. Recuperado en: http://gobierno.santafe.gov.ar/archivo-general/decretos_1995_1995/detalle.php?id=160743
- Decreto 1.445/11. Régimen de contratos de locación de servicios. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe. Santa Fe, 4 de Agosto de 2011. Recuperado en <https://www.santafe.gob.ar/boletinoficial/resumendia.php?pdia=fecha&dia=2011-08-04>

- de Frias, P., Cabral de Lira, P., de Araujo Hartz, Z. (2009) *Evaluación de la implantación de un proyecto para la reducción de la mortalidad infantil*. En: De Araujo Hartz, Z. y Vieira Da Silva, L. (2009) “*Evaluación en salud*”. *De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud*. Buenos Aires. Editorial Lugar.
- Díaz, C. (2010) *Gestión clínica*. “*No es el remedio de todos los males, pero que bien utilizada, soluciona muchos problemas*”. Artículo para la Universidad ISALUD. Cátedra de Gestión Estratégica. Maestría de economía y gestión de la salud.
- Domínguez Silva, I., Rodríguez Domínguez, B., y Navarro Domínguez, J. (2009) *La cultura organizacional para los sistemas organizacionales de salud*. *Rev. Med. Electrón.* 31 (6) Matanzas nov.-dic. 2009. Recuperado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000600012
- Faria, R M. (2013) *A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano*. *HYGEIA*, 9, (16): 131-147 Jun/2013. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501/12458>
- Haddad, J. Clasen Roschke, M., Davini, M C. (1994) *Educación Permanente en Salud. Programa de desarrollo de RRHH en salud*. OPS. OMS. Pág 34-104.

- Jiménez Paneque, R. (2004) Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev. Cubana Salud Pública 2004; 30 (1). Recuperada en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/sp04104.htm
- Ley Nacional N° 26.657/10. Derecho a la protección de la Salud Mental. Disposiciones Complementarias. Derógase la Ley N°22914. Información Legislativa. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. Bs As, 25 de Noviembre de 2010. Recuperada en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley Provincial 6.312/67. SAMCo. “Servicio Atención Médica a la comunidad” Santa Fe. 2 de Mayo de 1967. Recuperada en: https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/33971/174451/file/Ley%206312_67.pdf
- Mahtani Chugani, V. (2009) Estudio cualitativo sobre la percepción del beneficio y del riesgo de ansiolíticos y antidepresivos en los usuarios. Servicios de publicaciones Universidad de la Laguna. Series Tesis Doctorales. <ftp://h3.bbt.k.ull.es/ccppytec/cp321.pdf>
- Martínez Salgado, C (2012) El muestreo en investigación cualitativa. Principios Básicos y algunas controversias. Ciencia & Saude Colectiva 17 (3): 613-619. Recuperado en: www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf
- Massuda, A., Sousa Campos, G., (2010). El método de soporte Paideia en el Hospital: la experiencia del Hospital de Clínicas de la Universidade Estadual de Campinas (HC- Unicamp). *Salud Colectiva* 6, (2): 163-180. Lanús mayo /ago 2010.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-

[82652010000200004](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000200004)

- Ministerios de Salud y Educación de la Provincia de Santa Fe. 2013. Curso de Formación de Asistentes Personales para la inclusión social.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2006) Guía de estandarización de Procesos Asistenciales. Calidad de Gestión Clínica. Recuperado en: <http://www.msal.gov.ar/pngcam/pdf/EPA.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación. 2016. Educación Permanente. Recuperado en: <http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php/formacion/educacion-permanente-en-salud>
- OMS. (2015). Nota descriptiva N°232. La salud y los derechos humanos. Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- OPS/ OMS. (2007) *“La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. La formación de Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud”*. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud – Washington, D.C.
- OPS/OMS (2001) *“La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe”*. Recuperado en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16611s/s16611s.pdf>
- Resolución 454/08. Ministerio de Salud de la Pcia de Santa Fe. Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe. Santa Fe, 8 de Mayo de 2008. Recuperado en: <https://www.santafe.gov.ar/boletinoficial/recursos/boletines/20-05-2008avisos.htm>

