



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



# **Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud**

Centro de Estudios Interdisciplinarios  
Universidad Nacional de Rosario

Descripción de variables para desarrollo de trabajo de equipo interdisciplinario en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud en Centro Médico de Atención Primaria, en la ciudad de San Lorenzo, Santa Fe. Dentro de los meses de mayo de 2013 a mayo de 2014.

**Medico Generalista y de Familia**

**Mauro Javier Scarpin**

**Director del Trabajo**

**Ariel Torres Morales**



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



## Índice

Resumen .....	3
Introducción .....	4
Problemática.....	5
Objetivo general .....	18
Objetivos específicos.....	18
Marco teórico .....	19
Equipo de Salud. ....	19
Atención Primaria de la Salud.....	30
Interdisciplina.....	31
Apartado: Resultados en salud .....	45
Apartado: Sistema de Salud Argentino. ....	50
Diseño metodológico.....	53
Resultados .....	54
Conclusión.....	66
Recomendaciones para la gestión.....	68
Discusión.....	69
Referencias bibliográficas. ....	71



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



“No debemos, pues, incorporar sistemas divididos como ciencias completas, ni nociones ininteligibles por demostraciones científicas”

John Locke

### Resumen

El objeto de estudio es indagar sobre factores que influyan sobre la posibilidad del diseño de modelo de trabajo interdisciplinario en la Atención Primaria de la Salud (APS) en los servicios de atención del primer nivel.

El trabajo de equipo surge en parte por el indiscutido motivo de la interdependencia en las tareas del personal de un área específica y se procura por los resultados demostrados luego de su verificación y aplicación.

Orientándonos hacia modos de trabajo en equipo, surge el término Interdisciplina, de mención creciente en estudios del área salud, de origen poco conocido y muchas veces reciclado para diferentes propósitos. En resumidas palabras sugiere una visión y manejo compartido de conceptos y habilidades (no tan relacionado con su concepción inicial).

En este caso se analiza la modalidad de trabajo de equipo interdisciplinario dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud<sup>1</sup>, ya evaluada en algunos países.

Los tres conceptos (trabajo de equipo, interdisciplina, APS) son temas de debate a nivel mundial sobre sus funciones actuales. El trabajo que se desarrolla a continuación dejará ver los entredichos, evidencias, resultados y escenarios teórico prácticos producto de su aplicación (o intento de) y/o sus entrecruzamientos (o intentos de).

---

<sup>1</sup>“La **atención primaria de salud** es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país” (Alma Ata, 1978)



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



## Introducción

Es necesario aclarar que este trabajo parte de una convicción y un ideal propio del autor; que el verdadero trabajo de equipo, con una modalidad interdisciplinaria, en el contexto de la atención primaria de la salud, en un centro de salud dentro del complejísimo sistema de salud argentino, tiene efectos positivos concretos, reales y medibles sobre su población y sobre el mismo equipo. Sin embargo, durante el desarrollo de la tesis se confrontarán los supuestos teóricos e hipótesis contra las evidencias y realidades cotidianas de lo propuesto; los cuales pondrían a dicho ideal, en cuestiones de posibilidades, en una meta más cercana o más lejana según muestren los datos. Algo que, cuando se habla de ideales y convicciones, es como intentar convencer a un suceso de la naturaleza con un discurso científico bien logrado sobre tiempo, lugar y condiciones para ocurrir.

Lo que se desarrolla a continuación tiene la intención de detallar características del servicio de atención de la salud que promueven o atentan contra una “teórica” forma de trabajo, que intenta maximizar los esfuerzos grupales en busca de una meta de estándares de salud, pocas veces discutida, muchas veces incomprendida, exigida “directamente” a los profesionales y desdibujada por los actores políticos del ámbito de la salud.

### Palabras clave

Trabajo de equipo. Interdisciplina. APS. Resultados en Salud. Sistema de Salud en Argentina.



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



## Problemática

### Organización

La investigación se centra en la ciudad de San Lorenzo, Santa Fe, en un centro médico de Atención Primaria, dentro de los meses de mayo de 2013 a mayo de 2014.

Se trata de un Centro Médico de Atención Primaria (CeMAP) perteneciente a Construir Salud, Red de Salud de la Obra Social del Personal de la Construcción (O.S.Pe.Con.), domiciliado en calle Moreno 756, Ciudad de San Lorenzo, Provincia de Santa Fe, Tel: (03476-421921), Tel Fax:( 03476-430541), e-mail: [meds470@uocra.org](mailto:meds470@uocra.org).

La dependencia administrativa es de tipo “seguro social”.

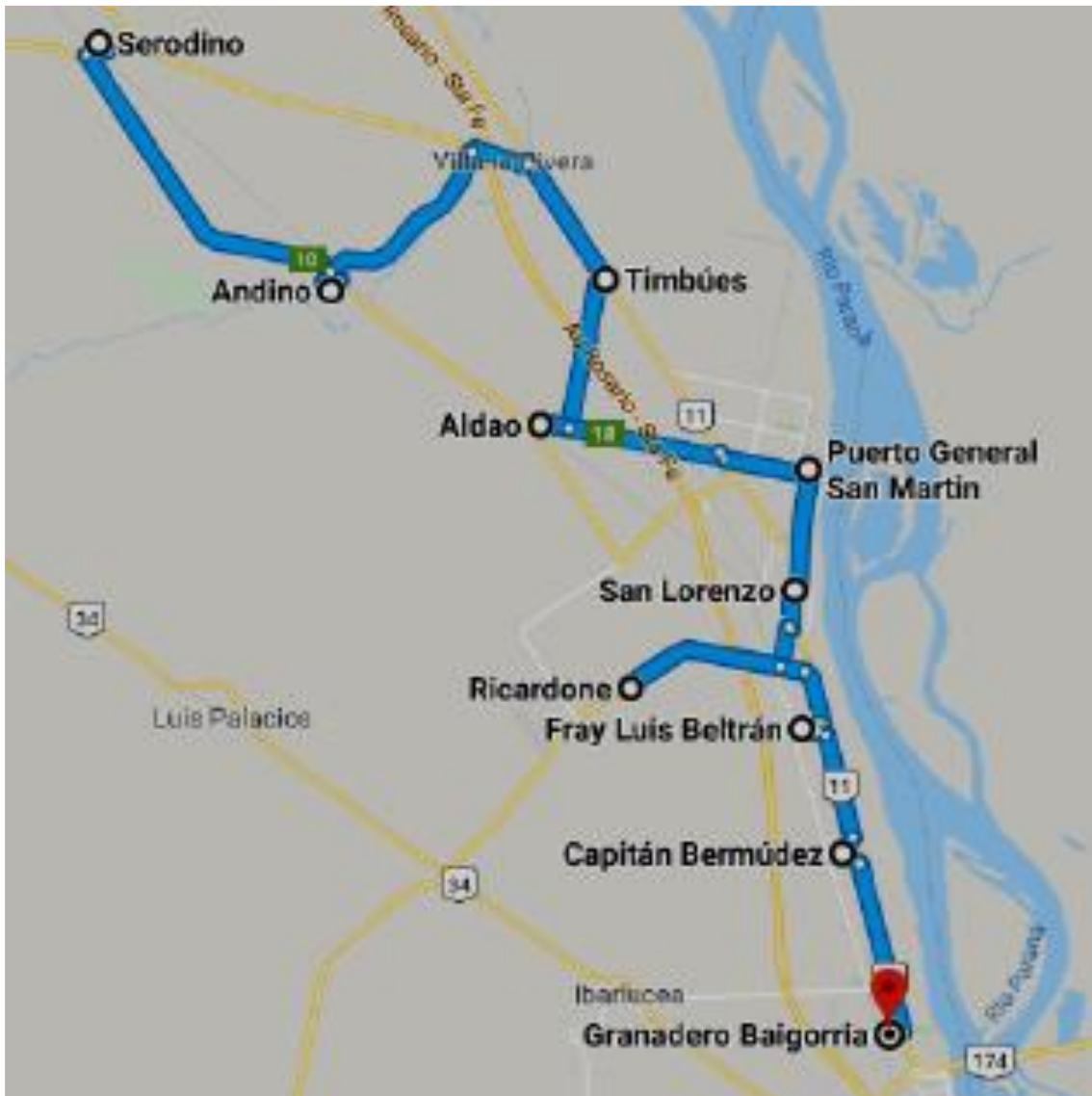
En referencia a su ubicación en el sistema de salud la institución presenta características de: Proveedor de primer nivel de atención, a través de la estrategia de APS; asegurador como recaudador y financiador de los ingresos; y comprador de servicios del 2º y 3º nivel de atención (Instituto Medico Regional, Sanatorio Rosendo García, Laboratorio Baldoma).

### Georreferencia

Los destinatarios de los servicios son la población activa de los trabajadores de la construcción, forman parte además los adherentes, los pequeños contribuyentes (monotributistas), y el personal doméstico. Comprenden el área geográfica que abarca las localidades de Granadero Baigorria, Capitán Bermúdez, Fray Luis Beltrán, San Lorenzo, Puerto General San Martín, Timbúes, Andino, Serodino, La Salada, Aldao y Ricardone.

Figura N° 1.

Área geográfica de atención del CeMAP San Lorenzo.



Fuente: Coordinacion O.S.Pe.Con. CeMAP San Lorenzo.



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



La siguiente frase se encuentra en folletos informativos y describe el modo de atención adoptado por la institución:

*“El modelo de atención adoptado por nuestra obra social Construir Salud está basado en el sistema de atención primaria de la salud y de la prevención de enfermedades con eje en la práctica de la Medicina Familiar. Esta especialidad se caracteriza por un trato personalizado, continuo e integral del paciente y su grupo familiar a cargo de un médico de familia”*

De lo mencionado anteriormente, se remarcan tres conceptos: APS, Medicina Familiar y Atención Integral; íntimamente entrecruzados y promulgados por la Tecnoestructura, quien realizó la implementación del sistema desde principios de los años 90.

#### Personal y situación formal

El centro de atención cuenta con personal administrativo, de limpieza, y con personal de salud (enfermería, odontología, medicina, fonoaudiología). El tipo de contratación es distinta para los profesionales de la salud (exceptuando enfermería); siguiendo una lógica de pago según horas de trabajo y cantidad de pacientes atendidos. El personal administrativo, de limpieza y enfermería cuenta con sueldo mensual por horas trabajadas.

A continuación se muestra una tabla enumerando al personal que participa de la atención en el centro, asignando la cantidad de los mismos, modalidad de contratación, modalidad de pago y carga horaria asignada<sup>2</sup> (tabla 1).

---

<sup>2</sup> Al momento de la entrega de la tesis la situación del personal había cambiado, incorporando a Trabajo Social, 2 Médicos de Familia y dejando su puesto 1 Médico Clínico y Fonoaudiología.

Tabla N° 1.

Integrantes, cantidad de personal y carga horaria semanal del CeMAP Construir Salud San Lorenzo			
Integrantes del Personal	Pago	Cantidad	Carga horaria semanal
Medico/as			
<i>Generalista y de familia</i>	Por prestación y carga horaria <sup>3</sup>	5	41
<i>Clínica</i>	Por prestación y carga horaria	2	27
<i>Dermatología</i>	Por prestación y carga horaria	1	4
<i>Ginecoobstetricia</i>	Por prestación y carga horaria	1	15
<i>Pediatría</i>	Por prestación y carga horaria	2	21
<i>Traumatología</i>	Por prestación y carga horaria	1	6
<i>Cardiología</i>	Por prestación y carga horaria	1	3
Coordinador	Sueldo fijo mensual	1	Se desconoce
Psicología	Por prestación y carga horaria	1	13
Administración	Sueldo fijo mensual	6	45
Enfermería	Sueldo fijo mensual	2	45
Odontología	Sueldo fijo mensual	3	
Fonoaudiología	Por prestación y carga horaria	1	9

Fuente: Elaboración propia

Se observa en cuanto a la carga horaria semanal que el personal con mayor presencia pertenece a Administración, Enfermería y Medicina General y de Familia. Esto lleva cierta lógica de “equipo de atención primaria de salud básico”.

<sup>3</sup> Calculo mensual en base a monto fijo por paciente y por hora.

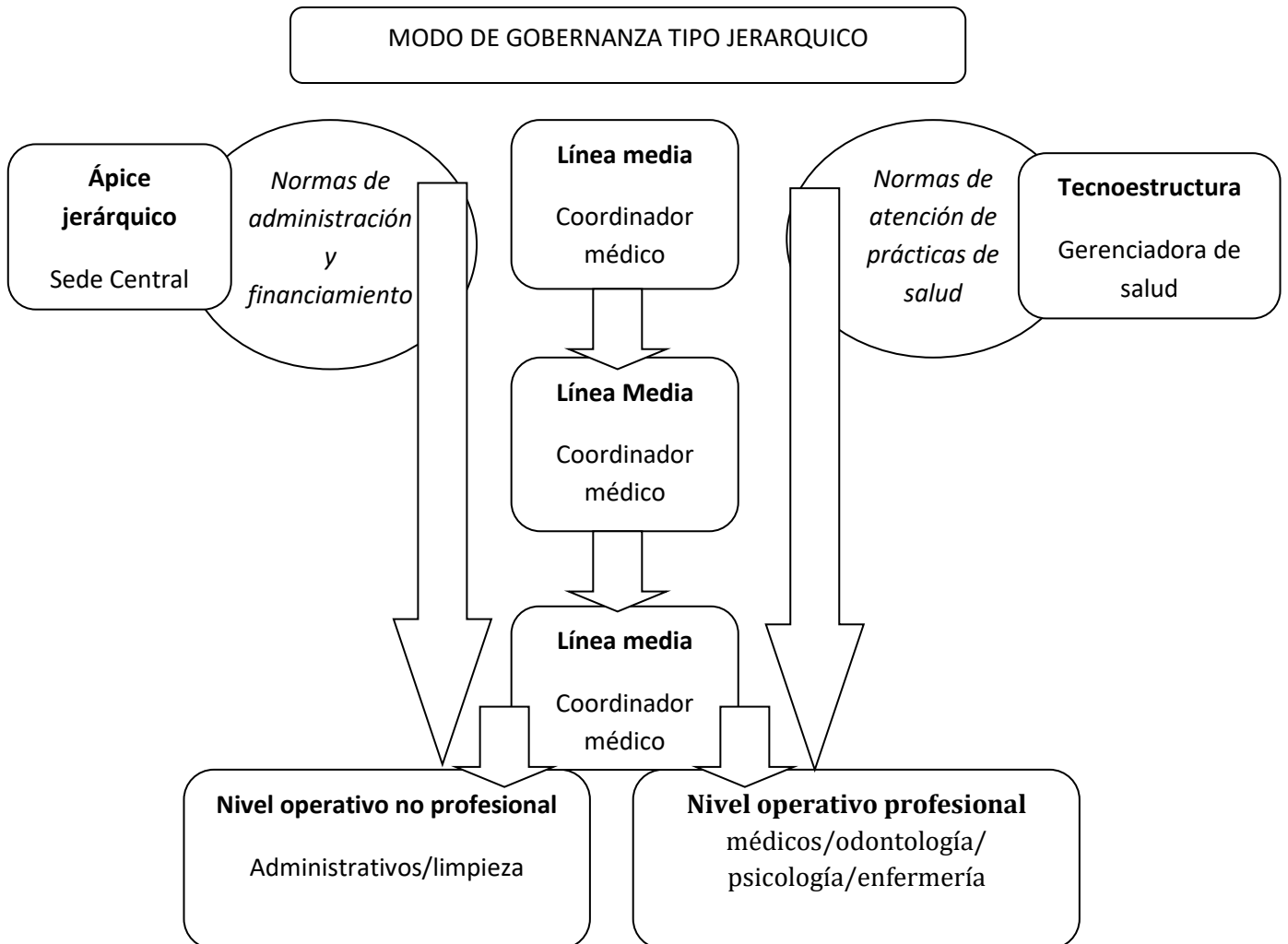


Organización

A continuación se grafica el organigrama formal y los flujos de relaciones que se establecen entre ellos.

Figura N° 2.

Organigrama formal y Modo de gobernanza de Obra Social de Personal de la Construcción.



Fuente: Elaboración propia



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



La figura N° 2 ilustra tipo de gobernanza<sup>4</sup>; y sirve para evaluar relaciones y conductas de integrantes de la institución acorde a la estrategia utilizada.

El modo de gobernanza de tipo jerárquico presenta, en este caso, factores negativos que limitan los resultados con alto impacto en el personal profesional y no profesional. Dos de dichos factores se encuentran englobados dentro de las principales fallas en las tareas de equipo: falla en la comunicación y falta de liderazgo.

La siguiente figura, elaborada luego del análisis de la situación del CeMAP, relaciona los problemas de efectividad con el modo de gobernanza de tipo jerárquico

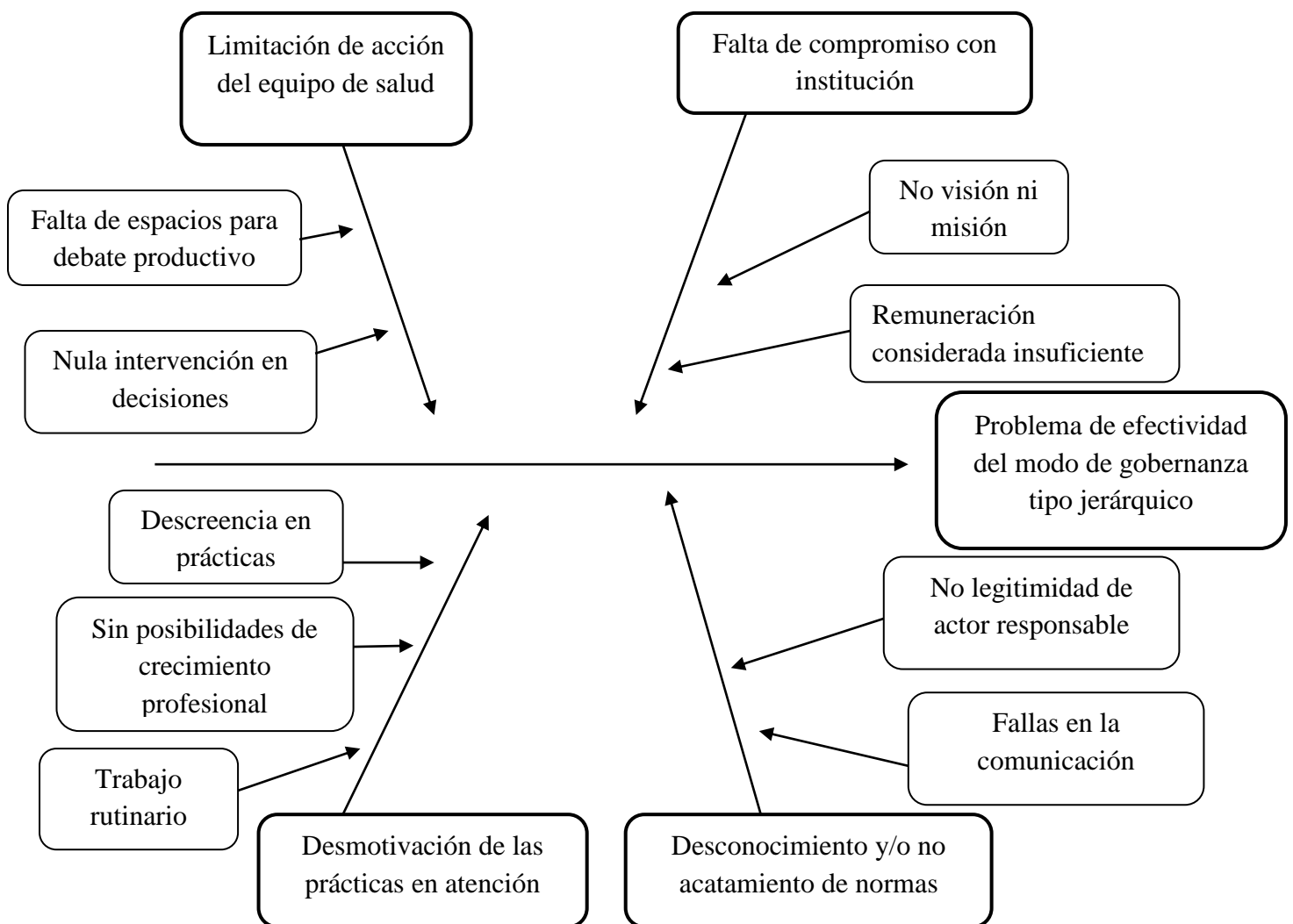
---

<sup>4</sup> “los procesos de acción colectiva que organizan la interacción entre los actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego (informales y formales), con las cuales una sociedad determina sus conductas, toma y ejecuta sus decisiones” (definición del equipo del Taller de octubre de 2004, Montevideo, Uruguay).

