

Universidad Nacional de Rosario
Centro de Estudios Interdisciplinarios



Instituto de la Salud
Juan Lazarte

Maestría en Salud Pública

"Desarrollo de competencias para el fortalecimiento del trabajo en red en el sistema de salud dependiente de la CABA, en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Desafíos y oportunidades de la educación permanente en salud."

Tesis presentada para cumplir con los requisitos finales para la obtención del título de Magister en Salud Pública.

Maestrando: Gabriel Listovsky

Directora: Débora Yanco

Noviembre 2014

INDICE

Introducción

- Presentación
- Estado del arte
- Estrategia metodológica
- **Capítulo I** - El sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires en el marco del sistema de salud Argentino

Marco Teórico

- **Capítulo II** - La Atención Primaria de la Salud y la renovación de los sistemas de salud
- **Capítulo III** - La perspectiva de redes en los Servicios de Salud.
- **Capítulo IV** - Los RRHH. Los equipos de salud
- **Capítulo V** - La Educación Permanente en Salud y su aporte al desarrollo de la perspectiva de Redes. Estrategias y dispositivos
- **Capítulo VI** - La perspectiva de competencias

Análisis

- **Capítulo VII** - Caracterización de las RISS en la CABA
- **Capítulo VIII** - La percepción de los equipos de salud acerca de las competencias requeridas para trabajar en red
- **Capítulo IX** - Análisis de dispositivos y estrategias para la formación

Consideraciones finales

Anexo I - Guía de entrevista

Anexo II – Siglas utilizadas

Introducción

Presentación

La implementación de la estrategia de APS en las grandes ciudades, y especialmente en las ciudades con historia hospitalo-céntrica, conlleva múltiples desafíos. Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) constituyen una propuesta relevante para aportar al logro de mayores grados de equidad en la atención desde una perspectiva de integralidad, eficacia y eficiencia.

Como presentaremos en el apartado estado del arte, diversas experiencias evidencian que a menor fragmentación de los sistemas y a mayor articulación entre sus niveles, mejora la calidad y los resultados de la atención.

La perspectiva de red promueve la articulación, pretende evitar el aislamiento, busca soluciones innovadoras, invita a organizar nuevas modalidades de trabajo, nuevos vínculos, y conlleva nuevas maneras de pensar a las organizaciones y a quienes viven y trabajan en ellas.

El sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires es heredero de su conformación histórica en donde el hospital se constituyó en la cabecera tradicional de las acciones de salud. Se trata de efectores antiguos, en algunos casos con más de dos siglos de funcionamiento, que se originaron para dar respuesta a distintas necesidades sanitarias a lo largo de la historia. El mismo fenómeno se aprecia en el resto del país.

Desde el retorno a la vida democrática en el año 1983 se han desarrollado en la Ciudad distintos intentos normativos tendientes a integrar el sistema y favorecer un trabajo articulado entre sus distintos niveles de atención.

En la actualidad, la ciudad tiene bajo su responsabilidad treinta y tres hospitales, y ochenta y dos efectores del primer nivel de atención entre Centros de Atención de la Salud y Acción Comunitaria (CESAC), Centros Médicos Barriales (CMB) y Centros Odontológicos.

Entendemos que la promoción de nuevos modelos de organización y trabajo requiere esencialmente de la consideración de los trabajadores del sistema. Lograr sistemas de salud que trabajen en red, e integralmente, implica que sus recursos humanos (RRHH) sean capaces de empoderarse de su trabajo revisando y analizando sus prácticas cotidianas. En este marco la formación y capacitación de los equipos de salud resulta nodal para la generación y el desarrollo de modificaciones en los servicios, y para ello es necesario el análisis de las competencias profesionales.

A fin de impulsar y acompañar estos procesos de cambio, orientados hacia una mayor integralidad de los procesos de atención, el presente trabajo propone dos perspectivas pedagógicas: la Educación Permanente en Salud (EPS), reconocida como un dispositivo fundamental para articular las instancias formativas y laborales en los servicios, y el Enfoque de Competencias, como instrumento relevante para vincular educación y trabajo.

Aunque con diferentes matices puede decirse que la *competencia* es una actuación integral y compleja destinada a resolver problemas con experticia, con compromiso ético y poniendo en juego diversidad de saberes (teóricos, prácticos, y actitudinales) (Le Boterf, 1994; Perrenoud, 2006)

La problemática de la formación en el *más allá de la escuela*, y especialmente en los sistemas de salud, forma parte de los intereses y desafíos cotidianos del tesista.

Entre los años 1996 y 2000 el maestrando tuvo la oportunidad de trabajar y aprender en diversos proyectos desarrollados desde FUNDARED (Fundación para el Desarrollo y Promoción de las Redes Sociales) en donde pudo vivenciar intervenciones institucionales desde la perspectiva de redes.

Los años de experiencia, tanto en el sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) como a través de tareas de consultoría en el Ministerio de Salud Nacional en diversas provincias Argentinas y, en países de la región, han posibilitado al tesista su formación en la diversidad de áreas y dimensiones que conlleva la salud pública. Asimismo, su inserción laboral en el

área de capacitación del Ministerio de Salud de la CABA, ha permitido acercarse a los problemas y desafíos de los equipos de salud y a quienes cotidianamente trabajan en la formación de RRHH (especialmente en el ámbito de la gestión de los sistemas de residencias y concurrencias).

En los últimos años, y a partir de la preocupación por la calidad de los procesos de atención, la perspectiva del cuidado y la integralidad ha enfocado su trabajo en otra vertiente ligada a la perspectiva de redes. La cursada de la Maestría en Salud Pública ha brindado un marco conceptual para sistematizar y consolidar la formación adquirida a lo largo de este recorrido.

La presente tesis analiza la situación del sistema de salud de la CABA desde la visión de las Redes Integradas de Servicios de Salud, interroga sobre qué perspectiva tienen los equipos acerca del trabajo en red, con qué competencias cuentan y en qué medida la educación permanente en salud puede sostener procesos de capacitación que favorezcan el desarrollo de redes integradas de atención. Asimismo, aborda estrategias y dispositivos para la formación.

Se entiende al equipo de salud como un colectivo de profesionales que puede organizarse para resolver problemas. Resaltamos que no debería ser la conformación disciplinaria lo que define a un equipo como tal, sino la construcción de su capacidad de organización para solucionar necesidades de individuos y comunidades.

En la Ciudad de Buenos Aires es prioritario el trabajo en procesos de formación de los equipos de salud que favorezcan la articulación entre niveles y garanticen a la población una atención integrada y de mejor calidad.

Por último, es importante señalar que el presente estudio reconoce que las problemáticas de los recursos humanos se desarrollan en el marco de la complejidad de las dimensiones políticas y organizacionales que se ponen en juego al pensar en cambios en los modelos de atención y la tensión de poder e intereses entre los actores involucrados. El foco de la atención ha estado en una mirada micropolítica asumiendo que los equipos de salud constituyen actores

sociales relevantes para la promoción de cambios y que la educación permanente es una estrategia prioritaria para ello.

Estado del arte

La articulación de los servicios de salud en redes de atención se ha convertido en una preocupación y un desafío en los países de la región latinoamericana como también en Canadá, Estados Unidos y Europa.

Tanto en países que cuentan con sistemas únicos de salud, como puede ser el caso de Brasil, Cuba y Canadá, como en aquellos con sistemas segmentados (por ejemplo Argentina, Colombia y EEUU), la integración de redes es clave para resolver los principales problemas a nivel de organización sanitaria.

A fin de revisar el estado del arte sobre el tema se destaca especialmente el trabajo de Mendes, quién ofrece una sistematización de diversas experiencias de las redes de servicios de salud y brinda ejemplos concretos para Europa, América del norte y nuestra región con especial foco en Brasil.

Para el caso específico de Brasil rescatamos también el trabajo de Silvio Fernandes da Silva quién analiza los desafíos de las redes de servicios para resolver los problemas de fragmentación y segmentación de la atención de la salud en el Sistema Único del país, y reconoce también el papel clave que debe tener la Atención Primaria de la Salud (APS) para apoyar, orientar y guiar la organización del sistema a fin de funcionar adecuadamente en red.

Si analizamos la progresión hacia redes de servicios desde la mirada de la organización de los hospitales, señalamos el trabajo chileno de Artaza Barrios y otros. Éste presenta los cambios que implica para los hospitales actuales prepararse para implementar el paradigma de las redes, tanto hacia el interior de la propia institución, como para articularse y vincularse con la red de servicios a la cual pertenece, y donde ya deja de ser el centro para ser un nodo más en una red de servicios.

En Argentina, los distintos estudios revisados dan cuenta de las tareas pendientes en todas las regiones y niveles para avanzar en la consolidación de sistemas funcionando en red.

Martínez analiza las redes en el NOA Argentino y da cuenta de las dificultades de integración existentes.

Otro trabajo, de García Munitis, centrado en la articulación entre centros de salud, servicios de pediatría y un nuevo hospital, evidencia los múltiples problemas pendientes para lograr articular un efector de alta complejidad con su zona de influencia; evidenciando grandes dificultades para garantizar adecuados procesos de referencia y contrarreferencia en la atención de los pacientes que llegan a la terapia intensiva.

Todos los estudios considerados señalan el valor de las redes de atención para efectivizar la integralidad de la atención, mejorar la calidad, y reducir costos al otorgar racionalidad en la utilización de los recursos. Asimismo también se las reconoce como un recurso estratégico para la atención de las patologías crónicas.

Los antecedentes presentados también destacan el valor de la APS como coordinadora de los procesos de atención y en general se valoriza el papel de la capacitación, especialmente de la EPS, para promover y sostener los procesos de progresión hacia la integración de RISS.

En el marco de la presente tesis se resaltan también dos investigaciones que trabajan a partir de las dimensiones de las RISS propuestas por documentos de la OPS y que serán analizadas en detalle en el desarrollo de esta investigación.

Por un lado, López Puig que presenta una experiencia cubana de construcción de indicadores para analizar las distintas dimensiones de las RISS y en donde se valora y se reconocen la riqueza las mismas para visualizar su funcionamiento.

Por otro lado, para el caso de nuestro país, señalamos un trabajo de Daniel Maceira que también considera las dimensiones de progresión hacia las RISS propuestas por la OPS. Analizando la situación de la provincia de Salta, que puede considerarse con rasgos similares a los sistemas de salud de todo el país, destaca problemas tales como: fallas en los mecanismos de derivación, población no nominalizada, falta de articulación entre el primer nivel de atención (PNA) y los

hospitales, ausencia de mecanismos de comunicación efectiva, falta de coordinación y de protocolos.

La temática de las competencias profesionales de los trabajadores de la salud también aparece en la actualidad como un tema preponderante a fin de acompañar procesos de cambio. Diversos trabajos, referidos tanto a la educación de grado como de postgrado, hacen foco en su relevancia, especialmente sobre las competencias transversales, requeridas tanto por las comunidades y los pacientes. Nos referimos a competencias tales como: la comunicación, el cuidado integral, el trabajo en equipo, el liderazgo, la planificación y evaluación, etc.

Otro trabajo que no puede dejar de mencionarse referido a la formación de grado, específicamente de los médicos, es el de Julio Frenk y colaboradores. El documento analiza las escuelas de medicina de las Américas y la transformación que requieren para formar profesionales acordes con las necesidades actuales. Sostiene que es imperioso capacitar a los recursos humanos (RRHH) en competencias tales como el trabajo en equipo, proceso de cuidado, APS, entre otras. Da cuenta de los fracasos que se han vivido debido al peso de las corporaciones profesionales y sus intereses por desarrollar las tareas de manera aislada.

En este marco es importante valorizar las reuniones y trabajos que se están realizando referidos a la responsabilidad social de las escuelas de medicina y su orientación hacia la APS renovada. Por ejemplo, en diciembre del 2012 se realizó en Buenos Aires la reunión "Educación médica hacia la APS renovada y libros de texto". Como consecuencia de la reunión se elaboró un documento que contiene acuerdos y compromisos entre los cuales se menciona la necesidad de promover cambios en los paradigmas educativos, capacitar y fortalecer a los equipos docentes y generar vínculos entre las instituciones académicas y las comunidades en las cuales se insertan.

Desde la perspectiva de los servicios de salud, diversos documentos centran su mirada en analizar el desempeño laboral y su vinculación con los procesos formativos por competencias.

Salas Perea, por ejemplo, en un trabajo referido al sistema de salud cubano sostiene la importancia de poder pasar de la calificación entendida como la acumulación de saberes o habilidades, a una concepción que dé cuenta de las competencias disponibles para actuar, intervenir y decidir en situaciones imprevistas.

Como ya se ha indicado, en general la bibliografía existente señala la importancia de las competencias específicas de cada disciplina pero también señalan la importancia de contar con competencias transversales. Rodríguez Dolores menciona competencias tales como la gestión del conocimiento, las habilidades comunicacionales, el trabajo en equipo interdisciplinario, el trabajo intersectorial, entre otras.

Además consideramos de manera particular el trabajo de Nebot, Rosales y Borrell referido al desarrollo de competencias en atención primaria de la salud, pues el artículo describe el proceso de selección de competencias para el diseño y desarrollo del curso de renovación de la APS desarrollado en el marco del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS y que será especialmente considerado en esta tesis.

Por otro lado se destacan dos trabajos que dan cuenta de la relevancia de la perspectiva de la EPS como estrategia para interpelar y problematizar el funcionamiento de los servicios de salud. Ambas experiencias visualizan la vinculación entre la propuesta formativa y la gestión del trabajo en los servicios.

Franco y Merhy elaboran una estrategia de trabajo en las organizaciones de salud para reflexionar sobre la práctica e instituir redes. El dispositivo se propone mapear conflictos, actos inusitados y actos inútiles para, a partir de ello, discutir y analizar los procesos de trabajo involucrados.

Massuda y de Sousa Campos desarrollan lo que ellos llaman el método Paideia, en el marco de cursos de gestión hospitalaria, y señalan la articulación positiva entre el proyecto de la dirección del hospital y el trabajo en el curso. Se sostiene la relevancia de una perspectiva política y pedagógica centrada en el

diálogo y en la creación de redes entre colectivos organizados que problematizan su praxis cotidiana.

Por último, señalamos también el documento de Lestyn Williams, Debra De Silva y Chris Ham pues el mismo analiza innovaciones en distintos sistemas de salud y en todos los casos destaca la posición estratégica que tienen las intervenciones educativas para acompañar los procesos de cambio.

Para finalizar, cabe señalar que en el capítulo III, en cual se describen la perspectiva de redes y las RISS, se presentan una serie de antecedentes referidos a la pertinencia de las redes para atender determinadas patologías y en el capítulo VI se problematiza la perspectiva de competencias dando cuenta de las diversas miradas sobre la misma.

Estrategia metodológica

El estudio ha identificado dos niveles de análisis a partir de los cuales se han identificado dos **ejes**:

- **Eje I:** Sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires
- **Eje II:** Los equipos de salud y sus competencias desde la perspectiva de redes.

Las **preguntas principales** de la investigación son:

Eje I

1. ¿Cuál es el nivel de avance en la implementación de las redes de atención en la CABA?
2. ¿Qué perspectivas tienen los equipos de salud de la CABA acerca del trabajo en red?

Eje II

1. ¿Cuál es la articulación entre las dimensiones del trabajo en red y las competencias esenciales en salud pública?
2. ¿Con qué habilidades cuentan los equipos de salud para desarrollar un trabajo articulado y en red?
3. ¿Cuáles son sus fortalezas y debilidades?
4. ¿Qué percepciones tienen acerca de las competencias requeridas para trabajar en red?
5. Desde la perspectiva de los gestores y formadores, ¿cuáles son los dispositivos de formación más pertinentes para posibilitar el desarrollo de las competencias requeridas por las RISS?

Estas preguntas han permitido definir los siguientes **objetivos de investigación:**

- Caracterizar el proceso de implementación de redes integradas de atención en la CABA desde el marco de la APS renovada.
- Analizar la perspectiva de los equipos de salud acerca del trabajo en red.
- Describir la percepción de los equipos de salud acerca de las competencias requeridas para trabajar en Red.
- Analizar la articulación entre las dimensiones de las RISS y las competencias esenciales en Salud Pública.
- Revisar las propuestas de capacitación que se ofrecen en el sistema.
- Describir y analizar los dispositivos de formación pertinentes para posibilitar el aprendizaje de las competencias requeridas para el trabajo en red.
- Proponer estrategias para promover el aprendizaje de competencias favorecedoras del trabajo en red.

Dadas las características del estudio y considerando que no es posible plantear **hipótesis** en sentido estricto, se plantean un par de **aseveraciones para el análisis:**

1. El sistema de salud de la CABA presenta aún serias dificultades para sostener un trabajo en red. Son aisladas las experiencias al respecto. Hay una brecha importante entre las normas y el funcionamiento cotidiano.
2. Existen competencias específicas que requieren desarrollarse para apoyar y promover la progresión hacia el trabajo en redes de atención de la salud.

Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, a partir de dimensiones y variables caracterizadas en una serie de documentos consensuados y reconocidos en el nivel nacional e internacional.

Proceso de recolección de datos

Los datos se obtuvieron a partir de las siguientes estrategias:

1. *Análisis documental:*

Se revisó la documentación referida a las leyes y normas vigentes sobre los distintos procesos de regionalización en la Ciudad de Buenos Aires.

2. *Trabajo de campo:*

Incluye **entrevistas semi-estructuradas** realizadas en profundidad (en el anexo I se presenta el cuestionario orientador), registros de observaciones de actividades de capacitación y análisis de crónica de talleres.

Se procesó información proveniente de las **crónicas** de dos talleres intensivos de trabajo con directores de hospital referidos a la articulación de los hospitales en redes de atención realizados en abril del 2012.

Se contó también con **registros de observación** de instancias de capacitación en redes para profesionales con responsabilidad de gestión intermedia y formación del sistema de salud realizados entre los años 2011 y 2013.

Se realizaron 16 **entrevistas en profundidad**. La mitad (8) fueron realizadas a referentes de gestión intermedia de las cuatro regiones sanitarias, para la segunda mitad se entrevistó a 8 profesionales considerados referentes de la gestión y la formación. Se trata de muestreo intencional para el cual se ha buscado representatividad de los siguientes grupos:

a) **REGIONES SANITARIAS: Entrevistas** a referentes de gestión intermedia de las cuatro regiones sanitarias. En cada región se entrevistó a un profesional del área programática y a un profesional de consultorios externos,

	Región Sanitaria I	Región Sanitaria II	Región Sanitaria III	Región Sanitaria IV
Área programática	x	x	x	x
Consultorios Externos	x	x	x	x

b) **PROGRAMAS DE FORMACION: Entrevistas** a profesionales referentes de la gestión y la formación. Se trata de profesionales con tareas de coordinación general de programas de formación en residencias claves para la estrategia de redes de servicios y APS, profesionales reconocidos en el sistema por su promoción de la articulación de la atención y con tareas de gestión en las regiones sanitarias.

Dimensiones, variables y unidades de análisis

El escenario de estudio estuvo conformado por el Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Se consideran dos **unidades de análisis**:

1. El sistema de salud de la CABA, sus regiones sanitarias.
2. Los Equipos de salud del sistema

La información recabada se procesó y analizó a la luz de dimensiones y variables ajustadas para el presente estudio, originadas a partir de tres documentos que orientaron teóricamente la indagación, ya que dan cuenta de acuerdos y consensos alcanzados en la región:

- Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, 2010 Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4.
- Nebot Adell C, Rosales Echevarría C, Borrell Bentz RM. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Revista Panamericana de Salud Pública. 2009; 26(2):176–83.
- Suárez Conejero J, Godue C, García Gutiérrez JF, Magaña Valladares L, Rabionet S, Concha J, et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública. 2013; 34(1):47–53.

En el cuadro que se presenta a continuación se muestra un detalle de la estrategia metodológica en el cual se articulan preguntas, objetivos, dimensiones, variables y fuentes.

Cuadro de coherencia de la estrategia metodológica

Preguntas principales	Objetivos de investigación	Dimensiones	Variables analizadas	Fuente
<p>Cuál es el nivel de avance en la implementación de las redes de atención en la CABA? Qué perspectivas tienen los equipos de salud de la CABA acerca del trabajo en red?</p>	<p>- Caracterizar el proceso de implementación de redes integradas de atención en la CABA desde el marco de la APS renovada</p> <p>- Analizar la perspectiva de los equipos de salud acerca del trabajo en red</p>	<p>Modelo asistencial</p> <p>Gobernanza y estrategia</p>	<p>Población y territorio a cargo</p> <p>Oferta de servicios</p> <p>Primer nivel de atención</p> <p>Prestación de servicios en el lugar más apropiado</p> <p>Existencia de mecanismos de coordinación asistencial</p> <p>Foco de cuidado</p> <p>-----</p> <p>Sistema de gobernanza único para toda la red</p> <p>Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico</p> <p>Sistema de información integrado</p> <p>Participación social amplia</p> <p>Acción intersectorial - abordaje de los determinantes y de la equidad en salud</p>	<p>Análisis documental</p> <p>Entrevistas</p> <p>Registro de observación de actividades de formación</p> <p>Análisis de crónicas de Talleres con directores de hospital</p>
<p>¿Cuál es la articulación entre las dimensiones del trabajo en red y las competencias esenciales en salud</p>	<p>Describir la percepción de los equipos de salud acerca de las competencias requeridas para trabajar en Red.</p>	<p>Selección de competencias de los equipos de salud para promover el trabajo en red</p>	<p>Continuidad de la atención</p> <p>Seguimiento compartido</p>	<p>Entrevistas</p> <p>Registro de observación de</p>

<p>pública?</p> <p>¿Con qué habilidades cuentan los equipos de salud para desarrollar un trabajo articulado y en red? ¿Cuáles son sus fortalezas y debilidades? ¿Qué percepción se tiene acerca de las competencias requeridas para trabajar en red?</p>	<p>Analizar la articulación entre las dimensiones de las RISS y las competencias esenciales en Salud Pública</p>		<p>Trabajo en equipo</p> <p>Liderazgo, supervisión y coordinación</p> <p>Planificación y evaluación</p> <p>Comunicación y negociación</p> <p>Uso de sistemas de información / internet / recursos virtuales</p>	<p>actividades de formación</p> <p>Análisis de crónicas de Talleres con directores de hospital</p>
<p>Desde la perspectiva de los gestores y formadores, ¿cuáles son los dispositivos de formación más pertinentes para posibilitar el desarrollo de las competencias requeridas por las RISS?</p>	<p>Revisar las propuestas de capacitación que se ofrecen en el sistema</p> <p>Describir y analizar las estrategias de formación más pertinentes para posibilitar el aprendizaje de las competencias requeridas para el trabajo en red</p> <p>Proponer estrategias para promover el aprendizaje de competencias favorecedoras del trabajo en red.</p>	<p>Competencias y estrategias de formación</p>	<p>Cursos de postgrado desarrollados en el sistema</p> <p>Diversidad de estrategias y dispositivos</p>	<p>Entrevistas</p> <p>Registro de observación de actividades de formación</p> <p>Análisis de Bibliografía</p>

Capítulo I

El sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires en el marco del sistema de salud Argentino

El presente capítulo desarrolla de manera muy sucinta las características del sistema de salud argentino y describe particularmente al sistema de la CABA, prestando especial atención a las leyes y normas que lo rigen y fueron producidas a partir de la vida democrática del país y de la autonomía de la Ciudad.

Asimismo se muestra un panorama de los procesos generados en la ciudad para desarrollar el primer nivel de atención y las normativas vinculadas a la perspectiva de trabajo en redes de servicios.

El sistema de salud argentino

La conformación del sistema de salud argentino es el resultado de diversos procesos históricos. En 1822 se promulga la primera ley de ejercicio de la Medicina, se crean la Sociedad de Damas de beneficencia y la Academia Nacional de Medicina; también comienzan a establecerse los hospitales, especialmente los de las distintas comunidades migrantes que iban instalándose en el país.

En la segunda mitad del siglo XIX el sistema de salud crece, fundamentalmente en el marco del combate a la fiebre amarilla y al cólera. En 1880 se crea el Departamento Nacional de Higiene.

Entre 1850 y 1925 surgieron diversidad de instituciones (mutuales, asociaciones de socorros mutuos, etc.). A mediados de 1940 el sector público toma protagonismo mostrando un papel de liderazgo, tanto en prestaciones como en el desarrollo de políticas sanitarias (PNUD, 2011).

A diferencia de otros países que desarrollaron sus políticas de salud partiendo de la idea de sistemas públicos de cobertura universal financiados por la seguridad social, la Argentina construyó un sistema fragmentado. Por un lado, se construyó el sistema público y, por el otro, se extendió la cobertura de seguros

sociales de salud a la población asalariada con trabajo en relación de dependencia (Unasur, 2012).

El desarrollo de estas obras sociales posibilitó el crecimiento de un sector privado que se consolidó como prestador de servicios mientras que fue quedando rezagado el desarrollo del sistema de salud del Estado (Anlló y Cetrángolo, 2007).

La dependencia de la seguridad social al ingreso de los asalariados generó que todo el sistema quede sujeto a los vaivenes de la situación del empleo. Es decir, que a mayor empleo asalariado mejor financiamiento del sistema y, a la inversa, cuando cae el empleo disminuyen los recursos para mantenerlo (Bonazzola, 2009).

A diferencia de lo que ocurre en otros países de la región como es el caso de Brasil, el *derecho a la salud* no apareció reflejado de manera explícita en la Constitución Nacional hasta la reforma de 1994, cuando puede decirse que quedó incluido a través de la adhesión a pactos internacionales. Hasta la actualidad el país tampoco cuenta con una ley nacional marco para regular y ser rectora del sistema de salud.

Al ser una República Federal, es decir que las provincias conservan todo el poder no delegado expresamente al gobierno central, la atención de la salud, en todos sus niveles, es responsabilidad de cada provincia. Esta realidad determina que no exista una cobertura similar, idéntica para todos los habitantes. Cada jurisdicción resuelve las prestaciones que brinda de acuerdo a sus condiciones y a la fragmentación interna del propio sistema provincial.

La revisión de algunos indicadores a nivel provincial permite dar cuenta de las acuciantes disparidades que conviven en el territorio Argentino (...). Las tres cuartas partes del producto del país es generado en sólo cinco jurisdicciones (CABA, Bs.As., Santa Fe, Córdoba y Mendoza) y el producto por habitante de la Provincia de Santa Cruz es casi nueve veces el de Formosa (PNUD, 2011, p. 48).

En el mismo sentido Bonazzola señala:

El papel preponderante de las provincias en salud es innegable. El 25 por ciento del gasto total en salud en Argentina está en manos de los gobiernos provinciales, que controlan más del 60 por ciento de la red hospitalaria pública (y el 41 por ciento de todas las camas hospitalarias en el país). La nación, a través del Ministerio, ejecuta tan sólo el 3 por ciento del gasto total (Bonazzola, 2007, p.3).

En la política sanitaria argentina encontramos que se convive con falta de coordinación entre el subsector público, el privado y la seguridad social, y con una clara debilidad para regular a los sectores no públicos. En palabras de la Unasur:

Su falta de coordinación y articulación continúa impidiendo la conformación de un 'sistema' de salud propiamente dicho y dificulta tanto el uso eficiente de recursos como el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. A los problemas de integración entre los distintos subsectores (público, seguridad social y sector privado), se suman las dificultades existentes al interior de cada uno de estos subsectores, potenciando los problemas de la fragmentación (Unasur, 2012, p. 74).

La segmentación se refiere a la convivencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, cada uno de ellos especializado en diferentes estratos de la población, de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social.

La coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial configura la fragmentación del sistema. La presencia de numerosos agentes de salud que operan en forma desintegrada no permite la adecuada normalización de los contenidos, la calidad y el costo de la atención, y conduce a la formación de redes de provisión de servicios que no funcionan de manera coordinada, coherente o sinérgica, sino que tienden a ignorarse o a competir entre sí, lo que genera incrementos en los costos de transacción y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo (OPS/OMS, 2007).