- Sardinha Peixoto, L; Cuzatis Gonçalves, L; Dutra Da Costa, T; Tavares, C; Dantas Cavalcanti, A; Antunes Cortez, E. (2013). Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus conceptos. *Revista Electrónica de Enfermería. Enfermería Global* (29): 307-322. Enero 2013. Recuperada en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/141801/144111>
- Souza Campos, G. (1998). "El anti-Taylor: en relación con la invención de un método para cogobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso" *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(4):863-870.
- Souza Campos, G., (2001). *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires. Argentina. Lugar Editorial.
- Souza Minayo, M. C. (2010) *Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa*. *Salud colectiva* vol.6 no.3 Lanús sep./dic. 2010. Recuperado en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300002
- Tessmer, Germán (2010). *Cuando la ley es la trampa: salud y desarrollo en la provincia de santa fe, análisis de la ley provincial SAMCo*. Instituto de Investigaciones Económicas, Facultad de Ciencias Económicas y Estadística de la UNR, Becario Tipo I de CONICET, Rosario, 2010. Recuperado en: <http://www.augm-cadr.org.ar/archivos/8va-bienal/MIV.13.pdf>

- Tobar, F. (2010) *Gestión Territorial en Salud*. En: Chiara, M. & Moro, J. *Pensando la agenda de la política. Capacidades, problemas y desafíos*. Universidad Nacional General Sarmiento. Instituto del Conurbano. Pag 15-44. Recuperado de http://www.fsg.org.ar/20140328_Gestion_territorial_en_salud.pdf
- Touati, N., Contandriopoulos, A., Denis, J., Rodriguez, R., Sicotte, C., Nguyen, H. (2009) *Una experiencia de integración de la atención médica en una zona rural: los desafíos de la implantación*. En: De Araujo Hartz, Z. y Vieira Da Silva, L. (2009) *“Evaluación en salud”. De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud*. Buenos Aires. Editorial Lugar.
- Unión Europea (2009). Programa de Cooperación descentralizada URB AL III 2009-2013. Observatorio de Cooperación Descentralizada/Union Europea/América Latina. Recuperado en <http://observ-ocd.org/es/programa-urb-al-iii>
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Ed Síntesis. Madrid. España.
- Vieira Da Silva, L. (2009) *Conceptos, abordajes y estrategias para la evaluación en salud*. En: De Araujo Hartz, Z. y Vieira Da Silva, L. (2009) *“Evaluación en salud”. De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud*. Buenos Aires. Editorial Lugar.
- Vilaça Mendes, E. (2011). *Las redes de atención de salud*. OPS. 2º Edición. Brasilia. Brasil.

BIBLIOGRAFIA

- Bernardes, A. (2011). Modelo de gestión colegiada y descentralizada en hospital público: la óptica del equipo de enfermería. Rev Latino- Am Enffermagem 19 (4) julio- ago 2011.
- Campos, G. (1998). Subjetividad y administración del personal: Consideraciones sobre el trabajo en los equipos de salud, pp 296-266. In: Merhy, E.E. e Onocko, R., Agir em saúde. Editora Hucitec, São Pablo.
- Cuba Corrido, Braulio. Cultura organizacional y calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Recuperado en: http://www.urp.edu.pe/pdf/clase_culturaOrganizacional.12Feb.pdf
- Delcore, L. (2004). Cultura organizacional y Reforma del Sector Salud- Condición necesaria para el cambio. Revista de ciencia y adm. Financiera y seguro. Costa Rica. 12 (1) San José Sep. 2004 http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592004000100004
- Dussault, G. (1994) "La gestión de los servicios públicos de salud: características y exigencias." Cuadernos Médicos Sociales (68).