Figura N° 3.

Causas de problema de efectividad del modo de gobernanza tipo jerárquico en CeMAP

Construir Salud San Lorenzo.



Fuente: Elaboración propia

Los datos previos se desprenden de los ámbitos de discusión con las distintas áreas del centro, siendo algunas percepciones generalizadas (insuficiente remuneración) y otras individuales (no misión y/o visión).



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



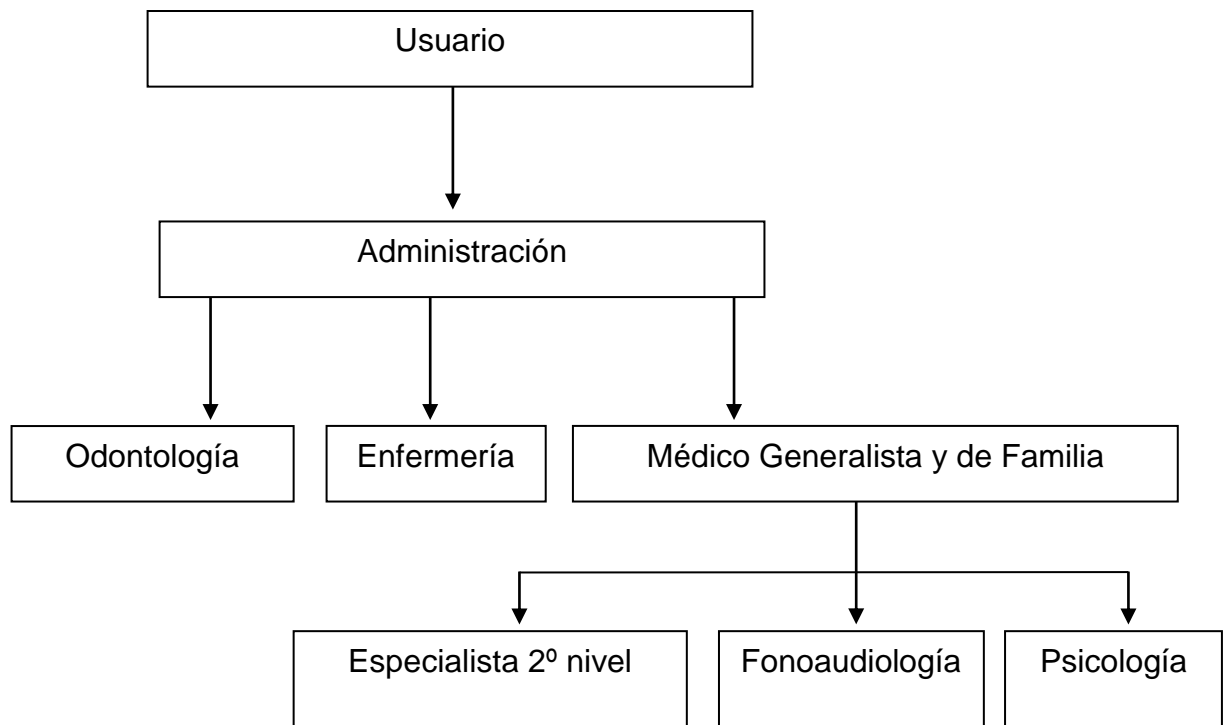
Es probable, como se aclaró en la introducción, que la situación problema pueda responder a una búsqueda personal más que a una inquietud de los trabajadores de la institución u órganos superiores. Es frecuente que en reuniones informales se planteen tensiones del trabajo cotidiano en relación a esfuerzos y logros de objetivos planteados, tanto por la institución como por uno mismo (ver anterior figura). Y si bien las palabras, una vez dichas, actúan como catarsis liberadora para luego volver a la rutina, a ciertas personas puede dispararles la necesidad de profundizar e investigar ciertas temáticas. El desarrollo de trabajo en equipo como necesidad solo parece visualizada y solicitada por los integrantes de la institución ante ciertos casos o situaciones específicas, en vez de ser un plan de acción continuo. La discusión sobre las condiciones que perpetúan los modos de trabajo actuales puede ser enriquecedora y responder a interrogantes que sobrevuelan las clásicas reuniones informales.

### Puerta de Entrada

La organización actual se basa en la entrada al sistema sosteniendo la figura de *gatekeeper*<sup>20</sup> del médico de familia, estrategia que sigue en debate continuo. Como se analizará más adelante, la relación ética/financiación no solo influye esta estrategia sino muchas otras relacionadas con la prestación de servicios y con la administración y gestión del modelo. En la siguiente figura se observa la entrada del usuario al sistema de atención que brinda el centro.

Figura N° 4.

Entrada al servicio de atención de salud de CeMAP San Lorenzo.



Fuente: Elaboración propia.

### Objetivos y resultados

Consistente con el trabajo propio de la Tecnoestructura, y acorde a guías científicas internacionales basadas en cuidados de la salud y prevención y tratamiento de enfermedades prevalentes; la misma elaboró los objetivos de la institución, tomando los siguientes ejes: 1) Prevención Cáncer de Cérvix, Mama y Colon; 2) Psicosocial; 3) Enfermedades Crónicas No Transmisibles; y 4) Materno Infantil.

La búsqueda de dichos objetivos, medible con indicadores cuantitativos, depende de factores varios que luego serán enumerados y evaluados (trabajo de equipo, liderazgo).

Se detallan los siguientes indicadores para la evaluación del desempeño en base a metas y objetivos, con resultados correspondientes a los años 2011 y 2012 (En apéndice A se detallan los cálculos de indicadores).

Tabla N°2.

Metas y objetivos O.S.Pe.Con.			
EJE Prevención Cáncer de Cérnix, Mama y Colon	Meta	Año 2011	Año 2012
Toma de PAP / mujeres atendidas en el CeMAP.	50%	26%	26%
Mujeres con PAP realizado según encuesta	80%	27%	88%
Mamografía / mujeres mayores de 40 atendidas	50%	24%	23%
Mujeres con Mamografía Realizada	80%	24%	47%
Sangre Oculta en Materia Fecal solicitada	50%	7%	6%
EJE Psico Social	Meta	Año 2011	Año 2012
Paciente con adicción con más de 1 consulta a Medico de Familia	70%	10%	8%
Tarea Grupal Adicciones	2	1	0
Paciente con Violencia Familiar con más de 1 consulta a Médico de Familia	70%	13%	0%
Actividad Difusión Violencia Familiar	2	1	0
2 Encuentros de Equipo con Sindicato sobre Violencia Familiar	2	1	0
Beneficiario con codificación de Adicciones / Beneficiarios atendidos	2%	0,03%	0,08%
2 Encuentros de Equipo con Sindicato sobre Adicciones	2	1	0

Fuente: CeMAP San Lorenzo

Tabla N°2.

Metas y objetivos O.S.Pe.Con.			
EJE Enfermedades Crónicas No Transmisibles	Meta	Año 2011	Año 2012
Toma de Tensión Arterial	100%	50%	72%
Consejería Hábitos Saludables	100%	50%	56%
Reducción ingesta Sodio	30%	15%	52%
Hipertenso con 4 consultas / año con Médico de Familia	100%	4%	3%
Tensión Arterial normal ultimo control	40%	20%	64%
Estimación Riesgo Cardiovascular	100%	50%	57%
Registro índice de masa corporal	100%	50%	38%
Paciente con Diabetes 1 consulta por trimestre	100%	9%	8%
Hemoglobina glicosilada 2 por año	100%	28%	36%
Hemoglobina glicosilada menor a 7	70%	35%	50%
EJE Maternidad e Infancia	Meta	Año 2011	Año 2012
Control Precoz	80%	30%	67%
5 o más controles	80%	40%	52%
BCG y Hep B	100%	98%	60%
Screening Neonatal	100%	50%	60%
Vacunación 6 meses	100%	90%	82%
Vacunación al año	100%	80%	60%
Lactancia Materna	80%	46%	91%

Fuente: CeMAP San Lorenzo

Tabla N°2.

Metas y objetivos O.S.Pe.Con.			
EJE APS MF	Meta	Año 2011	Año 2012
% Consultas Externas	20%	25%	18%
% Consultas Médico de Familia	70%	43%	48%
Medico Referente	90%	45%	56%
Más de un CIAP	19%	2%	2%
% Familiograma completo	70%	100%	58%
% Lista de problemas actualizada	70%	100%	35%
Tasas uso adecuadas (La-Rx-Eco-Tac-Rmn)	5	1	3
Listado de Recursos de la Comunidad	100%	50%	13%

Fuente: CeMAP San Lorenzo

El sentido de los objetivos, dentro de la teoría de la organización estratégica, marca el rumbo del trabajo del personal y de la institución. El análisis y trabajo de los mismos debe ser, como se detalla más adelante, uno de los pilares del trabajo en equipo.

En este caso, los objetivos planteados en ejes no presentan un plan de trabajo en equipo para sus logros, sino más bien la tarea individual de consultorio que, por sumatoria, representaría el trabajo de la institución.

Habiendo dado cuenta de las estructuras, procesos y resultados de la institución, se realiza la siguiente síntesis de la situación: se trata de un establecimiento de servicios de salud del área de seguridad social, perteneciente al primer nivel de atención, con personal acorde a funciones requeridas y con amplia cobertura territorial; con estrategia de atención fuertemente orientada y reforzada por la Tecnoestructura hacia el APS; con dificultad en el logro de los objetivos





UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



deseados, por conflictos inherentes a modos de organización del sistema de salud, y de la falta de reflexión y profundización del trabajo institucional.



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



### Objetivo general

- Describir las variables del Centro de Salud O.S.Pe.Con. San Lorenzo que influyen para lograr el desarrollo de trabajo de equipo interdisciplinario en los meses de mayo 2013 a mayo 2014.

### Objetivos específicos

- Evaluar percepción de personal sobre la existencia de trabajo de equipo e interdisciplina para conocer el grado de desarrollo de dichos factores.
- Reconocer factores que influyen en forma positiva o negativa para la aplicación de trabajo de equipo e interdisciplina.
- Consultar a personal sobre integrantes necesarios para la formación de equipo interdisciplinario del Primer Nivel de Atención.



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



### Marco teórico

No es propósito de este trabajo evaluar las condiciones de trabajo en equipo interdisciplinario en un “laboratorio estéril”, por lo que se desarrollan conceptos que forman parte del contexto supra institucional y que influye en el propósito inicial.

Se desarrollan teorías relacionadas con equipos de salud; atención primaria de la salud; interdisciplina y variantes de trabajo entre disciplinas; aparte de resultados en salud y Sistema de Salud Argentino.

### Equipo de Salud.

La discusión sobre trabajo de equipo en salud es de larga data; y específicamente en el área de APS, los primeros registros se remontan al año 1940<sup>30</sup>, con vasta bibliografía hasta la actualidad. Paralelamente, se comenzó a mencionar la Interdisciplina, como resultado de otro tipo de elaboraciones filosóficas<sup>19</sup>. El eje era la posibilidad de desarrollar tareas como equipo dentro de ámbito de los servicios de salud, con el objetivo de la mejora en los resultados. Desde ya, el área salud abarca un incontable tipo de servicios; pudiendo clasificarlo, a grandes rasgos, en tipo de ámbito intrahospitalario (sala de internación, sala de guardias, sala de UTI, hospital de día) y de ámbito extra hospitalario o comunitario (centro de salud, asilos, internación domiciliaria, emergencias). El escenario, tipo y cantidad de personal y modos de trabajo varían en cada uno de los ámbitos; aun así, la teoría de trabajo en equipo trata de bajarse a terreno en cada una de ellas con similares prácticas y fundamentos.

He aquí una observación: las variables que regulan los objetivos buscados dentro de un área estrictamente hospitalaria diverge profundamente con las variables en un área comunitaria. La diferencia es tan amplia como lo es un tomo de medicina interna comparado al de medicina comunitaria y rural. Si bien no se puede resumir la actuación en ambos campos a la literatura médica, debido a que existen situaciones que comprenden al ámbito humano, presupuestario, edilicio, comunicativo; en el contexto hospitalario habitualmente se trata al usuario en un cuadro agudo (o descompensación de cuadro crónico), en una cama, rodeado de aparatos, con

un resumen de antecedentes (biológicos mayormente) y datos biométricos de laboratorio e imagen. En el contexto comunitario se puede tratar tanto un cuadro agudo como crónico, en consultorio o en la casa del usuario, rodeado de elementos básicos de atención de la salud, con un resumen de datos de biopsicosociales (idealmente), en lo posible con historia clínica familiar. En ambos casos se presenta una disrupción del estado de salud, en la cual el profesional se enfrenta a dos situaciones, si se quiere, de diferente enfoque: el intento de modificación de valores biológicos a través de medicamentos, herramientas e tecnología mayormente dura en el primer caso; y el intento de modificación de valores biopsicosociales a través de tecnologías duras, semiblandas y blandas en el segundo. Difiere el enfoque, las tecnologías, los profesionales requeridos, y mayormente el contexto. En el hospital se regula la temperatura del ambiente, la esterilidad de los instrumentos, que come el usuario, cuantas veces debe levantarse de la cama, cuando duerme y cuando está despierto, cuanto liquido pasa a través de sus venas y el ritmo de su corazón a través de monitores y drogas intravenosas. O sea, una delegación del cuerpo, voluntad y contexto. En su domicilio, el usuario tendrá frío o calor según posibilidades de contar con abrigo o ventilación, la limpieza de la vivienda dependerá de él y del contexto donde este inmerso (aguas servidas, piso de tierra, falta de agua potable, cercanía a basurales), comerá lo que quiera (o pueda), se levantara de la cama tantas veces como quiera, y tomara los medicamentos según como lo haya indicado el profesional, amén de que las indicaciones sean legibles, el usuario sepa leer y se acuerde de tomarlo. O sea, un individuo libre (sujeto a su ambiente) con variables tan amplias como personas, situaciones sociales y lugares geográficos puedan existir. Es de destacar la coincidencia en estudios<sup>27,35,37</sup> donde se menciona la dificultad de aplicar trabajo de equipo en un área tan “abarcativa” (tanto en la diversidad de conocimientos específicos y profesionales como de áreas determinantes de la salud) como el APS.

Cuando aparece en la bibliografía anglosajona que los objetivos en los equipos de los centros de salud se dirimen entre largas horas sobre la organización de un traslado o la atención de las consultas programadas, se llega a la conclusión que ciertas situaciones son de larga data y de amplia distribución mundial<sup>5,27</sup>. Y más aún, cuando se lee e interpreta que “*comprehensive*”<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Comprehensive: exhaustivo (traducción al español). Exhaustivo: que agota la materia de que se trata o es muy completo.

significa que el equipo debe abarcar los contextos económicos, geográficos, relacionales, legales, etc., (el individuo y la interacción con el ambiente y su comunidad) se profundiza la incertidumbre sobre el accionar diario. Este punto tiene que ver con la formación de parte del equipo de salud, profundamente arraigado en las patologías agudas e infecciosas, actualmente al cambio de patologías crónicas degenerativas y, como ya se esclareció hace tiempo, con una fuerte asociación al status socio económico ambiental.

De los puntos de trabajo en equipo, los objetivos de un centro de atención primaria deben ser los más indefinidos, debido en mayor parte al cambio de la visión biologicista a la comprehensiva de la salud. Como menciona Irwin, *“la ansiedad y la frustración creadas por la complejidad de la tarea son parte inevitable e inherente a la servicios de salud “exhaustivos”*”.

El modelo de trabajo de equipo de salud trata sobre esfuerzos dirigidos estratégicamente al logro de una o varias tareas para el cuidado de la salud. Las propuestas para su formación mencionan la inclusión de profesionales de distintas disciplinas (variables según contexto, necesidades y recursos), elaboración de guías de actuación y producción de conocimiento conjunto.

La siguiente es la definición de equipo<sup>7</sup> que, se entiende, dentro de la vasta bibliografía, reproduce más fidedignamente sus dimensiones:

*“Un equipo es un grupo de individuos que trabajan juntos para producir productos o entregar servicios de los cuales son mutuamente responsables. Los miembros del equipo comparten metas y son mutuamente responsables para lograrlos, ellos son interdependientes en sus logros, y afectan los resultados a través de interacciones entre ellos. Porque el equipo es sostenido colectivamente responsable, el trabajo de integración entre ellos es incluido entre las responsabilidades de cada miembro”*

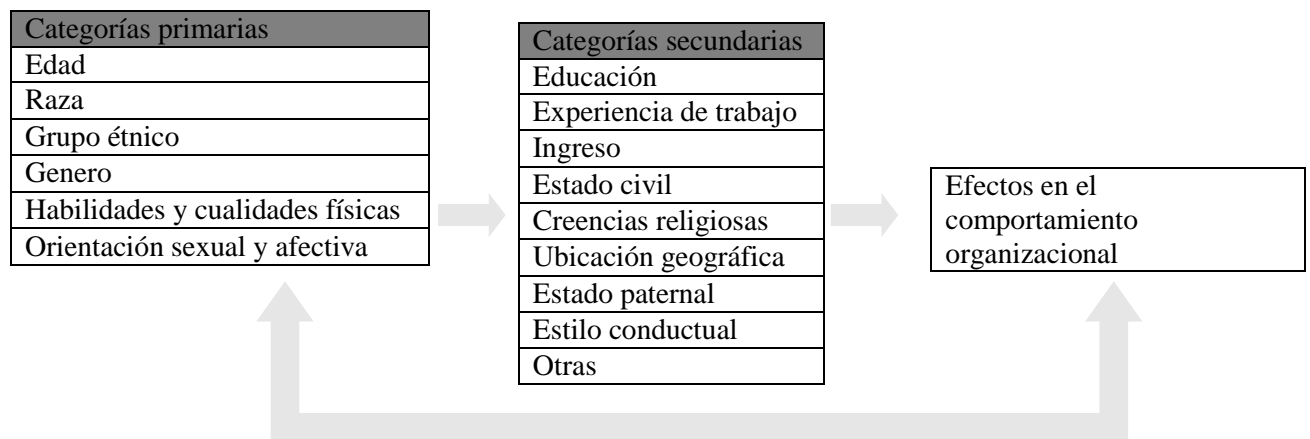
Se destaca la importancia de la responsabilidad conjunta, la meta compartida y que el resultado final es producto de la interacción.

El debate sobre trabajo de equipo en salud y resultados parece resuelto en el estudio de Irwin: “no se trata de equipo vs no equipo, sino sobre mejorar la efectividad y eficacia de los mismos”. El hecho de la interdependencia hace que funcionen como equipo, aunque formalmente no se llamen así<sup>28</sup>.

Previo a formar parte de un equipo de salud, el individuo trae consigo una formación subjetiva producto de experiencias durante su vida, que conforman su personalidad. Desconocer la individualidad dentro del grupo, sus motivaciones o dificultades en cuanto a su trabajo, deriva en la falla de gestión de equipos. La psicología organizacional<sup>24</sup> es uno de los campos de la ciencia que desarrolla las categorías a tener en cuenta en los integrantes de la institución que sean plausibles de efectos en la misma. La siguiente figura desglosa y detalla dos categorías.

Figura N° 5.

Categorías selectas de diversidad.



Fuente: Hellrrigel. Psicología Organizacional 10° Tomo.

Se observan las múltiples variables que pueden tener efectos sobre el comportamiento organizacional; se hace notar el gran número de factores que ejercen influencia desde el individuo hacia el equipo.

En los siguientes párrafos se delinea evidencia sobre los procesos de formación, aplicación, verificación y resultados del equipo de trabajo en salud; no dejando de aclarar que las nuevas evidencias sugieren que la efectividad del trabajo basado en equipos es más determinada por el contexto organizacional que por los procesos del equipo en sí<sup>42,12,35</sup>. La palabra clave es trabajo de equipo “efectivo”, o sea, que se corroboren los elementos objetivos y subjetivos que debe poseer el mismo (según la literatura disponible). En este caso, los desafíos son varios: formar o transformar a un grupo de profesionales en equipo, demostrar que se estén cumpliendo las condiciones para el trabajo en equipo, sostener el modo de trabajo; y por último, comprobar que este tipo de trabajo ha influido en los resultados sobre la salud de los usuarios.