La fragmentación facilita un segundo rasgo: la inequidad. Significa que si se distribuyera la masa de recursos destinados al área entre los 40 millones de argentinos obtendría un número promedio que no representa la atención real, porque existe un número de personas que está muy por arriba de ese promedio y un sinnúmero de personas -mayor todavía- que está por debajo. Un dato permite mensurar esta inequidad: la diferencia en el gasto público por habitante, ha llegado a estimarse en 1 en 14, lo que significa que algunos territorios tienen un gasto público en salud por habitante 14 veces más alto que otros. Si esa proporción la ajustáramos en función de la cobertura del gasto público por población no cubierta por la seguridad social, la proporción se multiplica por dos y la distancia pasa a ser de 1 en 28. Fragmentación e inequidad no sólo se continúan, sino que también se conectan porque no podría haber inequidad sin fragmentación. La fragmentación es fundamental y funcional a que cada segmento de la Argentina, cada tramo de ingreso, cada grupo de pertenencia tenga un nivel de salud y un nivel de atención de su salud. Existe una tendencia tan fuerte a la estratificación que hasta las prepagas tienen planes diferentes para los distintos tipo de afiliados, según su cartera y los tramos de cobertura (Rovere, 2011, p.1).

Daniel Maceira afirma que por la ausencia de “(...) un fondo de financiamiento y aseguramiento universal como consecuencia de la descentralización (a nivel geográfico) y de la segmentación (entre subsistemas) se acota las posibilidades de brindar una cobertura homogénea, que garantice una equidad horizontal en la asignación de recursos” (Maceira, 2009, p.7).

Las características estructurales reseñadas de segmentación, fragmentación e inequidad dan cuenta de la complejidad que tiene poder avanzar en procesos de cambio si no hay una clara voluntad política que las oriente y las estimule.

El sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires

De acuerdo con el artículo N° 10 de la Ley Básica de Salud N°153/99, el Sistema “está integrado por el conjunto de recursos de dependencia estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.”

En esta investigación, cuando nos referimos al sistema de salud de la ciudad, nos referiremos de manera exclusiva a los servicios del subsector prestador público compuesto por 33 hospitales y 82 centros de atención primaria entre Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC), centros médicos barriales y centros odontológicos¹.

Estos efectores presentan una gran diversidad de estilos determinados por dimensiones tales como antigüedad, tamaño, especialidad, modalidad de funcionamiento institucional y características de su personal (tanto profesional, como técnico y auxiliar) construidas a lo largo de su conformación histórica, sus múltiples dependencias y los procesos de transferencia vividos de la Nación a la Ciudad de Buenos Aires.

Reconocer este proceso histórico nos obliga a pensar en la Ciudad en el marco de la región metropolitana y de la Nación en su totalidad.

En las regiones metropolitanas que comprenden grandes conjuntos poblacionales, debe existir una planificación y ejecución conjunta entre las diversas jurisdicciones (provincias, municipios), porque los factores epidemiológicos, socioculturales, de flujo de demanda, entre otros, convierten en inexistentes los límites jurisdiccionales. Las enfermedades emergentes y reemergentes dan un claro ejemplo reciente, como ocurre con la vigilancia y la propagación del dengue y la influenza (Bonazzola, 2009, p.5).

¹ En base a información suministrada por la página web de la CABA: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?redir=1&idtema=2&pag=3&orden=. Consultada el 17/02/2014.

Marco legal de la Ciudad de Buenos Aires

La constitución y las leyes

En el año 1996 la Ciudad de Buenos Aires promulgó su Constitución permitiendo dar una serie de pasos destinados a la consolidación de su autonomía, su organización y el desarrollo del sistema de salud.

Específicamente, en cuanto a la temática de salud, la nueva Constitución de la Ciudad de Buenos Aires establece en su artículo N° 20:

El gasto público en salud es una inversión social prioritaria. Se aseguran a través del área estatal de salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad.

En el artículo N° 21 se dispone que la nueva Legislatura de la Ciudad debe sancionar una Ley Básica de Salud conforme a los siguientes lineamientos:

- El área estatal se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel.
- Se promueve la descentralización en la gestión estatal de la salud dentro del marco de políticas generales, sin afectar la unidad del sistema; promoviendo la participación de la población
- Se incentiva la docencia e investigación en todas las áreas que comprendan las acciones de salud en vinculación con las universidades

En consonancia con los postulados de la Constitución (y luego de un exhaustivo trabajo) en el año 1999 se sancionó la Ley N° 153. Se estableció así un marco normativo global para el sistema de salud de la CABA, cuyos contenidos centrales son los siguientes:

- a) garantiza el derecho a la salud integral de todas las personas;
- b) detalla los derechos de las personas en su relación con el sistema de salud;
- c) establece las funciones del Gobierno de la Ciudad como autoridad regulatoria del conjunto del sistema de salud;
- d) fija la organización general del subsector estatal de salud, con base en la estrategia de atención primaria, en la constitución de redes y tres niveles jerarquizando el primer nivel de atención y la descentralización progresiva de la gestión;
- e) determina la organización territorial del subsector estatal por regiones sanitarias integradas por unidades locales denominadas áreas de salud.

Por otra parte, cabe destacar que esta ley en su artículo N° 27 establece que el subsector estatal de salud “se organiza territorialmente en unidades de organización sanitaria denominadas regiones sanitarias, integradas cada una de ellas por unidades locales o áreas de salud. Las áreas de salud son definidas como las unidades locales de organización territorial del subsector estatal de salud.”

El artículo N° 28 sostiene respecto a las áreas de salud:

- a) su articulación geográfico-poblacional con las futuras comunas;
- b) su carácter de sede administrativa en materia de salud;
- c) su conducción por un funcionario de carrera;
- d) la constitución de un Consejo Local de Salud integrado por representantes de la autoridad de aplicación, de los efectores y de la población del área;
- e) y la función de analizar las características socioepidemiológicas locales, pudiendo proponer la cantidad y perfil de efectores necesarios.

El funcionamiento de las áreas de salud está directamente vinculado con el desarrollo de las comunas, las cuales tuvieron impulso recién en los últimos años. Las Comunas son pequeñas unidades de gestión política para un territorio determinado. Constituyen esencialmente una descentralización política, ya que se crea un gobierno local electo, un órgano colegiado de siete miembros, con competencias de rango constitucional.

En setiembre de 2005 se sancionó la Ley Orgánica de Comunas N° 1777 que reafirmó el sentido de participación ciudadana y gestión local de las Comunas y definió una serie de instancias y procedimientos de implementación.

En su artículo tercero la Ley estableció las siguientes finalidades de las Comunas²:

- a) promover la descentralización y facilitar la desconcentración de las funciones del Gobierno de la Ciudad, preservando su integridad territorial;
- b) facilitar la participación de la ciudadanía en el proceso de toma de decisiones y en el control de los asuntos públicos;
- c) promover el desarrollo de mecanismos de democracia directa;
- d) mejorar la eficiencia y la calidad de las prestaciones que brinda el Gobierno de la Ciudad;
- e) implementar medidas de equidad, redistribución y compensación de diferencias estructurales a favor de las zonas más desfavorecidas de la Ciudad;
- f) preservar, recuperar, proteger y difundir el patrimonio y la identidad cultural de los distintos barrios;
- g) consolidar la cultura democrática participativa;
- h) cuidar el interés general de la Ciudad;

² Ley 1777. http://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/normapop09.php?id=77544&qu. Revisado el 2/9/14

- i) asegurar el desarrollo sustentable.

Las comunas, como gobierno local, cuentan con competencias para desarrollar acciones de promoción y prevención, así como con competencias para intervenir en la organización del primer nivel de atención y en la vigilancia epidemiológica y sanitaria.

A futuro, su crecimiento y desarrollo podrá ser una oportunidad para producir cambios relevantes en el funcionamiento del sistema de salud y para trabajar en la articulación del primer nivel con los efectores del segundo y tercer nivel. Se espera que las comunas y las áreas de salud puedan brindar a los equipos de salud del primer nivel claridad en metas y objetivos ya que deberían conocer con precisión su población a cargo.

No forma parte del desarrollo de esta investigación profundizar sobre el desarrollo de las comunas en la ciudad. No obstante, es importante reconocer que será de relevancia desarrollar en otros trabajos la vinculación entre comunas, áreas de salud y sistema de salud, ya que, en el caso de que estas tengan mayor operatividad, podrían brindar un marco político-institucional propicio para promover acciones de participación política y comunitaria sobre la gestión del sistema.

La normativa impulsada desde la gestión del sistema de salud

Desde el retorno a la vida democrática del país fueron diversos los proyectos que se impulsaron, desde la antigua Secretaria de Salud de la entonces denominada Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y desde el actual Ministerio de Salud del GCBA, a fin de construir un sistema de salud más integrado, con mayor foco en la estrategia de APS y con más eficacia para con la integración de sus servicios. A continuación se describen algunos de estos proyectos que fueron llevados a la práctica.

Las áreas programáticas

En el año 1988 se crean las *áreas programáticas* en cada uno de los hospitales generales de agudos dependientes del GCBA en base a las áreas delimitadas por las *áreas de urgencia*. Se crearon doce áreas, no se incluyó un área programática para el Hospital Rivadavia, ya que el mismo era de dependencia nacional (fue transferido más tarde a la Ciudad).

Jorge Lemus realizó un relevamiento de las experiencias y propuestas que se estaban trabajando en la región del continente en esos años, especialmente la propuesta de la OPS, para luego explicar por qué se decidió para la CABA trabajar con el desarrollo de las llamadas áreas programáticas. Las propuestas relevadas fueron la estrategia de regionalización y los SILOS (Sistemas Locales de Salud).

Se considera a la estrategia de SILOS un medio para el proceso de regionalización de los servicios de salud, definida esta última como un "esquema de implantación racional de los recursos de salud, organizados dentro de una disposición jerárquica en la que es posible ofrecer una máxima atención en los centros primarios, y los demás servicios van siendo apropiadamente utilizados de acuerdo con las necesidades individuales del enfermo (Lemus, 1996, p. 25).

La propuesta de SILOS era visualizada como una oportunidad para organizar servicios con criterio geográfico-poblacional, integrando y optimizando recursos de la red de servicios. Vincula los procesos de regionalización con el desarrollo de capacidades para mejorar la cobertura y, en consecuencia, mejorar el impacto en las condiciones de salud de las poblaciones.

La perspectiva de la regionalización permitiría constituir un funcionamiento integral de la red de servicios y mejorar la referencia y contrarreferencia de pacientes entre los centros de salud y los hospitales.

Lemus explica que se busca que la atención sea ofrecida por el nivel inferior del sistema y sostiene que esto requerirá "equilibrar los deseos del público y tener los servicios de salud a poca distancia de sus casas, así como instalaciones centralizadas de mayor prestigio y complejidad" (Lemus, 1996, p. 25).

Sostiene el autor que los procesos de regionalización demandan:

1. incremento de la capacidad operativa de los sistemas;
2. fortalecimiento de los procesos de planificación, programación y evaluación;
3. desarrollo de los servicios de la descentralización administrativa;
4. contribución y participación en el esfuerzo por la organización de la comunidad, que permita la participación de ella en la decisión de la solución de sus problemas de salud;
5. desarrollo y mejor utilización de los recursos humanos, enfatizando en la redefinición de las funciones y responsabilidades;
6. incorporación efectiva del sector salud en los procesos nacionales de desarrollo;
7. fortalecimiento de la articulación intersectorial;
8. desarrollo de la investigación y tecnologías adecuadas;
9. extensión de la capacidad instalada posterior a la explotación eficiente de la capacidad existente. (Lemus, 1996, p. 26).

Al analizar el sistema de salud argentino el autor hace referencia a las dificultades que se enfrentan en nuestro país para avanzar en las propuestas de integración entre sectores. Dada la histórica fragmentación del sistema, indica que no es posible articular los distintos subsectores, y considera que en la ciudad de Buenos Aires es posible avanzar en la construcción de **áreas programáticas**³, entendidas como el espacio geográfico-poblacional y epidemiológico-social perteneciente a un determinado territorio referenciado por un hospital base.

En la concepción del área programática un hospital posee un área de influencia en la cual se cuenta con centros de atención primaria, programas de prevención, etc. Lemus sostiene que esta estrategia permitiría, con el tiempo, integrar servicios de los otros subsectores y consolidar así una estrategia global de distrito de salud.

³ El término área programática ya se estaba utilizando en otras zonas del país. Especialmente en las provincias del Norte Argentino. En los años 70 se utilizó en el Hospital Ramos Mejía de la Ciudad de Bs.As.

Así, en la Ciudad de Buenos Aires, a partir del año 1984, comienza un proceso destinado a establecer las áreas programáticas en los Hospitales generales de agudos.

A través de un Decreto de 1984 que cambió la estructura de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente de la MCBA se incorporó una Dirección General Adjunta de Áreas Programáticas, con el objetivo de incorporar progresivamente esta política en el sistema de salud de la Ciudad.

El trabajo de Lemus relata que en 1987 se realizaron concursos para cubrir las jefaturas de las áreas programáticas y en 1988 empezaron a ponerse en funciones, por lo cual, puede señalarse que es a partir de 1988 que comienza la aplicación concreta de la estrategia.

El autor también indica que entre 1984 y 1989 se incorporaron modalidades descentralizadas de atención de la población vulnerable, los hospitales avanzaron en vincularse con la comunidad a través de contactos con escuelas, clubes, consejos vecinales, etc.

La adopción como estrategia clave a la atención primaria y la participación comunitaria a través de la asignación de áreas programáticas de responsabilidad a los hospitales generales así como su vinculación técnica y administrativa con los centros de salud y acción comunitaria para favorecer la derivación sistemática de todas aquellas personas que requirieron atención médica especializada de diagnóstico y tratamiento de mayor complejidad y tecnología (Lemus, 1996, p. 52).

En 1990 y a través del Decreto N° 109 se definen funciones para el área programática, a los fines de esta investigación se destacan las siguientes:

- 1) Intervenir en la programación, ejecución y evaluación de todas las acciones vinculadas a la salud, dentro del perímetro de su área, procurando que el conjunto de las mismas atiendan prioritariamente los problemas sanitarios que afecten a los grupos más vulnerables;

- 2) Asesorar a los niveles correspondientes sobre las necesidades o inquietudes de la población, como así también sobre los resultados de los diagnósticos epidemiológicos locales y las modificaciones necesarias para su cambio;
- 3) Coordinar la atención ambulatoria y domiciliaria por alta precoz de la población del área con los servicios pertinentes, optimizando el sistema de referencia y contra-referencia con los hospitales de base;
- 4) Proponer e intervenir en la creación de redes de servicios, de las que cada área programática será naturalmente cabecera técnico-administrativa.

Es interesante visualizar que el concepto de área programática hacía referencia básicamente a una zona de responsabilidad asignada a una institución de salud y no a una región sanitaria dentro de la cual se contaba con diversidad de instituciones.

Los documentos al momento de la creación de las áreas en la Ciudad las definen como “Una zona asignada planificadamente a una o varias instituciones de salud para que realicen sobre ella acciones integrales e integradas de salud para sus habitantes y su medio ambiente, siendo conveniente que forme parte de una región sanitaria” (Lemus, op. cit., p. 59).

Con el transcurrir del tiempo las áreas programáticas de los hospitales generales de agudos consolidaron su funcionamiento, fueron creciendo y desarrollando su estructura orgánico - funcional y constituyéndose en el espacio de coordinación de los Centros de Salud que se fueron creando progresivamente a lo largo de los años. Es interesante puntualizar que se constituyeron en un servicio más de la estructura hospitalaria, lo cual es probable sea también uno de los motivos tanto de alguno de sus logros (crecimiento de su estructura orgánico-funcional) como de sus dificultades (avanzar en procesos de integración de redes).

El programa de Médicos de cabecera y los centros médicos barriales

Debemos esperar varios años entre la creación de las áreas programáticas y la generación de otros cambios de relevancia en la organización del sistema de salud. Entre los años 1988 y 1997 lo que se va dando es un paulatino crecimiento de la oferta de centros de salud, especialmente en la zona sur de la ciudad y un crecimiento de la atención en los consultorios externos de los hospitales⁴.

Diversas gestiones de gobierno avanzaron en la oferta de atención ambulatoria a través de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) buscando descomprimir la atención hospitalaria, pero sin acompañar esto con ninguna propuesta articulada y organizada para garantizar la circulación de la población por los distintos niveles del sistema y generar modelos innovadores de atención.

En el año 1996 y por el Decreto N° 456, se crea el Plan Médicos de Cabecera⁵. Este se sustenta en la búsqueda y cumplimiento de principios de universalidad, equidad y accesibilidad de la población en el plano de la atención médico asistencial, y pone énfasis en la privacidad y comodidad del usuario favoreciendo la relación médico-paciente. El plan sigue sosteniendo al hospital como eje del sistema.

Esta propuesta está dirigida a la población de la ciudad que no cuenta con cobertura de la seguridad social o de la medicina privada y es coordinado desde las áreas programáticas hospitalarias. Para apoyar al paciente en sus derivaciones se crean *stands* de atención en los hospitales a fin de coordinar la circulación del beneficiario del programa por el sistema hospitalario.

En el marco del mismo plan se crean los *centros médicos barriales* (CMB) definidos como policonsultorios de médicos de cabecera que incluyen también médicos generalistas, clínicos, pediatras, toco-ginecólogos, junto a trabajadores sociales y enfermería.

⁴ En base a: Consultas externas en hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por hospital. Ciudad de Buenos Aires. Años 1980 - 1985 - 1990/2012.: Fuente: Ministerio de Salud (GCBA). Departamento de Estadísticas de Salud.

⁵ En la actualidad este plan recibe el nombre de "Cobertura Porteña de Salud".

En el marco del presente trabajo es importante visualizar que el programa médicos de cabecera, los centros médicos barriales y los mismos centros de salud siempre funcionaron subsumidos a la lógica hospitalaria, dependiendo para su funcionamiento de la puja de recursos entre todos los efectores del área. La realidad muestra que, en general, los CESAC compiten en desventaja con el resto de los servicios hospitalarios, por lo que aumentaron su demanda asistencial pero sin ser acompañados por un crecimiento de suministros ni infraestructura.

La Dirección General Adjunta de APS

En el año 2001 se crea la Dirección General Adjunta de atención primaria de la salud (DGAPS) con la intencionalidad de coordinar las acciones de los CeSAC.

Estos centros mantuvieron su dependencia con el hospital de cabecera a través de las áreas programáticas pero la Dirección general se propuso apuntalar y orientar el trabajo de los mismos realizando tareas de coordinación y a través de la asignación de recursos específicos, tales como recursos humanos e insumos de acuerdo con el tamaño del centro y la estimación de la población a atender (Muntaabski y otros, 2010).

El trabajo de la Dirección General Adjunta de APS favoreció cuestiones tales como la de nominalizar beneficiarios (especialmente a través de los usuarios del plan de médicos de cabecera), realizar una primera experiencia de articulación público-privado a través de la puesta en marcha de los consultorios médicos barriales, organizar una estructura en el hospital para movilizar la atención hospitalaria de los pacientes referidos por el programa médicos de cabecera, y conformar equipos interdisciplinarios en los centros de salud para avanzar en intervenciones comunitarias y multidimensionales.

Es importante destacar que el trabajo de la DGAAPS fue un fuerte impulso para una masa crítica de profesionales comprometidos con la estrategia de APS, los cuales tuvieron una fuerte movilización durante los años de su existencia,

contando con apoyo institucional y político. Un ejemplo de esto son los Congresos de Atención Primaria de la Salud y las publicaciones realizadas.⁶

Todas estas acciones fueron promovidas desde el nivel central sin que se realizaran modificaciones en las estructuras hospitalarias ni se dictarán normativas específicas pero, sin lugar a dudas, promovieron la institucionalización de la APS en la Ciudad y el fortalecimiento de los equipos de salud de los CESAC.

La Dirección general, que formó parte de la estructura del Ministerio de Salud entre 2001 y 2007, buscó generar cambios en los modelos de atención del primer nivel y fue catalizadora de las intenciones de analizar el sistema y promover nuevos modelos de atención y organización.

Las Regiones Sanitarias

En el marco de una nueva gestión política en la Ciudad que asume en diciembre de 2007, a través de la resolución Ministerial 31/2008, se define la creación de cuatro regiones sanitarias: Región sanitaria I (este), región sanitaria II (sur), Región sanitaria III (oeste) y región sanitaria IV (norte)⁷.

Paralelamente en la estructura orgánica funcional del Ministerio de Salud se crean cuatro direcciones generales destinadas cada una a un director general por región sanitaria.⁸

La regionalización es sostenida desde las presentaciones realizadas por las autoridades del área como una alternativa para reformar el modelo de atención (Lemus y otros, 2008). Se sostiene que esta estrategia permite la utilización apropiada de los recursos disponibles y da prioridad a las necesidades sociales, favorece la accesibilidad geográfica y administrativa, evitando esperas

⁶ 2do Congreso de Atención Primaria de la Salud. Ver en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/aps_congr/index.php. Revisado el 2/9/14

⁷ Mapa de las Regiones: http://estatico.buenosaires.gob.ar/areas/salud/regionalizacion/mapa_regiones.pdf. Revisado el 2/9/14

⁸ Decreto 660/2011 último estructura funcional del gobierno. Disponible en: http://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/boletinOficial/documentos/boletines/2011/12/20111214_2ax.pdf. Revisado el 2/04/2014

prolongadas o trámites complejos. También se indica que se trata de una intervención de alto impacto asistencial con los recursos adecuados y en busca de una máxima efectividad.

Lemus al explicar el proceso de regionalización indica:

La APS propone una organización de los servicios de salud por distintos niveles de atención, que debe contar con la participación de la comunidad para resolver problemas mediante prestaciones accesibles, de alta calidad y en forma continua e integral. El primer nivel de atención de la salud en el marco de la Atención Primaria puede resolver un 80 por ciento de los problemas de salud de la población abordándolos en forma interdisciplinaria, dentro de la perspectiva familiar y social. De esta forma, los hospitales generales de agudos y los especializados podrán abocarse a su función específica: la atención de pacientes que requieran prestaciones de un mayor nivel de complejidad (Lemus, op. cit, p. 61).

Asimismo el autor sostiene que el establecimiento de regiones sanitarias debe orientarse a desarrollar la capacidad de resolución completa de la red estatal en cada una de las mismas, coordinando y articulando los efectores de los tres subsectores, y contemplando la delimitación geográfico-poblacional basada en factores demográficos, socioeconómicos, culturales, epidemiológicos, laborales, y de vías y medios de comunicación.

En el mismo sentido se indica que las regiones deben necesariamente conformar una red local, por lo que una de las variables imprescindible a utilizar para su determinación, será la estructura de efectores de complejidad ascendente. Respecto a la conducción de las regiones, se señala que debe llevarse a cabo por parte de un funcionario dependiente de la autoridad de aplicación con jerarquía de director general.

En otro texto, Lemus sostiene que el proceso de regionalización de la Ciudad posibilita:

1. Extender, consolidar y asegurar la estrategia de Atención Primaria de Salud como núcleo central y eje del modelo de atención. Incorporar estrategias de atención integrada.
2. Desarrollar y regionalizar redes de servicios de salud. Dentro de estas redes, disponer la construcción, reorientación, ampliación y equipamiento de las instituciones sanitarias de la Ciudad.
3. Asegurar y facilitar la atención de los vecinos de la Ciudad, especialmente de aquellos sin cobertura.
4. Superar las inequidades y asegurar la universalidad, continuidad e integralidad/integridad en la triple prevención.
5. Garantizar la calidad de las actividades sanitarias.
6. Cambio esencial hacia Hospitales de Alta Resolución regionalizados
7. Cambio esencial hacia la Gestión Clínica
8. Avance en la aplicación de la internación por cuidados progresivos
9. Garantizar la externalización rápida y adecuada de pacientes a otros niveles de complejidad
10. Incorporación de historia clínica única y de consultorios externos informatizada
11. Incremento de los programas de cirugía ambulatoria o de corta internación (Lemus, 2005, p. 3)

Entre los propósitos se mencionan también cuestiones tales como superar las inequidades norte-sur y avanzar en acuerdos de regionalización con el área metropolitana. Se insiste en la oportunidad que ofrece esta estrategia para relacionar hospitales y centros de salud evitando superposiciones y mejorando la coordinación de servicios.

En relación con la APS Lemus sostiene que permitirá extender y consolidar las actividades, fortaleciendo procesos de integralidad e integridad, y desarrollando distintos efectores (CESAC, Centros Médicos Barriales,

consultorios) que vayan concentrando la atención dejando los hospitales para abordar situaciones de salud más complejas.

La reseña realizada se propuso caracterizar al sistema de salud de la Ciudad en el marco de la realidad del país y presentar, a modo de progresión histórica, las distintas etapas político - institucionales que se sucedieron junto a su marco legal, pues las mismas constituyen huellas importantes para el análisis realizado.

A modo de cierre es posible señalar que la ciudad cuenta con un marco constitucional, leyes y normas reglamentarias amplias y adecuadas para posibilitar logros y avances para el funcionamiento en red de su sistema de salud.

Referencias bibliográficas:

- Anlló, G. y Cetrángolo, O. (2007). Políticas sociales en Argentina. Viejos problemas, nuevos desafíos, CEPAL, Buenos Aires.
- Bonazzola, P. (2007) Anotaciones sobre Sistemas de Salud en Argentina. Maestría en Salud Pública CEI/UNR – Instituto de la Salud Juan Lazarte, Rosario.
- Bonazzola, P. (2009) Ciudad de Buenos Aires: Sistema de salud y territorio. Mimeo, Buenos Aires.
- Lemus. J. (1996) Atención Primaria de la Salud, Áreas programáticas y otras estrategias de Salud. Escuela de Salud Pública. Facultad de medicina. Universidad del Salvador
- Lemus, J. (2005) Plan Estratégico de Salud: ejes conceptuales y táctico-operativos. En Atención Primaria de Salud. Ed. Kohan, Buenos Aires.
- Ley N° 153/99 Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- Ley N° 1777/05 Orgánica de Comunas, Ciudad de Buenos Aires.
- Maceira, Daniel: "Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina", Documento de Políticas Públicas / Análisis N°52, CIPPEC, Buenos Aires, octubre de 2009.
- Muntaabski, G., Chera, S., Daverio, D., Duré, I. (2010) El Plan de Atención Primaria de la Salud: un cambio en el primer nivel de atención de la salud en la ciudad autónoma de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ARGEN010.pdf> (Consultado el 28/07/14)
- OPS/OMS (2007a). Salud en las Américas. Capítulo 4: Las Políticas Públicas y los Sistemas y Servicios de Salud. Páginas 314- 330 y 357- 362.
- PNUD Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (2011) El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. PNUD, Buenos Aires.
- Rovere, M. (2011) Columna de opinión en la exposición “Coordinación y financiamiento regional de la salud”, en VIII Foro Metropolitano, 9 y 10 de noviembre de 2011, Universidad Nacional de La Matanza.

- Unasur (2012) Sistema de Salud en Argentina. *En: Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad.* ISAGS, Río de Janeiro.

Bibliografía complementaria consultada:

- Acuña, C., y Chudnovsky, M. (2002) El Sistema de Salud en Argentina. Documento 60. Disponible en: <http://faculty.udesar.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt60.pdf>. Consultado el 2/9/2014
- Alazraqui, M., Mota, E., Spinelli, H. (2006) Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Giovanella, L., Feo, O., Faria, M., Tobar, S. (orgs.) (2012) Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad / Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, ISAGS, Rio de Janeiro.
- Maceira, Daniel. *Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud argentino.* Centro de Estudios de Estado y Sociedad
- Maceira, Daniel (2008) Propuesta de Evaluación de Estrategias de Atención Primaria en Salud. Una aplicación al caso de la Ciudad de Buenos Aires. Nuevos Documentos CEDES, 48/2008.
- Puchet, A. (2010) Participación Ciudadana y Gestión Pública. El caso del Presupuesto Participativo en la Ciudad de Buenos Aires <http://biblioteca.municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/PuchetRedMuni2010.pdf> Consultado el 21/ 04/12

Capítulo II

La Atención Primaria de la Salud y la renovación de los sistemas de salud

El presente capítulo se propone contextualizar la perspectiva de APS en el marco de la renovación de los sistemas de atención de la salud y su respuesta a las nuevas necesidades de las poblaciones.