- García Ubaque, J. (2011) Cultura organizacional en hospitales. Revista Salud Historia Sanidad. 6 (1) Recuperado en: <http://revistas.uptc.edu.co/index.php/shs/article/view/1899>
- Grau, A., Suner, R., García, M. y grupo de estudio del Síndrome de desgaste profesional en los Hospitales de Girona. (2005). Desgaste profesional en El personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Gac Sanit (online) 19 (6): 463-470.
- Guber, R. (1990). *El salvaje metropolitano. A la vuelta de la Antropología Posmoderna. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo.* Ed Legasa. Buenos Aires, Argentina.
- Haddad, J., Clasen Roschke, M. A., Davini, M. C. (1994). *Educación Permanente de Personal de salud.* OPS/OMS. Washington DC. EUA.
- Hernandez Junco, V., Quintana Tápanes, L., Mederos Torres, R., Guedes Días, R., García Gutierrez, B. (2009) Motivación, satisfacción laboral, liderazgo y su relación con la calidad del servicio. Rev. Cuba. Med. Mil; 38(1), ene-mar 2009.
- Herrera- Amaya, G., Manrique- Abril, F. (2008) Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de enfermería. Aquichan; 8(2):243-256, oct 2008.
- Lopez Noguero, F. (2002) El análisis de contenido como método de investigación. XXI. Revista de Educación, 4: 167-179. Universidad de Huelva. Recuperado en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/1912/b15150434.pdf>
- Luppi, Irene. (2001) *El encuentro médico/paciente. ¿Armonía o conflicto?* UNR Editora. Rosario, Argentina.

- Macias, G. (2009). Evaluación de la calidad de atención en el centro de salud de campo verde. San Salvador de Jujuy. Cuad. Fac. Humanid. Cienc. Soc., Univ. Nac. Jujuy (37) San Salvador de Jujuy. Recuperado en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042009000200014
- Medina, M., Silva, G., Aquino, R., de Araujo Hartz, Z. (2009) *Uso de modelos teóricos en la evaluación en salud: aspectos conceptuales y operacionales*. En: De Araujo Hartz, Z. y Vieira Da Silva, L. (2009) *“Evaluación en salud”. De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud*. Buenos Aires. Editorial Lugar
- Mintzberg, H. (1992) *“El poder en la organización”*. Ariel S.A.Editorial.
- Parolin, M. (2009) *Comunicación y cultura organizacional: un enfoque de gestión*. Cultura y gestión organizacional. Análisis comparado entre dos organizaciones públicas de salud. Revista de Cs Económicas y Estadística. (1). Tesis Doctoral Facultad de Cs Económicas UNR/UBA. Recuperado en <http://www.saberes.fcecon.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/10/60>
- Robles-García, M. et al. (2005) Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir Del modelo EFQM. Gac Sanit (on line) 19 (2): 127-134.
- Rovere, M., (1999) *“Redes en salud; un nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad”*. Ed Secretaria de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión).

- Soria, G. y Montenegro, D. (2008). El Anti Taylor: sobre la creación de un método para co-gobernar instituciones de salud produciendo libertad y compromiso. Publicación del Nodo Santa Fe Salud del Ministerio de salud de la provincia de Santa Fe. Argentina. Viernes 25 de julio de 2008. Recuperado en <http://nodosantafesalud.blogspot.com.ar/2008/> .
- Torres Moraga, E y Lastra Torres, J. (2008). Propuesta de una escala para medir la calidad del servicio de los centros de atención secundaria de salud. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro 42(4):719-34, Jul/Ago. 2008. Recuperada en: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n4/a05v42n4.pdf>.
- Vieira da Silva, L., de Araujo Hartz, Z., Lima Chaves, S., Pontes da Silva, G. (2009) *Metodología para el análisis de la implantación de procesos relacionados con la descentralización de la atención de la salud en Brasil*. En: De Araujo Hartz, Z. y Vieira Da Silva, L. (2009) *“Evaluación en salud”. De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud*. Buenos Aires. Editorial Lugar.

ANEXOS

Anexo I. Proceso de CONSENTIMIENTO INFORMADO.

A- Hoja de información para el participante

Título del estudio: Evaluación de un modelo de gestión colegiada según la cultura organizacional, la gestión clínica y la educación permanente como estrategia de intervención en un hospital de la Provincia de Santa Fe durante el año 2017

Investigadora: Bobatto, Andrea

Lo estoy invitando a participar en el estudio **Evaluación de un modelo de gestión colegiada según la cultura organizacional, la gestión clínica y la educación permanente como estrategia de intervención en un hospital de la Provincia de Santa Fe, durante el año 2017** a realizarse en Hospital San Jorge. El estudio tiene como objetivo evaluar la implementación de tal modelo ejecutado durante los años 2008-2014 en el citado efector.