Un artículo de investigación sugiere que “*equipos de salud efectivos requieren miembros de equipo efectivos*”<sup>32</sup>; y de cómo todavía existe conocimiento limitado de cómo desarrollar esta tarea. Se desprende del mismo una observación derivada de estudios de casos y transversales, con cierta lógica virtuosa progresiva: “*...equipos con un clima de seguridad psicológica, que alienta altos niveles de participación, hacia objetivos claros, que permite un alto rendimiento y expectativas de calidad, demuestran mejor rendimiento de equipo*”.

Es de notar que los factores más influyentes para el logro del trabajo de equipo han sido descriptos, analizados y meta analizados<sup>5, 6,7,8,27,28,33,35, 38,40</sup>; aun así, su conocimiento no ha permitido lograr en forma consistente una herramienta de aplicación cien por ciento efectiva<sup>33</sup>.

Al adentrarse en las tareas de equipo se vislumbra al poco tiempo múltiples dificultades; siendo el componente subjetivo el más complejo, sin socavar ni desprender responsabilidades institucionales y/u organizacionales.

Suele presentarse en la bibliografía una idea de “formación de recurso humano”, insertándole nociones varias sobre responsabilidades, valores, técnicas, ética, comportamiento,

habilidades; siendo muy poco mencionado<sup>5,11,12,13,22</sup> que se le ofrece a dicho recurso a cambio; o sea, la contraprestación. Es más, si es mencionado como ventaja la disminución de costos en salud para el trabajo multidisciplinario en APS, pero no como impacta en el ingreso de los profesionales participar de dichos equipos; ni siquiera está claro para algunos gobiernos la forma de pago para estos equipos<sup>11</sup>. Sigue siendo parte de buenos augurios más que una organización propiamente dicha si no se incluye dentro de la formación de equipos a las necesidades de sus integrantes, siempre como parte de una negociación cordial y fructífera.

Las competencias mencionadas en cuanto a ética y valores pueden referirse más a buenos deseos que a concretas prácticas, siendo tomado frecuentemente por los profesionales como conflictos inherentes a cuestiones culturales e individuales propias más que una cuestión a resolver o indagar por parte de las líneas gerenciales.

Volviendo al campo de la psicología organizacional y las motivaciones, queda claro que conocer los intereses personales que motivan al desempeño laboral en su área es definitivo en cuanto al logro de resultados de la organización, ya que, por más que se tenga una llegada más que exitosa a incorporar al profesional a los objetivos de la institución; habitualmente el mismo posee un interés previo.

Se puede decir, por poco margen de error, que la salud de los usuarios es un objetivo secundario para los trabajadores del área salud. Como toda vocación o tarea que en algún momento surgió como necesidad del ser humano para expresarse o ayudar al prójimo, la realidad de la condición capitalista instalada a nivel mundial la transforma en un bien intercambiable. Esto no debe ser tomado como juicio de valor, sino que debe ser entendido como tal y puesto en la mesa al momento del análisis y comprensión del trabajo de los profesionales de la salud. Por ejemplo, para algunos el interés será económico, otros el conocimiento, otros la fama, o la suma de todos estos; y algunos otros, el altruismo (interés formal ≠ interés real).

Teniendo en cuenta lo previo, si el profesional que tiene un interés puramente económico es reconocido como uno de los mejores en su área o se hace cargo de los casos más complejos, con una paga que considera no acorde, probablemente este insatisfecho laboralmente y no cumpla los objetivos buscados. Asimismo, el profesional altruista probablemente se sienta





UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud

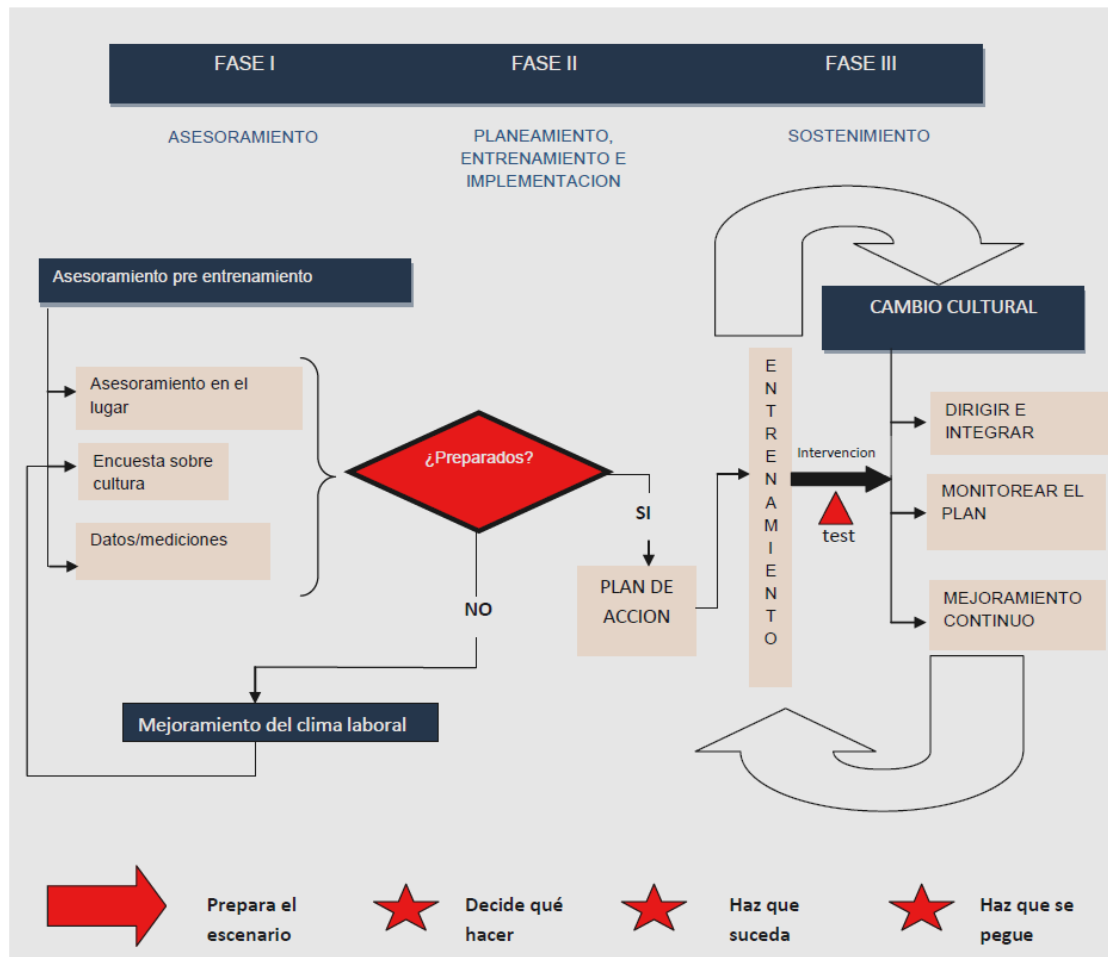


insatisfecho en un área donde su trabajo este limitado por el acceso económico del usuario. En ambos casos, son situaciones donde el interés personal no coincide con los objetivos institucionales. Como dijo un profesional de la salud en cierta oportunidad, *“ellos hacen como que me pagan, yo hago como que trabajo”*, en relación a una situación laboral de dependencia donde la insatisfacción económica afecta directamente a la calidad del trabajo.

Según el programa STEPSS (ver después), los siguiente pasos son parte de la estrategia para el inicio de las actividades de formación de equipo. Estos son: 1- asesoramiento; 2- plan, entrenamiento e implementación; y 3- sostenimiento. Como se nota, en la fase 1 se evalúan tres instancias (asesoramiento del lugar, encuesta sobre cultura, datos/mediciones) que predicen las condiciones para el inicio del plan de acción. Si las mismas no están dadas, se trabaja con el mejoramiento del clima laboral; bastante simple, no forzar cambios si las condiciones iniciales no están dadas ya que disminuye drásticamente las posibilidades de éxito de los siguientes pasos. Esto puede exasperar a ciertos actores que buscan (o son exigidos de) resultados óptimos rápidos sin análisis ni trabajo previo. La siguiente figura representa los pasos que se detallaron anteriormente.

Figura N° 6.

Guía de implementación de equipo STEPPS (traducido)



Fuente: King HB, Battles J, Baker DP, et al. TeamSTEPPS™: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. (2008).

Otro punto a desarrollar es la elección del personal; parecería que la idea de armar un equipo tiene que generarse dentro de organizaciones preestablecidas (“modelo para desarmar y armar”). Las condiciones para trabajo en equipo pueden ser buscadas entre posibles candidatos a puestos requeridos (primero se diseña el puesto y luego se elige el más

capacitado para el mismo). La bibliografía sugiere un reclutamiento y evaluación de individuos relacionado a conocimientos, habilidades y destrezas de trabajo de equipo.

Otro paso en la conformación de equipos implica la posible incorporación del usuario al mismo. Se conoce que “no existen las enfermedades, sino los enfermos”; y que el abordaje de los mismos necesita cada vez más de tratamiento holístico y a la vez personalizado; esto mismo puede ser reconocido por los profesionales de la salud. Sin embargo, la propuesta de trabajo conjunto suele ser, dentro de los servicios de salud actualmente, de difícil diseño<sup>41</sup>.

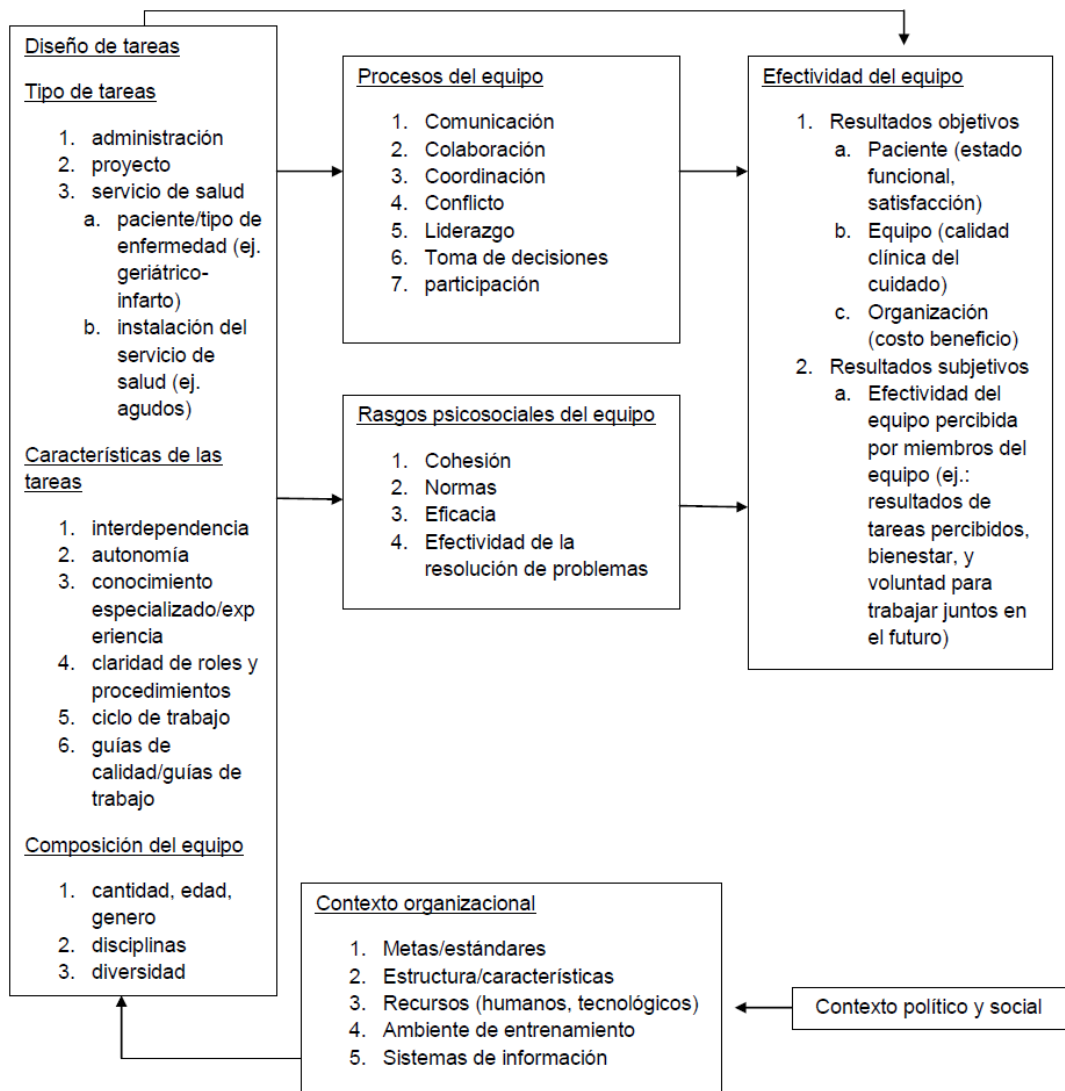
Las principales fallas de la interdependencia fueron claramente identificadas en el estudio de Irwin<sup>28</sup>, y con una clara advertencia, “*identificarlas no significa que vayan a desaparecer*”. Son las siguientes:

- “¿Que tenemos que hacer supuestamente?” - problemas causados por objetivos dificultosos (de corto y largo alcance) y prioridades.
- “¿quien está haciendo qué?” - las cuestiones de responsabilidades de rol y problemas causados por diferentes especialistas trabajando en una vía integrada.
- “¿como logramos nuestro trabajo?” - problemas causados por la necesidad de desarrollar mecanismos efectivos y eficientes para para toma de decisión, solución de problemas, comunicación, etc.
- “¿como se siente trabajar aquí?” - cuestiones interpersonales las cuales surgen cuando las personas funcionan interdependientemente tales como confianza, necesidad de apoyo, etc.

Estas preguntas forman parte de estudios de hace más de 30 años, y enumera puntos que hoy día continúan siendo clave para el estudio y desarrollo de trabajo en equipo. Es más, del mismo se desprenden los principios básicos para el desarrollo de trabajo en equipo: **Objetivos compartidos, Roles claros, Soporte mutuo, Comunicación, Procesos y resultados.**

Figura N° 7.

Modelo Integrado de Efectividad de Equipo.



Fuente: What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the literature. (Traducido)

El Modelo Integrado de Efectividad de Equipo<sup>33</sup> (ITEM son sus siglas en ingles) permite a los investigadores identificar las variables del trabajo en equipo, y poder definir (en estudios aleatorizados multicentricos) cuales permitirían lograr los resultados buscados. Simplemente

una forma estructurada de observar la “realidad” y obtener datos para poder “operar” sobre esta.

La pregunta es: ¿el trabajo en equipo, es más efectivo que el trabajo unipersonal en servicios de salud? Parte de la respuesta pueden soslayarse en ciertas revisiones<sup>33</sup>, sin embargo, la modalidad de los estudios revisados no permite sacar conclusiones valederas debido a la falta de puntos comunes de comparación y elementos insuficientes para relacionar cambios con resultados. Deja notar que las investigaciones<sup>33</sup> han mejorado la tarea incorporando la identificación de objetivos clínicos y la medición de resultados organizacionales, un avance importante para definir qué tipo de intervenciones y bajo que contextos funcionan y cuáles no.

Entonces, si investigaciones a nivel mundial ratifican que es mejor en equipo, ¿porque todavía no está aplicado y funcionando globalmente en la mayoría de los servicios de salud? Porque simplemente seria uno de los cambios más radicales en este tipo de servicio. Implica (como se mencionó antes) desnaturalizar practicas, eliminar conceptos concebidos en la “matriz”<sup>17</sup> (jerarquías, poder de toma de decisión, aceptar otros puntos de vista); cambiar esquemas organizativos de principales instituciones (hospitales, centros de salud). Basta revisar la historia de la creación de la “asistencia médica” y como la misma deriva en subculturas profesionales<sup>23</sup>, las cuales pueden actuar como verdaderas barreras para el trabajo de equipo.

El éxito alcanzable en resultados de salud gracias al trabajo en equipo probablemente incida sobre determinados puntos (organizativos, de diagnostico, de tratamiento) que favorezcan a los usuarios, sabiendo que los factores (mayormente) determinantes son de una distribución más amplia que las practicas del servicio de salud (ver apartado determinantes de la salud). Y apuntando a los posibles objetivos alcanzables, se cita la siguiente frase:

*“Los equipos tienen el potencial de mejorar el valor de la atención de la salud, pero para captar todo el potencial del cuidado en equipo, las instituciones, las organizaciones, los gobiernos y los individuos deben invertir en las personas y los procesos que conducen a mejores resultados”<sup>35</sup>*



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



### Atención Primaria de la Salud.

El modelo de Atención Primaria<sup>43</sup> es presentado por sus características como el más exitoso para abordar la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-atención más prevalentes dentro de las comunidades. De la literatura y de las experiencias a nivel mundial se desprenden elogios a la eficiencia del modelo de atención primaria de la salud, basados en valores como accesibilidad, promoción y prevención, así como equidad y eficiencia.

Al igual que la Interdisciplina, su origen en 1978 correspondió a una “necesidad” de cambio, agudizada por crisis de modelos de salud y de economía; generando una serie de conceptos con la idea de lograr sistemas de salud sostenibles.

APS, como concepto superador y eje organizador de programas de atención de salud, fue aprehendido en múltiples regiones del mundo, sufriendo (literalmente) aplicaciones que derivaron en todo tipo de acciones (desde reducción del Estado hasta focalización de políticas sanitarias para sectores socioeconómicos bajos). Resulta extenso y complejo para dicho trabajo describir los resultados de su aplicación en el sistema de salud argentino<sup>3</sup>. Para su mejor análisis, es necesario un minucioso detalle histórico del contexto social, político y económico de cada país, ya que las famosas tres siglas adquieren rasgos propios locales de identidad, muchas veces quedando un esbozo de su idea original.

Como toda formulación teórica, su aplicación en terreno puede presentar dificultades en todas sus etapas (capacitación, aplicación, sostenimiento); y en este caso, y haciendo hincapié en equipos de salud, la concreción de programas medibles con variables cuantitativas obedece, en parte, a la incorporación mental del modelo de APS. De allí la importancia de la claridad del concepto, y de su valor como marco de trabajo para los equipos.



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



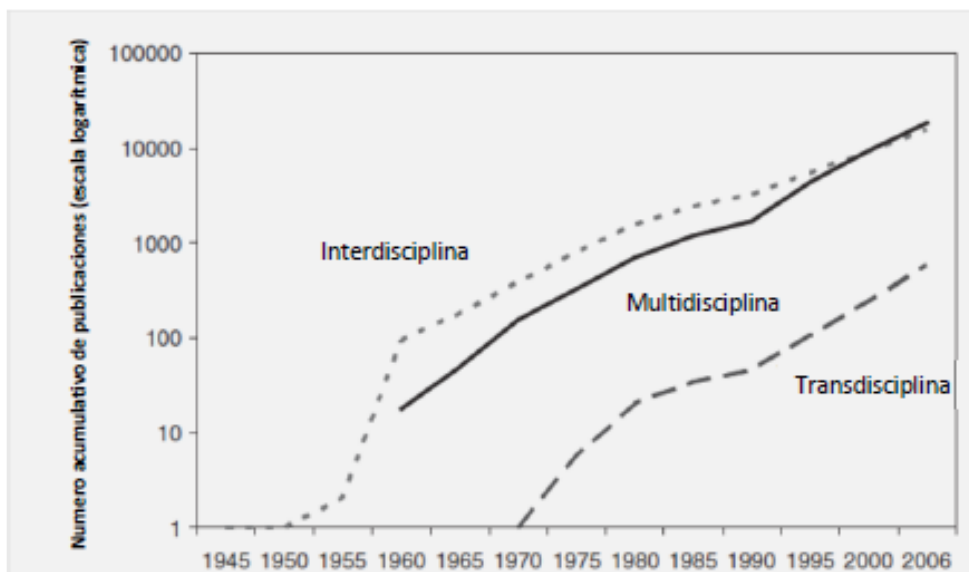
### Interdisciplina.

En las siguientes líneas se desarrolla el concepto de interdisciplina; la misma aborda una forma de relación de trabajo entre individuos con diferentes habilidades y conocimientos, ligados por un espacio y/u objetivo común. En sí, trata sobre profundizar el trabajo de equipo antes mencionado, subrayando como los límites entre disciplinas dificulta el proceso pero su entrecruzamiento torna más comprensible el objeto de análisis.