Se realiza una breve referencia a la historia de la APS, se consideran los desafíos de la equidad y de los determinantes sociales. Asimismo se aborda la perspectiva de la APS renovada considerando las dimensiones de la integralidad de los cuidados y la atención, haciendo énfasis en las oportunidades que brinda avanzar hacia el trabajo en redes de atención.

Los inicios de la APS y sus desafíos

La Atención Primaria de la Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación (OMS, 1978, p. 1-2).

Si evaluamos lo ocurrido en los países de la región, desde la declaración de Alma Ata hasta la actualidad, vemos cómo la APS funcionó básicamente como una estrategia selectiva en el primer nivel de atención, sin articulación con el resto del sistema de salud, destinada a las poblaciones más pobres y en donde se ocultaron componentes tales como la participación social y la intersectorialidad.

La estrategia de APS se vio traducida como el acceso a un paquete mínimo de intervenciones focalizadas, ocultando los determinantes sociales, económicos, culturales y urbanísticos (...) En ese escenario se instala lentamente el concepto “atención primaria de la salud” como políticamente correcto, sin que logre reflejarse en políticas transformadoras que apunten

en la práctica a resultados de equidad en salud (...) En definitiva, repasando los 30 años que van desde la Declaración de Alma Ata impresiona que la aplicación de las distintas perspectivas e interpretaciones de APS en nuestro país no fueron azarosas ni casuales, sino que tuvieron un claro correlato con los distintos períodos políticos que atravesó la Argentina en los últimos 30 años (Fuks, y otros, 2011, p. 11).

Como se explicita en el trabajo citado, desde la teoría se desarrolló ampliamente el concepto de APS pero se relegaron algunos de sus postulados centrales, especialmente cuando la gestión de los sistemas de salud estuvo en manos de gobiernos dictatoriales con poco interés en la participación ciudadana y en la equidad de los servicios de salud.

En la actualidad, si bien se reconoce la relevancia de esta estrategia para intervenir y resolver gran parte de los problemas de salud y continúa formando parte del discurso de todas las políticas, persisten los problemas, las paradojas y las dificultades para responder con equidad a las necesidades de las poblaciones.

Equidad y Determinantes Sociales de la Salud

Una estrategia eficiente de APS debe ser capaz de promover mayores niveles de equidad considerando en el desarrollo de sus acciones los determinantes sociales de la salud.

La equidad significa que todas las personas pueden desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su condición socioeconómica. Es un valor vinculado a los derechos humanos y a la justicia social. Este concepto es clave para definir políticas públicas pues obliga a revisar la asignación de recursos, la definición de acciones, y la eficacia y eficiencia de su implementación (Ministerio de Sanidad, Madrid, 2012).

La equidad en salud (...) debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución

económica, prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humana (Sen, 2002, p. 305).

Entendemos a los Determinantes Sociales de la Salud⁹ como las condiciones en que las personas viven y trabajan, y que impactan sobre su calidad de vida. Es decir, que gozar de mayor o menor salud depende de una multiplicidad de factores y cada vez existe mayor evidencia de que aquellos de tipo social son los que más influyen, frente a otros como los genéticos o los biológicos que además de tener un menor peso, no pueden ser modificados.

Desde este marco, es preciso analizar las respuestas que los Estados ofrecen frente a las desigualdades e inequidades, y los mecanismos de lucha y presión de los diversos grupos sociales.

Las desigualdades sociales en salud son las diferencias en salud injustas y evitables que se dan, de forma sistemática, entre los grupos socioeconómicos de una población y que son resultado de la desigual distribución de los DSS a lo largo de la escala social (Ministerio de Sanidad de Madrid, 2012, p. 17).

Pueden observarse tanto entre países como entre regiones de un mismo país. Las personas con más ingresos, mejor trabajo y mayor nivel educativo conforman los grupos poblacionales con menor morbilidad y mayor expectativa de vida.

Cabe señalar que los DSS han sido considerados por el movimiento de la medicina social en la región con anterioridad a que los organismos internacionales pusieran el foco en ellos.

⁹ No nos detendremos a analizar en detalle distintos enfoques para el estudio de los DSS, pero cabe señalar que todos de una manera u otra, dan cuenta de la complejidad de los procesos sociales y explicitan la existencia de una distribución desigual e inequitativa de la salud, consecuencia de múltiples causas.

Frente a la cumbre mundial sobre DSS de Río de Janeiro de 2011, Alames señala que:

Traer en esta oportunidad a la agenda internacional los conceptos de determinación y determinantes sociales resulta un estímulo importante dado que se trata de un concepto político e ideológicamente connotado desde su surgimiento hace casi dos siglos. ALAMES y CEBES lo han recogido, profundizado y sostenido, por más de treinta años, resaltando justamente la importancia de comprender los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, aun contra las oscilantes tendencias predominantes en la región y en el mundo durante ese período. Es necesario evitar que el concepto de determinantes sociales sea banalizado, cooptado, esterilizado o vaciado de contenido (Alames y Cebes, 2011, p. 1).

En esta línea de pensamiento, Jaime Breilh (2003) sostiene que la inequidad en salud es el resultado de relaciones y contrastes de poder que existen en una formación social, es decir, es una expresión de injusticia social.

Si bien hay posiciones que se refieren a desigualdad y otras dan más peso al concepto de inequidad, a los efectos de la presente investigación subrayamos que, más allá del concepto que se utilice según la perspectiva de diversos autores o regiones, nos estamos refiriendo a diferencias injustas, sistemáticas y evitables.

La Comisión sobre el tema de la OMS (2007) consideró dos categorías principales de determinantes sociales:

Por un lado, los *determinantes intermediarios*, se refieren a los factores que influyen directamente a través de las conductas relacionadas con la salud y los factores biológicos y psicosociales, la cohesión y el capital social. Aquí se incluyen los aspectos materiales, el contexto psicosocial, hábitos y conductas, y el papel del propio sistema de salud, que puede favorecer o no las condiciones de salud.

Por otro lado, los *determinantes estructurales*, que comprenden la posición socioeconómica y el contexto socioeconómico y político. Estas cuestiones estructurales influyen en la salud ya que constituyen las “causas de las causas” de las desigualdades.

Cómo avanzar hacia la renovación de la APS

Abordar los desafíos no resueltos y los cambios epidemiológicos; reconocer los problemas de desigualdad e inequidad, los DSS y el desarrollo de nuevas prácticas y dispositivos para incrementar la efectividad de la estrategia; son las tareas que posibilitan pensar cómo encarar hoy los históricos postulados de la APS.

La búsqueda de mejores condiciones de salud para los países de la región implica pensar desde un enfoque integral, con capacidad y condiciones para reducir inequidades, con participación de la comunidad, equipos multidisciplinarios y con una fuerte acción intersectorial (Labonte y otros, 2009).

En el año 2003 la OPS inició un trabajo tendiente a la renovación de la APS cuyo postulado central consistió en ubicarla como eje rector del desarrollo de los sistemas de salud.

Definimos un sistema de salud basado en la APS como un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema (...) Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción (OPS, 2007b, p.16).

Un sistema de salud basado en la APS debe considerar a las RISS (Redes integradas de servicios de salud)¹⁰ como una estrategia clave para hacer realidad en los servicios los elementos esenciales de la APS renovada. Desde dicha estrategia se busca atender cuestiones tales como la cobertura y el acceso

¹⁰ Las RISS serán desarrolladas en profundidad en el capítulo III del presente estudio

universal, el primer contacto, la atención integral, integrada y continua, el cuidado apropiado, la orientación familiar y comunitaria, la acción intersectorial, etc., todos estos elementos y componentes considerados en el esquema conceptual de la APS.

Estos desafíos de cambio en el funcionamiento de los sistemas de salud requieren de intervenciones en distintos niveles. Desde el plano de las definiciones de política pública, en donde cumple un papel relevante el juego de intereses y actores que conforman los sistemas, hasta las competencias de los equipos de salud (dimensión sobre la cual hace énfasis este estudio).

En la cita que se presenta a continuación se refleja la importancia que los países de la región le otorgan a la capacitación de los equipos de salud, en una consulta regional del año 2005 se proponen: “continuar la colaboración con los países para mejorar la capacitación de los trabajadores de salud, entre ellos los que hacen las políticas y los gestores en las áreas prioritarias de la APS” (Nebot, et al, 2009, p. 177).

Los sistemas de salud y su ajuste a las nuevas necesidades de atención

Los sistemas de salud son los mecanismos que las sociedades encuentran para responder a los requerimientos de salud de sus poblaciones de acuerdo a su situación demográfica, su epidemiología, sus apremios actuales y emergentes. En este sentido es esperable que al producirse cambios en las condiciones de salud, los sistemas también puedan adecuarse a las nuevas demandas.

Gran parte de los problemas actuales que se viven a escala global en los sistemas de salud se deben a la falta de ajuste entre estos y las actuales necesidades de las poblaciones.

Desde una perspectiva histórica se puede señalar que hasta la primera mitad del siglo XX los servicios de salud se dedicaron a las enfermedades infecciosas, luego, y hasta nuestros días, se centraron en las situaciones agudas, en general actuando de manera reactiva y desarticulada. Sin embargo, en el

actual siglo XXI el desafío está dado por atender las patologías crónicas, epidemiológicamente predominantes.

Por ello se torna indispensable que los sistemas puedan ajustarse para responder a las nuevas exigencias siendo capaces de realizar un seguimiento continuo y activo desde los equipos de salud del primer nivel de atención. En este sentido Mendes sostiene que el sistema debe ser capaz de actuar e intervenir desde la perspectiva de los DSS y sobre los factores de riesgo biopsicosociales (Mendes, 2011).

El cuidado de las personas con patologías crónicas está demandando nuevos enfoques integrales para la atención de la salud, diferentes competencias profesionales, y la reasignación de funciones y responsabilidades entre los equipos con una nueva forma de interrelación entre ellos.

El abordaje de esta situación requiere también que las estrategias de salud estén centradas en el paciente y su familia. Esto implica el desarrollo de iniciativas que favorezcan el protagonismo de las personas afectadas, con el fin de orientar su participación en el cuidado y gestión de los procesos crónicos o prolongados.

El trabajo sobre la patología crónica constituye además una posibilidad para la articulación comunitaria y para el trabajo asociado con diversidad de organizaciones.

Sistemas fragmentados y sistemas en redes de atención. Características

Una alternativa para observar los servicios de salud es analizarlos desde la perspectiva del continuo que va de la fragmentación a la integración. En general, los sistemas fragmentados focalizan su mirada en la atención de situaciones agudas, mientras que los sistemas más integrados tienen mejores posibilidades de atender tanto a las situaciones agudas como a patologías crónicas (Nuño Solinis, 2009b). Los primeros tienen puntos de atención aislados e incommunicados entre sí por lo cual tienen dificultades para ofrecer una atención continua e integrada. En su mayoría no tienen una población bajo su responsabilidad o bien no tienen una

mirada sobre ella. Si cuentan con servicios en el primer nivel de atención suelen tener problemas de comunicación con los otros niveles. En cambio, en los sistemas integrados se busca prestar una asistencia continua a una población definida a través de una fuerte coordinación entre los servicios de los distintos niveles.

Habitualmente, la lógica de los sistemas fragmentados está centrada en la jerarquía, vinculada a distintos niveles de complejidad (asociada con la tecnología) a medida que se asciende en la escala de atención. Esta mirada banaliza a la APS y, en general, sobrevalora las prácticas sostenidas en la tecnología (OPS, 2010).

El cuadro¹¹ que se presenta a continuación caracteriza con precisión las diferencias entre los sistemas fragmentados y aquellos que funcionan como RISS, a su vez ofrece dimensiones relevantes para analizar el sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

<i>Característica</i>	<i>Sistema Fragmentado</i>	<i>Red de Atención</i>
Organización	Jerárquica	Heterárquica
Coordinación de la Atención	Inexistente	Desarrollada por la APS
Comunicación	Inexistente	Desarrollada con logística eficaz
Foco de la atención	Patología aguda	Patología aguda y crónica
Objetivos	Cada servicio tiene sus objetivos. Los resultados no son medidos	Objetivos de mejora de salud de una población determinada. Se miden resultados clínicos y económicos.
Población	Individuos aislados	Población adscripta
Sujeto	Paciente que recibe prescripciones del equipo	Persona con derechos que es co-responsable de su proceso

¹¹ Cuadro de elaboración propia en base a: Mendes, E. (2011) As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p.56.

	médico	de salud-enfermedad
Forma de acción del sistema	Reactiva y episódica a partir de las demandas de los usuarios	Proactiva y continua
Énfasis de las intervenciones	Curar y rehabilitar dolencias establecidas	Continuo desde la promoción y prevención hasta los cuidados paliativos y la rehabilitación

La lógica de red busca proveer una atención integrada y de calidad, esto conforma uno de los desafíos más complejos de los sistemas de salud y es un problema que atraviesa distintos modelos organizacionales.

El concepto de *atención integrada*¹² no es unívoco pero se pueden identificar una serie de elementos que implícita o explícitamente aparecen en casi todas las definiciones:

- a) visión sistémica;
- b) enfoque de salud poblacional;
- c) énfasis en la coordinación de servicios (tanto de salud como de otras áreas);
- d) orientación a resultados;
- e) continuidad de la atención y atención centrada en el paciente.

La integración asistencial mejora la calidad de la atención, los resultados y la eficacia en la utilización de los recursos. Los efectos de la integración se visualizan en intervenciones oportunas, eficientes y de alta calidad.

¹² En base a: Rosen, R. y Ham. C. (2007) Atención Integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia. The Nuffield Trust. University of Birmingham y Solinís, R. (2009) Un breve recorrido por la Atención Integrada. Universidad del País Vasco.

La Perspectiva del cuidado de la salud con enfoque integral

La perspectiva del cuidado es una mirada complementaria que ayuda a dar visibilidad a los procesos de trabajo y a la calidad de la atención. Los sistemas de salud que se preocupen por esta perspectiva tenderán a integrar acciones y reducir la fragmentación.

El cuidado se plantea como la parte sustantiva y más adecuada para la práctica de una clínica con calidad en APS centrada en el fortalecimiento de los vínculos entre pacientes, familia y equipo de salud.

Cuidar implica no sólo cumplir con precisión los procedimientos diagnósticos y terapéuticos sino sobre todo velar por la coordinación de las acciones, por una adecuada comunicación con el paciente y su familia, prestando atención también a necesidades no menos importantes como lo son las psicológicas y sociales. Vale en esta perspectiva considerar el concepto de Merhy (2006) que explica que el acto de cuidar es como *el alma de los servicios de salud*.

La gestión de los procesos de cuidado debe constituirse en una guía orientadora del trabajo en salud y no debe confundirse con la creación de nuevas áreas "burocráticas" (como muchas veces ocurre con las áreas de enfermería que asumen dentro de clínicas y sanatorios gerencias o coordinaciones de "cuidado"). Se trata de una idea transversal que debe guiar la coordinación de acciones de todo el equipo:

La gestión de los cuidados es un aspecto clave de la calidad de la atención de los usuarios. Implica la continuidad de la atención, desde la comunidad hasta su reinserción a ésta. En esta continuidad no solo está la responsabilidad de los profesionales y técnicos de cuidados en aplicar las indicaciones del equipo de salud, particularmente las médicas, vigilar y acompañar al usuario, o de velar porque se le practique una determinada cantidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, con arreglo a ciertos estándares y en cumplimiento de determinadas normas, sino que también, la integración de dichos cuidados asistenciales a otros ámbitos, tales como la satisfacción de necesidades psíquicas y sociales del usuario, la coordinación con los diversos actores que intervienen, la gestión de los

recursos involucrados, particularmente de los recursos humanos (Artaza Barrios, et al, 2011, p. 116).

Se requiere de la flexibilidad necesaria para ajustar el acto de cuidar a las diversas situaciones que se vayan generando en un continuo que va desde la prevención a la rehabilitación.

El proceso de cuidado puede iniciarse en la comunidad, incluir luego procesos ambulatorios, requerir internaciones, seguimiento domiciliario, etc. y el equipo de salud debe ir definiendo la atención pertinente y modificando la misma de acuerdo a la necesidad del usuario. En este marco, la organización debe adecuar su trabajo a los requerimientos de ese paciente y no es el paciente el que debe ajustarse a la organización.

A partir de presentar una breve reseña sobre la APS, el capítulo se propuso dar cuenta de los desafíos actuales de la misma en un contexto de búsqueda de servicios de salud capaces de trabajar de manera más articulada y en red.

En los próximos capítulos se abordará en detalle la perspectiva de redes en donde el primer nivel de atención está llamado a cumplir un papel central como coordinador de los procesos de atención.

Referencias bibliográficas:

- Alames y Cebes (2011) El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud. Documento de posición conjunto de ALAMES y CEBES. Río de Janeiro. Brasil. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/alamescebesrio.pdf>. Consultado el 22/8/14.
- Artaza Barrios, O., et. al. (2011) Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales. OPS/OMS Santiago, Chile.
- Breilh, J. (2003) Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Lugar Editorial. Argentina.
- Fuks, A., Bertolotto, A., Bagnasco, E., Jait, A. (2011) Informe Final de Investigación: La estrategia de APS en Argentina; crecimiento desordenado, componentes reprimidos y conflicto de modelos. Una reconstrucción a partir de testimonios, huellas y rastros en un estudio espacial y temporal. Investigador tutor Mario Rovere. El Ágora, Buenos Aires.
- Labonté, R., Sanders, D., Baum, F. et al. (2009) Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud En: Rev. Gerenc. Polit. Salud, 8 (16): 14-29, enero-junio de 2009. Bogotá (Colombia), Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16a02.pdf>. Consultado el 8/22/14
- Mendes, E. (2011) As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Merhy E. (2006) Salud: la cartografía del trabajo vivo. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1, Madrid.
- Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrell Bentz RM. (2009) Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Rev. Panam Salud Pública. 2009; 26(2):176–83
- Nuño Solinís, Roberto (2009a) Un breve recorrido por la Atención Integrada, *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*: Vol. 1: Iss. 2, Article 5.OMS Commission on Social Determinants of Health (2007). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- Nuño Solinís, Roberto (2009b) Atención innovadora a las condiciones crónicas: más necesaria que nunca. Revista de Innovación Sanitaria y Atención

Integrada: Vol. 1: Iss. 3, Artículo 2. Disponible en:
<http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss3/2>

- OMS (1978) Declaración de Alma Ata
- OPS/OMS (2007) Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.
- OPS (2002) La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y Técnica Nro. 589
- OPS (2010) Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. OPS, Washington.
- Rosen, R. y Ham. C. (2007) Atención Integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia. The Nuffield Trust. University of Birmingham
- Sen, Amartya (2002) ¿Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de Salud Pública. Junio de 2002, N° 11, p. 302-309, Washington.

CAPÍTULO III

La perspectiva de redes en los Servicios de Salud.

El capítulo expone la perspectiva de redes en el marco del paradigma de la complejidad y una serie de antecedentes y experiencias con referencia a los logros de las RISS en diversos sistemas de salud.

Se introduce una mirada sobre la gestión desde dicho enfoque y se presentan algunas características y/o dimensiones centrales para comprender y evaluar el funcionamiento en red.

Asimismo se describen los trabajos de la OMS y la OPS referidos al desarrollo de las RISS, su aporte al funcionamiento hospitalario y también los atributos centrales que en el marco de esta tesis son utilizados para analizar la progresión hacia las redes integradas en el sistema de salud del GCBA.

Un nuevo paradigma

Como se señaló en el capítulo anterior, los problemas de salud que hoy deben enfrentarse requieren que los servicios modifiquen sus modalidades de funcionamiento, evitando organizarse en compartimentos estancos y autosuficientes que reproducen el status quo.

Es relevante que puedan reconocerse en sus contextos, analizando las necesidades de sus comunidades, que permanezcan abiertos al cambio y a los nuevos modos de trabajo y gestión. Si bien desde hace décadas, se impulsan cambios en las organizaciones de salud, éstas continúan presentando grandes dificultades para adecuarse a la realidad actual caracterizada por poblaciones envejecidas, por la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, y requiriendo la comprensión de la diversidad cultural, de etnia, de género, etc.

Las propuestas de innovación se enmarcan en paradigmas epistemológicos renovados como lo fueron la emergencia de la complejidad a mediados del siglo pasado. Buscando nuevas formas de entender el mundo se comienza a

reconocer, junto a las variables tradicionales de la gestión, los aspectos vinculares y emocionales.

Es importante considerar que el pensamiento complejo no debe ser vinculado con lo complicado como muchas veces ocurre en el uso cotidiano, sino como la posibilidad de pensar el mundo como un espacio de interrelaciones (Almeida Filho, 2006).

Centralmente, el pensamiento complejo integra a la incertidumbre, es capaz de contextualizar, tener mirada global sin perder el reconocimiento de lo singular y lo concreto.

Complexus significa lo que está tejido junto; en efecto hay complejidad cuando son inseparables los elementos diferentes que constituyen un todo (como el económico, el político, el sociológico, el psicológico, el afectivo, el mitológico) y que existe un tejido interdependiente, interactivo e interretroactivo entre el objeto de conocimiento y su contexto, las partes y el todo, el todo y las partes, las partes entre ellas. Por esto, la complejidad es la unión entre la unidad y la multiplicidad" (Morin Edgar, 1999, p. 17)

Citado por Almeida Filho, Morin también indica "Necesitamos concebir la insustentable complejidad del mundo en el sentido de que es preciso considerar en un solo tiempo la unidad y la diversidad de los procesos planetarios, sus complementariedades al mismo tiempo que sus antagonismos" (Almeida Filho, 2006, p.137)

Almeida Filho señala que donde Morin escribió "procesos planetarios", podemos leer "procesos de salud".

La estrategia metodológica capaz de dar cuenta de la complejidad de los fenómenos de salud no se resume a miradas múltiples cohabitando o coexistiendo en un campo científico dado, sino que es preciso descubrir la unidad en esa inmensa diversidad compleja de objetos, miradores y miradas (Almeida Filho, 2006, p. 137)

En este marco, la apertura que ofrece el pensamiento complejo y los aportes de marcos teóricos diversos, abren un importante abanico de miradas para pensar los servicios de salud.

Las redes y el trabajo en las organizaciones

Consideramos a las **redes** como sistemas abiertos a través de los cuales se produce un intercambio dinámico tanto entre sus integrantes como con los de otros grupos y organizaciones, posibilitando así la potenciación de los recursos que poseen. El efecto de la red es la creación permanente de respuestas novedosas y creativas para satisfacer las necesidades e intereses de los miembros de una comunidad, en forma solidaria y autogestiva (Yanco, 2006).

En la lógica de la red, una organización compleja es un sistema abierto de altísima interacción con el medio, donde el universo es un entramado relacional y las singularidades no son las partes que se suman para obtener un todo sino que construyen significaciones en la interacción (Dabas, 1998).

En nuestros servicios de salud convivimos cotidianamente con las lógicas de la pirámide y del archipiélago, doblando esfuerzos, desconociendo experiencias y logros de colegas que generalmente trabajan en cercanía. Por el contrario, para el funcionamiento en red, la colaboración, el intercambio de roles y la suma de esfuerzos constituyen pilares que le otorgan dinamismo y eficiencia al funcionamiento cotidiano de las organizaciones.

Si bien la noción de redes ha tenido en los últimos años un gran desarrollo ligado a la temática de las redes informáticas que pueden favorecer una diversidad de procesos, interesa en este trabajo hacer foco en las redes desde una concepción relacional y vincular¹³. La *red* no es solo un simple recurso instrumental, como muchas veces se la muestra, sino una posición epistemológica potente para comprender la trama de la vida, los modos de vivir en relación con otros y de organizarnos.

¹³ Entendemos vincular desde una mirada ligada al trabajo y al encuentro con otro sin hacer foco en la perspectiva psicoanalítica

Al referirse al sistema de salud, Elina Dabas (1999) sostiene que los profesionales, en su proceso de formación y, por ende en sus prácticas cotidianas, consideran que solamente ellos son los que saben cuál es el problema sobre el que hay que intervenir. Cuentan con estudios, informes, datos, elementos muy valiosos pero demasiado amplios y universales como para entender la realidad que vive cada persona y las peculiaridades que una misma situación puede presentar en cada lugar. El desafío es poder avanzar de un pensamiento lineal centrado en la razón a un pensamiento complejo capaz de considerar los procesos históricos, los afectos, las percepciones, posibilitando la aparición de una racionalidad diferente. Esta perspectiva permite abandonar lo inmutable, la rigidez, para abrir la mirada a la posibilidad de pensar en cambios y cómo generarlos, promoviendo nuevas modalidades de organización.

Dentro de las redes, las organizaciones y las personas que en ellas conviven pueden, a veces más favorecidos por el contexto a veces menos, poner en juego diversos recursos y desarrollar dispositivos para intentar soluciones a los problemas de sus espacios de vida y trabajo, articulando con otros y encarando soluciones alternativas. Desde esta mirada, la autora mencionada señala que las redes no se construyen, como parece creerlo la concepción organicista, sino que se visualizan, se reconocen y el accionar profesional en las organizaciones permite potenciarlas, fortalecerlas, desarrollarlas o, como muchas veces también ocurre, debilitarlas y quebrarlas.

Promover redes colaborativas implica trabajar con la capacidad de empoderamiento y autogeneración de las personas. Los gestores cumplen aquí un rol central en posibilitar la articulación de redes formales e informales, potenciando los logros y acompañando los procesos de construcción de redes integrales.

Elina Dabas (2011) presenta características que tienen las redes: Heterarquía, Asimetría productiva, Flujo dinámico, Flexibilidad, Reciprocidad, Activación de problemas y Multidimensionalidad.

La **heterarquía** es un término acuñado por Von Foerster¹⁴ para referirse a la posibilidad de coexistencia de jerarquías distintas en el funcionamiento de un sistema determinado. Este concepto permite pensar en el reconocimiento de roles en función de la tarea y la idoneidad, y no solo por posiciones de adscriptas o de autoridad. Supera la perspectiva de la pirámide en donde toda organización converge en un centro único que maneja los resortes del poder. En un funcionamiento heterárquico el centro es reemplazado por múltiples nodos que surgen y funcionan en virtud de problemas a resolver, necesidades y prioridades.

La **asimetría productiva** nos habla del respeto a la diversidad y de la búsqueda de equidad. Invita a evitar la discusión sobre la posesión del poder para centrarse en las diferencias productivas es decir en qué medida diversos actores pueden generar resoluciones novedosas y creativas.

El **flujo dinámico** se refiere a que la perspectiva de red habilita un flujo de vínculos y relaciones, en función de los problemas a resolver que no posee límites sino que circula en la búsqueda de alternativas. Se evitan las obturaciones o bloqueos ligadas a marcos burocráticos, esquemas rígidos, etc.

La **flexibilidad** es una característica que apela especialmente a los gestores u operadores y que implica "...aceptar la imposibilidad de consensos absolutos, admitir futuros alternativos, aceptar las contradicciones, comprenderlas y convivir con ellas, saber y hacer en el desorden" (Dabas, 2011, p. 50)

La **reciprocidad** apela al ida y vuelta. La autora, retomando conceptos de Habermas, indica que "la mayoría de los contactos en una red personal están basados en el principio de reciprocidad, sea ésta inmediata o diferida. De esta manera, la reciprocidad-o su falta- sostiene o destruye la relación" (Dabas, 2011, p. 50)

La **activación por problemas** sostiene la idea de que el funcionamiento comienza frente a un problema determinado. Al contrario de lo estandarizado, esquemático y piramidal, el problema genera alternativas de solución que exceden mecanismos prefijados. La red se activa cuando se requiere y su intensidad

¹⁴ Epistemólogo. 1911-2002. Nacido en Austria. Muerto en EEUU.

disminuye cuando no es necesaria, de esta manera, participamos de diversas redes de acuerdo a cual sea el problema a resolver.