El estudio es la tesis de posgrado de la investigadora en el marco de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud dependiente del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario.

Usted ha sido seleccionado por haber participado de la de implementación del Colegiado de Gestión entre los años 2008 y 2014 cuyo proceso quiere evaluarse en este momento, para lo cual se lo invita a ser partícipe de una entrevista para recuperar los ejes de la investigación desde su perspectiva valorativa.

Si bien este estudio no traerá un beneficio directo para usted, su participación y su voz puede contribuir a evaluar la modalidad de gestión ejecutada en el hospital de San Jorge.

Toda la información que se recabe no se utilizará para otros fines. Su participación es voluntaria.

Si usted tiene dudas acerca del estudio puede concurrir cualquier día a las direcciones mencionadas al final del formulario y contactar a los profesionales a cargo que figuran en la Hoja de firmas para aclarar sus dudas.

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

En consecuencia la información que se elabore como resultado de la presente investigación será enunciada en un sentido general y no habrá ninguna referencia a cuestiones personales. Los resultados que se logren podrán ser presentados en congresos y/o publicaciones y la identidad del participante no será revelada y su privacidad será preservada.

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

B- Hoja de firmas

Me explicaron y leí antes de firmar sobre la participación en esta investigación, cuyo título es **Evaluación de un modelo de gestión colegiada según la cultura organizacional, la gestión clínica y la educación permanente como estrategia de intervención en un hospital de la Provincia de Santa Fe durante el año 2017**

Sé que puedo decidir libremente mi participación en este estudio y que aunque decida no participar más en algún momento, no se compromete mi condición.

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

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

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

Firma del participante:

Lugar y Fecha

Aclaración

DNI N°

Profesional que participó del proceso de Consentimiento informado

Firma

Aclaración

Lugar y Fecha

Para preguntas o información usted puede tomar contacto con:

Investigador: Bobatto, Andrea. DNI 16797726. Tel 3406-641483.

Anexo II. Autorización del Director para realizar las entrevistas para el estudio.

San Jorge, 19 de mayo de 2017

Dra Andrea Bobatto:

Autorizo para realizar entrevistas a distintos actores de la Institución con el fin de realizar el trabajo de campo de una investigación que usted requirió.

Sin más, saluda atte.

Dr Gustavo Giordana  San Jorge, 19 de mayo de 2017

Dra Andrea Bobatto:

Autorizo para realizar entrevistas a distintos actores de la Institución con el fin de realizar el trabajo de campo de una investigación que usted requirió.

Sin más, saluda atte.

Dr Gustavo Giordana  San Jorge, 19 de mayo de 2017

COLEGIADO DE GESTIÓN	GENERAL	<p>Qué es lo primero que ud rescata o recupera de la gestión 2008-2014? Qué hicieron las autoridades con la gestión de la organización? Recupera el término Colegiado de Gestión? Con que lo asocia? Qué opinión le merece el Colegiado de Gestión? Lo puede caracterizar? Que diga si formó parte y a qué sector representaba.</p>
CULTURA ORGANIZACIONAL	GENERAL	<p>Qué cuestiones de funcionamiento del hospital Ud identifica/ asocia con la puesta en marcha del de la modalidad de gestión del período 2008 a 2014. (Introducir el término en el Colegiado de Gestión si correspondiera) Las ubica con diferencias con momentos de gestión anteriores? en qué sentido?? Por qué? Considera oportuna la intervención de múltiples disciplinas en la resolución de problemas en el Hospital? Qué opina sobre las actividades extramuro?</p>
	ACCESIBILIDAD	<p>Cómo valora/qué opinión le merece el sistema de turnos programados por mail o teléfono? Qué opina de la inclusión para discapacidad? Identifica mejoras desde lo edilicio? Cuáles? Qué acarrea desde el puntode vista del acceso? Puede mencionar algunos dispositivos puestos en marcha? Qué opinión le merecen? Qué logros visualiza? Tener en cuenta los dispositivos de la junta de discapacidad, equipo de rehabilitacion.</p>
	ORGANIGRAMA	<p>Qué me puede decir del organigrama de la institución? Si tiene conocimiento del mismo, que lo valore y describa. Preguntar a dónde apuntaba en su formulación. Participó en su confección? Qué comentarios le merece hoy, luego del tiempo transcurrido?</p>
	TRABAJO EN EQUIPO	<p>Cuál fue el modo de organizar el trabajo? Con que criterio? Cómo lo valora? Acuerda con esa modalidad de atención? Qué implica? Qué sucede hoy al respecto? En que se vió beneficiada la población con esta modalidad de trabajo? Marcar el antes y el hoy para ver qué quedó. Si sale el trabajo con salud mental, preguntar si conoce la Ley de Salud Mental, qué opina de su implementación? Qué opina del trabajo con proyectos terapéuticos? Qué opina del trabajo en rehabilitación? Acuerda con el trabajo conjunto con otras instituciones?</p>