La interdisciplina, tomando el concepto aplicado al nivel de trabajo entre disciplinas o profesiones, significaría una estrategia para la mejora en la comprensión del objeto de estudio, cuando este presenta la complejidad de ser entrecruzado por diversas realidades. Se plantea el anterior término de Interdisciplina como el que se tomará para seguir desarrollando en este trabajo; ya que en realidad este concepto se origina en los años 70 y desde entonces se lo sigue “creando y recreando”<sup>18,19</sup>, y aunque si bien se encuentra cercano a su concepto original de una teoría de “completitud o síntesis” de las ciencias, queda muy lejana a alguna idea de forma de aplicabilidad o a sus intenciones originales.

Figura N° 8.

Citaciones de la web de la ciencia para búsqueda de multi, inter y transdisciplina. 1950 – 2006 (traducido).



Fuente: Lynch John. (2006) It's Not Easy Being Interdisciplinary. International Journal of Epidemiology; 35:1119–1122

Basta ver la figura anterior para reconocer el impacto “bibliográfico” de las formas de trabajo entre disciplinas<sup>34</sup>; el interés puede surgir probablemente de las “promesas” de logros eficientes en base a su aplicación; o de una necesidad que surge desde especialistas para “completar” al individuo en estudio, debido al estrechamiento progresivo de las ciencias de la salud en la mirada del mismo.

Naomar de Almeida Filho desarrolla otras maneras de acercarse al objeto de estudio, pasando de la teoría del reduccionismo a la de la complejidad<sup>1, 2</sup>, y explicitando los modos de aproximaciones entre ciencias; a continuación, se detalla de manera escueta estos modos.

Naomar explica como la invención de nuevos paradigmas tratan de abordar la complejidad creciente de la problemática de salud, y dentro de estos, las teorías de la complejidad y del



caos. Es interesante dentro del análisis incluir al objeto salud como “complejo” y no “complicado”<sup>2</sup>

A continuación, se detallan los tipos de relaciones entre disciplinas mencionadas por Naomar, y basta prestar atención a las figuras para darse las múltiples maneras de “encontrarse” entre disciplinas.

Figura N° 9.

Multidisciplina.

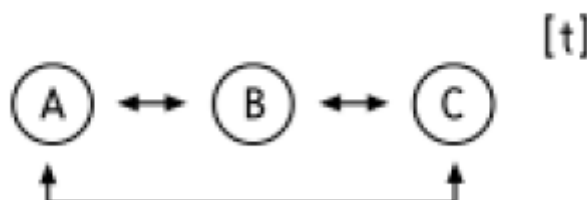


Fuente: Almeida Filho, Naomar de. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. 2005; Saúde e Sociedade v.14, n.3, p.30-50.

La Multidisciplinariedad es el nivel inferior de integración, que ocurre cuando alrededor de un interrogante, caso o situación, se busca información y ayuda en varias disciplinas, sin que se de cierta interacción que contribuya a modificarlas o enriquecerlas. Esta puede ser la primera fase de la constitución de equipos de trabajo interdisciplinario.

Figura N° 10.

Pluridisciplina.

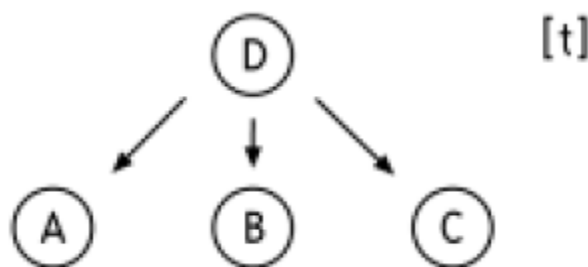


Fuente: Almeida Filho, Naomar de. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. 2005; Saúde e Sociedade v.14, n.3, p.30-50.

La Pluridisciplina implicaría “una yuxtaposición de disciplinas, de un mismo nivel jerárquico, que efectivamente desarrollarían una relación cooperativa entre sí, sin pretensión de crear de por sí una acción común”.

Figura N° 11.

Interdisciplina auxiliar

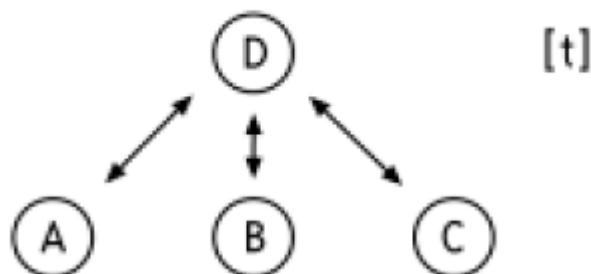


Fuente: Almeida Filho, Naomar de. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. 2005; Saúde e Sociedade v.14, n.3, p.30-50.

La interdisciplina auxiliar representa una “interacción de diferentes disciplinas con una dominación sobre una de ellas, que se impone a otras como campo integrador y coordinador”.

Figura N° 12.

Metadisciplina

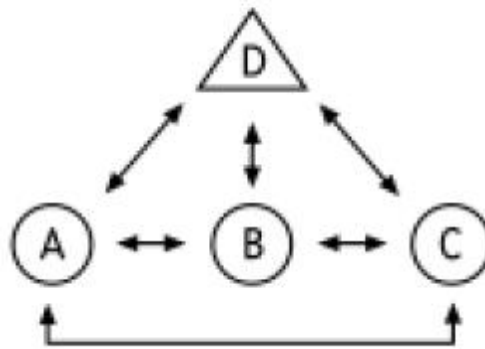


Fuente Almeida Filho, Naomar de. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. 2005; Saúde e Sociedade v.14, n.3, p.30-50.

La metadisciplina correspondería a “una interacción de las interrelaciones entre las disciplinas que son aseguradas por una metadisciplina que se sitúa en un nivel epistemológico superior. Esta no se impone como coordinadora sino más como integradora del campo metadisciplinar, actuando como mediadora de comunicación entre las disciplinas del campo”.

Figura N° 13.

Interdisciplina

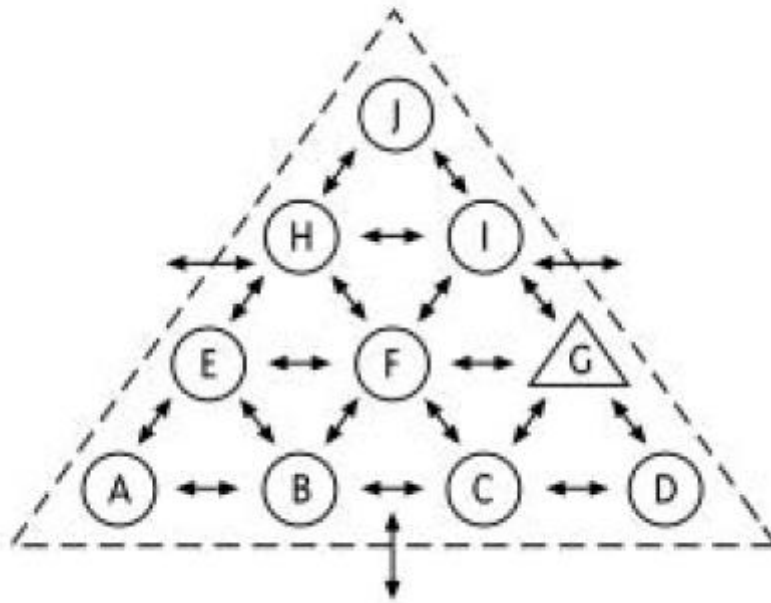


Fuente: Almeida Filho, Naomar de. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. 2005; Saúde e Sociedade v.14, n.3, p.30-50.

La Interdisciplinariedad es el grado de integración disciplinar, en el cual la cooperación entre disciplinas conlleva interacciones reales, es decir, una verdadera reciprocidad en los intercambios y, por consiguiente, un enriquecimiento mutuo

Figura N° 14.

Transdisciplina.



Fuente: Almeida Filho, Naomar de. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. 2005; Saúde e Sociedade v.14, n.3, p.30-50

La Transdisciplinariedad es la etapa superior de integración disciplinar, en donde se llega a la construcción de sistemas teóricos totales, sin fronteras sólidas entre las disciplinas, fundamentadas en objetivos comunes y en la unificación epistemológica y cultural.

Se puede describir rápidamente vínculos en ciertos casos que podrían llevar a un tipo de trabajo interdisciplinario; por ejemplo:

- Embarazo: enfermería - medicina de familia -odontología-ginecoobstetricia
- HTA - DBT: medicina de familia -enfermería - clínica - endocrinología - cardiología
- Salud Mental: medicina de familia - psicología - psiquiatría
- Discapacidad: administración - medicina de familia - trabajo social

Ahora, estos son esquemas que sirven para mostrar una relación y forma de trabajo, pero nada dice sobre la situación de cada integrante ni el contexto en que se encuentran imbuidos; que sentimiento le despierta A a B y que dice C de D; ni las condiciones socioeconomicopolíticas o hasta el tipo de instalación donde se desarrolla el trabajo; son figuras, objetos inanimados que para nada pueden compararse con la realidad propiamente dicha, que son las personas y su contexto. Se entra nuevamente en el juego de la dialéctica y que tanto estos cuadros son aplicables fielmente al campo de las prácticas diarias. Más adelante existen cuadros que interpelan más ampliamente la realidad, todavía siendo formulas inacabadas.

Como bien menciona Najmanovich<sup>36</sup>, *“las disciplinas no existen en abstracto, sino que existen en el seno de las comunidades científicas; en sus prácticas y diálogos”*, o Stolkiner<sup>36</sup>, cuando refiere que *“un movimiento que va de la Ciencia poseedora de un objeto y un método, a los Campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas”*.

Ambos autores coinciden en que existen periodos de “estabilidad dogmática”, los cuales semejan un conocimiento cartesiano que permite “controlar y predecir” el objeto de estudio; seguido por periodos de “crisis dogmática”, que debilitan y cuestionan los cimientos de las supuestas verdades y deja entrever un estado de perplejidad frente al objeto; que muta su significado (si es que alguna vez tuvo un significado propio) y re teorizó y desafió todas las páginas de estudios sobre el mismo.

Haciendo referencia a dicho artículo, la interdisciplina como método (cartesiano) para abordar la complejidad de la problemática en salud, no resulta definitivo ni de respuestas prácticas en muchos casos, menos aún las demás formas de trabajo entre disciplinas, entre ellas la transdisciplina, que aunque se supone superadora, solo existe en un espacio de frases y relativizaciones teóricas por ahora.

Las conclusiones podrían ser: el modo de trabajo surge ante la necesidad de comprensión de complejidad del objeto; las ciencias son campos delimitados que pueden trabajar mutuamente de diferentes maneras; los conflictos entre disciplinas son esperables y el modo de resolverlos no están tan claros.

¿Por qué equipo interdisciplinario y no otro grado de trabajo entre disciplinas? El equipo multidisciplinario es lo que actualmente se suele realizar en el campo de trabajo diario; distintos profesionales evalúan el caso en diferentes momentos y espacios y aportan su solución al mismo. Se podría enumerar sus ventajas y desventajas pero la tendencia indica un agotamiento e insuficiencia de esta aproximación para resolución de situaciones complejas de salud.

El equipo transdisciplinario sería la herramienta más cercana a la comprensión del objeto de estudio, en casos de multicausalidad o pluridimensionalidad, ya que posee una visión de amplio espectro y lograría relacionar y atravesar las variables, con una aproximación más certera y resolutive. Sin embargo, y a sabiendas de esto, la misma complejidad del objeto genera en sus investigadores distintas respuestas que los alejan del trabajo transdisciplinario, por ejemplo: dificultad para aceptar otras realidades, aceptación de propuestas de otras disciplinas, reducir al objeto a su forma más simple.

Todo lo mencionado hace creer que el intento de conformar equipos de trabajo transdisciplinarios es como crear un plato de cocina exótica que necesita ingredientes escasos en el mercado, de alto valor, de difícil preparación y con una receta incompleta.

En cuanto a la Interdisciplina, se observa un aumento de trabajos científicos con mención de la misma<sup>34</sup>; en este caso delimitaremos su aplicación al campo de las ciencias de salud, más específicamente a “trabajo de equipo” y “resultados en salud”.

La Interdisciplina irrumpe en el modelo de atención primaria para reforzar resultados; su aplicación en otras áreas de salud se encuentra aceptado pero en procesos de debate y adaptación continua (salud mental y rehabilitación).

A nivel mundial, se emprendieron proyectos de investigación con la finalidad de determinar cuáles son las condiciones y los elementos necesarios para el logro del trabajo de equipo interdisciplinario. Son los siguientes:

**Reino Unido (NHS)**<sup>6</sup>: Clinical Team Project (CTP)<sup>6, 10,38,42</sup>.

Parte de un plan general de salud, el CTP “*enfatisa la importancia del trabajo en equipo para mejoras en el servicio de pacientes y el público*”. Dos puntos claves son crear “*equipos de trabajo flexibles entre diferentes profesionales clínicos*” y “*desarrollar nuevas maneras de trabajo – trabajo en equipo, redes, colaboración*”.

Desde la NHS se ha impartido programas tales como “The National Leadership Council” y “Interprofessional Education Collaborative”

**Canada**: The Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care (EICP) Initiative<sup>11, 12, 13, 14, 15, 16</sup>

Fundada por Health Canadá Primary Health Care Transition Fund, “*El trabajo de la Iniciativa de Mejora de la Colaboración Interdisciplinaria en la Atención Primaria de Salud (EICP) se centra en cómo crear las condiciones para que los profesionales de la salud trabajen juntos de la manera más eficaz y eficiente para que puedan producir los mejores resultados de salud para las personas y sus familias: Pacientes, clientes y consumidores de nuestro sistema nacional de salud*”<sup>16</sup> y tiene un “*mandato de producir un lista de principios guía y un marco para la colaboración interdisciplinaria*”.

---

<sup>6</sup> National Health Service

De los tres estudios mencionados, probablemente este sea el que indaga más en profundidad sobre los factores intervinientes en cada nivel<sup>12</sup> (individual, organizacional o sistémico) para el logro de trabajo de equipo interdisciplinario en APS.

**Estados Unidos:** TEAMSTEPPS<sup>31,39</sup>

El TEAMSTEPPS es un programa desarrollado por el Programa de Seguridad del Paciente del Departamento del Defensa en colaboración con la Agencia para Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud.

*“... es un marco organizativo basado en la evidencia para optimizar la performance del equipo a través del sistema de servicios de salud”*

*“TeamSTEPPS tiene 5 principios clave. Está basado en estructura de equipo y 4 destrezas enseñables y aprendibles: Comunicación, Liderazgo, Monitoreo de la Situación, y Soporte Mutuo. Interacción entre resultados y destrezas es la base de un equipo esforzándose para entregar seguridad, calidad del cuidado y mejorar la calidad de soporte”*

De los tres estudios, este tiene el carácter más pragmático y de tipo procesual, desarrollando herramientas y análisis de procesos, algoritmos y tareas. Se presenta como “adaptable” a cualquier escenario de salud, aunque por su lógica procedimental es afín a guardias, internaciones, quirófano (ámbitos cerrados, con variables mejor “definidas y manejables”)

*“Team STEPPS es una estrategia para iniciar un cambio organizacional sobre los sistemas de cuidado de la salud...cambiando el ADN de los hospitales y las clínicas ambulatorias”*

Se desprende de la frase que existen situaciones propias (e internacionales) inherentes al “ADN” de los servicios de salud, y que existen estrategias para “desnaturalizarlas”. Tarea poco más que difícil si justamente se lo compara a mutar ADN.

Se puede ver reflejado en cada experiencia la idiosincrasia de cada país: Canadá y Reino Unido conformaron un estudio transversal sobre de sus sistemas de salud (incidiendo en APS) para la mejora de servicios a su población; en EEUU se genero un paquete de procesos aplicables a diferentes áreas de salud y lo promueve como un “producto” a la venta de quien quiera y pueda costearlo.



Otro dato interesante es la profundidad que toma el estudio de Canadá (EICP), informando sobre facilitadores y barreras que se presentan al intentar la inserción de la interdisciplina en sus sistema de salud, haciendo hincapié en propósito del APS, su financiamiento, recurso humano, tecnologías de soporte y políticas<sup>11</sup>; profundidad no muchas veces alcanzadas por el resto de los documentos, que tienden a enfocarlos a equipos de salud “disociados” de su entorno.

Una observación bastante pertinente es que para trabajar juntos se puede (o debe) formar profesionales con capacidad para hacerlo<sup>30</sup>; algo dificultoso pero en proceso en ciertos lugares de formación profesional.

Los análisis realizados buscan puntualizar factores que inciden sobre el logro del trabajo en equipo; con idea de recrearlos para su aplicación en diferentes áreas.

En los diversos programas se enumeran puntos clave para el logro de trabajo en equipo interdisciplinario; los siguientes tienen una alta influencia para el desarrollo del mismo<sup>37</sup>.

Cuadro N° 1.

Características de un buen equipo interdisciplinario (traducido)	
1. Liderazgo y administración	Tener un claro líder del equipo, con una clara dirección y administración democrática; poder compartido, soporte/supervisión; desarrollo del personal alineado con la línea gerencial; líder que actúe y escuche.
2. Comunicación	Individuos con destrezas comunicativos; asegurando que exista los sistemas apropiados para promover la comunicación dentro del equipo

Fuente: Nancarrow Susan A, Booth Andrew, Ariss Steven, Smith Tony, Enderby Pam and Roots Alison. (2013). Ten principles of good interdisciplinary teamwork.

Cuadro N° 1.

Características de un buen equipo interdisciplinario (traducido)	
3. Recompensas personales, entrenamiento y desarrollo	Aprendizaje, entrenamiento y desarrollo, entrenamiento y oportunidades de desarrollo en la carrera; incorporar recompensas individuales y oportunidad, moral y motivación.
4. Apropriados recursos y procedimientos	Estructuras (por ejemplo, reuniones de equipo, factores organizacionales, miembros del equipo que trabajando de la misma ubicación) Asegurar que procedimientos apropiados están en lugar para mantener la visión del servicio (por ejemplo, sistemas de comunicación, criterios de referencia apropiados y así otros)
5. Mix de destrezas apropiados	Destrezas suficientes y apropiados, competencias, mix practicas, balance de personalidades, capacidad de sacar el máximo provecho de otros miembros del equipo ; teniendo una dotación complete del personal, cobertura de reemplazos por puestos vacíos o ausentes
6. Clima	Cultura del equipo de confianza, valorando contribuciones, nutriendo el consenso; necesidad de crear una atmosfera interprofesional
7. Características individuales	Conocimiento, experiencia, iniciativa, conocer fortalezas y debilidades, destrezas de escucha, practica reflexiva, deseos de trabajar con los mismos objetivos

Fuente: Nancarrow Susan A, Booth Andrew, Ariss Steven, Smith Tony, Enderby Pam and Roots Alison. (2013). Ten principles of good interdisciplinary teamwork.

Cuadro N° 1.

Características de un buen equipo interdisciplinario (traducido)	
8. Claridad de vision	Tener una lista clara de valores que manejen la dirección del servicio y el cuidado proveído. Retratar una imagen externa uniforme y consistente
9. Calidad y resultados del cuidado	Foco centrandó en el paciente, resultados y satisfacción, alentar retroalimentación, capturar y registrar evidencia de efectividad del cuidado y usarlo como parte de un ciclo de retroalimentación para mejorar la atención.
10. Respetar y entender roles	Compartir poder, trabajo conjunto, autonomía

Fuente: Nancarrow Susan A, Booth Andrew, Ariss Steven, Smith Tony, Enderby Pam and Roots Alison. (2013). Ten principles of good interdisciplinary teamwork.

Existen especialistas que sugieren que la posibilidad de inserción de la interdisciplina en el sector de APS (al cual lo sitúan como el más renitente dentro del área salud para dicho propósito) solo sería posible con la incorporación de nuevas generaciones de profesionales de la salud al campo de trabajo<sup>30</sup>. Esta frase marca parte de la complejidad del cambio, que hablaría de refundar el ejercicio actual del trabajador de la salud; para lo cual el “nuevo trabajador” debe provocar un “quiebre” con el “viejo trabajador”, estando imbuidos en el ciclo de “mira, aprende y repite”.

Para “bajar la teoría” al campo, el siguiente cuadro con preguntas básicas se acerca al objetivo del equipo interdisciplinario de atención primaria de CeMAP San Lorenzo.

Cuadro N° 2.