La **multidimensionalidad** nos muestra la riqueza y complejidad del enfoque de redes. No se trata solo de una técnica, ni de una nueva teoría. Cada acción de buscar la pauta que conecta, de intentar incluir a los actores protagonistas de la cotidianidad, se constituye en acciones que producen sociedad, fortalecen el entramado y potencian la dignidad de las personas (Dabas, 2011, p. 51)

Siguiendo a Denise Najmanovich (2007), la gestión desde esta concepción no puede verse como la "aplicación de recetas" o como la administración de bienes o servicios, la gestión implica fundamentalmente la intervención sobre dos dimensiones cruciales: las interacciones y la articulación de acciones.

La "*dinámica de interacciones*" se refiere fundamentalmente a los procesos relacionales entre personas que realizan sus tareas en diferentes ámbitos, diversos nodos de red. La "*articulación de acciones*" se centra en optimizar los recursos humanos revisando de manera permanente objetivos y modalidades de trabajo. Poner en juego estas dimensiones conforma una fuente de sinergia que favorece mejores resultados y un adecuado clima laboral.

Una gestión dinámica debe tener siempre un alto grado de flexibilidad que sólo es posible lograr haciendo lugar a la formación de equipos 'adhocráticos' cuando las circunstancias lo requieran. Desde esta perspectiva, resulta imprescindible entender a fondo las diferencias entre las organizaciones regidas por las jerarquías y las que están abiertas a las heterarquías (Najmanovich, 2007, p. 3).

El funcionamiento adhocrático se articula con equipos que se complementan sumando saberes y destrezas específicas y que son capaces de organizarse de manera ad-hoc para operar y responder a las distintas necesidades que la gestión va presentando.

En la misma línea de pensamiento, Mario Rovere (1999) al referirse a las que llama "organizaciones talento intensivas" señala que el mando no es garantía

de éxito sino por el contrario, muchas veces, el obstáculo para sacar lo mejor de la gente.

Estas cuestiones remiten sin lugar a dudas a cuestiones de "poder". Siguiendo al autor citado, no se idealiza la idea de una institución sin poder, se entiende que éste **es inherente a la organización**, a la tensión de intereses, solo que sería esperable que las tensiones se resuelvan con acuerdos, con consensos, de manera democrática.

“El poder es una dimensión central para explicar la creación de nuevos mecanismos de regulación y su influencia sobre la conducta de los actores y la organización de los procesos de producción.” (Báscolo, 2010, p.14)

Báscolo (Op. Cit.) también señala que los modelos jerárquicos incentivan la toma de decisiones por parte de los roles formales de dirección mientras que en los modelos a los que denomina de “clan” el poder esta muchas veces en los actores que lideran los procesos colectivos. Sostiene que la capacidad de “definir agenda” representa un poder no formal asociado al conocimiento y al manejo estratégico de los mecanismos de gestión de la organización.

Consideramos entonces que el problema del poder estará siempre presente en las organizaciones pero la modalidad de organización que se asuma también obturará o permitirá una diferente circulación del poder.

La metáfora de la red, como la tela de una araña, nos permite visualizar los vínculos que la gente genera para resolver sus problemas, para "unir" lo fragmentado, para gestionar las organizaciones más allá de las relaciones jerárquicas. Dice Mario Rovere: "Al tener heterogeneidades organizadas reduzco la demanda de organización piramidal y, al reducirla, equipo a las personas, a las sociedades e instituciones para profundizar democracia" (Rovere, 1999, p. 28)

Se excede así la idea de pensarse solo en el vínculo con el exterior (el hospital con el centro de salud, el centro de salud con la escuela, etc.), se invita necesariamente a replantear el adentro y el afuera considerando que la concepción de red obliga a revisar la modalidad de organización del hospital, del

servicio, del centro de salud, en donde seguramente existen vínculos y lazos a generar más allá de organigramas y estructuras dados.

Así como la inteligencia no depende del número de neuronas sino del número de conexiones, entendiendo que el cerebro es una cooperación de neuronas (Maturana, et. al., 2003), crear y sostener redes inteligentes implica necesariamente fortalecer los vínculos.

¿Que implica funcionar y trabajar en red?

La vida está conformada por redes, éstas acompañan nuestra constitución como sujetos, a través de la construcción de vínculos que nos dan sostén a nivel familiar, comunitario, laboral. Y si las redes hablan de vínculos, siempre habrá algunas más fuertes, otras más débiles, más o menos saludables, pero siempre habrá articulación y lazos. "Nuestra experiencia no es individual ni pasiva sino culturalmente moldeada, corporalmente encarnada y colectivamente construida" (Najmanovich, 2013, p. 3).

En la vida cotidiana, el fortalecimiento de vínculos constituye una posibilidad de favorecer y promover situaciones de vida más confortables y saludables. En las organizaciones, y desde la perspectiva de la gestión, podríamos decir que es un modelo que busca optimizar la calidad del trabajo y alcanzar mejores resultados.

Sintetizando la concepción de red podemos presentar las siguientes dos definiciones:

La configuración red social implica un proceso de transformación permanente tanto singular como colectivo, que acontece en múltiples espacios y (a) sincrónicamente. Podemos pensarla como un sistema abierto, multicéntrico y heterárquico, a través de la interacción permanente, el intercambio dinámico y diverso entre los actores de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, barrio, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los

recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para fortalecer la trama de la vida. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser estos socialmente compartidos (Dabas, 2011, p. 42)

Mario Rovere retoma el concepto de red en su etimología anglosajona para indicar: "En inglés se usa la palabra Network, es como "red trabajando". Una idea de red no como una estructura estática sino como una estructura productiva en términos de respuesta a los problemas de salud de la gente" (Rovere, 1999, p. 33).

Las estrategias basadas en el enfoque de red tienden a fortalecer los lazos sociales y a empoderar a los sujetos de sus capacidades de intervención y resolución en las organizaciones donde conviven y trabajan.

Como sostienen Yanco y Ros, "La red es una metáfora que permite hablar de relaciones sociales, aportando los atributos de contención, sostén, posibilidad de manipulación, tejido estructura, densidad, extensión, control, posibilidad de crecimiento, ambición de conquista, fortaleza, etc. tomados en préstamo de su modelo material" (Dabas, 2011, p. 41)

Siguiendo la metáfora reseñada, podemos acercarnos a pensar sobre las distintas aristas que tienen los procesos de trabajo y al equipo de salud funcionando en red.

La **autonomía** de las personas es uno de los aspectos más relevantes. Implica que sea posible tomar decisiones y resolver problemas con la menor burocracia posible.

(...) las personas que tienen un comportamiento burocrático, que sienten que no controlan sus propios servicios, no están predispuestas a trabajar en red porque tienen la sensación de que nada pueden decidir. Para poder entrar en red uno tiene que tener la sensación de que hay cosas que puede decidir, que puede colaborar, es decir tiene que tener autonomía" (Rovere, 1999, p. 26)

El **tipo de relaciones** que se establece entre las personas también es una dimensión de interés para analizar la articulación de redes. Es necesario cuestionar, por ejemplo, si estas relaciones son simétricas o asimétricas, si existe la reciprocidad en el vínculo.

La **significatividad** del vínculo es otra dimensión a considerar: hay afinidad, objetivos compartidos o necesidad y/o obligación.

También podemos analizar la dimensión de la **homogeneidad-heterogeneidad**. Se trata de una red homogénea (somos todos iguales y todos hacemos lo mismo) o se trata de una red heterogénea en donde hay diversidad de personas, perfiles, formaciones, pero que trabajan juntos en un determinado problema o proyecto.

Mario Rovere (Op. Cit.) identifica 5 niveles en la construcción de las redes: reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación. El primer nivel es la base sobre la cual deben construirse y sostenerse los demás niveles. Si uno de ellos falla, toda la red fallaría. Cada nivel está asociado a un valor, del primer al último nivel los valores son: aceptación, interés, reciprocidad, solidaridad y confianza.

El **primer nivel** es el de **reconocimiento**. Expresa la aceptación del otro. En muchas ocasiones el obstáculo para relacionarse e interactuar con otras personas consiste en que no se reconoce que el otro existe.

Reconocer que el otro existe es reconocer que el otro puede decir algo importante para mejorar la calidad de un servicio, que puede decir cosas que a mí no se me hubieran ocurrido nunca, salvo que estuviera en el lugar de él (Rovere, 1999, p. 24).

El **segundo nivel** es el **conocimiento**. Luego que el otro es reconocido como interlocutor válido, se necesita conocerlo. Esto implica demostrar interés sobre quién es el otro, qué hace, qué piensa, cómo trabaja, etc.

El **tercer nivel**, basados en el interés y el conocimiento comienzan a surgir instancias de **colaboración**, como ayudas espontáneas, no sistemáticas. Estas

instancias estructuran una serie de vínculos de reciprocidad, se colabora y se espera de los otros colaboración.

En el **cuarto nivel** se generan ya algunas formas sistemáticas de **cooperación**. En este nivel las relaciones se complejizan, colaborar sistemáticamente implica el reconocimiento de un problema común y la planificación y ejecución de actividades conjuntas para enfrentarlo.

El **quinto nivel** denota **asociación**, en este momento las relaciones de cooperación se profundizan y se establece alguna forma de contrato o acuerdo entre las partes que conforman la red.

La siguiente síntesis como esencia del trabajo en red nos invita a reflexionar acerca del papel que tendrá entonces el poder y la política:

La decisión voluntaria de dos ó más personas, instituciones ó áreas institucionales, de desarrollar una tarea en común, en procura de objetivos compartidos explícitos, manteniendo la identidad de los participantes. El vínculo así generado tiene carácter horizontal, de relación entre pares, acotado por los acuerdos normativos que entre ellos establezcan, por fuera de las regulaciones burocráticas de las respectivas instituciones a las que pertenecen o pueden pertenecer (Fundared. PPT. 1998)

¿Cómo hacer para promover capacidades institucionales para trabajar en red? ¿Cómo articular políticas que permitan un funcionamiento de este tipo?

Siguiendo a Chantal Mouffe Hugo Spinelli, diferencia "la política" de "lo político". "Lo político" se refiere a la esencia y está vinculado con el poder y el conflicto mientras que "la política" se vincula con las prácticas, las instituciones que desarrollan acciones con los que se busca mantener o construir hegemonía" (Spinelli, 2012, p. 108)

Lo político es sustancial, pues es a partir de ese juego de poderes que se puede luego diseñar políticas que requieren condiciones para ser ejecutadas por parte de las instituciones y las personas que allí conviven y trabajan. Se necesita

de capacidades de gestión para concretar las propuestas, es decir que se deben concretar en proyectos, acciones y dispositivos.

En este sentido, el autor retoma a Matus, para quien " el gobernar/gestionar es procesar problemas a los que define como la diferencia percibida por un actor – individual o colectivo– entre la situación observada y la deseada " (Spinelli, Op. Cit. p. 112). Desde esta concepción, gestionar se vincula con **resolver problemas**, y en salud, las problemáticas son, como vimos, complejas, multidimensionales, determinadas por diversidad de factores.

Siguiendo a Carlos Matus podemos decir que si bien hay en la lógica del poder, más o menos autoridad de los diversos actores, "gobiernan quiénes hacen". Por ello es importante dotar a los trabajadores de una buena caja de herramientas pues, cuando un actor juega bien, puede ampliar su gobernabilidad y esto es fundamental para la gestión de los servicios de salud (Spinelli, Op. Cit.). En esta línea pensamos que "jugar bien" implica conocer qué hace el otro, cómo lo ayudo y me ayuda, y cómo promuevo interdependencia desde la diversidad de tareas y responsabilidades. Esta concepción invita también a pensar en liderazgos variables, de acuerdo con las necesidades y los desafíos a enfrentar.

Los sistemas de salud requieren entonces de nuevas modalidades de organización y estrategias de gestión que abran puertas al fortalecimiento de tecnologías blandas, en donde el vínculo sea lo sustantivo para la construcción de un cuidado integral y de calidad.

Los servicios de salud y los antecedentes del trabajo en redes de atención

Son diversas las investigaciones y las experiencias que dan cuenta de la relevancia que tiene la organización de los servicios en redes de atención.

Como antecedente histórico de relevancia vale citar el Informe Dawson (1920) realizado luego de la primera guerra mundial en el marco de la reconstrucción del Reino Unido:

La disponibilidad general de los servicios médicos solo puede asegurarse mediante una organización nueva y ampliada, distribuida en función de las necesidades de la comunidad. Tal organización es indispensable por razones de eficiencia y costo, como sí también en beneficio del público y de la profesión médica. Con la expansión del conocimiento, las medidas necesarias para resolver los problemas de salud y las enfermedades se tornan más complejas, reduciéndose el ámbito de la acción individual y exigiendo en cambio, esfuerzos combinados (OPS/OMS, 1964, p. 3).

A fin de presentar los antecedentes e investigaciones sobre el tema retomamos el trabajo "Las redes de atención de la salud" de Eugenio Vilaca Mendes (2013) realizado por la OPS Brasil y el CONASS (Consejo Nacional de Secretarios de Salud en Brasilia en el año 2011. A continuación se reseña la recopilación hecha por el autor sobre algunas experiencias de Estados Unidos, Canadá y los países de Europa Occidental. Para finalizar se presentan también desarrollos del tema en América Latina.

Algunas investigaciones en los EEUU

Un trabajo de Shortell et al de 1993 (Mendes, 2013) propone superar la fragmentación existente en los sistemas de atención de la salud por medio de la instauración de sistemas integrados que configuren un continuo coordinado de servicios para una población definida.

Otro trabajo de Shortell et al de 1995 (Mendes, Op. Cit.) examinó experiencias exitosas de algunos hospitales comunitarios que se explican por un conjunto de características que conforman organizaciones integradas de servicios de salud: continuidad de los cuidados, promoción de la salud, población a cargo definida.

Griffith (Mendes, Op. Cit.) analizó el movimiento de transformación de hospitales comunitarios en organizaciones integradas de atención de la salud e identificó los siguientes factores de éxito: combinación de liderazgo externo e

interno, mayor participación de los médicos, fortalecimiento de la APS, introducción de la gestión clínica a partir de la implantación de directrices.

Pointer et al (Mendes, Op. Cit.) realizaron una síntesis histórica de los sistemas integrados de salud e identificaron los elementos centrales en los mismos: la responsabilidad sobre una población, el foco en la mejora de los niveles de salud de esa población, la oferta de un continuo de servicios, la coordinación de cuidados por la APS, la integración clínica y el pago por capitación.

Enthoven (Mendes, Op. Cit.) defiende los sistemas integrados de salud como forma de superar la crisis del sistema de atención de la salud americano y afirmó que, desde el punto de vista económico, las ventajas de la integración derivan en sistemas basados en poblaciones definidas, eficacia de la atención en lugar preciso, integración entre diferentes profesionales de la salud y la coordinación desde la APS.

Wan et al (Mendes, Op. Cit.) verificaron que los sistemas más integrados presentan mayor potencial de proveer un continuo de cuidados coordinado y mayor eficiencia en el ámbito hospitalario a través de: integración de procesos y servicios, estructura de gobierno, trabajo multidisciplinario, coordinación del cuidado, integración clínica y sistemas integrados de información.

La experiencia de Canadá

En el sistema público de Canadá la experiencia de redes se desenvuelve en general sobre la forma de sistemas integrados de salud.

Leat et al (Mendes, Op. Cit.) realizaron un diagnóstico del sistema de atención de diversas provincias canadienses y constataron la fragmentación. Propusieron la integración por medio de la definición de una población bajo responsabilidad, pago por capitación, médicos de familia como puerta de entrada, oferta de servicios integrada, refuerzo de la información en salud y planeamiento en base a las necesidades de la población.

Champagne et al (Mendes, Op. Cit.) rescata algunas recomendaciones para la mejora del sistema canadiense entre las que destacamos: sistema basado en las necesidades de los ciudadanos, población adscripta por equipo de salud, integración de la prevención y de la cura, integración del sistema de salud con desarrollo social, valorización de la clínica y creación de corredores de servicios.

Marchildon (Mendes, Op. Cit.) analizó los cambios que se produjeron como consecuencia de la integración de sistemas de atención con base en la APS: delegación de procedimientos en enfermeros, inversión en tecnología de la información, pago por capitación, inclusión de puntos de atención no convencionales, y desarrollo de la telemedicina en regiones de baja densidad demográfica.

Países de Europa Occidental

En los sistemas públicos de atención a la salud de estos países las redes vienen siendo introducidas crecientemente. Se destaca el papel central del médico generalista, la APS como puerta de entrada, la atención secundaria brindada en unidades ambulatorias y la terciaria en hospitales.

Saltman y Figueras (Mendes, Op. Cit.) analizan la reforma de los sistemas de salud europeos y dedican un capítulo al proceso de reorganización a partir de la relación entre los distintos puntos de atención. Rescatan especialmente el documento Dekker de Holanda (1998) para referirse a la reducción de camas hospitalarias y la introducción de estrategias tales como el hospital de día, la tecnología mínimamente invasiva, la reducción de las internaciones, y la atención ambulatoria.

Edwards et al (Mendes, Op. Cit.) se refieren a los cambios profundos en la atención hospitalaria en Europa: tercerización de servicios de apoyo, reingeniería de procesos, programas de calidad y contratos internos, en el marco de una visión sistémica que procura integrar la atención hospitalaria y ambulatoria, nuevos puntos de atención como la atención domiciliaria, centros de enfermería, hospital de día y centros de asistencia social.

Un trabajo de Micaleff (Mendes, Op. Cit.) estudió las redes de atención en Francia y dio cuenta de los límites y dificultades que se generan por la tradicional fragmentación de los procesos de atención en salud.

Hildebrandt e Rippman (Mendes, Op. Cit.) trabajaron sobre las redes en Alemania para intentar responder a la enorme fragmentación del sistema. Desde el año 2000 la legislación alemana promovió la constitución de redes destinadas a generar integración médica, de servicios ambulatorios y hospitalarios, de servicios farmacéuticos y de enfermería; economía de servicios; continuidad de los cuidados; incentivos para acciones de promoción y prevención de la salud.

Un trabajo de Warner (Mendes, Op. Cit.) abordó las llamadas "cadenas de cuidado" en Suecia, Holanda y Reino Unido, y analizó sus factores críticos: atención centrada en las personas usuarias, control activo de flujos dentro del sistema, sistemas logísticos articulados por los intereses de las personas usuarias, sistemas de información altamente integrados, entrada única, ausencia de barreras económicas.

En cuanto a España, algunos trabajos dan cuenta de la importancia de implementar sistemas integrados frente a los problemas de fragmentación existente. Vázquez et al (Mendes, Op. Cit.) muestran el surgimiento de organizaciones sanitarias integradas en Cataluña, que se estructuran en torno de un hospital y que se responsabilizan por la cobertura de servicios articulados de APS, atención especializada y atención sociosanitaria para una población definida.

Un trabajo de Erskine (Mendes, Op. Cit.) sostiene que la organización de salud de Europa debe pasar por la constitución de redes regionales de atención con el fortalecimiento de la APS como coordinadora del sistema, menos hospitales, uso intensivo de tecnología de la información, crecimiento de la atención domiciliaria, y apoyo en la evidencia.

En los últimos años también aparecen distintos trabajos en donde se vincula la necesidad de avanzar en las redes en función de la atención de las dolencias crónicas (Directorio Noruego de salud, 2008; Bengoa, 2008) (Mendes, Op. Cit.).

Las experiencias en América Latina

Aunque desde la década del 80 pueden encontrarse experiencias ligadas a la vinculación entre efectores de salud del primer nivel de atención y hospitales¹⁵, desde la perspectiva puntual de redes de servicios de salud el tema comienza a ponerse en cuestión a partir de finales de los años 90. En América Latina existen experiencias diversas, se presentan a continuación referencias sobre Chile, Brasil y Argentina.

En Brasil, la temática tiene una evolución creciente, en distintos estados y municipios hay un fuerte desarrollo de estas experiencias. Mendes (Op. Cit.) analizó una propuesta sistemática de construcción de redes en el SUS y propuso como alternativa la construcción procesual de sistemas integrados que articulen los territorios sanitarios y la gestión clínica.

Son diversas las experiencias a partir del año 2000 en donde la organización de redes promueve resultados favorables. Estas propician su desarrollo para coordinar el sistema, reducir las redundancias, alinear los objetivos con los incentivos financieros, promover la integración clínica y coordinar los mecanismos de gobierno.

Se describen también experiencias exitosas ligadas a redes temáticas: la red de atención a la mujer y el niño, la red de atención a las dolencias cardiovasculares y la diabetes, la red de atención a pacientes con VIH, la red de atención de urgencias y emergencias.

La Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais elaboró y aplicó en 2006, interna y externamente, en las microregiones sanitarias una oficina de redes de atención de la salud. En el mismo año el Instituto Nacional de Cáncer sugiere una atención en red para las dolencias oncológicas, organizando líneas de cuidado que integren las atenciones primaria, secundaria y terciaria.

Asimismo El Consejo Nacional de Secretarios de Salud definió como un desafío promover el alineamiento de la situación epidemiológica brasilera con el

¹⁵ Ver referencias sobre antecedentes de las áreas programáticas en la ciudad de Bs. As. en el Capítulo II

modelo de atención a la salud del SUS por medio de la implantación de las redes de atención (Mendes, Op. Cit.).

Fleury y Ouverney (Mendes, Op. Cit.) publicaron un libro sobre la gestión de redes en que tratan los fundamentos conceptuales sobre el tema y estudian en profundidad las estrategias de regionalización y los padrones de gobierno del SUS.

En el año 2008 el Ministerio de Salud analizó el proceso histórico de las redes de atención y estableció las razones para su adopción, definió sus conceptos y sus principios, formuló un proceso de transición para las RISS por medio de territorios integrados de atención a la salud y líneas de cuidado y propuestas directrices para su implementación (Mendes, Op. Cit.).

Kuschnir e Chorny (Mendes, Op. Cit.) realizaron una contextualización sobre el debate de las RASS a partir de la discusión sobre integración/coordinación del cuidado.

En los últimos años, las experiencias de RISS se vienen desarrollando en diversos estados Brasileños, en general bajo la coordinación de las secretarías estatales de salud y sobre la forma de redes temáticas.

En Chile, las redes asistenciales, aparecen como una política oficial del Ministerio de Salud en documentos desde 2005.

Desde la perspectiva de las competencias esenciales para la gestión en red destaco el trabajo chileno desarrollado por Vergara Marcos et al. (2012). El estudio sostiene que el aprendizaje fundamental esta dado por la capacidad del trabajo en equipo de los equipos directivos de las organizaciones. Señalan algunas competencias claves para trabajar en red desde el hospital, desde el gestor de una red de servicios y desde los efectores del primer nivel de atención.

En el hospital observan como competencia clave la capacidad de organizar los mecanismos de referencia y contra referencia, en la gestión global de la red hacen foco en la organización y gestión de la demanda mientras que en el primer

nivel de atención sostienen que las competencias esenciales están dadas por organizar la participación comunitaria y gestionar el trabajo intersectorial.

En Argentina, destacaría el trabajo realizado por Daniel Maceira y Pedro Kremer¹⁶ que evidencia con claridad los problemas que se generan, en costos, efectividad, calidad de vida y resultados, por no contar las provincias del noroeste argentino con adecuados mecanismos de coordinación para atender patologías complejas. El estudio da cuenta de los problemas de fragmentación y segmentación a nivel provincial y nacional y entre subsectores.

En otro documento Daniel Maceira¹⁷ presenta un panorama de los problemas que enfrenta la provincia de Salta y algunas recomendaciones útiles para fortalecer las redes de servicios de los sistemas provinciales.

Las redes para la atención de patología específica

Mencionamos también una serie de evidencias recolectada por Mendes (Op. Cit.) sobre la eficacia de las redes en la atención de patologías específicas:

- La atención integrada de niños con asma mejora la capacidad respiratoria Weingarten et al (1985)

- La integración de la atención primaria y especializada proporcionó servicios más costo/efectivos que una atención convencional a pacientes hipertensos. McInnes y McGhee (1995)

- La atención integrada disminuye las referencias de portadores de asma para con los especialistas. Osman et al (1996)

¹⁶ Maceira, D. y Kremer, P. (2011) Fortalecimiento de Redes de Atención de la Salud en el Tercer Nivel. Aprendizajes del caso Argentino. *Cippec, Buenos Aires*.

¹⁷ Daniel Maceira (2010) Cómo fortalecer las redes de servicios de salud. El caso de Salta. Documentos de Políticas Públicas. Recomendación Nro 84. CIPPEC, Buenos Aires.

- La atención integrada lleva a menos internaciones hospitalarias de pacientes frágiles con HIV y a una mejor capacidad funcional de esas personas. Bernabei et al(1998)

- Los sistemas de atención de diabéticos sostenidos e integrados desde la APS mejoran la satisfacción de los usuarios y son más efectivos en el uso de los recursos. McCulloch et al (1998)

- Los sistemas integrados determinan una mayor satisfacción de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Byng et al (1998)

- La integración de los cuidados de pacientes con HIV contribuye a reducir cuadros depresivos. Llewellyn-Jones et al (1999)

- Los programas que integran la APS con otros niveles y que tienen una población adscrita fueron los más efectivos y sus usuarios estaban más satisfechos. Wagner et al (1999)

- La integración entre la APS y la atención especializada permitió la identificación de personas con riesgo de hospitalización y redujo el uso de servicios especializados. Malcom et al (2000)

- La integración de los cuidados de la depresión crónica mejoró la calidad de la atención a costos moderados. Simon et al (2001)

- La integración de la atención primaria y la secundaria permitió reducir las re-internaciones hospitalarias de portadores de insuficiencia cardíaca. Doughty et al (2001)

- La integración contribuyó a la reducción de los síntomas depresivos y su severidad, mejoró la adhesión a los tratamientos, aumentó la satisfacción con la atención recibida e incrementó la calidad de vida. Unutzer et al (2002)

- Una atención integrada a la diabetes con base en la APS disminuye los índices glucémicos de manera más fuerte que la atención centrada en el hospital. Griffin e Kinmonth (2004)

- Hartz y Contandriopoulos (2004) afirman que la integralidad de la atención es un eje prioritario de la investigación y evaluación de los servicios y los sistemas de atención a la salud estructurados como redes asistenciales interorganizacionales que articulan las dimensiones clínicas, funcionales, normativas y sistemáticas. Y reconocen que una organización reúne la totalidad de los recursos y competencias necesarias para la solución de los problemas de salud de una población en sus diversos ciclos de vida eliminando barreras de acceso, optimizando recursos y ampliando oportunidades de cuidado.

Los trabajos presentados en este apartado permiten visualizar experiencias tendientes a desarrollar y fortalecer redes como una opción de relevancia para encontrar salida a las crisis y dificultades de los sistemas de atención de la salud. Es importante reconocer también la evidencia que indica que el trabajo a través de redes de servicios apoya la mejora de resultados sanitarios y la eficacia y eficiencia de los sistemas de salud.

Redes de Servicios de Salud

Una red de servicios de salud debe o debería intervenir y resolver los problemas y las necesidades de sus usuarios a través de un recorrido armónico por todos los niveles y/o establecimientos del sistema, de acuerdo con las necesidades del contexto y la continuidad e integralidad de la asistencia, teniendo siempre como eje o “leitmotiv” la eficacia de la atención y la eficiencia de los procesos.