	PROTOCOLIZACIÓN DE CIRCUITOS Y DE TRABAJO	<p>Qué opina sobre protocolizar los circuitos de atención? Visualiza la organización de la emergencia por códigos? Qué opina de pases de sala conjunto? Cree importante tener guías terapéuticas y protocolos para la atención tanto ambulatoria como en internación?</p>
GESTION CLINICA	GENERAL	<p>Qué cuestiones de la atención clínica Ud identifica/asocia con la puesta en marcha de la modalidad de gestión del período entre 2008-2014? Cómo lo valora?Cuál es su utilidad? Cómo se organizó la atención?</p>
	ATENCION FAMILIAR	<p>En qué se basa la atención familiar? Qué piensa de la misma? Ver si recuerda la HCF, sino introducir el concepto.</p>
	ATENCION PROGRAMADA	<p>Visualiza alguna diferencia en la gestión de turnos con respecto a otros momentos de la institución? Marque ventajas y desventajas. Cómo valora los turnos programados y por qué? Ofrecen mejoras? Mencione. Guardar para sugerir: Considera que los turnos programados ofrecen una mejora en la gestión vs demanda espontánea?.</p>
	ATENCIÓN INTERDISCIPLINA INTEGRAL EN E	<p>Aceptabilidad del trabajo en equipo e interdisciplina: Cómo valora la atención en interdisciplina e integralidad? Que hable y argumente al respecto, que ejemplifique cómo se expresan estas cuestiones. Antes vs ahora. Que argumente si está de acuerdo con esa modalidad. Reservar como ayuda: rescatar pases de sala conjuntos, reuniones clínicas y armado de proyectos terapéuticos.</p>
	ATENCIÓN EN GRUPOS	<p>Qué le dice la expresión atención en grupos? Podría hablar acerca de ella? Se aplicó? En que especialidades? Recuerda? Acuerda con esta propuesta? Indagar sobre todo en los grupos de salud mental...sigue funcionando?</p>
	SATISFACCION DE LA CALIDAD DE ATENCION DE	<p>Cómo evalúa la calidad de atención en ese periodo? Estuvo satisfecho? Qué opinan los usuarios? Argumente y ejemplifique. Hoy que pasa? Se ha mantenido?</p>
EDUCACIÓN PERMANENTE	GENERAL	<p>Tiene presente la realización de actividades de capacitación para los equipos durante el período que estamos hablando? Para quiénes y cómo se llevaron a cabo? Quiénes las instrumentaron y quienes las ejecutaron? Qué opinión le merecen? Qué nombre se le dió? Como valora la educación permanente? Qué actividades jerarquiza y por qué? Las podría mencionar?</p>
	ESCUELA DE ENFERMERÍA Y ASIST PERSONALES	<p>En el período en cuestión se organizó la Escuela de Enfermería, lo recuerda? Y el curso de Asistentes Personales? Qué piensa de ellos?Cuál fue la direccionalidad para la que se creó? Podría mencionarlas? Cómo reaccionaron los equipos?Cuál cree que fue su objetivo? Hay continuidad de las mismas?</p>