Objetivos de CeMAP San Lorenzo	
Que	Brindar servicios de salud
Quienes	Personal de profesionales y administrativos del centro de salud de la obra social San Lorenzo
A quien	afiliados a la obra social del personal de la construcción
Como	a través de lineamientos de la atención primaria de la salud
De qué manera	En forma interdisciplinaria
Por que	Para obtener mejores resultados en salud
Quienes participan de la misma	Médicos generalistas, enfermería y administración durante horarios de atención del centro de salud. Especialistas de 2° nivel en horarios acordados.
Cuando	Durante los horarios de atención del centro de salud.
Con que instrumentos	Protocolos, consensos y programas de Elaboración propia

Fuente: Elaboración propia



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



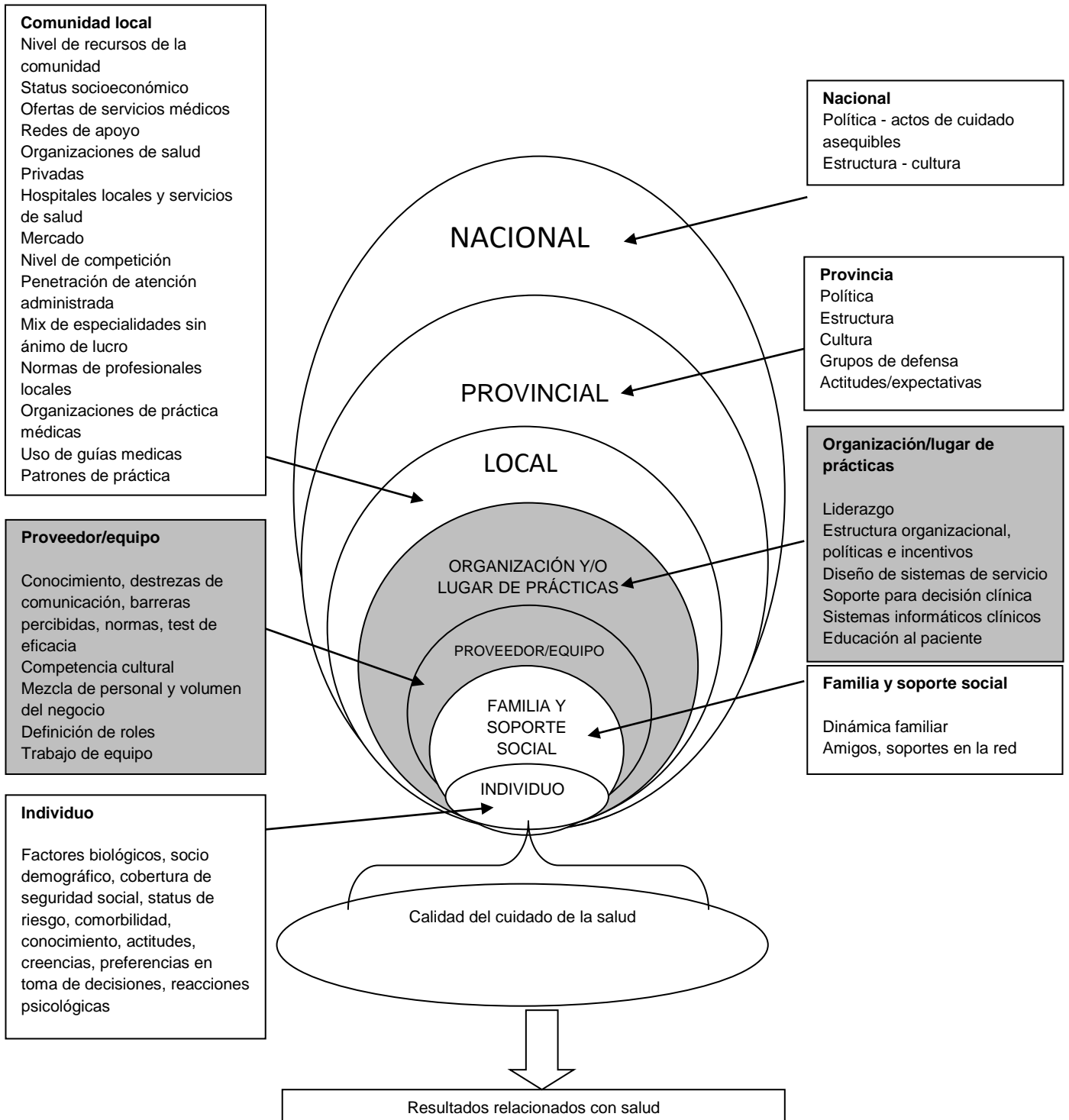
### Apartado: Resultados en salud

Es necesaria una revisión obligatoria y tremendamente acortada (por cuestiones prácticas) de este concepto, debido a que la idea general de mejoras en los resultados de salud puede resultar inabarcable y poco definida. Cuando se presenta una estrategia para la modificación del trabajo habitual se espera justamente un efecto sobre los resultados de los indicadores. Estos indicadores pueden reflejar calidad de los procesos de atención; por ejemplo, toma de PAP anual en 100% de mujeres atendidas en tal centro de salud de 18 a 50 años. Sin embargo, la toma de la muestra es solo parte del proceso que implica el seguimiento de los casos positivos, y de cómo esto puede presentar variabilidad en el resultado buscado, que es la disminución de mortalidad por cáncer de cuello uterino; o, asimismo, mostrar resultados no esperados.

Es cierto también que el contexto de trabajo del servicio de salud en cuanto a la APS involucra fuertemente el ambiente laboral y comunitario; no tanto en otros trabajos donde las dimensiones del cuidado pueden ser mejor identificadas y cuantificadas (geriátricos, sala de emergencias<sup>33</sup>). Esto suma complejidad para la identificación de factores que influyen sobre el resultado final.

La siguiente figura puede dar una idea sobre los factores condicionantes de los resultados buscados, marcando el ámbito donde dicho centro de salud estaría ubicado.

El contexto multinivel del cuidado (traducido y adaptado).

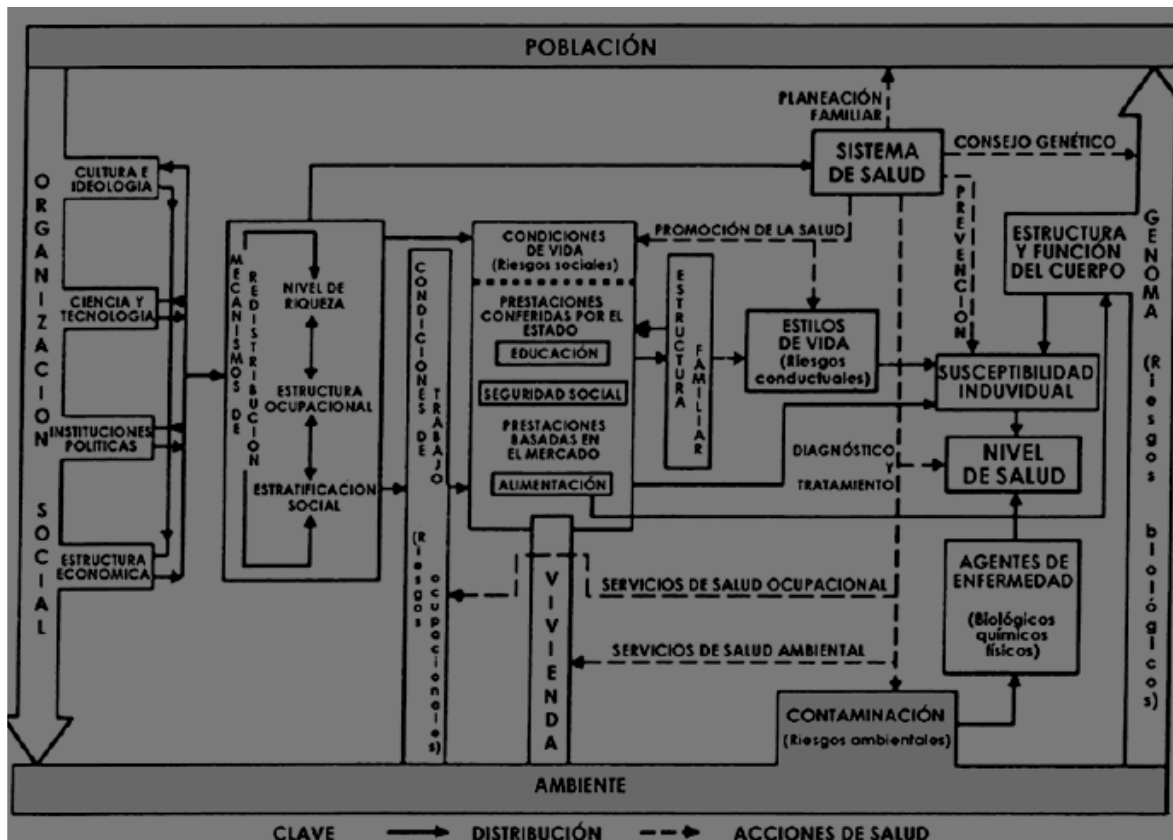


Fuente: Understanding and influencing multilevel factors across the cancer care continuum. 2012. (traducido y adaptado)

La siguiente figura refuerza la idea de la anterior, visibilizando la complejidad y multicausalidad de los cuidados de la salud.

Figura N° 16.

Determinantes de la salud.

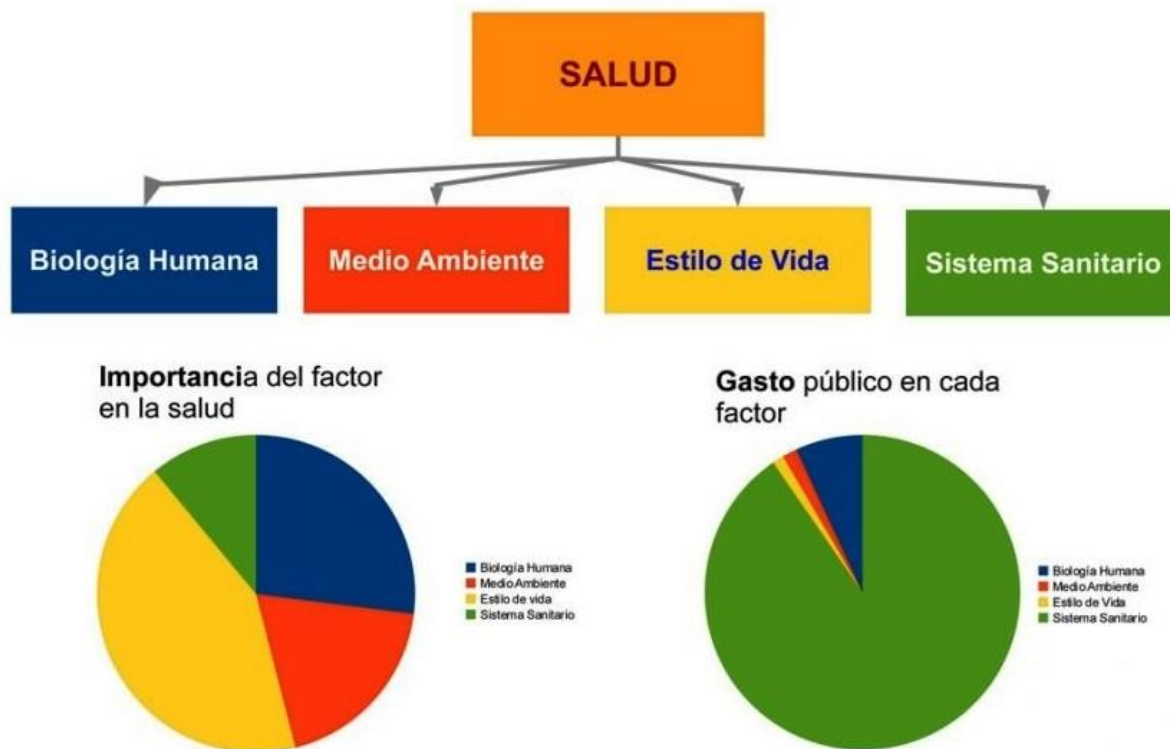


Fuente: Modificado de: Frenk J. “La salud de la población. Hacia una nueva salud pública”.  
La ciencia desde México/133. México: Fondo de Cultura Económica, 1994:98-108

Los servicios de atención de la salud forman parte de un multinivel sobre las mejoras en salud; su peso relativo en cuanto a la respuesta esperada se puede interpretar en la siguiente y conocida figura.

Figura N° 17.

Gastos en determinantes de salud.



Fuente: Denver GEA. An Epidemiologic Model for Health Analysis. Soc Ind Res 1976; vol2 pag 465.

Estar consciente de las limitaciones es un paso para entender lo que se espera, y no caer en el furor curandis o en la frustración. El perfeccionamiento del modo de trabajo entre profesionales o disciplinas se entendería como una mejora en las relaciones laborales y disminución de errores; lo cual podría llevar a mejoras en resultados de cuidados en pacientes a nivel institucional, lo cual incidiría probablemente de manera escueta en indicadores de salud más generales. Poniendo como ejemplo a un individuo, sexo femenino, de 40 años, clase socioeconómica baja, sedentaria, obesa, nacida en Chaco, con antecedentes de cáncer de mama en hermana y madre, que vive en zona de fumigación por plaguicidas, sin trabajo estable, con 4 hijos, 1 con discapacidad neurológica, y con su pareja trabajando como sereno en una obra (situación para nada extremista y muy familiar de ciertos consultorios médicos);





UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



El equipo de salud, con todas sus herramientas, puede claudicar de manera consecutiva en busca del tal definido concepto de salud.

De aquí se desprende que los resultados en salud buscados por el equipo deben ser definidos por la posibilidad real que tienen de incidir sobre los determinantes de salud, sin recaer en la discusión de exigencias vs expectativas derivadas de mandos superiores.



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



### Apartado: Sistema de Salud Argentino.

Los límites del trabajo de la institución son los que marca la organización del sistema en su momento. El sistema de salud actual no permite la confluencia de intereses, si bien el “leitmotiv” (el servicio para la mejor salud de sus usuarios) es el mismo para todos los subsectores; existe la sensación general de los métodos y objetivos específicos usados por cada uno puede variar.

La siguiente figura sintetiza la organización actual de SSA en lo que respecta a la división de subsectores y la población a cubrir por los mismos.

Figura N° 18.

Subsectores y población cubierta Sistema de Salud Argentino.

	Sector Gobierno	Obras Sociales Nacionales	INSSPyP (PAMI)	Obras Sociales Provinciales	Seguros Voluntarios
Población de referencia	Total de la población	Obligatorios: Trabajadores formales y familiares a cargo voluntarios: Adherentes y Jubilados	Jubilados y pensionados nacionales, cónyuges, hijos, otros.	Empleados Públicos provinciales y jubilados y familiares a cargo de las cajas provinciales.	Afiliados voluntarios*
Población	40.091.359	15.535.999	3.334.599	5.500.000	3.600.000
Población %	100%	39%	8%	14%	9%
Entidades Aseguradoras	Gobierno Nacional, Provincial y Municipal.	280	1 con 24 delegaciones provinciales	24 entidades provinciales	65 agrupadas en cámaras. Existen entre 200 y 300 muy pequeñas. 5 Empresas se reparten el 60% del mercado
Modo de financiamiento	Ingresos fiscales nacionales, provinciales y municipales.  Recupero de Costos	Trabajadores 3% Empleadores 6% + co-pagos  cuotas adherentes capita PAMI	Trabajadores: 3%. Empleadores: 2%. Pasivos: 3% al 6% +Tesoro + co-pagos	Aportes y Contribuciones de Empleadores y Trabajadores +  Presupuestos Provinciales  adherentes co-pagos.	Pago directo de los afiliados  co-pagos
Gasto Mensual per Cápita (2008)	\$ 47	\$ 88	\$ 193	\$ 116	Sin información
Canasta de Prestaciones	Sin definición	PMOE	canasta propia	No existe paquete mínimo	PMOE
Prestación de Servicios	Hospitales Públicos + CAPS + Posta Sanitaria. En algunos casos sector Privado.	Pública y Privada, algunos efectores propios de las obras sociales.	Privada, pública y 2 policlínicos propios.	Privada, pública, algunos efectores propios.	Pública y Privada, algunos efectores propios de las EMPP.

Fuente: Elaboración propia sobre información mencionada en el texto. Población: Censo 2010. Beneficiarios de la seguridad social: Indicadores Básicos OPS y Ministerio de Salud 2008 y 2009.



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



Como es de notar, el subsector gobierno cubre a la totalidad de la población, o sea, que no existe usuario sin protección social por parte del Estado. A su vez, la población de cada subsector siguiente puede imbuirse dentro de este subsector o en otro, presentando la posibilidad de “estar cubierto hasta 3 veces”, haciendo notar que no existe entrecruzamiento de datos ni de recursos (la mayoría de las veces) entre los dichos subsectores. Otros datos a destacar son las diferencias entre los gastos por cápita (casi cuatro veces en un caso), y la variabilidad de la canasta de prestaciones.

Desde el Estado Nacional se extienden herramientas que pueden ser “unificadoras”<sup>7</sup>, en tanto el subsector “quiera cooperar”. Como vemos, el Estado Nacional es solo un integrante del subsector público, y funciona muchas veces más como consultor que como regulador directo de las acciones de los demás subsectores.

El usuario no está “obligado” a usar nuestros servicios, pudiendo optar por el subsector privado (limitado por acceso económico) o el subsector público (limitado por distancia y tiempo). Esto genera diferencia en la continuidad de la accesibilidad y continuidad en el tratamiento de usuarios, sea por no lograr un tratamiento sostenido (distancia, tiempo), la interrupción del mismo (pérdida de trabajo) o bien la poli consulta en todos los subsectores los cuales a su vez no se encuentran ligados para tratamiento conjunto. Por ejemplo, el abordaje de un usuario con abuso de alcohol puede ser tomado por un equipo multidisciplinario del 1° nivel de nuestra institución (seguridad social), pero a su vez por cuestiones de distancia también consulta al centro de salud más próximo (público) por casos de abstinencia donde otro equipo lo evalúa y toma conducta, el cual a su vez puede derivar al 2° nivel (prestador tercerizado de la seguridad social), el cual también toma conducta. En este caso el usuario es evaluado por tres servicios los cuales muchas veces no cuentan con información suficiente sobre el trabajo del otro o sobre la evolución del caso.

Como se describe anteriormente, la principal dificultad del SSA es la fragmentación y heterogeneidad, haciendo estragos en todos los niveles, sin dejar de lado los intentos de trabajo en equipo y el afianzamiento del APS.

---

<sup>7</sup> Cibersalud, normas de vigilancia, carga de datos



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



### Diseño metodológico

El tipo de estudio es cuantitativo, transversal, descriptivo. Se realiza en el Centro Médico de Atención Primaria Sede San Lorenzo de la Obra Social del Personal de la Construcción durante los meses de mayo de 2013 a mayo de 2014. Involucra a los integrantes del staff profesional (medicina, enfermería, odontología, psicología, fonoaudiología) y no profesional (administración) que desarrollan tareas en el centro dichos meses.

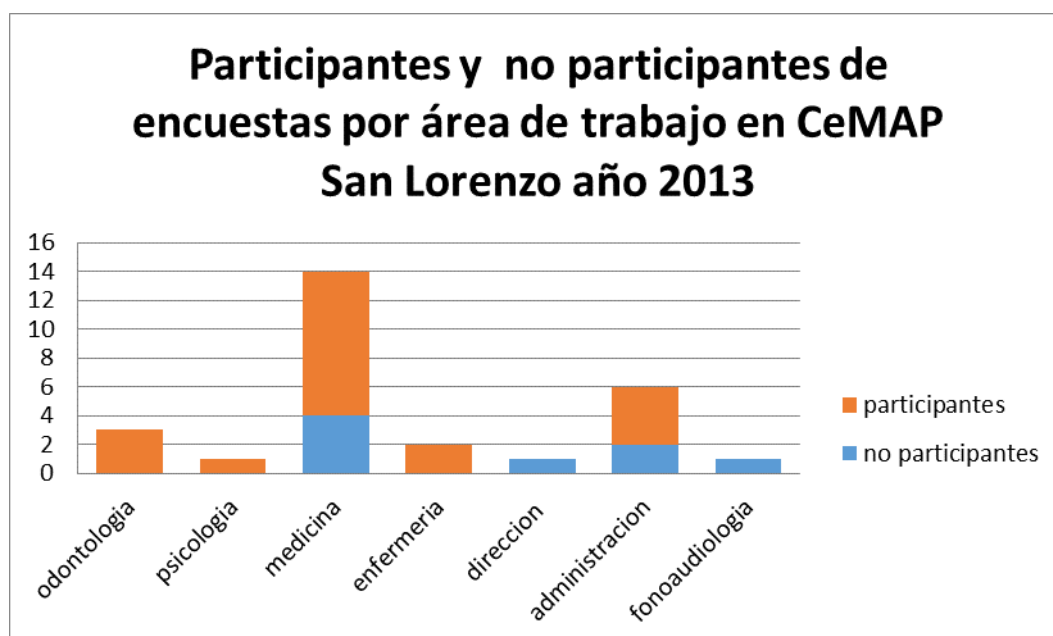
Se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos de investigación:

- Encuesta (ver apéndice B): cuestionario cerrado a todos los miembros del personal (encuesta adaptada de Versión breve en español del Team Climate Inventory<sup>4</sup> (TCI-14) y cuestionario semicerrado de elaboración propia. Los resultados proporcionan una “medida” de la presencia de trabajo de equipo y reconocimiento de interdisciplina.
- Entrevista: a actores claves (coordinador, miembros del personal de larga data). Permite conocer la perspectiva personal de integrantes del staff sobre el desarrollo de trabajo de equipo a través del tiempo y su evolución.
- Observación: prácticas en terreno. Proporciona reconocimiento de tareas actitudinales que son evaluadas en cuanto a su injerencia en los objetivos buscados.
- Análisis documental: verificación de historias clínicas. Muestran datos precisos como la mención de variables (reuniones, referencia/contrarreferencia) que sugieren comunicación y trabajo conjunto.