Debería permitir resolver problemas de salud de diferentes complejidades, en diferentes establecimientos, posibilitando la circulación del paciente por el servicio y nivel que se requiera de acuerdo a la etapa en la cual se encuentre su enfermedad. El proceso clínico funcionaría como guía orientando la intervención y el lugar más apropiado para la misma

Es deseable que el proceso de atención de la salud se realice en un ámbito cercano al contexto social y cultural de las familias y las personas, que abarque todos los ciclos vitales y que sea el primer nivel de atención quien tenga un papel

central en la coordinación de la asistencia. En este marco las redes de servicios tienen un papel fundamental en ofrecer una mirada centrada en la organización y coordinación de la atención a lo largo de todo el proceso de cuidado y atención de la salud.

El concepto de RISS se ajusta perfectamente a la teoría de sistemas y a las nuevas tecnologías de gestión de organizaciones de servicios, tales como la gestión estratégica, de calidad y las que tratan a las organizaciones como espacios de conversación, acuerdos y compromisos. En este marco, una red de atención puede definirse como un conjunto de vínculos o conversaciones entre instituciones de servicios de atención de salud que, combinando recursos humanos y materiales a través de relaciones funcionales coordinadas e integradas, dan respuesta a las necesidades de salud de una población dada en un territorio geográfico determinado (Artaza Barrios, et al, 2011, p 63).

Las RISS en el marco de la APS

Definiremos en primera instancia en qué consisten los servicios de salud integrales:

(...) la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida (OPS, 2010, p. 29)

Así, la iniciativa de las RISS es presentada por la OPS como una propuesta capaz de contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la APS y alcanzar en consecuencia servicios más equitativos, accesibles y eficientes.

Consiste en una red de organizaciones que presta (...) servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a

rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (OPS, 2010, p. 7)

El documento de OPS reseñado considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria; y la acción intersectorial, entre otros.

De acuerdo a la realidad de cada país y sus procesos históricos podemos encontrar diversidad de modelos de RISS: sistemas que integran solamente al sector público de salud, otros que vinculan al sistema público con la seguridad social y el sector privado, sistemas que integran al personal de salud, y otros vinculan establecimientos, por ejemplo.

Pueden reconocerse también redes locales de salud (servicios municipales), redes regionales y/o nacionales que se articulan de acuerdo a necesidades, y redes que solo se activan ante problemas complejos, etc.

Los hospitales y centros de salud desde la perspectiva de las Redes

Pasar de lógicas fragmentadas a pensarse operando de manera articulada y en red conlleva necesariamente un cambio en la modalidad de funcionamiento de las tradicionales instituciones de salud. El efector no puede funcionar de la misma manera que lo hacía años atrás, en el siglo pasado, atendiendo solo patología aguda, sin comunicación interna ni externa, con normativas jerárquicas, etc.

El hospital debe redefinir su labor mutando a estructuras más flexibles acordes con las necesidades actuales. Es necesario superar las miradas tradicionales y desarrollar prestaciones que actualmente solo las brinda el hospital en otros ámbitos y con otros dispositivos.

La conformación histórica de los hospitales hizo que en general estos respondieran más a los intereses de sus profesionales que a las necesidades de los usuarios/pacientes. La organización de las camas y los horarios por ejemplo están pensados desde la lógica de los profesionales. Asimismo, el hospital no es visualizado como un proveedor de servicios a una red asistencial sino como entes autónomos o "centros de una red" sin embargo, es su pertenencia a una red de servicios lo que debe ordenar sus objetivos y organización.

Lo central en un modelo asistencial integrado es que el hospital organice sus procesos clínicos, la relación equipo de salud-usuario, la indicación de una terapia y de exámenes, la provisión de gestión de los cuidados (sean estos ambulatorios u hospitalizados), como un continuo hacia atrás y hacia adelante, interdependiente de otros dispositivos y fundamentalmente de la atención de primer nivel (Artaza Barrios, et al, 2011, p. 92).

Pensar un hospital o un centro de salud trabajando en el marco de una red asistencial nos lleva a pensar en su funcionamiento interno. En general, aún los hospitales ni siquiera pueden pensarse al interior de los mismos funcionando en lógica de red ya que en su mayoría los procesos se desarrollan parcelados.

(...) el hospital es una entidad progresivamente compleja, y parece un hecho indesmentible. La complejidad tiene que ver con el grado de *interacciones de interdependencia* entre partes de una organización. Por lo tanto, la complejidad de una organización hospital no está en lo 'complicado de sus pacientes' (por ejemplo una señora adulta mayor con diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca y fractura de cadera), sino en la necesidad de interacciones de interdependencia para enfrentar las necesidades de salud de esa persona. Interacciones al interior del establecimiento y de éste con múltiples dispositivos en red" (Artaza Barrios, et al, 2011, p. 93).

Los centros de salud, los servicios, los hospitales, deben poder preguntarse si deben seguir siendo lo mismo que siempre han sido. La creación de valor en los servicios de salud futuros requiere que sean capaces de aprender a innovar, a

tener nuevas modalidades organizacionales y a articularse/especializarse en función de los requerimientos de la red de servicios.

Los nuevos modelos requieren descentralizar el conocimiento, distribuir poder y responsabilidades, moverse frente a la incertidumbre y lo imprevisible, etc.

La coordinación y continuidad asistencial desde la perspectiva de las Redes

Una forma concreta y palpable de visibilizar el funcionamiento en red es analizar la coordinación y continuidad en la asistencia de un paciente a lo largo de los distintos niveles de atención y en distintas situaciones de diagnóstico y tratamiento bajo la coordinación del primer nivel. En el mismo sentido también resulta útil el análisis de guías y protocolos.

Si la Historia Clínica de un paciente solo empieza con la admisión en el hospital, algo no funciona. Qué ocurrió antes, dónde se atendía, quién organizó la derivación, quién hará el seguimiento luego del alta hospitalaria, son datos que deberían figurar si se trabaja integradamente. Cuando un hospital trabaja en red logra articular la agenda de sus especialistas con el primer nivel de atención, organiza la lista quirúrgica de acuerdo a criterios de priorización, la internación es en su mayoría programada y no a partir de la urgencia, etc.

Construir estos procesos requiere de nuevas herramientas organizacionales pero sobre todo de competencias del capital humano.

Las estructuras de las organizaciones no deben ser rígidas ni deben armarse desde la lógica de los profesionales; es necesario revisarlas permanentemente en función del servicio y el hospital en el marco del cumplimiento de los objetivos de la red a la cual pertenece y con la cual se vincula.

La **estructura** sigue a la estrategia, cuando esto no sucede las estructuras y prácticas derivadas solo responden a los requerimientos de los grupos de interés. Una estrategia explícita y co-construida permite establecer roles y organizar los recursos a base de los requerimientos de la red. Surge entonces un organigrama cada vez más dinámico en la medida que se

ajusta a objetivos, y los cargos que también se van definiendo en torno a competencias (Artaza Barrios, et al, 2011, p. 102).

Estas cuestiones permiten reconocer la posibilidad de generar nuevos modelos organizacionales en donde se priorice el cuidado a implementar, no solamente la experticia de un servicio en una determinada especialidad, y se organicen los sistemas de salud en módulos o sectores (ambulatorio, hospitalario, diagnóstico y tratamiento, etc.) desde la lógica de los cuidados progresivos.

Como la organización debe seguir al modelo de atención, la organización hospitalaria debe avanzar a adquirir una estructura matricial, cuyo núcleo sea la organización por procesos. En este modelo, el elemento articulador de los diferentes procesos es la necesidad del usuario individual, expresada en algún tipo de cuidado como parte del proceso o desarrollo progresivo clínico (Artaza Barrios, et al, 2011, p. 115).

Es interesante notar que desde lo edilicio proponen buscar espacios que favorezcan la mayor cantidad de "conversaciones posibles" (salas de estar, espacio de trabajo compartido) a fin de propiciar que la gente se encuentre y pueda generar procesos más fluidos e integrados evitando los "feudos" privados.

Se trata de un cambio paradigmático en donde el trabajo se organiza en torno a los procesos y no a la línea jerárquica ni a los límites de un establecimiento, pues la red amplía la mirada más allá de los límites físicos de cada establecimiento.

En el marco del presente trabajo nos interesó abordar especialmente las características centrales de un adecuado funcionamiento de una red de servicios a los fines de analizar en qué grado estas características están presentes en el sistema de salud de la ciudad de Buenos Aires.

Aunque estemos analizando diversos países y contextos, y con ello diferentes sistemas de salud, tal como ya se dio cuenta en las experiencias reseñadas, hay una serie de atributos que aparecen como esenciales para un adecuado funcionamiento de las redes de servicios.

En los cuadros que siguen se presenta una síntesis de elaboración propia sobre los atributos presentados en el documento de la OPS (2010), considerando su valor para el análisis del sistema de salud del GCBA

Modelo Asistencial

<i>Atributo</i>	<i>Posibilidades que brinda</i>
Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud	Las redes que cuentan con esta posibilidad tienen la ventaja del conocimiento del terreno en el cual operan, de la población y sus necesidades. Esto permite desarrollar acciones de salud pública y generar acciones intersectoriales con una mirada sobre los determinantes sociales de la salud.
Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública.	Este atributo da cuenta de la disponibilidad de servicios de todos los niveles, adecuadamente distribuidos, a fin de propiciar la accesibilidad. Se priorizan las acciones preventivas y se facilita el acceso rápido y de calidad a las prestaciones especializadas.
Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de	Se trata de un primer nivel con capacidad de resolver la mayoría de las necesidades de salud.

<p>entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población</p>	<p>No se trata solo de la provisión de servicios en centros de salud sino de una atención multidisciplinaria que puede aprovechar los recursos de toda la red y brindar los cuidados requeridos en diferentes lugares y con la participación de especialistas de disciplinas diversas que brindan apoyo matricial a los servicios del primer nivel de atención.</p>
<p>Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios</p>	<p>En la línea de un primer nivel de atención con capacidad de resolución, la perspectiva de las RISS busca propiciar hospitales con capacidades para resolver cirugías de corta estadía, hospital de día, cuidados intensivos agudos junto a centros ambulatorios de especialidades, etc.</p>
<p>Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud</p>	<p>Se trata de uno de los desafíos centrales de las redes de servicios ligado a atender por ejemplo patología crónica en diferentes niveles del sistema y con diferentes profesionales y que involucra la capacidad del sistema para que el paciente pueda ser cuidado a lo largo de todos los niveles y con adecuados grados de coordinación.</p>
<p>Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad,</p>	<p>Aquí hay una referencia a una perspectiva de cuidado centrada en la</p>

<p>teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.</p>	<p>"persona como un todo" considerando aspectos físicos, mentales, emocionales, sociales. Tiene una mirada en la capacidad de las personas para autogestionar sus procesos de cuidado. Considera también la perspectiva intercultural y de género.</p>
--	--

Desde la perspectiva de la gobernanza y estrategia **se consideran los siguientes atributos:**

<i>Atributos</i>	<i>Posibilidades que brinda</i>
<p>Un sistema de gobernanza único para toda la red</p>	<p>Se trata de la capacidad de asumir el gobierno de todos los aspectos de la red, desde la definición de su misión, hasta su gestión, monitoreo y evaluación.</p> <p>Es importante visualizar que la complejidad de este tipo de trabajo requiere de profesionales motivados y capacitados con habilidades y competencias muy diferentes a las de la gerencia tradicional.</p>
<p>Participación social amplia</p>	<p>Las RISS desarrollan comunidades activamente comprometidas con la gestión de la salud, involucradas en su gestión y evaluación de resultados.</p> <p>Se busca una participación amplia y activa de las comunidades a través de</p>

	distintos recursos, estrategias y niveles de concreción.
Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud	<p>Las RISS promueven el trabajo intersectorial para lo cual se requiere desarrollar competencias y habilidades para trabajar asociado con sectores que van más allá del área de la salud.</p> <p>Se generan acciones para promover consejos consultivos, grupos de trabajo intersectorial, etc.</p>

Desde la perspectiva de la Organización y Gestión **se consideran los siguientes atributos:**

<i>Atributos</i>	<i>Posibilidades que brinda</i>
Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico	<p>La gestión debe adecuarse al tamaño y la complejidad de cada red.</p> <p>En Redes grandes debe considerarse diseños organizacionales que contemplen delegación de poder de decisión y capacidades de coordinación.</p> <p>Es esperable la consolidación de equipos multidisciplinarios capaces de coordinar todo proceso de cuidado y el desarrollo de estructuras organizacionales matriciales.</p> <p>Un aspecto central es el referido a la articulación entre quiénes desarrollan</p>

	trabajo clínico, quienes administran y quiénes brindan apoyo logístico reconociendo la necesaria vinculación de sus acciones para el logro de procesos de calidad.
Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red	Es uno de los aspectos nodales de la perspectiva de Redes. La gestión de RISS requiere de competencias y habilidades muy distintas a las requeridas por los servicios de salud tradicionales. Se necesitan nuevos puestos y nuevas competencias, por ello se requiere de un desarrollo de la EPS que acompañe los procesos de cambio. ¹⁸
Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes	Se debe disponer de un sistema de información coherente con el plan de trabajo de la red para poder brindar información sobre diversidad de dimensiones tales como: situación de salud de la población, demanda y utilización de servicios, información sobre la trayectoria de pacientes en la atención, información sobre la satisfacción de los usuarios, información económica, etc...
Gestión basada en resultados	Una gestión basada en resultados busca articular de manera coherente

¹⁸ En el capítulo VI se profundiza sobre la estrategia de la EPS.

	<p>sus procesos con los resultados buscados.</p> <p>Permite generar un marco de trabajo para planificar, gestionar y evaluar posibilitando la rendición de cuentas de todos los actores.</p> <p>Definir resultados esperados permite generar monitoreo, análisis y consideración de las lecciones que se van obteniendo.</p>
<p>Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red</p>	<p>La perspectiva de las RISS promueve implementar sistemas de incentivos y rendición de cuentas en donde cada área o unidad de trabajo (hospital, centro de salud, etc.) asume responsabilidades sobre su gestión.</p>

Cerrando este capítulo nos importa destacar que la perspectiva de redes tiene un peso nodal en convocar a la revisión de los paradigmas relacionales y en invitarnos a pensar y mirar el mundo de otro modo. El desarrollo de intervenciones y/o dispositivos que promuevan el desarrollo de redes de servicios no debe verse como una nueva tecnología y/o logística. Se trata fundamentalmente de fortalecer lo vincular-relacional por lo cual resulta esencial trabajar sobre la corresponsabilidad, la gestión participativa, la comunicación y negociación.

De alguna manera, esto nos remite a pensar en la ineficacia de la rigidez y los organigramas, y reconocer que en la vida de las organizaciones los problemas se resuelven por relaciones, por conexiones horizontales entre personas quienes construyen una micropolítica de sus vidas cotidianas y un entramado de micro-

redes que, como sostiene Franco (2006), es mucho más eficaz que las estructuras rígidas de las organizaciones.

Referencias bibliográficas:

- Artaza Barrios, O., et. al. (2011) Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales. OPS/OMS Santiago, Chile.
- Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*, 2(2) 123-146.
- Báscolo E.(2010) Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. En: *Rev. salud pública*. 12 sup (1): 8-27, 2010.
- Dabas, E., y Najmanovich, D. (compiladoras) (1995) *Redes, El lenguaje de los vínculos*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Dabas, E. (1998). Presentación en PPT. Fundared, Fundación para el Desarrollo y la promoción de las Redes sociales.
- Dabas, C. y Perrone, E. (1999) *Redes en salud* <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/redes.pdf>. Consultado el 04/07/2013
- Dabas, E. y otros. (2011) *Haciendo Redes. Perspectivas desde Prácticas Saludables*. Editorial Ciccus, Argentina.
- Fleury, S. El desafío de la gestión de las redes de políticas. En: *Revista Instituciones y Desarrollo* N° 12-13 (2002) págs. 221-247. Instituto Internacional de Governabilitat de Catalunya, Còrsega 255, 5º 1ª 08036 Barcelona, España.
- Franco, T.B.; (2006) En Pinheiro, R. y Matos, R.A. *Gestão Em Redes*, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Río de Janeiro.
- Martínez, D., et. al. (2007) Evaluación de APS y de redes de servicios de salud: dos miradas de la situación. En *Salud Investiga*, Buenos Aires.
- Maturana, H.; López, M.; Pérez, A.; Santos, M. (2003). *Conversando con Maturana de Educación*. Ediciones Aljibe, Málaga.
- Mendes, E. V. (2013) *Las redes de atención de salud*. Ed. en español. Organización Panamericana de la Salud, Brasilia.
- Merhy E. (2006) *Salud: la cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Morin, E. (1999) *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Santillana. Unesco.
- Najmanovich, D. (2007) *Redes y modelización dinámica de la gestión*. Artículo presentado en *Estrategias de Trabajo en Red para prevenir la violencia en el ámbito escolar*. III Encuentro Escuelas por el Cambio, Fundación Compromiso. Junio de 2007, Hotel Austral Plaza, Comodoro Rivadavia, Provincia de Chubut. Disponible en: www.compromiso.org. Consultado el 07-01-2014
- Najmanovich, D. (2013) *Configurazoom, los enfoques de la complejidad*. Disponible en: http://www.denisenajmanovich.com.ar/htmls/0600_biblioteca/index.php?cantidad=5&top=10&cuantos=60

- OPS/OMS (1964) Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Publicación Científica Nro 93. Febrero 1964. OPS/OMS.
- OPS (2010) Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. OPS, Washington.
- Rovere, M. (1999) Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, Rosario.
- Rovere, M. y Tamargo, M. C. (2005) Redes y coaliciones o cómo ampliar el espacio de lo posible. Colección Gestión Social. Disponible en www.gestionsocial.org
- Spinelli, H. (2012) El proyecto político y las capacidades de gobierno. En Salud Colectiva; 8(2):107-130.
- Vergara, M., Bisama, L., Moncada, P. (2012) Competencias esenciales para la gestión en red. Rev. .Med. Chile. 2012-140. Pág 1606-1612)
- Yanco, D. (2006) Activación de las redes sociales institucionales en torno a las familias. Fundared Argentina, Universidad Nacional de Colombia. SEMINARIO INTERNACIONAL “Bogotá se piensa en familia para construir democracia”, noviembre de 2006.

Bibliografía complementaria consultada:

- Ríos, René (2007). Redes de salud. Salud en red. Desenredando la terminología. Revista Chilena de Salud Pública Vol 11 (1) 28-37.
- Sluski, C. (1996) *La Red Social; frontera de la práctica sistémica*. Gedisa, Barcelona, 1996
- Souza Campos, G. (2009) Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos. Lugar Editorial, Buenos Aires.

Capítulo IV

Los Recursos Humanos (RRHH). Los equipos de salud

Este capítulo presenta la complejidad del campo de los RRHH en salud, problematizando el concepto e introduciendo la perspectiva de *equipos*. Se hace referencia a la relevancia de los trabajadores para el desarrollo de cambios en los sistemas de atención y se introduce la importancia de los procesos de educación permanente.

Tal como se presenta en los objetivos de la investigación, la perspectiva de los equipos de salud acerca del trabajo en red y de las competencias que se requieren para tal fin constituyen dos aspectos centrales del presente estudio, pues ningún proceso de cambio puede desarrollarse en los servicios sin el compromiso de sus trabajadores.

Entendemos que ningún sistema de salud ni modelo de atención puede diseñarse sin incluir a quienes cotidianamente trabajan en él. Tal como venimos desarrollando, la perspectiva de integralidad de la atención, de articulación en red, requiere pensar en la vida de las instituciones de salud y a sus trabajadores.

Un modelo de atención es una construcción teórica que oficia como un sistema organizado de prácticas y que puede tener diferentes grados de consenso social para su implementación. Se hacen visibles a través de las prácticas de los trabajadores pero detrás de ellas hay identidades, pautas culturales e historias de formación. Las políticas de salud cambian, evolucionan de acuerdo con las necesidades, pero en general los modelos de atención son más estables y duraderos pues son una consecuencia del accionar de los colectivos profesionales (Yanco Débora, 2014).

Por ello, promover cambios es un proceso arduo y sostenido en el tiempo, que requiere abordar en profundidad las diversas dimensiones involucradas en la gestión de los RRHH.

Si bien el término de RRHH puede llevar a confusiones, sobre todo si se lo utiliza de manera acrítica y con una mirada funcionalista¹⁹, sostenemos la posición de Mario Rovere.

El recurso humano, si lo fuera, sería un curioso factor de producción, ya que mejora con el tiempo en la medida en que es el único factor de producción que aprende. Es el único factor de producción que es consciente del proceso productivo, el único que disputa el control de ese proceso y discute las condiciones bajo las cuales ingresa en él, y por último, el único que puede generar los procesos productivos mismos (Rovere, 1993, p. 38).

Este autor también explica que mientras la problemática de RRHH en Salud constituye un campo de difícil percepción, un campo de baja visibilidad, sus referentes institucionales son, en cambio, muy visibles; tal es el caso de las instituciones formadoras, escuelas técnicas, grandes empleadores como Ministerios de Salud, seguridad social, etc. Asimismo señala que la falta de visibilidad podría vincularse con las políticas de destrucción del Estado por lo tanto la construcción y reconstrucción del campo de los RRHH podría ser una acción política en sí misma al otorgar visibilidad. En este marco, vale resaltar las acciones desarrolladas en los últimos años, tanto a nivel regional como a nivel nacional:

A nivel Regional, el Llamado a la Acción de Toronto²⁰. En el mes de octubre del año 2005, en la ciudad de Toronto (Canadá), se llevó a cabo la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. En este encuentro surge el “Llamado a la Acción” que buscó movilizar a los actores nacionales e internacionales del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de RRHH en salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En el encuentro se definieron cinco desafíos críticos:

¹⁹Se toma el concepto de funcionalismo para referirse a las perspectivas que centran su mirada en lo formal y utilitario En base a: Santos de Souza Renato “Oo funcionalismo sistêmico nas teorias social e organizacional: evolução e crítica” REAd – Edição 19 Vol. 7 No. 1, jan-fev 2001

²⁰ En base a: Llamado a la Acción de Toronto. http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_desafios_toronto_2005.pdf. Revisado el 13/08/2014

1. Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas, y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
2. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.
3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
4. Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones que promuevan ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
5. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones educativas (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población²¹.

El planteo de estos desafíos generó distintos avances en los países de la región. En nuestro país motivaron una serie de propuestas entre los que podemos señalar: a) El desarrollo de investigaciones sobre RRHH con el fin de contar con evidencias para la toma de decisiones²²; b) la consolidación de espacios para reunir, socializar y compartir información como son los "observatorios de RRHH en salud"²³; c) el desarrollo y fortalecimiento de las direcciones de RRHH en los ministerios nacionales y en las jurisdicciones y/o provincias, las cuales estuvieron durante años sin actividad (en este punto es interesante el trabajo asociado

²¹ Llamado a la Acción de Toronto.
http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_desafios_toronto_2005.pdf.
Revisado el 13/08/2014. Pág. 2-3

²² Aquí pueden verse todas las investigaciones sobre RRHH en salud financiadas por el Min. Salud Nacional a través de Salud-investiga:
<http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php/component/content/article/8-formacion/132-documentos-de-investigacion>

²³ Pueden visitarse entre otros el observatorio regional: www.observatoriorh.org y el observatorio argentino: <http://www.msal.gov.ar/observatorio/>

desarrollado desde la DNCHySO a través de la Red Federal de recursos humanos)²⁴; d) La creación, desarrollo y fortalecimiento de instancias asociadas y participativas destinadas a la generación de acuerdos referidos a las políticas de formación de RRHH. Un ejemplo de ello es el incipiente desarrollo del Foro de decanos de Facultades de Medicina y su articulación con el Ministerio de Educación y de Salud tendiente a trabajar asociadamente en la definición de los perfiles de formación de médicos que el país necesita.²⁵

Estos aspectos reseñados se refieren a la capacidad de planificar los RRHH en función de las necesidades de salud de la población. Mario Rovere denomina a la planificación estratégica de recursos humanos como

(...) la planificación intencionada de intervenciones que diferentes instituciones actores o fuerzas sociales realizan sobre el Proceso de desarrollo de recursos humanos en salud, considerado como un objeto de transformación socialmente determinado. Estas intervenciones, a su vez, son valoradas en función de su contribución, positiva o no, a mejorar la cantidad, calidad y cobertura de servicios de salud y, en última instancia, de la salud de la población. La Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud debe ser un instrumento de transformación puesto al alcance de aquellos trabajadores de salud que, dispuestos a mudar de objetos a sujetos, son problematizados y problematizan una determinada realidad que deviene en objeto de transformación (Rovere, 1993, p. 28).

Este proceso implica tanto un trabajo conceptual como metodológico destinado a tomar decisiones referidas al proceso que va desde la formación inicial, la inserción laboral, el aprovechamiento social, el perfeccionamiento a lo

²⁴ La Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud Argentino es un ejemplo de ello. Red Federal de RRHH: http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php?option=com_content&view=article&id=164:red-federal&catid=5:destacados-individuales164

²⁵ Trabajo integrado salud - educación: http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php?option=com_content&view=article&id=221:mesa-de-politicas-integradas-salud-educacion&catid=5:destacados-individuales221. Visitado el 13-08-2014

largo de la vida de todos aquellos sujetos que de manera individual o colectiva participan del trabajo en salud.

Tener una mirada estratégica sobre los recursos humanos implica reconocerlo como un *campo de tensiones*, donde el conflicto de intereses es una de sus categorías centrales.²⁶ Para Pierre Bourdieu la noción de *campo* representa un espacio de lucha y conflicto que se constituye según determinadas reglas de organización y de legitimación social (Bourdieu, 1990).

Todo campo social, incluso el campo de los RRHH en salud, es un espacio de lucha entre actores, donde las acciones de unos repercuten en los otros, vinculándose y enfrentándose a través de relaciones de fuerza. En el área de salud sus actores, en función de sus intereses, capacidades y posibilidades, buscan influenciar la evolución del campo y para ello se organizan estratégicamente de acuerdo a la posición que ocupan.

Muchas de las intervenciones institucionales suponen decisiones políticas, no solo técnicas. Los ámbitos de intervención, por tanto, son de diferente orden y podrán producir diferentes resultados, dependiendo del espacio de intervención y de los intereses de sus actores.

Entonces, comprender el *campo de los recursos humanos en salud* como un campo social significa reconocer la interacción de las estructuras de la sociedad (instituciones, asociaciones civiles, etc.) relacionadas directa o indirectamente con el desarrollo de los RRHH así como reconocer el aporte de los trabajadores de salud en tanto actores interesados en la evolución del campo (CVSP/OPS, 2007).

²⁶ En términos de Bourdieu: “un campo puede definirse como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por su situación (*situs*) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital) –cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo-“ (Bourdieu, 1995: 64) Pierre Bourdieu (1995) “La lógica de los campos”, en Bourdieu-Wacquant, *Respuestas por una antropología reflexiva*, México, Grijalbo, p. 64

Abarcando la complejidad, debemos indicar que en la gestión de los RRHH se articulan de manera privilegiada el *campo de la formación* y el *campo del trabajo*.

El primero está constituido por todas las instituciones responsables de formar profesionales y técnicos de la salud (incluyendo a sus actores y al intercambio que estos realizan); mientras que el *campo del trabajo* engloba la diversidad de espacios donde se realizan las actividades laborales.

Es importante visualizar cómo estos campos se tensionan entre sí, respondiendo a intereses propios y divergentes: las instituciones formadoras, ¿forman para las necesidades del espacio de trabajo?, ¿para qué modelo de trabajo?, ¿en qué ámbitos?, ¿respondiendo a qué intereses?, ¿Qué papel juegan aquí las corporaciones profesionales? ¿Qué intereses y juegos de poder se ponen en acción?

Cabe incluir también en este juego de intereses a la población que como usuaria del sistema de salud participa, reclama e interviene.