### Resultados

Participaron de las encuestas 19 de 26 integrantes del personal. Se desconocen los motivos de la no participación de la mayoría; un profesional explicitó que no participó porque descrea de los resultados de las encuestas.

Gráfico N° 1.

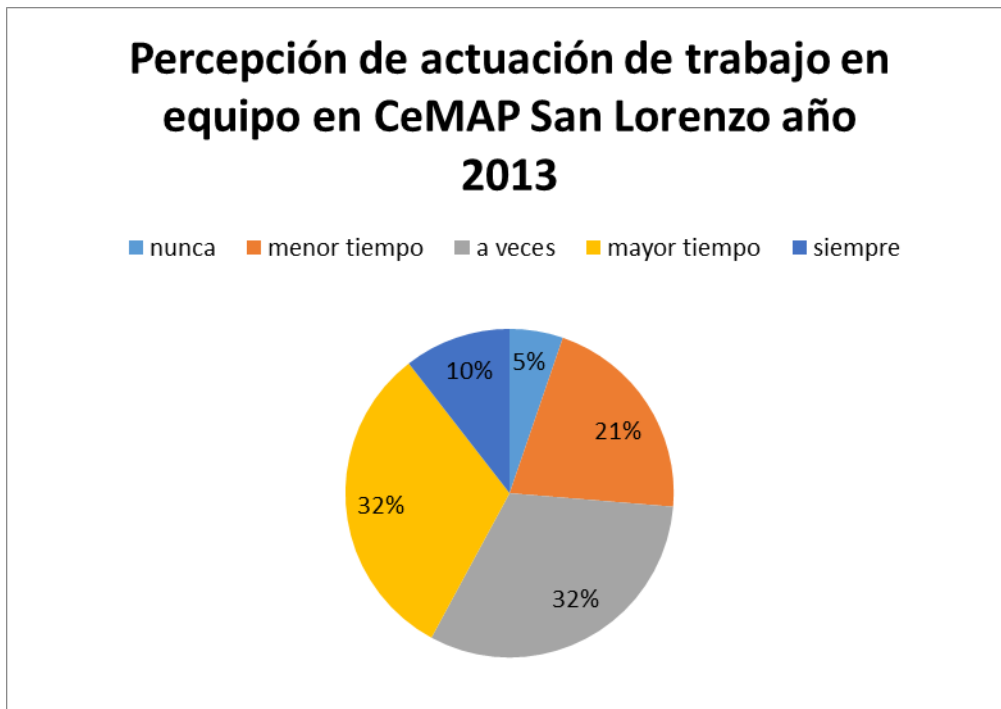


Fuente: Elaboración propia

Se puede observar una plena participación del sector de odontología, psicología y enfermería; una alta participación del sector de medicina y administración y una nula participación de dirección y fonoaudiología.

Se detalla a continuación la percepción sobre la situación actual de trabajo de equipo y el fomento individual para lograrlo.

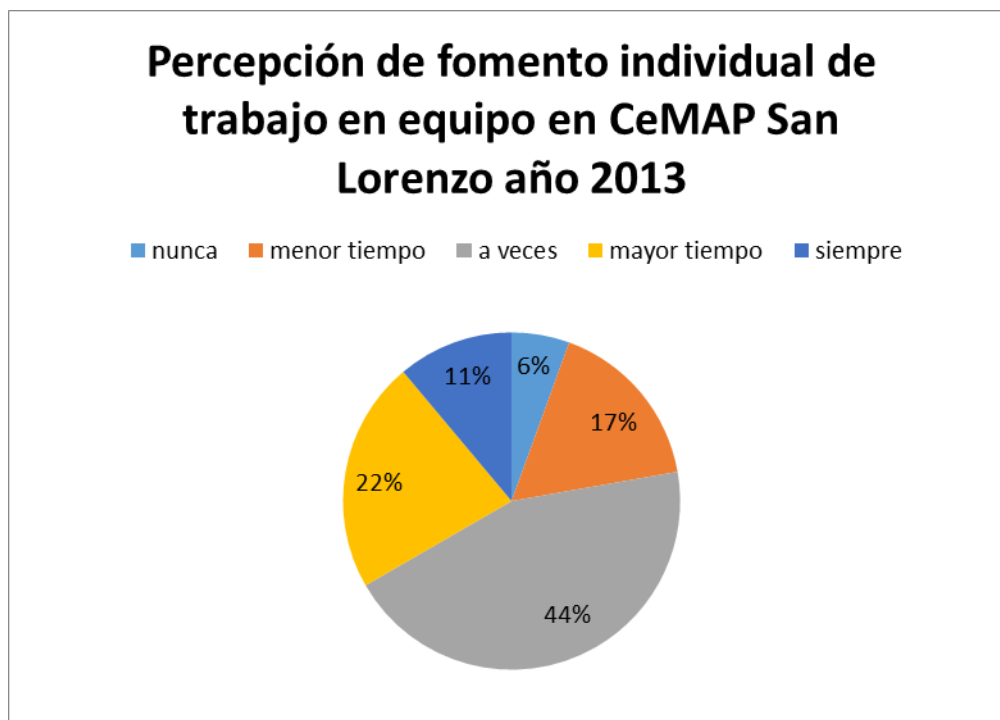
Gráfico N° 2.



Fuente: Elaboración propia

Se observa un resultado moderado a bueno en cuanto a la percepción de trabajo en equipo en la actualidad. Esto puede reflejar la sensación de que el trabajo de equipo se da por momentos y no como proceso permanente.

Gráfico N° 3.



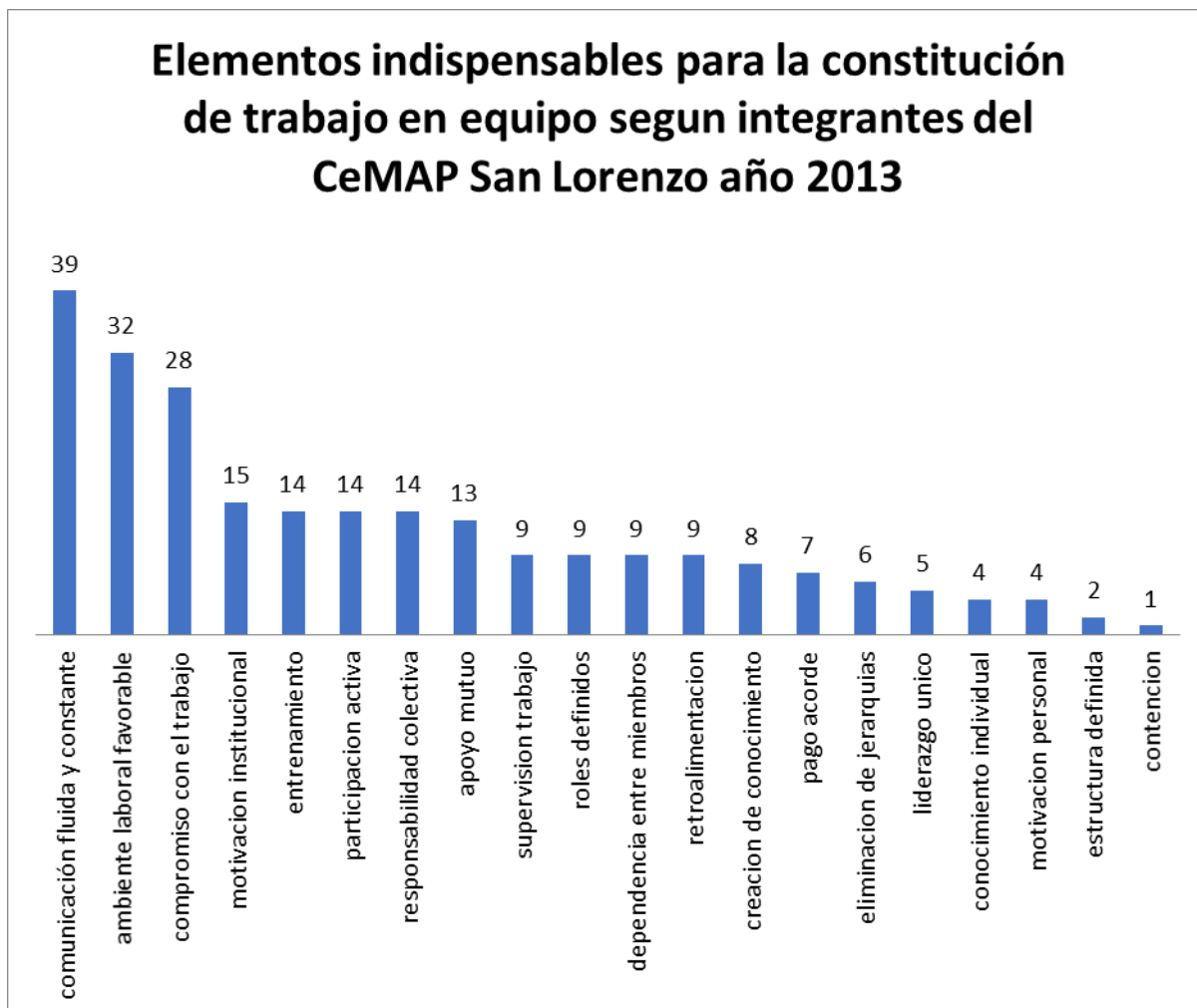
Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se observa un resultado similar al anterior (moderado a bueno); puede inferirse que la percepción de actuación de trabajo en equipo está ligado al tiempo que uno lo promueve o incentiva.

A continuación se detallan elementos que serían indispensables (para cada integrante) para el éxito del trabajo de equipo. Entre ellas se encuentran variables con comprobada influencia sobre el funcionamiento del trabajo de equipo, y otras que se incluyeron por consideración propia.



Gráfico N°4.



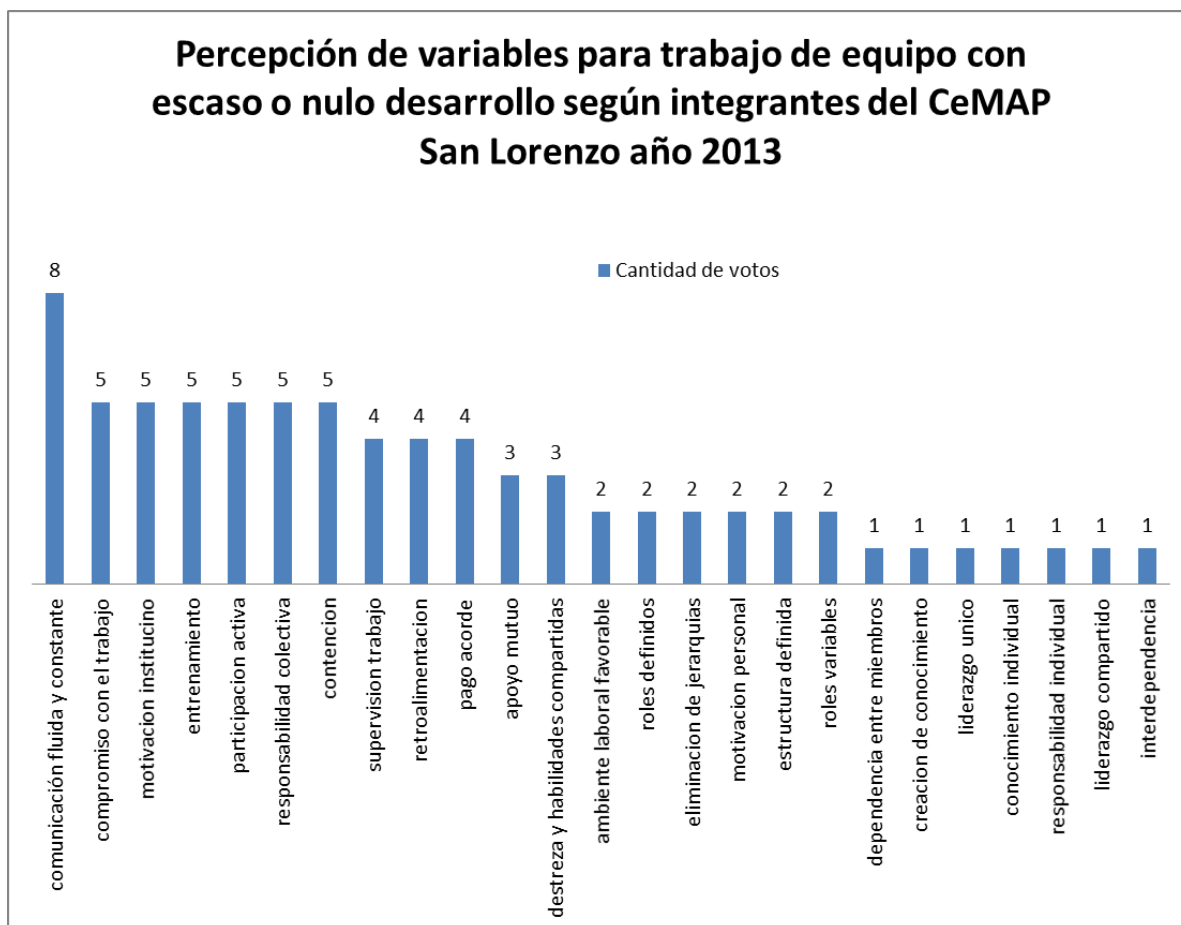
Fuente: Elaboración propia

Haciendo un análisis comparativo entre las variables presentadas por la literatura como de alta influencia para trabajo de equipo, y las elegidas por los integrantes de la institución; se develan en primer lugar comunicación fluida y constante, en octavo lugar creación de conocimiento, en decimo lugar eliminación de jerarquías, y en onceavo lugar liderazgo.

Los primeros 5 puestos revelan factores individuales (compromiso con el trabajo, participación activa), institucionales (ambiente laboral favorable, motivación institucional, entrenamiento) y grupales (comunicación fluida y constante, responsabilidad colectiva, apoyo mutuo).

En el siguiente gráfico se recaba cuantitativamente las variables que cada integrante considera que se encuentra en nulo o escaso desarrollo, de las anteriores mencionadas.

Gráfico N° 5.

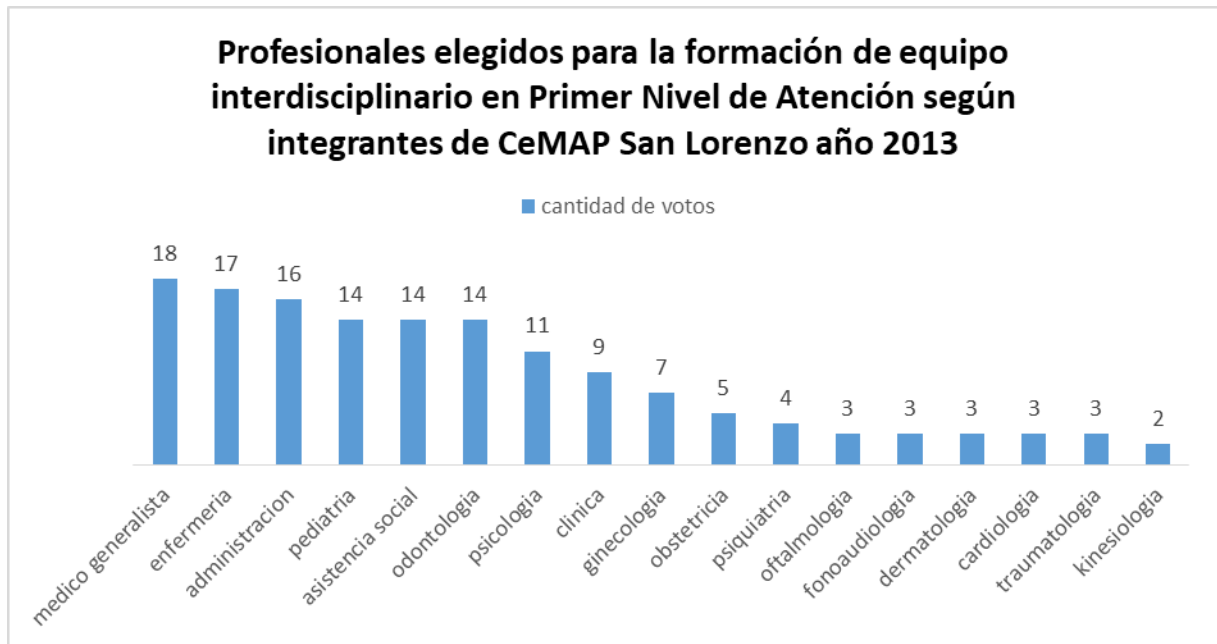


Fuente: Elaboración propia

Aquí se observa como la más importante variable es también la que se percibe como la menos desarrollada; y como las 5 siguientes consideradas como menos desarrolladas son también las más valoradas en el gráfico anterior.

Los siguientes son los resultados de la encuesta donde cada integrante voto a consideración propia quienes deberían ser los integrantes de un equipo de trabajo interdisciplinario del primer nivel.

Gráfico N° 6.



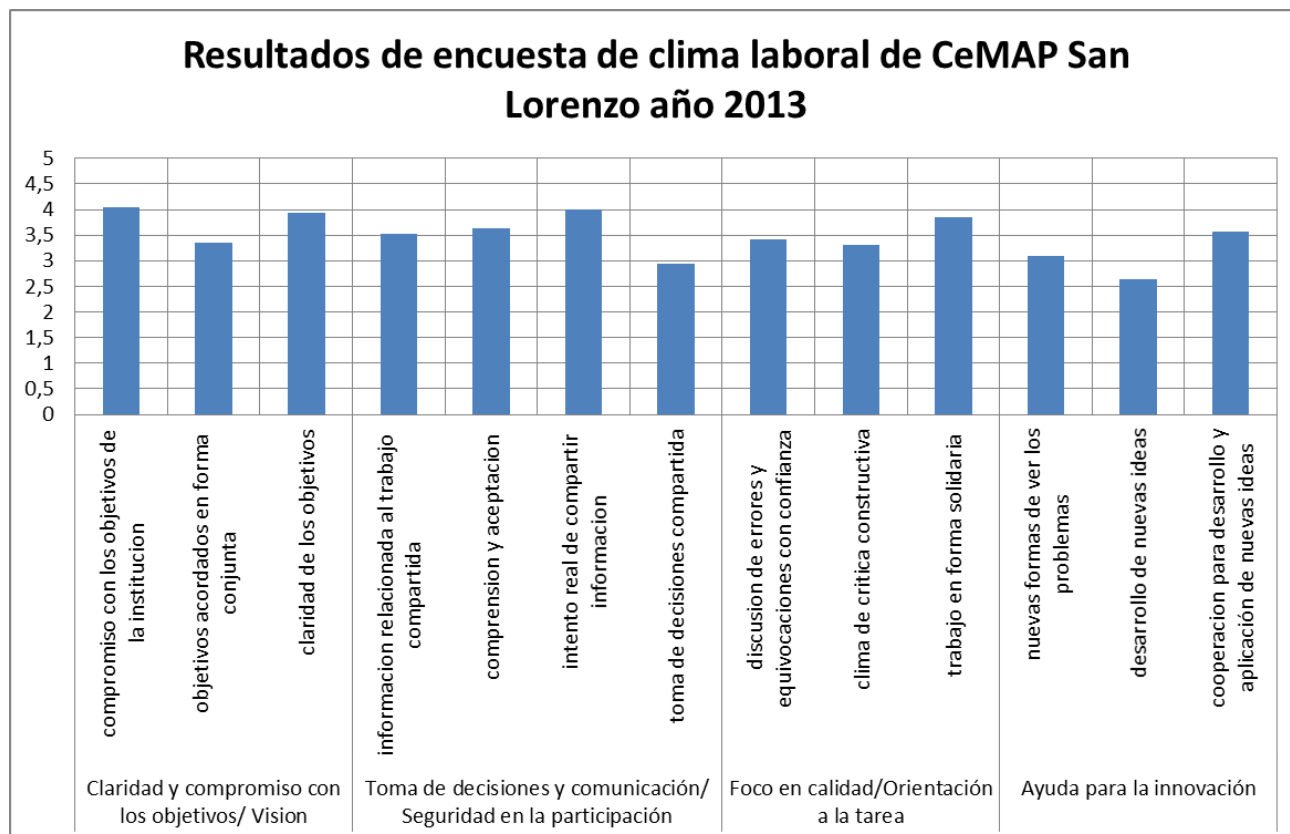
Fuente: Elaboración propia.