Como venimos señalando, este campo de tensiones da cuenta de divergencias conceptuales sobre las perspectivas de salud (fragmentación/integración de la atención, primer nivel de atención como coordinador de la atención, etc.) pero también habla de los distintos actores y sus respectivos intereses en juego. Esta complejidad nos lleva a pensar que el avance en los modelos de atención requiere considerar abordajes integrales de la problemática de los RRHH y el desarrollo de acciones paralelas y complementarias. Implica reconocer que trabajamos con procesos sociales complejos y en continuo cambio en el marco de actores sociales que interactúan permanentemente y que conviven con tensiones diversas. Además, el carácter interdependiente de la atención de la salud plantea que las actividades realizadas en un espacio tienen el potencial de afectar el comportamiento en otros ámbitos.

Es esencial considerar a los trabajadores de la salud como sujetos activos, participes del diseño, gestión y evaluación de sus prácticas cotidianas. Son ellos los protagonistas centrales para el logro de cambios sobre el sistema, tanto desde

la dimensión subjetiva (para comprender el cómo y el porqué de sus acciones) como desde la dimensión objetiva (esto es, para comprender cómo lograr el desarrollo de nuevas competencias profesionales específicas).

En general, hoy se acuerda que los RRHH, lejos de ser objetos de intervención, son sujetos protagónicos de cualquier proceso en el que se encuentren inmersos. Las personas, por tanto, *no son* recursos, sino que *tienen* recursos (conocimientos, capacidad, experiencia) (Artaza Barrios, et al, 2011)

Las diferencias entre un servicio u otro no están solo en la calidad del equipamiento, en las condiciones del entorno sino que están fundamentalmente en las competencias de la gente, en las posibilidades de esos *recursos humanos* para el logro de resultados en términos de efectividad social.

En cualquier sistema de servicios de salud, son los profesionales de la salud que, en última instancia, definen que servicios serán consumidos, cuando se consumirán, donde, en qué cantidad y, por consiguiente, que impacto estos servicios tendrán sobre la condición de salud de las personas. El éxito de las acciones de salud depende, por tanto, de la organización del trabajo, es decir, de las definiciones sobre la cantidad, la combinación (el mix) de competencias, la distribución, el entrenamiento y las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud. Tenemos un indicador de la importancia de los trabajadores en salud cuando observamos que 75% de los gastos totales del sector salud están directamente con los recursos humanos (formación, pago de servicios prestados, beneficios sociales) (Gilles Dussault, 2000, p.3)

Una mirada complementaria para abordar el campo de los RRHH, y avanzar en la consolidación de redes integrales de atención, es la inclusión de la perspectiva del trabajo desde la lógica de los *equipos de salud*.

La constitución de un equipo de salud no se logra mediante la yuxtaposición física de sus componentes y actividades, es necesario que asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose

en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo a la capacitación técnica de los profesionales de la salud que lo integran, en lugar de basarse en una línea jerárquica vertical (OPS, 2008, p. 12)

Lo que define un equipo de salud es la manera en que se organiza y funciona para intervenir sobre los problemas de salud de la población que tiene la responsabilidad de atender. Implica el desarrollo de capacidades colectivas que superan cualquier lógica disciplinar.

En general es posible reconocer trabajo en equipo cuando existe una buena comunicación, un proyecto común, una distribución de tareas acorde a experticia y saberes especializados, y flexibilidad en la distribución de responsabilidades.

La perspectiva de las redes integradas de servicios de salud requiere sin lugar a dudas pensar en la consolidación de una lógica del trabajo en equipo pues éste favorece la lógica de la coordinación y la interrelación.

Otra mirada posible es la que ofrece centrarse en las *organizaciones de salud* como organizaciones profesionales según la tipología de Mintzberg (2010). Este autor señala que los profesionales de la salud son trabajadores con una importante capacidad de autonomía, en donde estos asumen responsabilidades por su tarea pero por esto mismo suele ser complejo establecer protocolos y pautas generales.

Un componente no menor en esta perspectiva es el peso que tienen las corporaciones profesionales, las sociedades científicas, los gremios de la salud, tanto para promover como para obstaculizar cambios y /o nuevas iniciativas.

En general, los profesionales son más fieles a sus disciplinas que a los otros actores sociales, como pueden ser ministerios, organismos de la salud pública, etc. Además, suelen tener capacidades para realizar una fuerte incidencia sobre las decisiones administrativas:

En ciertos países, sólo los doctores tienen el derecho, legal o de hecho, de asumir la posición de director general de un establecimiento de salud.

Además, incluso en países donde existe la carrera de administrador de salud, difícilmente un director consigue quedarse un tiempo largo en la posición si no tiene el apoyo de los profesionales (Gilles Dussault, 2007, p. 13).

La intervención sobre políticas de salud no puede tener ninguna viabilidad si no se desarrolla también una política activa de recursos humanos que considere e involucre a todos los actores del campo. Si buscamos mejorar accesibilidad, equidad, integralidad de la atención, cuidado compartido, no basta con reformar estructuras y normativizar procedimientos, es necesario también involucrar en las decisiones a los trabajadores.

Si bien, como hemos visto involucrar a los trabajadores requiere una perspectiva multidimensional, la educación constituye una estrategia esencial para pensar y trabajar con ellos. En el próximo capítulo abordaremos el enfoque de la Educación Permanente en Salud.

Referencias Bibliográficas:

- Artaza Barrios, O., et. al. (2011) Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales. OPS/OMS Santiago, Chile.
- Bordieu, P. (1990) *O Poder Simbólico*. Difel, São Paulo.
- CVSP-OPS (2007) Lectura Básica 1. Curso de Liderazgo de Recursos Humanos en Salud.
- Gilles Dussault, Luis Eugenio de Souza (2000) La gestión estratégica de recursos humanos en salud departamento de administración de la salud facultad de medicina universidad de Montreal Montreal, Junio de 2000. Curso Virtual de Liderazgo de Recursos Humanos en Salud. Edición 2007. CVSP-OPS
- Mintzberg, H. y otros. (2010) Safari a la Estrategia. Editorial Granica, Buenos Aires.
- OPS (2008) Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C..
- Rovere, M. (1993) Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos nro. 96. OPS. Washington.
- Yanco Débora (2014) Tesis de doctorado. Versión preliminar

Bibliografía complementaria consultada:

- Bourdieu Pierre (1995) “La lógica de los campos”, en Bourdieu-Wacquant, Respuestas por una antropología reflexiva, Grijalbo, México.

CAPÍTULO V

La Educación Permanente en Salud (EPS) y su aporte al desarrollo de la perspectiva de Redes. Estrategias y dispositivos.

Introducción

En el capítulo anterior nos hemos referido a la complejidad del campo de los recursos humanos. En este apartado, el foco está puesto en los procesos educativos. Se presenta la temática del aprender y del enseñar en las instituciones de salud desde la perspectiva de la Educación Permanente, se problematizan los procesos de aprendizaje y los desafíos del formador; y se presenta un panorama de la concepción de estrategias y dispositivos de formación en el marco de la EPS.

Enseñar y aprender en la universidad y en los servicios

Hablar de la formación de los RRHH en salud, tal como hemos señalado al referirnos a la complejidad del campo, requiere analizar las instituciones formadoras y su articulación con los distintos servicios.

Aunque no suele ser útil generalizar, tradicionalmente la enseñanza universitaria ha sido **programada, artificial y teórica**, mientras que los aprendizajes que el personal de salud logra en el ámbito del trabajo cotidiano podríamos caracterizarlos como **incidentales, significativos y eminentemente prácticos**. (Gore Ernesto, 1997)

Son muchos los cambios que se vienen desarrollando para modificar la realidad de la formación universitaria a fin de acercar tempranamente al alumno a los escenarios reales del trabajo en salud.

En este sentido, cabe recuperar la noción de **escenario de aprendizaje** elaborado por Rezende en la década de los 60.

(...) presupone la incorporación de nuevas y diversificadas inserciones en la red de cuidados, la ampliación de la actuación en el terreno y el redimensionamiento de las prácticas en el campo de salud. Al contrario de las prácticas cerradas en el hospital universitario, mundo 'recortado' de la realidad como acto de vivir cotidiano, la noción de escenarios de aprendizaje implica espacios abiertos, concretos, de incorporación/producción del cuidado en la salud, producidos por trabajadores concretos insertos en la sociedad... Aprender actuando en la red de servicios de salud permite que el estudiante se apropie de la realidad y ejercite su potencial creativo de articulación entre saberes y prácticas aliando el pensar-hacer-sentir (Dos Santos Macedo, 2009, p. 320).

En este trabajo nos referimos especialmente a los procesos de capacitación y educación que tienen lugar en los servicios de salud, dirigidos a los profesionales que ya se desempeñan en los mismos, y que se vinculan fundamentalmente con el desarrollo de competencias requeridas para el trabajo en red.

Las organizaciones de salud deben contar con equipos, que además de ser suficientes (en número y en diversidad, tema que no es eje de este estudio), cuenten con las competencias necesarias y estén motivados y comprometidos con su labor.

Como explica Merhy (2006), para cumplir con un acto de salud los trabajadores recurren a lo que él denomina *maletín tecnológico*. En él se encuentran tecnologías duras ligadas a equipamiento, medicamento, etc.; tecnologías 'blanda-duras' que se corresponden con el conocimiento estructurado como puede ser el conocimiento clínico, la epidemiología; y las tecnologías 'blandas' ligadas al establecimiento de vínculos, a la comunicación y al cuidado.

Merhy señala que lo que confiere vida al *trabajo en salud* son justamente las tecnologías "blandas" que permiten establecer un vínculo con cada usuario en cada contexto particular. Son aquellas que están en manos del profesional, y con

las cuales pueden inventar y reinventar cotidianamente su labor, dotarlo de autonomía, construir un vínculo intersubjetivo entre trabajador y usuario.

Es por eso que el *trabajo en salud* no es completamente controlable, pues está basado en una relación entre personas en todas las fases de su realización y, por lo tanto, siempre sujeto a los designios del trabajador en su espacio autónomo y de concretización de la práctica. De allí la necesidad de incorporar a la formación el desarrollo y/o potenciación de las tecnologías “blandas”, especialmente para el abordaje del trabajo en red, el cual requiere de estas tecnologías relacionales para el establecimiento, el mantenimiento y el buen desarrollo de los vínculos con otros actores. El profesional porta consigo concepciones sobre el trabajo, valores e ideas y sobre todas las cosas cuenta con sus espacios de autonomía para actuar con libertad.

Los servicios de salud, entonces, son escenarios de un equipo de actores que tienen intencionalidades distintas y que disputan el sentido general del trabajo. Actúan haciendo una mezcla, no siempre evidente, entre sus territorios privados de práctica y el proceso público de trabajo. El cotidiano, por lo tanto, tiene dos caras: la de las normas y roles institucionales y la de las prácticas privadas de cada uno.

Una de las finalidades de la EPS (sobre la cual nos referiremos luego), por lo tanto, sería la contribución para que cada colectivo pudiera conquistar la capacidad de ser su propio co-autor en medio de un proceso de reinvención de las instituciones de salud (Merhy, op. cit.).

Aprender en los Servicios de Salud

El imaginario acerca de los procesos de aprender y de enseñar está generalmente ligado a lo escolar, a una escena áulica en la cual un maestro enseña y los alumnos aprenden. Sin embargo, todos nosotros podemos dar cuenta de haber vivido aprendizajes en distintas situaciones y en diversos momentos de nuestras vidas.

Hasta los años 60, la noción de educación referenciaba al sistema educativo formal. Recién desde entonces, junto a un fuerte cuestionamiento a la escuela tradicional, aspecto que no vamos a profundizar en esta tesis, comenzó a visualizarse y reconocerse la existencia de “otras educaciones”: la Educación no Formal²⁷, la Educación Informal²⁸, y la Educación Permanente surgen como alternativas a la educación tradicional.

Cuando, siguiendo a María Cristina Davini (1995), definimos a la formación como un proceso de largo alcance a través del cual se moldea el pensamiento y el comportamiento socio-profesional, estamos refiriéndonos a este tipo de procesos que ocurren en lo cotidiano, prácticamente sin darnos cuenta, y que son claves en la construcción de nuestra identidad profesional, en el aprendizaje de conductas y actitudes prototípicas de muchas disciplinas y de diversos ámbitos de trabajo.

Entonces, entendemos que la educación es una realidad compleja, dispersa, heterogénea, versátil en donde conviven una multitud de procesos, sucesos y fenómenos, por ello Dewey²⁹ decía que en las sociedades modernas hemos exagerado el valor de la escuela, de la instrucción, de la enseñanza frente a lo que se gana en el curso ordinario de la vida.

²⁷ La **Educación No Formal**, está conformada por “...el conjunto de instituciones y medios educativos intencionales y con objetivos definidos que no forman parte del sistema de enseñanza graduado o formal.” (Trilla Bernet, 1993, p.). Atiende a objetivos diversos que incluyen a la Educación de Jóvenes y Adultos, la Animación Sociocultural, el desarrollo comunitario, la educación para el tiempo libre, la capacitación laboral, etc.

²⁸ La **Educación Informal** se refiere a “...un conjunto de procesos y factores que generan efectos educativos sin haber estado expresamente configurados para tal fin.” (Trilla Bernet, 1993, p.). Sabemos que los medios de comunicación, la publicidad, la vida cotidiana en determinado ambiente profesional y/o laboral, generan consecuencias educativas, moldean determinados hábitos, pautan modos de relación que no fueron explícitamente planificados desde una propuesta educativa, pero que tienen efectos innegables y claramente reconocibles.

²⁹ Jhon Dewey (1859-1952), filósofo estadounidense cofundador de la corriente pragmatista, y representante de la pedagogía progresista o escuela nueva, movimiento crítico de la educación tradicional de fines del Siglo XIX.

La educación es un proceso holístico y sinérgico en donde se entrecruzan e influyen mutuamente las distintas experiencias que vivimos. Como profesionales de la salud podemos dar cuenta que nuestros saberes y nuestra experticia no son solo consecuencia de la formación universitaria, o del trabajo en el efector de salud, sino que es **la combinación compleja de estos aprendizajes el que va construyendo experticia e identidad profesional.**

Y es para abarcar esta complejidad que nos referimos al concepto de **educación permanente**, como una noción absorbente y totalizadora que da cuenta de la posibilidad de aprender en distintos momentos, en distintos lugares y de maneras diversas, ya que no existen en la vida de un sujeto una etapa para aprender y otra para aplicar los conocimientos adquiridos; **a lo largo de toda la vida, cada uno debe continuar su educación** (OECD, 2007).

Haddad al definir a **la EPS** señala que es un proceso continuo que “promueve el desarrollo integral de los trabajadores de salud, utilizando el acontecer habitual del trabajo, el ambiente normal (...) y el estudio de los problemas reales y cotidianos, como los instrumentos y situaciones más apropiadas para producir tal aprendizaje” (Davini, 1995a, p. 21)

La EPS se diferencia de la capacitación laboral tradicional, generalmente ligada al desarrollo de cursos y clases puntuales, restringida en el tiempo y enfocada a conocimientos y competencias específicas. Por el contrario, el enfoque de la **EPS** representa un importante giro en la **concepción y en las prácticas de capacitación de los trabajadores de los servicios**, ya que promueve, de acuerdo a Davini (2005):

- Incorporar el enseñar y el aprender a la vida cotidiana de las organizaciones y a las prácticas sociales y de trabajo, en el contexto real en el que ocurren;
- Partir de la práctica como fuente de conocimiento, problematizando el propio quehacer;
- Colocar a los sujetos como actores reflexivos de la práctica y constructores de conocimiento y de alternativas de acción, en lugar de receptores;

- Abordar el equipo o el grupo como estructura de interacción, más allá de las fragmentaciones disciplinarias.

Acercar la educación a la vida cotidiana se asienta en el reconocimiento del **potencial educativo de la situación de trabajo**. Ello supone tomar a las situaciones diarias como oportunidades para el aprendizaje.

Las intervenciones desde la perspectiva de la EPS, requieren implementar dispositivos centrados en el análisis y reflexión sobre las prácticas cotidianas y de los enfoques que las orientan mediante diferentes metodologías, con el apoyo de distintas áreas institucionales y facilitadores organizados para la producción educativa.

A modo de síntesis, desde esta perspectiva, la EPS debe posibilitar que los equipos profesionales puedan:

- Adecuar su práctica profesional al contexto donde trabajan para prevenir y resolver problemas de salud
- Establecer relaciones de respeto y confianza para dialogar y negociar con los ciudadanos/comunidad, equipos/comunidades y otros sectores, respetando la diversidad cultural.
- Comprender e intervenir con pertinencia en cada etapa del ciclo vital
- Trabajar en equipo y desarrollar liderazgo con el resto del equipo de salud y la comunidad
- Manejar las incertidumbres y los cambios
- Generar su propia capacidad de autoaprendizaje y autoconocimiento (OPS, 2008b)

Aprender y enseñar en la perspectiva de la Educación Permanente en Salud

Lograr aprendizajes se vincula con una ***modificación estable de comportamientos. Transformar conductas***, especialmente cuando se trata de situaciones vinculadas con el trabajo, ***es un proceso que lleva tiempo, constancia y esfuerzo***, en consecuencia aprender es un proceso difícil y complejo al cual se llega por múltiples caminos.

Desde esta perspectiva, ***enseñar*** es un proceso que inevitablemente va más allá de la planificación y dictado de una clase. ***Enseñar se vincula especialmente con la capacidad de aprovechar y utilizar las situaciones que brinda el trabajo para promover aprendizajes útiles y significativos para la resolución de los problemas cotidianos.***

La intencionalidad de la enseñanza estaría entonces más ligada a provocar cambios en los sujetos, aprendizajes que posibiliten su incorporación activa a la sociedad. En este sentido, Marta Souto señala que la formación apunta “al desarrollo de la persona adulta como sujeto partícipe de su mundo social, comprometido con él, con posibilidades de educabilidad continua y de adaptación dinámica a los cambios que en el mundo del trabajo la sociedad plantea” (Souto, 1999, p. 71)

Cuando trabajamos en los servicios de salud aprendemos determinadas rutinas, incorporamos estilos en el trato con los pacientes, seguimos normas sistemáticas de diagnóstico y tratamiento, etc. que aunque pocas veces analizamos o cuestionamos, se van poco a poco incorporando en nuestra práctica profesional, conformando aprendizajes de alta significatividad.

Ser médico en determinado hospital, realizar la residencia en tal o cual servicio, no son procesos “asépticos”, las instituciones no son educativamente “neutras”, ***muchas de nuestras conductas las aprendemos por el mero hecho de “estar” en determinada organización, en trabajar, en convivir y en interactuar*** (esta mirada forma parte de lo que Trilla Bernet define como Educación Informal, ver nota al pie número 28).

En consecuencia, el logro de aprendizajes relevantes y significativos se vincula más con el tipo de relación que se logra establecer entre los momentos de capacitación y las otras variables organizacionales, que con la calidad de las propuestas educativas (Gore, 1998).

Es decir, que para alcanzar aprendizajes útiles debemos fortalecer la relación entre los "contenidos de enseñanza" y la realidad organizacional en la cual se van a poner en juego esos conocimientos. Entonces, favorecer aprendizajes relevantes en los servicios de salud, se relaciona fundamentalmente con ***nuestra capacidad de detectar y trabajar adecuadamente sobre los problemas que la gente debe atender y resolver.***

Por otra parte, analizar a las organizaciones, y particularmente a nuestros servicios hospitalarios, como ámbitos de aprendizaje implica tener presente que ***cualquier modelo de organización lleva más o menos implícita determinada propuesta educativa.*** Cómo determinado equipo distribuye las tareas, asigna responsabilidades, resuelve los problemas, determina aprendizajes en sus miembros.

Vinculando los procesos de aprendizaje en las organizaciones con la concepción de red trabajada en el capítulo III, no es lo mismo el aprendizaje que realizan los profesionales que trabajan en un hospital si este funciona desde la lógica del "archipiélago", en donde cada servicio se encuentra aislado espacial y mentalmente de los otros; si los servicios funcionan con una lógica puramente piramidal en donde solo bajan órdenes de arriba para abajo sin ningún mecanismo institucionalizado de feed-back; que una institución que se propone trabajar en red.

Si pensamos que el modelo de organización tiene efectos sobre los aprendizajes de la gente, será relevante pensar y reflexionar sobre este. ***Los modelos organizacionales no se cambian de un día para el otro,*** no es nada fácil ni sencillo abandonar una lógica piramidal para compenetrarnos en un modelo de trabajo en red.

Así como la educación, los modelos organizacionales no son neutros. Las organizaciones y su lógica de funcionamiento dan cuenta de momentos políticos y sociales, de disputa de intereses. La organización constituye un sistema socio-técnico integrado, deliberadamente constituido para la realización de un proyecto concreto, tendiente a la satisfacción de necesidades de sus miembros y de una población o audiencia externa, que le otorga sentido. Está inserta en un contexto socio-económico y político con el cual guarda relaciones de intercambio y de mutua determinación. (Schlemenson, 1998)

Desde la lógica del pensamiento complejo de Morin (1981) debemos poner en suspenso la lógica de orden-desorden, de la linealidad. Debemos poder mirar a las organizaciones con sus tensiones, intereses diversos, puja de modelos, a la vez complementarios y divergentes.

En muchas ocasiones, y los servicios de salud son muchas veces ejemplo de ello, las organizaciones son escenario de situaciones perversas. Pueden desviarse de su objetivo inicial, llevando a cabo otros fines; pueden generar situaciones que enfrentan el decir con el hacer generando prácticas iatrogénicas.

Según Etkin, la perversidad hace referencia a determinadas pautas de relación y modos de pensar que provocan "... el cambio arbitrario de valores según las circunstancias y conveniencias de los actores sociales que actúan de forma egoísta o inmoral."(Etkin, 1993, p.1-2).

La perversidad no es un error o accidente sino un rasgo recurrente de ciertas organizaciones. Lo perverso no "es algo" ó "alguien" que provoca destrucción sino "...un emergente de una relación en un medio determinado" (Etkin, Op.Cit., p. 5), una faceta indeseable de la autonomía que goza la relación trabajador-usuario señalada anteriormente.

Cambiar un modelo de organización, un modelo de trabajo incorporado a lo largo de años implica un trabajo sostenido en el tiempo de reflexión sobre la práctica y sus circunstancias, y debe articularse con un proyecto educativo. Para ello, las teorías sobre el aprendizaje en contextos organizativos parecen ser particularmente útiles. Ellas muestran que, mientras ciertos aprendizajes permiten

una adaptación a los objetivos y prácticas vigentes en las organizaciones, otros más complejos implican la modificación de los criterios y valores sobre los cuales se asientan las prácticas institucionales. Estos últimos tipos de aprendizaje suponen siempre una modificación en el status quo.

Algunos ejemplos de estas teorías válidas para direccionar un aprendizaje organizacional son las que aportan Bateson y Argyris. Para Bateson (1991), el aprendizaje puede tener tres niveles. Un primer nivel que comprende un cambio de hábitos puro. El segundo implica la reflexión sobre la práctica a fin de propiciar ese cambio de hábito, y el tercero va más allá, incorporando el análisis del contexto, para visualizar cuáles son las pautas implícitas, los supuestos ocultos que permiten cristalizar dichos comportamientos.

Para Argyris (1999), el aprendizaje consta de dos circuitos, el de circuito simple que implica modificación de estrategias en función de un objetivo y el de circuito doble que supone revisión de valores y concepciones que rigen las acciones de manera de remover modelos mentales y estructuras de relaciones que obstaculizan el cambio.

El sustento de ambas teorías implica que ***aprender en el marco de las organizaciones y en el mundo del trabajo***, “no es un momento ni una técnica: sino que es una actitud, una cultura, una predisposición crítica que alimenta la reflexión y que ilumina la acción” (Gore, 1998, p. 3).

En este sentido, las organizaciones deben desarrollar capacidades para construir y retener su propia historia, para sistematizar sus experiencias, para incorporar las apreciaciones de sus miembros, para construir el sentido de sus acciones, pues aprender consiste en primer lugar en poder revisar la propia práctica.

Peter Senge señala que “(...) ***las organizaciones sólo aprenden a través de individuos que aprenden***. El aprendizaje individual no garantiza el aprendizaje organizacional, pero no hay aprendizaje organizacional sin aprendizaje individual” (Senge, 1992: p179.).

Dicho autor propone el concepto de **organizaciones inteligentes** para referirse a las “(...) **organizaciones donde la gente expande continuamente su aptitud para crear los resultados que desea**, donde se cultivan nuevos y expansivos patrones de pensamiento, donde la aspiración colectiva queda en libertad, y donde **la gente continuamente aprende a aprender en conjunto**” (Senge, 1992: p309.).

Desde esta perspectiva, “**aprendizaje**” significa expandir la capacidad para producir los resultados que deseamos. Como señala el autor, para una organización inteligente no basta con sobrevivir. El aprendizaje adaptativo, para la supervivencia, es importante y necesario, pero no suficiente. Una organización inteligente deberá combinar los aprendizajes adaptativos con los generativos, aquellos capaces de favorecer los cambios, la creación, las respuestas originales ante las situaciones, problemas y demandas que el contexto le plantee.

Una organización que aprende a aprender es también una organización que transfiere conocimientos a sus miembros, que construye un capital que no sólo se refleja en los logros y resultados de la institución sino también en **el potencial de sus miembros**.

Una mirada complementaria en el aprendizaje de las organizaciones está dada por la **perspectiva comunicacional**. La misma entiende a las organizaciones como un entramado comunicacional, como un espacio de conversaciones, y hace foco de manera fundamental en la capacidad de escuchar.

Cambia de manera nodal el eje de la comunicación en las instituciones pues en lugar de posicionarnos en el lugar del buen orador, el que expone y convence pone la mirada en las posibilidades de escuchar activamente las necesidades del otro.

La comunicación humana tiene dos facetas: hablar y escuchar. Generalmente se piensa que es más importante el hablar, ya que éste parece ser el lado activo de la comunicación, mientras que al escuchar se le suele considerar como pasivo. Se supone que si alguien habla lo suficientemente bien (fuerte y claro) será bien escuchado. A partir de esta

interpretación, el escuchar generalmente se da por sentado y rara vez se le examina como un asunto problemático (Echeverría, 1994, p. 81.)

Esta perspectiva abre un nuevo entramado a los vínculos y a la comunicación al poner de relevancia el valor de la escucha. Hablamos entonces de una "escucha activa" que, según el autor, se diferencia del oír pues el escuchar implica la creación de un mundo de interpretaciones, implica oír más interpretar, transformándose así en la parte más relevante del vínculo comunicacional.

La escucha invita a la aceptación de un otro, piense igual o piense distinto a mí, implica estar disponible a procesar y trabajar sus planteos para a partir de allí poder realizar intervenciones pertinentes. Es decir, es más relevante escuchar bien para poder intervenir correctamente, incidiendo sobre las necesidades e intereses de mis interlocutores.

Interesa considerar también, en la línea del aprendizaje organizacional, los aportes del llamado "Modelo apreciativo" (Ansoleaga Moreno, et al, 2012), el cual se centra en trabajar sobre la valoración de los aspectos positivos de toda organización como la forma más efectiva para la promoción de cambios. Esta mirada trabaja en revalorizar las buenas experiencias, los circuitos exitosos o productivos en lugar de hacer foco en lo que no funciona, en la falla, en el déficit. En este sentido, la escucha activa tiene un rol central en valorizar, evidenciar y reforzar logros y experiencias positivas.

Entonces la capacidad de los equipos de revisar sus discursos aparece como relevante, ser capaces de hablar de logros, de buenas experiencias, es un catalizador nodal para la continuidad en la construcción de nuevas y mejores prácticas.

Para articular la perspectiva de aprendizaje en las organizaciones con la mirada vincular y comunicacional resulta interesante el concepto de "comunidad de práctica" aportado por Wenger (2001). Esta noción hace referencia al compromiso mutuo de los involucrados, compromiso que no quiere decir coincidencia sino posibilidad de intercambio en el marco de un accionar conjunto,

para el desarrollo e internacionalización de un repertorio compartido de estrategias de trabajo asociado.