Los primeros 5 puestos conformarían el siguiente equipo interdisciplinario del 1° nivel de atención en APS: médico generalista y de familia, enfermería, administración, pediatría, trabajo social, odontología y psicología. Una aproximación concreta al abordaje de las situaciones en salud que involucran al área biológica, social y psicológica.

Es de destacar que la institución no cuenta con un profesional del área de Trabajo Social, pero la percepción de los encuestados revela una necesidad a evaluar.

En el siguiente cuadro se detallan los resultados de la encuesta de clima laboral.

Gráfico N°7.



Escala de valor: 1- malo; 2- regular; 3 - bueno; 4 - muy bueno; 5 - excelente

Fuente: Elaboración propia

A continuación se presenta los valores de las variables:

Tabla N°3.

Resultados Clima Laboral CeMAP San Lorenzo	
Variabes	Resultados
Claridad y compromiso con los objetivos/visión	3,78
Toma de decisiones y comunicación/ seguridad en la participación	3,52
Foco en la calidad/ orientación a la tarea	3,52
Ayuda para la innovación	3,1
<b>Resultado total</b>	<b>3,48</b>

Fuente: Elaboración propia.

De la pregunta sobre que entiende por trabajo interdisciplinario se armo la frase siguiente con los conceptos más repetidos.

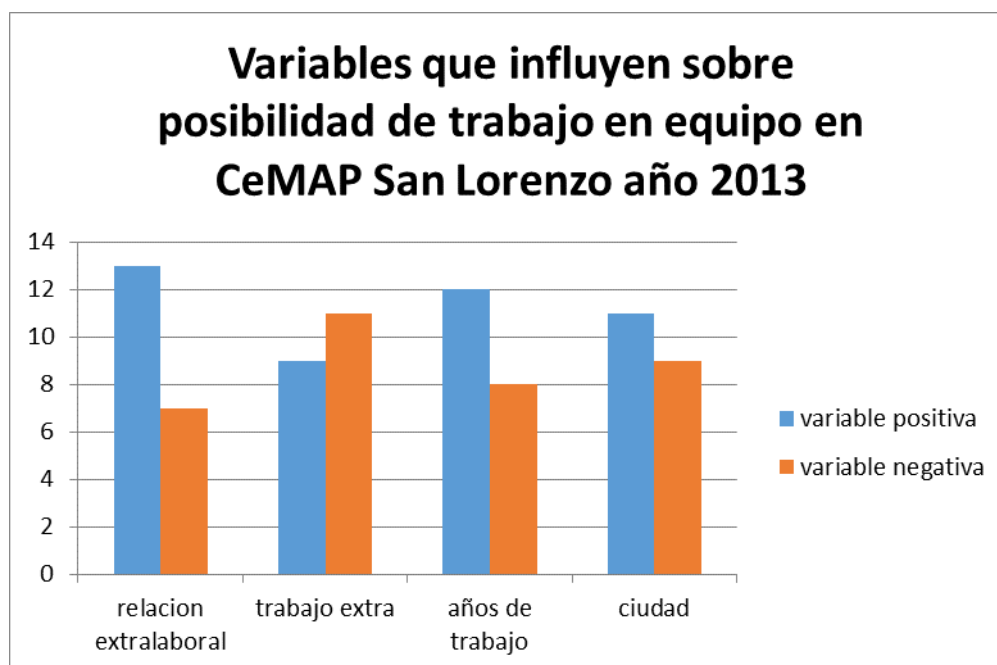
*“trabajo en conjunto/ de distintos profesionales/ para el logro de un objetivo/ a través de la comunicación constante/con mayor probabilidad de éxito”*

De aquí se desprende una noción sumamente aproximada a la definición de trabajo interdisciplinario. Esto significa que la percepción del grado de su aplicación puede ser fácilmente distinguida por los integrantes de la institución.

Se evaluaron variables para la posibilidad de trabajo en equipo; incluyendo dentro de las mismas distancia, tiempo, relaciones sociales, trabajos aparte, y años de trabajo en el centro de salud San Lorenzo. Se lo dividieron depende si promueve o atenta contra el trabajo en equipo:

- Variable positiva: continuidad laboral (5 años o más de continuidad)
- Variable negativa: sin continuidad laboral (menos de 5 años)
- Variable positiva: ningún o 1 trabajo extra
- Variable negativa: 2 o más trabajos extra
- Variable positiva: residencia en ciudad donde trabaja
- Variable negativa: residencia en otra ciudad
- Variable positiva: con relación extra laboral con otros integrantes
- Variable negativa: sin relación extra laboral con otros integrantes

Gráfico N° 8.

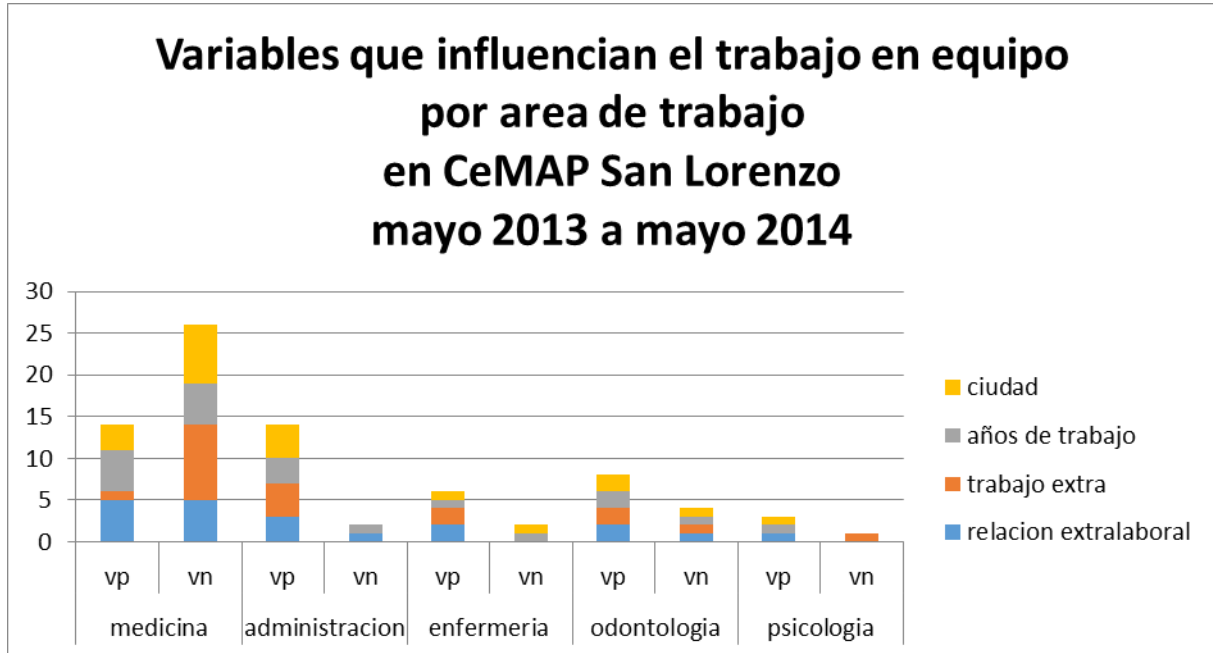


Fuente: Elaboración propia.

En este primer gráfico podemos visualizar gran parte del personal con relación social entre ellos fuera del trabajo y que cuenta con más de 5 años en la institución, más de la mitad tiene 2 o más trabajos extra, y se dividen en partes casi iguales los integrantes del personal que viven en San Lorenzo y en otra ciudad.

En el siguiente gráfico desagregado, vemos como el área medicina es la única en la cual prevalecen las variables negativas por sobre las positivas; y dentro de las mismas, las diferencias más marcadas son la ciudad de pertenencia y los trabajos extra. Es para analizar por qué la mayoría de los profesionales médicos no son de la ciudad de San Lorenzo y tienen 2 o más trabajos aparte, y que influencia tiene la institución sobre esto para su modificación.

Gráfico N°9.



VP: variable positiva. VN: variable negativa

Fuente: Elaboracion Propia

### Entrevistas

Se realizaron entrevistas a integrantes varios del personal; de tipo interrogatorio abierto; para las mismas se indicó que se explicasen sobre tema: “trabajo de equipo en centro de salud Construir Salud San Lorenzo”.

### Coordinacion

*“Desde el momento que ingrese, el tema de las reuniones de equipo está concebido dentro de la idea de la obra social. Se tiene ese horizonte común desde todas las áreas, enfocado en bien común hacia el afiliado, pero la realidad es que las reuniones de equipo nunca tuvieron gran convocatoria, se basan fundamentalmente con el área administrativa y algunas cuestiones “cosméticas” con los profesionales; es muy poco el intercambio con los profesionales”*

*“La mayoría de los profesionales de la obra social está conformado por médicos de familia, hay buena predisposición para el trabajo de equipo por su especialidad”*

*“No es por desgano el que no quiere venir, sino el poli trabajo que influye sobre las reuniones. También existe falta de pertenencia al centro de salud”*

### Administración

*“Hubo un tiempo en que los médicos por decisión propia se juntaban a charlar y trabajar sobre pacientes con dificultades, hasta fuera de horario de trabajo. Pero eso fue por las personalidades y características de ese grupo. Eso se fue perdiendo”*

*“Si se cumpliera el trabajo de equipo seria grandioso, se podrían llegar a cosas importantes, escuchar al otro genera cosas productivas”*

*“Me parece que tiene que estar más involucrado más la persona a cargo para que se cumpla el trabajo en equipo”*

### Enfermería

*“Se puede mejorar. Me parece que tendría que haber más reuniones entre enfermería y médicos. No hay comunicación habitual entre enfermería y los médicos. Además pasan cosas a nivel administrativo que enfermería debería enterarse. ”*

*“Deberían sumarse más reuniones, cortas, con objetivos y prioridades claras”*

### Medicina de Familia

*“...Muy poco trabajo de equipo. La dinámica de trabajo interdisciplinario no existe, se trabaja más como poli consultorio, no existe compromiso institucional...”*





UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



*“Falta que se genere desde coordinación acciones que lleven a hacer trabajo interdisciplinario”.*

*“En otros momentos hubo más trabajo de equipo, había más asistencia a reuniones de equipo. En los principios de la obra social hubo más ganas de trabajar desde esfuerzos a nivel nacional (de la obra social). Cada uno está trabajando en lo suyo ahora”*

### Revisión de datos

- No se registraron reuniones grupales durante el tiempo de investigación; se organizó una reunión con personal de la tecnoestructura, la cual no se pudo llevar a cabo.
- No se identificó espacio formal para la realización de reuniones grupales.
- De la revisión de 100 historias clínicas se recaban los siguientes resultados:
  - mención de evaluación conjunta de usuario con otro profesional: 0
  - mención de reunión con otro profesional para evaluación de caso: 0
  - mención de trabajo multidisciplinario: 1
  - mención de trabajo interdisciplinario: 0
  - Planteo conjunto de problemas: 0
  - Feedback entre profesionales: 0
  - Espacios de encuentro e interacción entre disciplinas: 0
  - Producción de conocimiento entre disciplinas: 0

### Conclusión

Existe una percepción moderada a buena sobre la actuación de trabajo en equipo, equitativamente motivada por cada uno. En los primeros gráficos se puede visualizar que existe una percepción de trabajo en equipo intermitente; situación que puede darse según necesidad y no como base del trabajo diario.

La comunicación fluida y constante es percibida como la de mayor valor por los encuestados, así como también lo refleja la literatura mundial; no así tanto la eliminación de jerarquías, el liderazgo, creación de conocimiento; los cuales están entre los menos valorados.

Los elementos más valorados para el trabajo en equipo son percibidos como los menos desarrollados. El clima laboral presenta un valor moderado a bueno, con valores muy semejantes en cada área.

Las variables positivas para la posibilidad de trabajo en equipo prevalecen sobre las negativas en general; sin embargo, no es así en el área medicina donde el trabajo extra y la residencia en otra ciudad son marcadamente superiores.

La formación de un equipo interdisciplinario del primer nivel de atención sugerido por los participantes estaría conformado por profesionales de distintas áreas que engloban la problemática biopsicosocial; siendo necesario para eso la incorporación de profesional de trabajo social.

Existe un entendimiento compartido de lo que significa trabajo interdisciplinario, lo que puede ser un basamento para dar lugar al entrenamiento o capacitación para su logro.

En las entrevistas se luce una apreciación general de falta de trabajo de equipo y compromiso institucional, junto con falta de liderazgo y nostalgia sobre como en tiempos pasados surgía una “necesidad natural” de organización de trabajo de profesionales e interés del Ápice Jerárquico en motivar esto; relacionado probablemente a la dinámica de aplicación de programas de diferente índole, que llevan a la larga a una disminución progresiva de por falta de estímulo, interés y/o control.



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



De la investigación realizada, surgen datos y elementos que presentan el siguiente escenario ante la posibilidad de desarrollo de trabajo de equipo interdisciplinario en el ámbito de APS en el CeMAP Construir Salud San Lorenzo: profesionales de diferentes disciplinas, en un clima laboral bueno, con horarios cubiertos con profesionales y no profesionales necesarios para el trabajo en APS, entendimiento básico del concepto de Interdisciplina, percepción general sobre la falta de desarrollo de variables que promuevan el trabajo en equipo, y escaso o nulo fomento por parte del contexto organizacional (Tecnoestructura, Ápice Jerárquico, Representantes del Sistema de Salud del Estado Provincial y Nacional).

Como corolario de la revisión bibliográfica, el análisis de datos y la mirada parcial del autor, se puede decir que la posibilidad de aplicación de trabajo de equipo interdisciplinario en el CeMAP Construir Salud de San Lorenzo es de extrema complejidad (no dificultad); con elementos propicios para su iniciación (recurso humano, recursos físicos, cantidad y tipo de personal, lógicas organizacionales de atención acorde a APS), pero que requeriría de alto nivel de compromiso institucional con vistas a largo plazo para su continuidad y explotación.



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



### Recomendaciones para la gestión.

Quien persiga el logro del trabajo de equipo interdisciplinario en el campo del APS no debe soslayar la importancia de los múltiples variables que actúan sobre la población. No olvidar que la discusión central trata sobre los resultados en salud sobre la población, y como se vio anteriormente, el contexto hospitalario/institucional varía enormemente comparado con el comunitario/territorial.

El actor (en la micro, meso o macro gestión) debe realizar un minucioso examen multinivel (ver figura n° 15), a sabiendas que el peso de las variables que afectan el estado salud – enfermedad son preponderadamente extra institucionales.

Luego del examen multinivel debe focalizarse en el análisis del Sistema de Salud, con datos generales pero adecuados para la comprensión del sector de la población incluido en su campo de acción (ver figura n° 18).

Posterior a dichos análisis tendrá una mayor conciencia sobre las posibilidades de desarrollar el objetivo inicial.

Se considera importante la reflexión del accionar diario y trabajo sobre los principios básicos para el desarrollo del trabajo en equipo (ver página 27). Las posibilidades de éxito podrían mejorar si se explotan cualidades favorables para el trabajo interdisciplinario (ver cuadro n° 1). La APS debe ser sostén y guía para la aplicación de la política de salud elegida, adecuándose a su declaración de 1978.

Como recomendación final, en caso de haber realizado tamaña tarea, se sugiere contar con capacidad de recursos suficiente para recabar datos sobre el progreso y cambios logrados con la aplicación de la metodología de trabajo antes mencionada.



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



## Discusión

La discusión central trata sobre la posibilidad de aplicación de trabajo de equipo interdisciplinario en el ámbito de atención primaria. Puesto de esta manera, se coloca al menos tres conceptos que dejan entrever, tanto en la historia y en actualidad, mismas preguntas, resultados variables e intereses poco claros. Se vio como instituciones y países estudiaron y fabricaron pautas y normas para su aplicación, en pos de “mejoras” en el servicio de salud; que, luego de contemplar la complejidad, multidimensionalidad y multifactorialidad de los resultados en salud, genera al menos las siguientes dos preguntas: ¿Qué influencia o peso tiene lograr el trabajo de equipo interdisciplinario en APS sobre los resultados en salud, en comparación con aplicación de esfuerzos sobre determinantes de la salud fuera del ámbito de los servicios de atención de salud?, y ¿qué poder de control tenemos (como institución) sobre las variables para logro de trabajo en equipo interdisciplinario en APS, sabiendo que son múltiples y parten desde el nivel individual hasta el contexto general del sistema de salud?. La primera pregunta tendría una respuesta parcial en el apartado de resultados en salud, y la segunda tendría que ver en mayor medida con la organización del sistema de salud.

No sería lógico esperar mejora inmediata en (múltiples) resultados de salud cuando se aplican tareas de trabajo en equipo en áreas de población extensas como las que están a cargo de centros de salud tanto como en salas de internación. Es decir, las mejoras pueden verse soslayadas por el impacto mayor de otras variables en el primer caso (volvemos al espectro “comprehensivo”).

Abordar la problemática en salud significa encarar la complejidad que implica la misma; el método de trabajo en equipo direcciona los esfuerzos, la interdisciplina logra un enfoque y acercamiento más claro y el APS nos delimita el terreno y optimiza los recursos. El trabajo trata de evaluar la probabilidad de desarrollo de este tipo de trabajo en una institución; y nada dice sobre los efectos del mismo en los resultados de salud. Es más, la bibliografía disponible describe que los estudios realizados poco definen sobre los mismos, sino más bien refieren sobre resultados en clima y satisfacción laboral, y resultados sobre datos duros en ciertas áreas de salud (internación).



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



El logro de trabajo de equipo interdisciplinario tiene el desafío de romper las barreras internas tales como la estructuras asociadas a imaginarios sociales, intereses y concepciones inherentes a profesiones y/o disciplinas; las barreras externas como son el contexto cultural, demográfico, económico, institucional y organizacional supondrán de intervenciones en otros niveles. No olvidemos que el concepto de interdisciplina, surge en la literatura de manera confusa y seguidamente se aplica a una “forma de trabajo conjunto” que difícilmente puede constatararse en terreno y continua en debate sobre su fiel aplicabilidad.

No es de esperar que la formación de equipos se dé en forma espontanea o “natural”; la formación en universidades y subculturas propias de cada profesión no hacen compatible la formación de equipos interdisciplinarios desde la matriz. Probablemente requiera de métodos que puedan aplicarse en lugares de formación y luego continuar en los lugares de trabajo (centros de salud, hospitales).

El acercamiento progresivo al objeto de estudio hace surgir constantemente nuevas interrogantes (desnudando múltiples capas que conforman asimismo nuevas relaciones intra y extra objeto). Que las disciplinas que indagan estos cuestionamientos logren amalgamarse y formen una comprensión final del objeto (¿es posible?) es el sendero para que los equipos de salud cumplimenten su objetivo final (investigar, comprender, intervenir). La intervención de la interdisciplina así como formas superiores o equivalentes de trabajo en equipos es inevitable así cuanto el objeto multiplique o acreciente su complejidad.

La lógica de APS parece ser la más razonable para el adecuado uso de los servicios, y a la vez resulta el área más compleja para la formación de equipos por su multidimensionalidad “comprehensiva”. Su capacidad máxima sigue sin explotar en nuestro país debido a su uso limitado por despropósitos y mal intencionalidad político económico gerencial. Debería verse como poder congeniar elaboraciones teóricas sobre trabajo de equipo en APS y su aplicación fidedigna sobre un terreno todavía muy poco asentado.