La perspectiva del formador. Sus principales tareas y habilidades

Denominamos formador a todo aquel que en su accionar en las organizaciones tiene una mirada sobre los procesos de aprender y enseñar, quien se pregunta cómo promover cambios a partir de intervenciones educativas.

Beillerot señala que "el trabajo de formador consiste en establecer e implementar procedimientos que le permitan al adulto aprender en un contexto en donde cada vez más la formación y el formador están ligados a la evolución del problema de la producción y particularmente a la evolución y transformación del trabajo" (Beillerot, 1996, p. 13). Es decir que como formadores debemos reconocer y comprender la realidad que nos marca el contexto y trabajar activamente para generar dispositivos que potencien la posibilidad de análisis y aprendizaje.

Vale señalar también que las experiencias educativas que atravesamos para convertirnos en formadores tendrán un fuerte impacto sobre las prácticas que implementemos. Una perspectiva puramente "tecnicista", centrada en la lógica tradicional de la capacitación seguramente tendrá pocas posibilidades de abrir instancias de diálogo, reflexión y cambio.

El modelo pedagógico adoptado por los formadores, cualquiera que sea, tiende a imponerse como modelo de referencia de los 'formados'. Estos se ven conducidos a reproducir los procedimientos, las actitudes, el estilo de comportamiento desarrollado por los formadores y la institución de formación" (Ferry, 1990, p. 61).

La gestión del trabajo desde la lógica de la formación implica asumir una actitud abierta al aprendizaje en un proceso que debe convertirse en un estilo y en una predisposición cotidiana.

La mirada del formador, incluye siempre una dirección, una búsqueda ligada a la perspectiva educativa, se trata de la intencionalidad pedagógica. El

accionar del formador tiene una intención, la voluntad de promover determinados cambios, generar ciertos aprendizajes, modificar situaciones concretas, etc.

En consecuencia, una primera y fundamental habilidad a desarrollar por el educador es la capacidad de analizar y comprender hacia dónde se dirigen sus acciones. Es necesario que se comprometa a debatir, discutir y explicitar cuáles son sus intenciones y cuál será la direccionalidad de sus intervenciones educativas.

En este sentido, los problemas que debe resolver se centran en:

- **identificar qué necesita aprender la gente.** Al igual que ocurre cuando nos enfrentamos por primera vez con un paciente, el primer paso y seguramente el más importante, pues de ello depende nuestro accionar futuro, está dado por diagnosticar adecuadamente cuál es el problema y en qué contexto global se inserta. En este punto es fundamental tener presente que además de aprender nuevos conceptos, nuevas destrezas, la mejora de la calidad de nuestro trabajo demanda trabajar activamente en el aprendizaje de nuevas actitudes, tales como la predisposición para el trabajo en equipo, para escuchar y atender las necesidades globales del paciente, etc., que deben traducirse en la aplicación de nuevas conductas. Si aprendo, modifico, cambio, optimizo mi forma de actuar, de intervenir.

- **promover el aprendizaje.** Una vez que identificamos qué se necesita aprender, el trabajo siguiente pasa por promover su aprendizaje, es decir, desarrollar acciones diversas de **enseñanza** que faciliten que se aprenda aquello que se necesita dominar de manera competente. En el ámbito del trabajo y especialmente en el contexto de las tareas habituales de los servicios de salud, enseñar no pasa exclusivamente por organizar clases o cursos sino por aprovechar las diversas alternativas que se nos presentan en la labor cotidiana para promover y favorecer los aprendizajes necesarios.

- **trasladarlo a la tarea, sostenerlo en el tiempo.** Quizás uno de los problemas fundamentales de la formación en el ámbito del trabajo pasa por garantizar que los aprendizajes se pongan en acción en el desarrollo de la tarea

cotidiana y puedan ser sostenidos en el tiempo. Muchos de nosotros tenemos el recuerdo de experiencias en donde en ateneos o clases, los profesionales acuerdan en que hay modificaciones que realizar, sistemáticas que cambiar, pero llegado el momento, e inmersos en la vorágine de las rutinas hospitalarias, se dificulta implementar y sostener los cambios. Es por ello que nuestro desafío como formadores pasa por trabajar activamente en vincular las acciones de formación con la organización del trabajo de tal manera que los aprendizajes que promovamos se apliquen en la mejora continua de la tarea.

Beillerot sostiene que el formador debe saber:

- Administrar una organización
- Analizar el entorno
- Concebir un dispositivo
- Construir la coparticipación
- Construir un plan operativo
- Implementar la formación
- Evaluar
- Capitalizar, difundir, diseminar. (Beillerot, 1996, p. 14)

En un nivel más actitudinal, reconoce la necesidad de desarrollar las siguientes competencias:

- Identificar obstáculos a superar
- Encarar estrategias realistas
- Ser un táctico. Sopesar posibilidades y riesgos
- Planificar e implementar estrategias
- Implementar la estrategia afinando y modulándola en función de los acontecimientos que se presenten.
- Reevaluar regularmente las situaciones

- Respetar algunas reglas de ética
- Dominar sus emociones
- Cooperar con otros profesionales
- Sacar enseñanza de la experiencia. Documentar. (Beillerot, 1996, p. 49)

¿Cómo favorecer aprendizajes significativos en el marco del trabajo hospitalario? La relación teoría - práctica

La formación que tradicionalmente hemos recibido los profesionales de la salud responde al modelo que Gilles Ferry (Op. Cit.) denomina ***centrado en las adquisiciones***. En este modelo predomina una noción de educación que significa adquirir saberes, lograr una capacitación para luego poder aplicarla en la práctica. El trabajo hospitalario entonces constituye el ámbito donde se va a aplicar la teoría aprendida en la formación de grado.

En contraposición, los ***modelos centrados en el análisis*** suelen mostrar poco énfasis por el aprendizaje eficaz de determinadas técnicas y otorgan un fuerte peso al análisis de la implicación de los formados.

En medio de estos dos modelos, la relación entre los aportes de la teoría y la resolución de las situaciones cotidianas de la práctica, adquiere para los profesionales de la salud, y especialmente para aquellos que se encuentran formándose a través del sistema de residencias, un sentido singular. El contacto directo con la práctica en todas sus dimensiones produce un fuerte impacto como instancia de aprendizaje, sin embargo la necesidad de cumplir con una serie de obligaciones que surgen del carácter laboral, limitan las posibilidades de reconocer y aprovechar el factor educativo que presenta el trabajo.

Tradicionalmente en el mundo del trabajo predomina una lógica que da primacía a la acción en detrimento de la reflexión. Peter Senge (1995b) denomina a esta dinámica "***cultura del ajetreo***", haciendo referencia al valor que se le da a la acción incesante que no deja espacio para detenerse a pensar acerca de lo que se hace.

En los servicios de salud, predomina la "urgencia", una lógica organizacional que pocas veces planifica y prevé, y que generalmente dificulta la puesta en marcha de un **proceso de reflexión sobre la acción** que permita pensar acerca de lo que se hizo para describir cómo el conocimiento en la acción puede haber contribuido a un resultado inesperado (Schon, 1992).

Schon, citado por Davini:

(...) el conocimiento que proviene de la acción suele ser considerado de 'segunda categoría'. Hay otro pensamiento privilegiado, el conocimiento académico. El conocimiento 'empaquetado' en materias tiene algunas ventajas nítidas: es controlable, es medible, es administrable. La alta consideración que tenemos por el conocimiento académico y la poca que guardamos hacia la maestría del conocimiento desarrollado en la acción práctica no parece ser en absoluto una cuestión científica, sino más bien una cuestión de tradición social y de los propios modelos mentales incorporados por dichas tradiciones (Davini, 2014, p.2).

Donald Schon (Op. Cit.) propone una secuencia en el proceso de reflexión en la acción que busca poner en cuestión las acciones y provocar la revisión y reestructuración de las estrategias en uso. En la medida en que este tipo de procesos se constituyan en ejes del trabajo de reflexión sobre los procesos de atención podrá evitarse su carácter rutinario y/o burocrático para **alcanzar valor de producción y aprendizaje**.

Siguiendo los aportes del autor mencionado vale la pena tener presente una serie de pasos que resultan útiles en la promoción de aprendizajes significativos en el marco del trabajo:

- Permitir a los participantes evaluar la tarea a aprender y darse una idea de en qué posición se encuentran frente a ella o de cuál es la brecha entre lo que saben y lo que necesitan saber, entre lo que hacen y lo que necesitan hacer.
- Presentar un mapa claro del camino a recorrer y cuáles serán los pasos hasta haber logrado un desempeño eficiente en la tarea.

- Realizar demostraciones, permitir al aprendiz observar cómo el enseñante desarrolla la tarea.
- Apoyar a los aprendices para que puedan explicar, verbalizar lo que hacen o hicieron.

Estos pasos forman parte de lo que el autor denomina un ***practicum reflexivo***, que no es otra cosa que un conjunto de actividades secuenciadas en orden de complejidad creciente, que plantean desafíos para resolver una situación y reflexionar acerca de los modos en los que la situación fue encarada.

Vale resaltar que la perspectiva del ***practicum reflexivo*** es válida tanto para acercarnos al aprendizaje de destrezas específicas como para poder reflexionar activamente sobre procesos organizacionales complejos en los cuales debemos modificar qué hacemos, cómo lo hacemos y con quién lo hacemos.

Los dispositivos y estrategias para promover el aprendizaje de competencias requeridas para trabajar en RISS

Si como hemos señalado, la perspectiva de la EPS busca ser una palanca para el cambio, las estrategias y dispositivos que se propongan deberán ser capaces no solo de desarrollar nuevas habilidades sino de ser promotoras de la problematización. Se trata de buscar estrategias educativas capaces de cuestionar el status quo y de articularse con contextos organizacionales promotores de cambio.

Si buscamos avanzar hacia servicios de salud integrados y articulados, las propuestas educativas deben ser sinérgicas con dicha perspectiva. Davini (2008) siguiendo el trabajo de Roschke – Brito - Palacios (2002) indica que en general a las propuestas de capacitación se les pide:

- Mejorar el desempeño del personal en todos los niveles de atención y funciones del proceso de producción de la atención;
- Contribuir al desarrollo de nuevas competencias, como el liderazgo, la gerencia descentralizada, la autogestión, la gestión de calidad, etc.

- Servir de sustrato para los cambios culturales acordes con las nuevas orientaciones, como la generación de prácticas deseables de gestión, la atención y las relaciones con la población, etc.

Es decir, además de la acción educacional propiamente dicha, se espera que los componentes de capacitación sean parte sustantiva de la estrategia de cambio institucional. Sin embargo, pocas veces se instala "una estrategia global y sostenible que dé lugar al logro progresivo y sistemático de estos propósitos" (Davini, 2008, p. 2).

En consecuencia, todo proceso de educación y formación debe ser pensado, planificado y coordinado a partir de su articulación con el análisis estratégico de todo el marco organizacional, sus situaciones, sus desafíos y su entramado político social. Se trata del desafío creativo de generar dispositivos de formación que articulen estrategias en una lógica pedagógica global.

(...) la capacitación consiste (...) en la utilización de herramientas y procesos educativos en diferentes contextos organizacionales. Las herramientas educativas que se deben poner en juego son las que el contexto exige y permite. Es responsabilidad de la persona de capacitación reconocer el potencial educativo de la organización no específicamente educativa. Utilizar como quería Dewey el potencial educativo de la realidad" (Paín, 1990, prólogo).

Desde una mirada tradicionalmente "escolar", las estrategias didácticas se definen como los procedimientos (*métodos, técnicas, actividades*) por los cuales el docente y los estudiantes, organizan las acciones de manera consciente para construir y lograr metas previstas e imprevistas en el proceso enseñanza y aprendizaje, adaptándose a las necesidades de los participantes de manera significativa (Feo, 2010).

Como ya hemos señalado, la "forma" de enseñar es inseparable de la forma en cómo se concibe al aprender y al enseñar:

Al delimitar y priorizar determinadas facetas de un tema, prever aquellos significados cuya construcción se desea promover, etc. el profesor anticipa

el contexto general en el que se llevará a cabo el proceso, imagina secuencias de trabajo posibles, estudia distintos modos de combinar las tareas, define momentos. Este planteo general equivale a la adopción de una estrategia, es decir, el trazado de un plan que permita aproximarse a las metas propuestas, un modo general de encarar la enseñanza (Dakessian, 2009 p.2).

En términos de Stenhouse, “Estrategia de enseñanza parece aludir más a la planificación de la enseñanza y del aprendizaje a base de principios y conceder más importancia al juicio del profesor. Implica el desarrollo y puesta en práctica de una línea de conducta.” (Stenhouse, 1988, p. 54).

La estrategia se refiere en general a una perspectiva global que puede desplegarse luego en un abanico de diversas técnicas y actividades.

Una clasificación de las estrategias docentes que vale considerar en este trabajo es la referida a estrategias de enseñanza directa y aquellas indirectas o centradas en el descubrimiento.

La enseñanza basada en la instrucción implica que la tarea a realizar consiste en que el profesor transmita a sus alumnos conocimientos o destrezas que él domina. En la enseñanza basada en el descubrimiento, el profesor introduce a sus alumnos en situaciones seleccionadas o diseñadas de modo que presentan en forma implícita u oculta principios de conocimiento que desea enseñarles. (Stenhouse, 1984, p. 70).

En el mismo sentido, tomamos el concepto de *dispositivo pedagógico* de Souto quien entiende que la intencionalidad de los dispositivos de formación no es la de transmitir conocimiento sino la de facilitar el desarrollo personal. La autora refiere que un dispositivo busca la producción de determinados fenómenos y procesos dinámicos en relación con ciertos valores y fines.

La intencionalidad de los dispositivos pedagógicos (...) se refiere al desarrollo de la persona adulta como sujeto partícipe de su mundo social, comprometido con él, con posibilidades de educabilidad continua y de adaptación dinámica a los cambios que en el mundo del trabajo la sociedad

plantea. Formación como educación permanente que la sociedad organiza para sus sujetos y desde ellos como cambios en los modos de relación con el campo de la producción, con las instituciones y organizaciones laborales y sociales, en el desempeño de roles específicos en los avances tecnológicos, en la participación ciudadana, en la toma de conciencia política, en las relaciones con los otros y fundamentalmente consigo mismo. En nuestra concepción la formación es un desarrollo de la persona, centrado en la autoformación, donde los dispositivos actúan como mediadores de la formación y provocadores de cambio" (Souto, 1999, p. 5).

Entendemos entonces que el concepto de dispositivo posibilita pensar a la estrategia educativa en el marco más amplio y complejo de la intervención institucional. Como artificio tecnológico en manos del formador, abre la posibilidad a la creatividad, a la originalidad, a la habilidad para articular perspectiva política, conocimiento técnico, estrategia y oportunidad.

Esta perspectiva se aparta de una concepción clásica de estrategia o método y abre lugar a la creación de múltiples alternativas en función de diversidad de marcos teóricos, necesidades organizacionales, culturas grupales. Ayuda a superar la linealidad tradicional de la estrategia didáctica que nos marcaba para cada objetivo docente una estrategia puntual.

El dispositivo como espacio estratégico en una red de relaciones y como combinatoria de componentes complejos que trabajan desde un pensamiento de estrategia y no de programa, respondiendo a las situaciones cambiantes en las que opera. Dispositivo como espacio estratégico en una red de relaciones atravesado por lo deseante, lo imaginario, lo ideológico, lo político, etcétera. En tanto construcción social el dispositivo pedagógico es de naturaleza estratégica y responde a urgencias de un momento histórico, es red heterogénea de componentes diversos, articulador de tramas de poder y de saber, con capacidad productora de sentidos y de sujeciones (Souto, 1999, p. 17).

A los efectos del presente trabajo sostenemos la perspectiva de dispositivos de formación como un entramado de estrategias que incluyen la mirada sobre los aspectos institucionales y organizacionales.

En un trabajo ya clásico de Davini (1989) dedicado a analizar la formación del personal de salud, se refiere a distintos modelos pedagógicos (la pedagogía de la transmisión, la pedagogía del adiestramiento y la pedagogía de la problematización). En este caso nos interesa la ***pedagogía de la problematización***, la cual entiende que la práctica del trabajador de salud en un contexto social y organizacional determinado es el punto de partida para la pregunta y la indagación. El formador es un orientador, un promotor, un catalizador. Los dispositivos y estrategias que orientan este trabajo y que pueden constituirse, en palabras de Davini, en una "palanca" para el cambio están sin lugar a dudas enraizados en dicho modelo pedagógico.

Referencias bibliográficas

- Ansoleaga Moreno, E.; Artaza Barrios, O.; Suárez Jiménez, J. M., eds. (2012) Personas que cuidan personas: dimensión humana y trabajo en salud. OPS/OMS, Chile.
- Applegarth, M. (1992) Programas de Capacitación. Legis, Colombia.
- Argyris, Chris "Conocimiento para la acción", Granica, Barcelona, 1999.
- Bateson, Gregory "Pasos para la Ecología de la Mente", Ed. Planeta, Buenos Aires, 1991
- Beillerot, J. (1996) La Formación de Formadores. Serie Los Documentos Nro 1. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Ediciones Novedades Educativas, Argentina.
- Dakessian, M. A. (2009) ¿Cómo implementar otras estrategias de enseñanza alternativas a la clase? Aplicación de metodologías activas de enseñanza. Documento mimeo
- Davini M.C. (1989a) Metodología estudio - trabajo como una opción pedagógica en la formación y capacitación del personal de salud. Programa de capacitación técnicopedagógica en enfermería. OPS, Argentina.
- Davini, M. C. (1989b). Bases Metodológicas para la Educación Permanente en Salud. Publicación Nro 19, OPS.
- Davini M.C. (1995a) La Formación Docente en Cuestión: Política y Pedagogía. Paidós, Argentina.
- Davini M.C. (1995b) Educación Permanente en Salud. Serie Paltex nro.38. OPS, Washington.
- Davini, M. C. (2008) Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos en salud. Curso Virtual de Liderazgo de RRHH en salud. Disponible en: Campus virtual de Salud Pública. OPS.www.campusvirtualsp.org
- Davini, M. C. (2014) Las Residencias como ámbito de formación y educación permanente del equipo de salud. Curso de Formación Docente Tutorial para el Sistema de Residencias. Disponible en cursospaises2014.campusvirtualsp.org
- Echeverría, R. (2006) Ontología del lenguaje. Granica, Buenos Aires.
- Etkin, J. (1993) La Doble moral de las organizaciones. Mc Graw-Hill, Madrid.
- Feo, R. (2010) Orientaciones básicas para el diseño de estrategias pedagógicas. En: Tendencias Pedagógicas Nº 16, Año 2010. Instituto Pedagógico de Miranda José Manuel Siso Martínez
- Ferry G. (1990) El Trayecto de la Formación. Paidós, México.
- Gardner, H. (1996) La mente no escolarizada. Paidós, Barcelona.
- Gore, E. (1998) La Educación en la Empresa. Gránica, Buenos Aires.

- Gore, E. (2003) Conocimiento colectivo. La formación en el trabajo y la generación de capacidades colectivas. Gránica, Buenos Aires.
- Gore, E. (2006) Aprendizaje y Organización. Una lectura educativa de teorías de la organización. Granica, Buenos Aires.
- Herraiz, M. L. (1994) Formación de Formadores. Manual Didáctico. Cinterfor OIT, Montevideo.
- Merhy E. (2006) Salud: la cartografía del trabajo vivo. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Pain, A. (1993) Cómo Evaluar las Acciones de Capacitación. Gránica, Argentina
- Pain A. (1990) Cómo Realizar un Proyecto de Capacitación. Gránica, Argentina.
- Pain A. (1996) Capacitación Laboral. Novedades Educativas. Colección Formador de Formadores, Serie Los documentos, Argentina.
- Rovere, M. (1993) Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos nro. 96. OPS. Washington.
- Schlemenson Aldo. ANÁLISIS ORGANIZACIONAL Y EMPRESA UNIPERSONAL. 1988. Paidós. Buenos Aires.
- Schon, D. (1992) La Formación de Profesionales Reflexivos. Hacia un nuevo Diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Paidós, Argentina.
- Senge, P. (1995a) La Quinta Disciplina. Gránica, Barcelona.
- Senge, P., et. al. (1995b) y Otros. La Quinta Disciplina en la Práctica. Gránica, Barcelona.
- Souto, M. (1995) La Formación de Formadores. Un punto de partida. En: Formación Docente. IIICE. Año IV nro 7. Diciembre de 1995.
- Souto, M., et. al. (1999) Los dispositivos pedagógicos desde una perspectiva técnica. En: Grupos y dispositivos de Formación. Novedades Educativas, Buenos Aires.
- Stenhouse L. (1998) La investigación como base de la enseñanza. Selección de textos por J. Rudduck y D. Hopkins. Ediciones Morata. Cuarta edición, 1998. Madrid. España
- Trilla Bernet, J. (1993) Otras Educaciones. Animación Sociocultural, Formación de Adultos y Ciudad Educativa. UPN, México.
- Wenger, E. (2001). Comunidades de práctica: aprendizaje, significado e identidad. Paidós, Argentina.
- Wheatley, M. (1994) El Liderazgo y la Nueva Ciencia. Gránica, Buenos Aires.

Capítulo VI

La perspectiva de Competencias en Salud Pública

Introducción

En el presente capítulo se presenta un panorama de la perspectiva de competencias, se presentan las motivaciones que le dan origen, las visiones críticas, y se analiza su relevancia en el marco de la formación de los trabajadores de la salud.

Asimismo, profundizaremos sobre los documentos desarrollados por la OPS referidos a las competencias en Salud Pública. Éstas son consideradas de relevancia en el presente estudio pues se busca analizar en qué medida en la CABA el sistema de salud y sus equipos cuentan con las competencias necesarias para avanzar hacia un enfoque integrado y en red.

El enfoque de competencias

El enfoque de competencias en educación tiene múltiples visiones y perspectivas. Son reconocibles diversas miradas para su aplicación, se trata de un término polisémico, y como en cualquier ámbito, detrás de toda propuesta hay componentes sociales, políticos e ideológicos.

Dicho enfoque se ha venido estableciendo por la confluencia de múltiples aportes disciplinares y diversas tendencias sociales y económicas. Ha tenido notables desarrollos en el campo de la gestión de los recursos humanos buscando que los trabajadores posean competencias claves para que las empresas sean competitivas.

Desde mediados de los años noventa esta concepción también ha sido implementada en instituciones educativas de varios países, con el objetivo de formar personas con aquellas competencias que les posibiliten un mejor desempeño en su inserción laboral.

Las perspectivas críticas³⁰ sostienen que fueron las concepciones económicas neoliberales –junto al cambio tecnológico y organizacional producido a partir de los años ochenta– lo que generó importantes transformaciones en el mercado laboral, entre ellas, una fuerte flexibilización de las condiciones de trabajo. Esto llevó a la integración de sectores y a la búsqueda de trabajadores multifuncionales y con competencias polivalentes.

Marise Ramos (2009) señala que fue en ese contexto en donde comenzó un cambio conceptual que llevó al desarrollo de las competencias con el propósito de *reordenar la comprensión de la relación trabajo – educación, llevando el foco de la atención desde las ocupaciones hacia las tareas y responsabilidades del trabajador.*

Dicha autora sostiene que esta perspectiva debilitó un análisis global acerca del valor de las instancias educativas como tales, sobrestimando la obtención de diplomas, la dimensión social de formarse y calificarse, etc., y fortaleciendo una dimensión experimental y concreta, centrada en responder linealmente a las necesidades de los puestos de trabajo.

Las competencias de los trabajadores pasaron a ser la principal referencia para la educación y la gestión de los trabajadores (...) El modelo de las competencias, por lo tanto, tiene un origen (neo) pragmático y un contenido ético-político compatible con la cultura posmoderna, que corresponde a la lógica cultural del capitalismo tardío, y termina desempeñando un papel específico en la representación de los procesos de formación y de comportamiento del trabajador en la sociedad (Ramos, 2009, p. 2).

Desde esta concepción se interpreta que la escuela tiende a transformarse en un espacio para reproducir lo cotidiano empobreciendo su rol como espacio

³⁰ Se puede encontrar una adecuada síntesis de las perspectivas críticas en el siguiente artículo: Moreno Moreno, P. y Soto Martínez, G. (2005) Una mirada reflexiva y crítica al enfoque por competencias. En: Educar. Octubre - Diciembre 2005. Disponible en: <http://www.redes-cepalcala.org/inspector/DOCUMENTOS%20Y%20LIBROS/COMPETENCIAS/UNA%20MIRADA%20CRITICA%20AL%20ENFOQUE%20POR%20COMPETENCIAS.pdf>

central de desarrollo del conocimiento y poniendo el foco en recursos instrumentales.

Desde esta visión uno puede señalar que utilizar el mundo del trabajo, sus procesos y necesidades, como referencia para la educación es de relevancia para la toma de decisiones en la formación profesional pero no es sostenible, ni ética ni técnicamente, pretender que la escuela reproduzca las situaciones del mundo laboral sin problematizarlas.

Como dice la autora citada, "El foco individual de las competencias junto con la supervalorización de la experiencia puede resultar en la formación de sujetos bastante capaces de adaptarse a la realidad, pero no de transformarla." (Ramos, 2009, p. 3)

Coincidimos con Ramos al señalar que es necesario, al aplicar la perspectiva de competencias, no reducir la educación a la prescripción y a la inducción de conductas observables y controlables. El concepto de competencia no debe utilizarse solo desde una mirada operacional e individual centrada en el *cómo hacer*; implica también la integración de conocimientos, actitudes y destrezas.

La ventaja de pensar la formación por competencias está dada por la posibilidad que éstas ofrecen para construir una alternativa relevante a fin de articular los *servicios de salud* y la *formación* incluyendo la complejidad la diversidad.

En esta línea, es importante revisar perspectivas que complejicen el concepto de competencias y permitan pensarlas enriqueciendo su aporte para reflexionar sobre el funcionamiento de las organizaciones y los dispositivos de formación.

Siguiendo a Perrenoud podemos decir que "una competencia es la facultad de movilizar un conjunto de recursos cognoscitivos (conocimientos, capacidades, información, etc.) para enfrentar con pertinencia y eficacia a una familia de situaciones" (Gentile y Bencini, 2000, p.1)

De acuerdo a la síntesis realizada por Gentile y Bencini, Perrenoud cita ciertos ejemplos bien concretos para reconocer la lógica de competencias:

- Saber orientarse en una ciudad desconocida; esta competencia moviliza la capacidad de leer un plan, de situar dónde se está, pedir información o consejos, y también distintos conocimientos: concepto de escala, elementos de topografía, conocimiento de una serie de puntos de señales geográficos;
- Saber atender a un niño enfermo; esta competencia moviliza capacidades (saber observar señales fisiológicas, tomar la temperatura, administrar un remedio), y también conocimientos: conocimiento de las patologías y de sus síntomas, medidas urgentes, terapias, de las precauciones que deben tomarse, de los riesgos, de los medicamentos, de los servicios médicos y farmacéuticos;
- Saber votar de acuerdo con sus intereses; esta competencia moviliza capacidades (saber informarse, saber llenar una papeleta de voto), y también conocimientos: conocimiento de las instituciones políticas, de lo que está en juego en la elección, candidatos, partidos, programas, políticas de la mayoría en el poder, etc. (Gentile y Bencini, 2000, p.1)

No todos los seres humanos nos enfrentamos a las mismas situaciones; debemos desarrollar competencias adaptadas a los mundos que nos toca vivir. Por ejemplo, las ciudades requieren competencias que no nos sirven para sobrevivir en un bosque, y viceversa.

En este sentido Perrenoud aporta la idea de que el trabajo por competencias se ancla en dos constataciones importantes: transferir y movilizar conocimientos. No se trata de un proceso lineal, debe trabajarse activamente sobre las situaciones y propuestas educativas, hecho que en general no ocurre en las instituciones pues éstas suelen centrar su atención solo en acumular conocimientos.