### Referencias bibliográficas.

(Ordenadas alfabéticamente por autor)

1. Almeida Filho, Naomar de. **(2006)** Complejidad Y Transdisciplinariedad En El Campo De La Salud Colectiva: Evaluación De Conceptos Y Aplicaciones. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 2(2): 123-146.
2. Almeida Filho, Naomar de. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. 2005; Saúde e Sociedade v.14, n.3, p.30-50.
3. Bertolotto Analía, Fuks Ana, Rovere Mario. Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, 2012; v. 36, n. 94, p. 362-374.
4. Boada-Grau Joan, Diego-Vallejo Raúl de, Llanos-Serra Emma de y Vigil-Colet Andreu. Versión breve en español del Team Climate Inventory (TCI-14): desarrollo y propiedades psicométricas. Psicothema. 2011; Vol. 23, Nº 2, pp. 308-313
5. Bodenheimer Thomas. Building Teams In Primary Care: Lessons Learned. **(2007)** Disponible en <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2017/12/PDF-BuildingTeamsInPrimaryCareLessons.pdf>
6. Borrill Carol And West Michael. Developing Team Working In Health Care. A Guide For Managers. 2001; University of Aston.
7. Borrill Carol, West Michael, Dawson Jeremy; Shapiro David, Rees Anne, Richards Ann; Garrod Simon, Carletta Jean; et al. Carter Angie. **(2000)**. Team working and effectiveness in the NHS. British Journal of Health Care Management, 6(8), 364-371.
8. Borrill Carol. **(2002)** Teamworking Guide For Primary Healthcare. Great Britain, NHS Health Development Agency.
9. Bower P, Campbell S, Bojke C, Sibbald B. **(2003)** Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. Qual Saf Health Care;12:273–279
10. Carter, M., West, M.A., Dawson, J., Richardson, J., & Dunckley, M. **(2008)**. Developing team-based working in NHS Trusts. Report prepared for the Department of Health. Report prepared for the Department of Health.

11. EICP. Barriers And Facilitators To Enhancing Interdisciplinary Collaboration In Primary Health Care. **2005**; Disponible en [http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com\\_mtree&task=att\\_download&link\\_id=5107&cf\\_id=68&lang=en](http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=5107&cf_id=68&lang=en)
12. EICP. Canadian Policy Context Interdisciplinary Collaboration In Primary Health Care. **2005**; Disponible en <http://nursing-informatics.com/N4111/Canadian-Policy-Context-Interdisciplinary-Collaboration-in-Primary-Health-Care.pdf>
13. EICP. Enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care in Canada. **2005**; Disponible en [http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com\\_mtree&task=att\\_download&link\\_id=5305&cf\\_id=68&lang=en](http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=5305&cf_id=68&lang=en)
14. EICP. Individual Providers and Health Care Organizations in Canada. **(2005)** Disponible en [www.eicp.ca](http://www.eicp.ca)
15. EICP. Interdisciplinary Primary Health Care: Finding the Answers – A Case Study Report. **(2005)**. Disponible en [www.eicp.ca](http://www.eicp.ca)
16. EICP. The Principles and Framework for Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care. **(2005)**. Disponible en [http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com\\_mtree&task=att\\_download&link\\_id=5305&cf\\_id=68&lang=en](http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=5305&cf_id=68&lang=en)
17. Fewster-Thuente L, Velsor-Friedrich B, **(2008)**. Interdisciplinary Collaboration for Healthcare Professionals.
18. Follari Roberto. La interdisciplina en la docencia Polis, Revista de la Universidad Bolivariana, vol. 6, núm. 16, 2007, pp. 1-12 Universidad de Los Lagos Santiago, Chile 16. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30501603>
19. Follari Roberto. La interdisciplina revisitada. **(2005)** Año 1, numero 2, pp 7-17. Andamios.
20. Forrest Christopher B. Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? BMJ, 2003;326:692–5



21. Goh Teik T, And Eccles Martin P. Research Notes Team Climate And Quality Of Care In Primary Health Care: A Review Of Studies Using The Team Climate Inventory In The United Kingdom. 2009; disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/2/222>
22. Grumbach Kevin; Bodenheimer Thomas. Innovations In Primary Care: Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice? JAMA. 2004 Mar 10; 291(10):1246-51.
23. Hall Pippa. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. J Interprof Care. 2005 May; 19 Suppl 1:188-96.
24. Hellriegel Don, Slocum John W. Comportamiento organizacional 10ma edición; S.A. EDICIONES PARANINFO; 2005.
25. Hospital and Health Service Performance Division, Victorian Government Department of Health. (2010) Promoting effective communication among healthcare professionals to improve patient safety and quality of care.
26. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel.
27. Irwin M. Rubin And Richard Beckhard. Factors Influencing The Effectiveness Of Health Teams. 1971; Disponible en <https://dspace.mit.edu/bitstream/handle/1721.1/47937/factorsinfluenci00rubi.pdf>
28. Irwin Rubin, Ronald Fry, Mark Plovnick. (1974) Making Health Teams Work: An Educational Program. 1974; Disponible en <https://dspace.mit.edu/bitstream/handle/1721.1/48467/makinghealthteamx00rubi.pdf;sequence=1>
29. Jessup Rebecca L. (2007) Interdisciplinary Versus Multidisciplinary Care Teams: Do We Understand The Difference? Australian Health Review August 2007 Vol. 31 No 3.
30. Kindig David. Interdisciplinary Education For Primary Health Care Team Delivery. 1975; Chapter 11. Academic Medicine - Volume 50 - Issue 12 - pg. 97-110

31. King HB, Battles J, Baker DP, et al. TeamSTEPPS™: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al., editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); (2008). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43686/>
32. Leggat Sandra G. (2007) Effective Healthcare Teams Require Effective Team Members: Defining Teamwork Competencies. *BMC Health Services Research* 2007, 7:17
33. Lemieux Louise - McGuire Charles and Wendy L. (2006) What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature *Med Care Res Rev*
34. Lynch John. (2006) It's Not Easy Being Interdisciplinary. *International Journal of Epidemiology* ;35:1119–1122
35. Mitchell Pamela, Wynia Matthew, Golden Robyn, Mcnellis Bob, Okun Sally, Webb C. Edwin, Valerie Rohrbach, et al. Isabelle Von Kohorn. (2012) Core Principles & Values Of Effective Team-Based Health Care.
36. Najmanovich Denise. “interdisciplina: riesgos y beneficios del arte dialógico.” *Revista “TRAMÁS”*. Publicación de la Asociación Uruguaya de psicoanálisis de las configuraciones vinculares. Tomo IV, N° 4; 1998
37. Nancarrow Susan A, Booth Andrew, Ariss Steven, Smith Tony, Enderby Pam and Roots Alison. (2013). Ten principles of good interdisciplinary teamwork.
38. NHS. Royal College Of Nursing. (2009). Developing And Sustaining Effective Teams. Getting Started. An Introduction And Overview.
39. Pocket Guide: TeamSTEPPS. Última revisión de contenido Enero 2014. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponible en <http://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.html>
40. Valentine Melissa A.; Nembhard Ingrid M.; Edmondson Amy C. Measuring Teamwork in Health Care Settings: A Review of Survey Instruments. *Med Care*. 2015 Apr;53(4):e16-30
41. Wagner Edward H. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*. 2000; 320 (7234):569-72.



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



42. West, Michael; Borrill, Carol S.; Carletta, J.; Dawson, Jeremy; Garrod, S.; Rees, Anne; Richards, A.; et al. Shapiro, Daniel. **(2001)** The effectiveness of health care teams in the National Health Service. University of Aston.
43. Zurro Amando Martín y Solà Gloria Jodar. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. Capítulo 1. Elsevier España, S.L.; 2011.

**Apendice A**

Calculo del Indicador	Fuente
consultas médicas externas / consultas médicas totales	SOM
consultas medicina familiar / consultas médicas internas	SOM
encuestados que reconocen a su medico referente / total encuestados	Encuesta
consultas médicas con 2 o más CIAPs / total de consultas médicas internas	SOM
HC con Familigrama completado / total de HC auditadas	Auditoria
HC con Listado de Problemas actualizado / total de HC auditadas	Auditoria
Cantidad de tasas de uso ( Lab - Rx - Eco - TAC - RMN ) adecuadas	SOM
consultorios que disponen del listado / total de consultorios activos en el CeMAP	Observación local

Calculo del Indicador	Fuente
embarazos con control precoz / total de embarazos en el año	Auditoria Fichero
embarazos con 5 controles o más / total de nacimientos en el año	Auditoria Fichero
niños con BCG y Vac Hep B / total de HC auditadas de niños nacidos en el año	Auditoria HC
niños con screening neonatal / total de HC auditadas de niños nacidos en el año	Auditoria HC
niños con vac 6 meses completo / total de HC auditadas de niños de 8-10 meses	Auditoria HC
niños con vac 12 meses completo / total de HC auditadas de niños de 14-18 meses	Auditoria HC
niños con lactancia mat hasta 4to mes / total de HC auditadas de niños de 8-10 meses	Auditoria HC

Calculo del Indicador	Fuente
encuestados a los que le tomaron la TA una vez en el último año / total encuestados	Encuesta
encuestados que recibieron consejería sobre hábitos saludables / total encuestados	Encuesta
encuestados que redujeron la ingesta de sodio en el último año / total encuestados	Encuesta
hipertensos con 4 o más consultas a MF en el año / total de hipertensos que consultaron	SOM
hipertensos con registro de TA normal / total de HC de hipertensos auditadas	Auditoria de HC
hipertensos con RCV estimado / total de HC de hipertensos auditadas	Auditoria de HC
adultos con registro de IMC / total de HC de adultos auditadas	Auditoria de HC
diabéticos con 4 o más consultas a MF en el año / total de diabéticos que consultaron	Auditoria de HC
diabéticos con 2 Hb glic al año / total de diabéticos que consultaron	SOM
diabéticos con Hb glic menor a 7 / total de HC de diabéticos auditadas	Auditoria de HC

Calculo del Indicador	Fuente
<b>cant de cod de Pap registrados / cant de mujeres edad fértil que consultaron en el año</b>	<b>SOM</b>
<b>mujeres con Pap realizado / total de mujeres en edad fértil encuestadas</b>	<b>Encuesta</b>
<b>cant de mamografías registradas / cantidad de mujeres más de 40 q` consultaron</b>	<b>SOM</b>
<b>mujeres con mamografía realizada / total de mujeres mayores de 40 encuestadas</b>	<b>Encuesta</b>
<b>cant de SOMF registradas / cantidad de pacientes de más de 50 años que consultaron</b>	<b>SOM</b>

Calculo del Indicador	Fuente
<b>Pac con A D con más de 1 cons a MF / total de pacientes con A D que cons en el año</b>	<b>SOM</b>
<b>Cantidad de tareas grupales realizadas en A D durante el año</b>	<b>Reportes</b>
<b>Pac con VF con más de 1 cons a MF / total de pacientes con VF que cons en el año</b>	<b>SOM</b>
<b>Cantidad de actividades de difusión sobre VF realizadas en el año</b>	<b>Reportes</b>
<b>Cantidad de encuentros con el Sindicato sobre VF realizadas en el año</b>	<b>Reportes</b>
<b>Pac con Ciap Adicciones / total de pacientes atendidos en el año</b>	<b>SOM</b>
<b>Cantidad de encuentros con el Sindicato sobre adicciones realizadas en el año</b>	<b>Reportes</b>

## Apendice B

### Cuestionario: Trabajo de Equipo.

Estimado, el siguiente es un cuestionario cerrado que busca indagar sobre el funcionamiento de la institución en cuanto a procesos de trabajo. Todos los datos son confidenciales y serán usados para la tesis final de la Maestría de Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Agradezco su colaboración. Marcar sobre la línea de 3 puntos lo que considere correcto.

1. ¿Considera que los miembros del Centro De Salud San Lorenzo están comprometidos a lograr los objetivos del mismo?

--- No estamos comprometidos

--- Casi nunca estamos comprometidos

--- A veces estamos comprometidos

--- Casi siempre estamos comprometidos

--- Si estamos comprometidos

2. ¿Considera que los miembros del Centro De Salud San Lorenzo acordamos sobre cuáles son nuestros objetivos?

--- no acordamos  
acordamos

--- casi nunca acordamos

--- a veces

--- casi siempre acordamos

--- si acordamos

3. ¿Considera que en el Centro De Salud San Lorenzo está claro que es lo que estamos tratando de lograr?

--- no está claro  
claro

--- casi nunca está claro

--- a veces está

--- casi siempre está claro

--- si está claro

4. ¿Considera que los miembros del Centro De Salud San Lorenzo nos mantenemos mutuamente informados acerca de temas relacionados con el trabajo?

--- no nos mantenemos informados  
informados

--- casi nunca nos mantenemos

--- a veces nos mantenemos informados  
informados

--- casi siempre nos mantenemos

--- si nos mantenemos informados

5. ¿Considera que los miembros del Centro De Salud San Lorenzo nos sentimos comprendidos y aceptados por los demás?

--- no nos sentimos comprendidos y aceptados  
comprendidos y aceptados

--- casi nunca nos sentimos

--- a veces nos sentimos comprendidos y aceptados  
aceptados

--- si nos sentimos comprendidos y

--- casi siempre nos sentimos comprendidos y aceptados

6. ¿Considera que en el Centro De Salud San Lorenzo hay un intento real de compartir información pertinente al trabajo diario?

--- no hay intento  
intento

--- casi nunca hay intento

--- a veces hay

--- casi siempre hay intento

--- si hay intento

7. ¿Considera que todos los miembros del Centro De Salud San Lorenzo contribuimos a la toma de decisiones que influyen en la rutina de trabajo general?

--- nadie contribuye  
contribuimos

--- casi nadie contribuye

--- algunos

--- casi todos contribuimos

--- todos contribuimos

8. ¿Considera que en el Centro De Salud San Lorenzo podemos discutir con seguridad errores y equivocaciones en el equipo?

--- nunca podemos discutir                      --- casi nunca podemos discutir                      --- a veces podemos discutir

--- casi siempre podemos discutir      --- siempre podemos discutir

9. ¿Considera que hay un clima de crítica constructiva entre los miembros del Centro De Salud San Lorenzo?

--- nunca hay clima de crítica constructiva                      --- casi nunca hay clima de crítica constructiva

--- a veces hay clima de crítica constructiva                      --- casi siempre hay clima de crítica constructiva

--- siempre hay clima de crítica constructiva

10. ¿Considera que en el Centro De Salud San Lorenzo trabajamos juntos en forma solidaria para conseguir el trabajo realizado?

--- nunca trabajamos solidariamente                      --- casi nunca trabajamos solidariamente

--- a veces trabajamos solidariamente                      --- casi siempre trabajamos solidariamente

--- siempre trabajamos solidariamente

11. ¿Considera que los miembros del Centro De Salud San Lorenzo estamos siempre buscando nuevas formas de ver los problemas?

--- nunca buscamos nuevas formas                      --- casi nunca buscamos nuevas formas

--- a veces buscamos nuevas formas                      --- casi siempre buscamos nuevas formas

--- siempre buscamos nuevas formas

12. ¿Considera que en el Centro De Salud Construir Salud San Lorenzo nos tomamos el tiempo necesario para desarrollar nuevas ideas?

--- nunca nos tomamos el tiempo                      --- casi nunca nos tomamos el tiempo

--- a veces nos tomamos el tiempo                      --- casi siempre nos tomamos el tiempo

--- siempre nos tomamos el tiempo





UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



13. ¿Considera que los miembros del centro de salud San Lorenzo cooperamos para ayudar a desarrollar y aplicar nuevas ideas?

--- nunca cooperamos  
cooperamos

--- casi nunca cooperamos

--- a veces

--- casi siempre cooperamos

--- siempre cooperamos

---

#### Cuestionario: variables para trabajo en equipo

Estimado/a:

La siguiente encuesta tiene como finalidad evaluar las condiciones para el trabajo en equipo.

Es anónima. Le agradezco su tiempo.

1. Edad:

2. Sexo:

3. Ciudad de residencia:

4. Profesión:

5. Si la respuesta a la anterior pregunta es médico/a, especifique especialidad:

6. ¿Hace cuantos años trabaja en el Centro Construir Salud San Lorenzo?:

7. ¿Trabaja en otro servicio de atención de la salud?: SI - NO

¿En cuántos?:



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



8. ¿Se relaciona habitualmente con otros integrantes del Centro de Salud San Lorenzo fuera del mismo?

SI

NO

---

**Cuestionario: Trabajo de Equipo Interdisciplinario en Atención Primaria.**

**Estimado/a, el siguiente es un cuestionario semicerrado que busca indagar sobre el funcionamiento de la institución en cuanto a procesos de trabajo. Todos los datos son confidenciales y serán usados para la tesis final de la Maestría de Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Agradezco su colaboración.**

- 1 - ¿Cree que en el Centro De Salud Salud San Lorenzo, actualmente, se trabaja en equipo?

- Nunca
- La menor parte del tiempo
- A veces
- La mayor parte del tiempo
- Siempre

- 2 - ¿Cree que se fomenta el trabajo en equipo desde su posición al Centro De Salud San Lorenzo?

- Nunca
- La menor parte del tiempo
- A veces
- La mayor parte del tiempo
- Siempre

3 - Marque con una x al costado 5 de los siguientes ítems que cree indispensable para el trabajo de equipo

Comunicación fluida y constante		Conocimiento individual		Liderazgo único		Responsabilidad individual	
Retroalimentación*		Ambiente laboral favorable		Destrezas y habilidades compartidas**		Entrenamiento	
Compromiso con el trabajo		Roles variables***		Creación de conocimiento****		Supervisión del trabajo	
Contención		Eliminación de Jerarquías*****		Responsabilidad colectiva		Apoyo mutuo	
Pago acorde a responsabilidad		Liderazgo compartido		Motivación personal		Roles definidos	
Motivación de parte de la institución		Participación activa		Estructura definida		Dependencia entre miembros*****	

\* supone comunicación ida y vuelta entre integrantes del equipo

\*\* supone destrezas y habilidades propias de un profesional o especialista realizada por otro integrante del equipo

\*\*\* supone que cada integrante del equipo asume distintas funciones o desconoce su rol principal en el trabajo

\*\*\*\* supone elaboración de documentos científicos a partir de investigaciones propias

\*\*\*\*\* supone igualar a nivel subjetivo el reconocimiento y valor histórico y social de las profesiones

\*\*\*\*\* supone el trabajo coordinado entre miembros para el logro de una tarea o fin

4 - De los ítems que marco anteriormente, enumérelos del 1 al 5 en orden de importancia (1 más importante)

1-

2-

3-

4-

5-

5 - De los ítems en la pregunta 4, ¿cuál cree que no están o faltan desarrollar en el Centro De Salud San Lorenzo?

Comunicación fluida y constante		Conocimiento individual		Liderazgo único		Responsabilidad individual	
Retroalimentación		Ambiente laboral		Destrezas y habilidades compartidas		Entrenamiento	
Compromiso con el trabajo		Roles variables		Creación de conocimiento		Supervisión del trabajo	
Contención		Distribución de Jerarquías		Responsabilidad Colectiva		Apoyo mutuo	
Pago acorde a responsabilidad		Liderazgo compartido		Motivación personal		Roles definidos	
Motivación de parte de la institución		Participación activa		Estructura definida		Interdependencia entre miembros	



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



6 - ¿Qué entiende por trabajo interdisciplinario?

7 - ¿Que disciplinas cree que deben formar el equipo básico del primer nivel en atención primaria? Marque con una x al costado

Oftalmología	<input type="checkbox"/>	Obstetricia	<input type="checkbox"/>	Pediatría	<input type="checkbox"/>	Administración	<input type="checkbox"/>
Enfermería	<input type="checkbox"/>	Trabajo social	<input type="checkbox"/>	Ginecología	<input type="checkbox"/>	Fonoaudiología	<input type="checkbox"/>
Psiquiatría	<input type="checkbox"/>	Dermatología	<input type="checkbox"/>	Médico generalista y de familia	<input type="checkbox"/>	Clínica Medica	<input type="checkbox"/>
Cardiología	<input type="checkbox"/>	Traumatología	<input type="checkbox"/>	Psicología	<input type="checkbox"/>	Kinesiología	<input type="checkbox"/>