Desde estas problemáticas el enfoque por competencias ayuda a intervenir sobre una cuestión relevante de la articulación formación - trabajo y es el referido a cómo transferir conocimientos a la práctica. O también, cómo desde la práctica reflexionar y producir conocimientos.

Vale resaltar que, desde esta perspectiva, competencia no se asemeja sólo a resolver tareas prácticas. La noción de competencia hace referencia a *capacidades ligadas a la toma de decisiones y a la resolución de problemas*.

Para Guy Le Boterf (1994) una competencia es una construcción a partir de una combinación de recursos (conocimientos, saber hacer, cualidades o aptitudes), y recursos del ambiente (relaciones, documentos, informaciones y otros) que son movilizados para lograr un desempeño.

Asimismo, la competencia profesional tiene que ver con una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos (Irigoin y Vargas, 2002)

Una competencia es una capacidad de acción eficaz frente a una familia de situaciones”, y asume que las competencias profesionales son complejas, observando que “las competencias clínicas de un médico van mucho más allá de una memorización segura [...] Exigen relacionar, interpretar, interpolar, inferir, inventar: en suma, realizar operaciones mentales complejas (Suarez et al, 2013, p. 48)

Las situaciones de trabajo y los desafíos de las organizaciones permiten definir competencias y de alguna manera orientar procesos de formación. Ser competente implica poder actuar de manera adecuada frente a un conjunto de situaciones recurriendo a diversidad de conocimientos, procedimientos, y actitudes.

Le Boterf, citado por Perrenoud (2006), asimila las competencias a un “saber movilizar” pues sostiene que poseer conocimientos o capacidades no significa ser competente. Podemos conocer las técnicas o las reglas de una determinada tarea y no saberlas aplicar en un momento oportuno. Podemos

conocer las normas para atender a un enfermo con determinada patología sin embargo realizar mal los procedimientos.

Cada día, la experiencia muestra que las personas que están en posesión de conocimientos o de capacidades no las saben movilizar de forma pertinente y en el momento oportuno, en una situación de trabajo. La actualización de lo que se sabe en un contexto singular (marcado por las relaciones de trabajo, una cultura institucional, el azar, obligaciones temporales, recursos...) es reveladora del "paso (pasaje)" a la competencia. Ella se realiza en la acción (Le Boterf, 1994, p.16)

Por su parte, Frenk y colaboradores, describen las competencias como

(...) un aprendizaje que comprende tres niveles sucesivos, que van desde un aprendizaje informativo hacia uno formativo y luego hacia un aprendizaje transformacional. El primero consiste en adquirir conocimientos y habilidades, y su propósito es producir expertos; el formativo se refiere a socializar basándose en valores, y su propósito es producir profesionales, mientras que el aprendizaje transformacional se focaliza en desarrollar cualidades de liderazgo, y su propósito es producir agentes reales de cambio (Frenk, 2011, p. 339)

Aunque con diferentes matices, todas estas miradas reconocen a la competencia como una actuación integral y compleja destinada a resolver problemas con experticia, con compromiso ético y poniendo en juego diversidad de saberes (teóricos, prácticos, actitudinales).

Interesa destacar a los fines del presente trabajo que la perspectiva de competencias que valoramos aporta una visión compleja e integral que obviamente incluye el cómo hacer pero que no se reduce a él. Saber cómo hacer un procedimiento, desarrollar un adecuado protocolo siempre debe recuperar el pensar, el conocer, el reflexionar y tomar decisiones, siendo capaces de anticipar y evaluar las acciones. Las prácticas profesionales siempre suponen ser consciente de las tareas que se asumen y de la integralidad de las mismas.

Así entendida, la competencia implica la movilización y recuperación de distintos componentes: conocimientos, percepciones, pensamientos, evaluación, acción, valores; pone en movimiento ciertos componentes, a veces elementales y diseminados, a veces complejos y organizados. El desafío es la construcción de competencias que puedan desplegarse en diferentes escenarios, contextos o ámbitos de trabajo.

Se destacan también ciertas características claves de las competencias profesionales que se distinguen de otros saberes:

- *Son Transferibles*: los profesionales tienen las capacidades para transferir competencias adquiridas en determinados ámbitos a nuevas actividades y contextos.
- *Evolucionan*: la competencia profesional es, por definición, abierta a procesos de aprendizaje de carácter permanente que se desarrollan tanto a través de la complejización y diversificación de la experiencia, como mediante la adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas³¹.

Las competencias profesionales se aplican en situaciones complejas, permiten cumplir objetivos con eficacia, integran conocimientos, habilidades y actitudes y son claramente observables en el desempeño.

Análíticamente una competencia consta de o puede analizarse considerando (Tobon, 2006):

- **Procesos**. Acciones que se llevan a cabo con un determinado fin, tienen un inicio y un final identificable. Implican la articulación de diferentes elementos y recursos para poder alcanzar el fin propuesto en el marco de un contexto determinado.

³¹<http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/guia%20para%20la%20elaboracion%20de%20marcos%20de%20referencia%202013.pdf>. Revisado el 31/8/14

- **Complejos.** Las competencias son procesos complejos porque implican la articulación de diversas dimensiones humanas y porque su puesta en acción implica muchas veces el afrontamiento de la incertidumbre.

- **Desempeño:** se refiere a la actuación concreta en una determinada situación real en donde está implicada la articulación de la dimensión cognoscitiva, con la dimensión actitudinal y la dimensión del hacer.

- **Idoneidad:** Se refiere al desarrollo de la tarea, la resolución de problemas cumpliendo con indicadores o criterios de eficacia, eficiencia, efectividad, pertinencia propias de la situación, tarea, etc.

- **Contextos:** Las competencias se ponen en acción en un determinado contexto (social, laboral, educativo, etc.) y es este es determinante de la competencia a desarrollar.

- **Responsabilidad:** se refiere a analizar antes de actuar las consecuencias del accionar.

Las competencias de los profesionales de la salud

En una situación ideal los saberes y competencias de los profesionales de la salud deberían ir de la mano de las necesidades de las poblaciones y los sistemas de salud. Sin embargo, la brecha entre lo que los sistemas necesitan hacer y resolver y lo que efectivamente hacen y logran, es grande y profunda, por lo que es lógico que desde diversos enfoques políticos, organizacionales y educativos se piense a las competencias como una estrategia válida de intervención.

Tal como se describió más arriba, al referirse de manera general a la educación, considerar la realidad de los problemas para planificar propuestas educativas no es algo nuevo. Ya desde los años ochenta se consideran las situaciones críticas del desempeño de los trabajadores de la salud, los objetivos nacionales en materia sanitaria, y los problemas de los servicios como punto de partida para el abordaje de propuestas educativas (Ruiz, 2000).

Desde esta perspectiva es clave reconocer que no sirve hacer más de lo mismo, que si los sistemas de salud necesitan trabajar de otra manera, sus trabajadores necesitan aprender y desarrollar competencias nuevas y distintas para enfrentar los problemas y los desafíos actuales.

Si pensamos en la planificación de propuestas educativas desde la perspectiva de la educación permanente³², vale tener presente las siguientes consideraciones respecto a la concepción de competencias:

- Las competencias permiten revisar la calidad de las acciones y promover procesos de mejora para definir prioridades educativas y para planificar acciones. Si pensamos en las competencias y en la formación en salud pública podemos señalar que la noción de competencia permite revisar la calidad de las acciones y promover la mejora de la productividad, trabajando desde una lógica que articula procesos organizacionales con procesos educativos.
- La perspectiva de competencias juega un papel relevante como control y ajuste para que las propuestas educativas no pierdan de vista el horizonte del trabajo, sus problemas, sus tensiones y sus conflictos. De alguna manera, la "competencia" invita a todos los actores involucrados a la construcción de coherencia entre lo que decimos y hacemos buscando la articulación del trabajo, sus normas y la formación de los trabajadores.

Las competencias en Salud Pública

Si se piensa en transformaciones en los servicios de salud resulta indispensable pensar en los cambios en la modalidad de trabajo de quiénes todos los días trabajan en ellos. La perspectiva de redes y los servicios trabajando en red requieren que podamos interrogarnos acerca de qué hacemos y cómo lo hacemos, siendo capaces de desarrollar nuevas competencias.

³² La perspectiva de la educación permanente ya ha sido desarrollada en el Capítulo V

Tal como ya hemos señalado, la perspectiva de la Educación Permanente en Salud trabaja desde la mirada que articula la formación con los requerimientos y las necesidades cotidianas de los servicios considerando la realidad laboral y la orientación hacia la mejora del desempeño. En ese marco, el enfoque de competencias constituye una estrategia pertinente para articular la gestión, el trabajo y los programas de formación.

Si bien pueden encontrarse diversos trabajos referidos al desarrollo de competencias de los trabajadores de la salud, muchos de ellos organizados según función, ámbitos, etc., en el presente trabajo estaremos considerando los documentos propuestos por la OPS. Los mismos cuentan con la ventaja de haber sido pensadas para la realidad de los países de la región; son transversales a las necesidades del sistema, es decir que no se refieren a un ámbito puntual o una disciplina en particular, sino que abarcan de manera global las responsabilidades de los sistemas de salud; y han sido validados en diversas instancias y por diversidad de expertos.

En 2010 la OPS hizo un llamado para conformar el **Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP)**, una construcción desarrollada de manera asociada entre instituciones de diversos países de la región. Sostuvo la propuesta en la importancia de vincular qué necesitan los servicios de salud con qué ofrecen los programas de formación y las instancias de capacitación.

Destaco especialmente que la propuesta supera los tradicionales desarrollos de competencias según profesiones para centrar su labor en las capacidades necesarias para cumplir con las diversas Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)³³, aquellas acciones que deben ser realizadas con fines concretos y necesarios para mejorar la salud de las poblaciones.

Desde una perspectiva reflexiva y problematizadora no deben verse estas competencias como productos cerrados y/o acabados sino tomarse de manera

³³ En base a Curso de Funciones Esenciales en Salud Pública. Edición Argentina. 2011. Disponible en: <http://cursospaises2014.campusvirtualesp.org/course/view.php?id=34>. Revisado el 8 de agosto 2014

flexible, como un horizonte de trabajo, siendo capaces de realizar las adecuaciones que cada contexto demanda. Las mismas constituyen una excelente herramienta para analizar el desempeño de los servicios de salud y poder trabajar activamente en su ajuste en función de las brechas a resolver entre aquello que las instituciones hacen y deberían hacer.

Se habla de competencias esenciales porque expresan las capacidades institucionales necesarias para el ejercicio de las que la OPS denominó FESP.

La Iniciativa “La salud pública en las Américas” ha elaborado una lista de *11 Funciones esenciales de la salud pública*, producto de un proceso de análisis, definición de criterios básicos y pruebas de campo que han llevado a su determinación. Las FESP y sus definiciones permiten contar con un modelo ordenador para revisar el desempeño de los sistemas de salud y para formular planes, programas y proyectos para su fortalecimiento. Estas funciones son:

- **FESP 1** Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
- **FESP 2** Vigilancia de la Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud
- **FESP 3** Promoción de la salud
- **FESP 4** Participación de los ciudadanos en la salud
- **FESP 5** Desarrollo de políticas y de la capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.
- **FESP 6** Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública
- **FESP 7** Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
- **FESP 8** Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- **FESP 9** Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

- **FESP 10** Investigación en Salud Pública
- **FESP 11** Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

Las once FESP fueron de utilidad para el trabajo de revisión, análisis y definición de las competencias esenciales en salud pública, permitieron ordenar y definir los siguientes cinco dominios sustantivos de competencias:

- i) *Análisis de situación de la salud;*
- ii) *Vigilancia y control de riesgos y daños;*
- iii) *Promoción de la salud y participación social;*
- iv) *Política, planificación, regulación y control, y*
- v) *Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos.*

Los expertos añadieron también un sexto dominio: la *Salud global e internacional* en vistas de visualizar a la salud como un tema de justicia social y derecho universal.

A los efectos del presente trabajo resulta nodal destacar también que se definieron una serie de dimensiones consideradas transversales y que deberían considerarse en todos los dominios. Estas dimensiones se refieren a la planificación, la gestión, la evaluación, la comunicación, el liderazgo, la investigación y el uso de las TICs.

El documento (Suárez Conejero, 2013) que sintetiza el trabajo también vinculó los dominios de competencias y las dimensiones transversales aquí señaladas con los diversos ámbitos de práctica en los sistemas de salud, considerando tanto los niveles centrales de gestión como el trabajo en servicios y unidades de atención.

En la misma línea, en el marco de la estrategia de renovación de la APS, las competencias fueron "tamizadas" por una serie de valores pues no es lo mismo pensar en competencias que solo valoren la calidad o eficiencia que pensar

en competencias capaces de respetar y tener como guía orientadora valores tales como equidad, igualdad, justicia social, intersectorialidad y participación social.

Destacó que el desarrollo de estas competencias esenciales para la salud pública permite:

- Superar la lógica cuantitativa referida a los RRHH en salud (qué dotación se necesita, etc.) y posibilitan avanzar en un análisis sobre qué se hace y qué se debería hacer.
- Pensar en ámbitos de práctica concretos en el marco de los sistemas de salud.
- Sostenerse y orientarse en valores compartidos por la APS

Esta perspectiva puede ser de gran utilidad para que los servicios de salud puedan: desarrollar proyectos tendientes a superar funcionamientos centrados en las lógicas disciplinares y fragmentadas; definir planes de formación de largo alcance que se articulen y contrasten de manera permanente con la gestión del trabajo; definir dispositivo y estrategias de formación, pues no es lo mismo enseñar contenidos que proponer dispositivos capaces de desarrollar competencias; y trabajar en procesos de evaluación del desempeño tanto de los sistemas de salud como de sus trabajadores.

A continuación se presenta un análisis sobre la vinculación entre los dominios desarrollado en el documento de la OPS (2013) sobre competencias esenciales en salud pública y los atributos/dimensiones vinculados con la progresión de los sistemas de salud hacia las Redes Integradas.

El DOMINIO 1 referido al ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD se refiere fundamentalmente a la evaluación de la situación de salud de las poblaciones considerando de manera esencial sus factores determinantes. Presta especial atención al estudio de las desigualdades en salud pues deben ser consideradas para la toma de decisiones y para la definición de políticas públicas en la materia.

Dentro del dominio destacó especialmente las competencias referidas a:

- Utilizar las estadísticas vitales y los indicadores básicos de salud para generar evidencia sobre la situación de salud de la población y de los grupos en situación de vulnerabilidad y riesgo.

- Analizar sistemáticamente la situación y tendencias de la salud poblacional y sus determinantes, para documentar desigualdades en riesgos, resultados y acceso a los servicios.

- Generar información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud y del impacto de las intervenciones poblacionales.

- Administrar la información, la investigación y los demás conocimientos relacionados con la práctica cotidiana para mejorar los resultados de las acciones en salud y contribuir al bienestar de la población.

Este dominio se vincula de manera directa, en el marco de las dimensiones analizadas por los documentos de OPS en cuanto a la progresión hacia las RISS, con la dimensión referida a "población y territorio a cargo" desde el modelo asistencial y con el "sistema de información integrado" desde el modelo de gobernanza y gestión.

El DOMINIO 2 referido a VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS centra su mirada en los aspectos de ocurrencia y propagación de riesgos y daños. Implica la investigación y vigilancia de brotes.

Se destacan aquí las siguientes competencias:

- Analizar las amenazas, riesgos y daños a la salud para el diseño e implementación de un efectivo sistema de vigilancia y control de riesgos y daños en salud pública.

- Gestionar las redes, los servicios y laboratorios de salud pública para garantizar la viabilidad de la vigilancia y el control en salud pública.

Este dominio se vincula también de manera directa con la dimensión referida a "población y territorio a cargo" desde el modelo de atención e incluye asimismo dimensiones tales como la gestión integrada de los sistemas de apoyo

clínico, administrativo y logístico, y sistema de información desde las dimensiones de la gestión y gobernanza.

El DOMINIO 3 se refiere a PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL. La promoción de la salud y la participación social constituyen estrategias políticas y sociales centradas en fortalecer las habilidades y las capacidades de los individuos y las sociedades para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación social es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud. Se entiende que el aspirar a un estado de salud óptimo se convierte en un fenómeno que requiere múltiples acciones y un abordaje que reconozca la naturaleza socio-ecológica de los problemas asociados a la salud y a la enfermedad.

Dentro del dominio destacó especialmente las competencias referidas a:

- Aplicar las herramientas de participación social y el enfoque de trabajo intersectorial para mejorar la salud e impactar las políticas públicas relacionadas a los determinantes sociales.
- Desarrollar estrategias con el enfoque de promoción de la salud para el desarrollo de alianzas y la consolidación de redes en la atención primaria en salud y en los servicios comunitarios
- Promover la creación y el fortalecimiento de espacios y procesos sociales-participativos en relación con la comprensión y protección de la salud, para mejorar la capacidad de la población para comprender y controlar los servicios sociales y las políticas públicas.

Este dominio se vincula con la población y territorio a cargo, con el primer nivel de atención, con foco de cuidado desde el modelo asistencial y con participación social amplia y acción intersectorial desde el modelo de gobernanza y gestión.

El DOMINIO 4 está referido a POLÍTICAS, PLANIFICACIÓN, REGULACIÓN Y CONTROL, centra su mirada en la capacidad de los sistemas de salud para ejercer sus funciones de gestionar las políticas y planes de salud, planificar, regular y monitorear la gestión de los servicios.

Las competencias que se destacan en este dominio son:

- Aplicar los elementos conceptuales, técnicos y metodológicos básicos que fundamentan la gestión de políticas para contribuir a la garantía de la equidad y del derecho a la salud.
- Administrar los recursos humanos, tecnológicos y financieros requeridos para el mejoramiento de la salud y el control de sus determinantes para mejorar el desempeño, la equidad y la inclusión de los sistemas de salud con un enfoque de atención primaria.
- Reconocer la planificación y la toma de decisiones como un proceso social, técnico y político para garantizar la obtención de los mejores resultados en salud.

Este dominio se vincula con la existencia de mecanismos de coordinación asistencial (desde el modelo asistencial) y con sistema de gobernanza único para toda la red, gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, logístico y administrativo, sistemas de información integrado (desde la gobernanza y la gestión)

El DOMINIO 5 hace referencia a LA EQUIDAD EN EL ACCESO Y LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS. Busca garantizar el acceso a los servicios necesarios para la atención de salud. Se pretende una provisión organizada de servicios que elimine barreras, que trabaje en colaboración entre las instituciones proveedoras y que sostenga un enfoque multisectorial.

Aquí destacamos especialmente las competencias referidas a:

- Respalda los principios de equidad, en el marco del enfoque de determinantes sociales, al diseñar e implementar políticas y acciones para mejorar el acceso a los servicios preventivos y asistenciales de salud.

- Participar en la coordinación de redes integradas entre los distintos ámbitos y niveles de atención para mejorar la respuesta del conjunto del sistema a los problemas de salud de la población.

Este dominio se vincula con oferta de servicios, primer nivel de atención, prestación de servicios en el lugar más apropiado desde el modelo asistencial y con gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico, sistemas de información integrada y acción intersectorial y DSS desde la gestión y gobernanza.

El DOMINIO 6 es el referido a SALUD INTERNACIONAL / GLOBAL y centra su mirada en el trabajo sobre soluciones transnacionales, regionales y globales que mejoren la salud de todos los ciudadanos del mundo. Utiliza como herramientas las relaciones entre las autoridades sanitarias, a través de la diplomacia en salud y la cooperación técnica.

En el siguiente **cuadro** se presenta la articulación entre los distintos dominios de competencias y las dimensiones que permiten analizar la progresión de los sistemas de salud hacia las RISS.

Si bien no se trata de un análisis lineal, el cuadro permite destacar la vinculación entre los dominios y dimensiones claves en el desarrollo de las RISS, tanto desde la lógica del modelo asistencial como desde la perspectiva del modelo de gobernanza y gestión.

	Dimensiones de las RISS		
<i>Dominio de Competencias Esenciales en Salud Pública</i>	<i>Modelo Asistencial</i>	<i>Modelo de Gobernanza y Gestión</i>	<i>Competencias para el trabajo en APS</i>

<p>Dominio I</p> <p>Análisis de la Situación de Salud</p>	<p>Población y Territorio a cargo</p>	<p>Sistema de información integrado</p>	<p>Conocimientos de epidemiología (área de salud pública)</p> <p>Competencias ligadas al área de gestión del conocimiento</p>
<p>Dominio II</p> <p>Vigilancia y Control de Riesgos y Daños</p>	<p>Población y Territorio a cargo</p>	<p>- Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico</p> <p>- Sistema de Información integrado</p>	<p>Conocimientos de epidemiología (área de salud pública)</p> <p>Competencias ligadas al área de gestión del conocimiento</p>
<p>Dominio III</p> <p>Promoción de la Salud y Participación Social</p>	<p>-Población y Territorio a cargo</p> <p>-Primer Nivel de Atención</p> <p>-Foco de cuidado</p>	<p>- Participación Social amplia</p> <p>- Acción intersectorial y Determinantes Sociales de la Salud</p>	<p>Competencias ligadas a enfoque integral</p> <p>Competencias de comunicación</p>
<p>Dominio IV</p> <p>Políticas, Planificación,</p>	<p>Coordinación asistencial</p>	<p>- Sistema de gobernanza único para toda la red</p>	<p>Competencias ligadas al área de gestión</p>

Regulación y Control		<ul style="list-style-type: none"> - Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico - Sistema de Información integrado 	Competencias de comunicación
Dominio V Equidad en el Acceso y Calidad en los Servicios Individuales y Colectivos	<ul style="list-style-type: none"> - Oferta de Servicios - Primer Nivel de Atención - Prestación de Servicios en el lugar más Apropiado 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico - Sistema de Información integrado - Acción intersectorial y Determinantes Sociales de la Salud 	Competencias ligadas a enfoque integral

Como ya hemos señalado, las competencias esenciales no pueden pensarse ni de manera individual ni aisladas de los contextos de trabajo de cada institución, pero orientan con precisión hacia dónde podría orientar su tarea quién gestiona un servicio de salud y quién asume responsabilidades sobre los procesos de formación y capacitación.

Es dable destacar también, que cada una de estas competencias, como si se tratará de las muñecas rusas, pueden pensarse de manera macro (todo un

sistema de salud) o de manera más micro, acotada (un servicio de salud específico).

"Las competencias constituyen en la actualidad una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permiten mejorar la articulación entre gestión, trabajo y educación" (Nebot, et al, 2009, p. 177)

(Con relación a la APS) Uno de los retos claves que se presentan es el de dotar a los sistemas de salud con recursos humanos en número suficientes y adecuadamente capacitados de forma que sea el lugar donde se puedan resolver la mayoría de los problemas sanitarios que padece la comunidad" (Nebot, et al, 2009, p. 176)

La estrategia de APS requiere trabajo en equipo, sistematizar procedimientos y trabajar en red. En una sistematización realizada para definir los contenidos a trabajar en el desarrollo del curso "Desarrollo de capacidades para la renovación de la APS del CVSP-OPS" se organizaron y agruparon en seis categorías las competencias consideradas más idóneas para el trabajo en la APS.

Las competencias referidas al enfoque integral consideran dimensiones tales como vida, género, culturas, individuo, familia, comunidad y prestan atención a la coordinación entre niveles.

El área clínica hace foco en la atención en todos sus niveles y modalidades y presta atención al trato con el paciente.

Las competencias comunicacionales abarcan la comunicación entre profesionales, con el paciente y con la comunidad. Presta atención a los aspectos ligados al manejo de conflictos y negociación

La gestión del conocimiento analiza competencias ligadas fundamentalmente al uso de las TICS

Otro grupo de competencias se centran en las dimensiones de la salud pública tales como conocimiento de epidemiología, campañas de vacunación, etc. mientras que el último grupo centra su mirada en temas de gestión tales como liderazgo, supervisión, negociación, planificación y evaluación.

Estas competencias enfocadas en las capacidades de los equipos de salud de APS se vinculan y se apoyan de manera recíproca con los cinco dominios presentados para las competencias esenciales en SP y con las dimensiones ligadas a la consolidación de las RISS.

En el presente trabajo hemos seleccionado dentro de estos 6 grupos de competencias de los equipos de APS aquellas que consideramos más significativas para apoyar el trabajo hacia las RISS. Se trata de competencias, de suma relevancia para el funcionamiento adecuado de los servicios de salud, y especialmente para promover un trabajo articulado e integrado pero que pocas veces son revisadas y consideradas en la formación. En muchos casos incluso son consideradas instancias poco importantes pues siempre se da prioridad a la formación en temas biomédicos, tal como es el caso de la formación en los distintos contenidos y estrategias disciplinares o se las considera menores o poco serías desde la perspectiva política u organizacional.

Se trata también, al igual que con las competencias esenciales en salud pública, de competencias transversales, pues no se refieren a la capacidad para cumplir con una tarea específica sino a la posibilidad de desempeñarse con idoneidad en diversidad de situaciones y contextos pero donde juegan un papel prioritario. Tomando la metáfora de Mehry (2006), nos referimos a las competencias ligadas a las tecnologías blandas referidas fundamentalmente a los aspectos relacionales tales como comunicar, liderar, negociar, gestionar, evaluar.

La atención de la salud es un proceso complejo que requiere, además de intervenciones especializadas sobre algunos factores, trabajo interdisciplinario e intersectorial en donde las competencias transversales son nodales (Giovanella, 2000).

Nos interesa profundizar sobre algunas competencias transversales o genéricas que tienen un peso fundamental en la gestión cotidiana de los equipos de salud. Dichas competencias son presentadas en el documento reseñado (Nebot, et al, 2009) pero no se las define. A los efectos del presente trabajo se presentan a continuación las siguientes definiciones:

- *Continuidad de la atención.* Una forma concreta de avanzar en la integralidad de la atención es que los profesionales sean capaces de organizar una sistemática para dar continuidad a la atención de sus pacientes. Que el paciente pueda construir un vínculo de confianza a partir de una habitualidad en la relación. Concretamente que siempre me pueda atender con el mismo profesional. Qué el profesional me conozca y oriente mi atención a lo largo del sistema.

- *Seguimiento Compartido.* Se refiere a la capacidad del equipo de salud de establecer mecanismos de trabajo para dar seguimiento compartido a sus pacientes. El seguimiento compartido puede referirse tanto a situaciones en las cuales el paciente circula con los distintos niveles de atención del sistema y se requiere comunicación entre profesionales actuantes de distintas especialidades y/o cuando en un mismo nivel de atención la patología requiere trabajo asociado entre profesionales. Es una competencia que por supuesto requiere interés y compromiso para con el trabajo multi e interdisciplinario pero que hace especial foco en la capacidad de trabajar juntos y en comunicación en el seguimiento del paciente.

- *Trabajo en equipo.* Es la capacidad de los miembros de un servicio de trabajar juntos en función de objetivos comunes acordados. El trabajo en equipo implica desarrollar un proyecto común en el marco de la autonomía relativa de cada tipo de profesional y la interdependencia en la ejecución de las acciones, flexibilidad en la distribución del trabajo, comunicación

- *Coordinación y liderazgo, supervisión.* Se trata de competencias que conllevan una fuerte impronta personal pero que pueden desarrollarse en función de determinados puestos y/o desafíos de cambio organizacional. La coordinación y el liderazgo se vinculan con la capacidad de articular intereses y motivaciones en función de conducir al equipo de trabajo hacia objetivos compartidos. La supervisión se refiere a la capacidad del coordinador de revisar la tarea y orientarla y reorientarla hacia los objetivos propuestos.

- *Planificación y Evaluación.* La planificación se refiere a la capacidad de prever y organizar el trabajo en función de un rumbo definido. Evaluar se

vincula con la colecta de información, la emisión de juicios de valor para la toma de decisiones. Se vincula fuertemente con la posibilidad de contrastar la planificación realizada con los objetivos alcanzados.

- *Comunicación y negociación.* "La comunicación es considerada la principal herramienta (...) tanto para la correcta relación con los pacientes, como para interactuar con la comunidad, los niveles políticos y gerenciales, entre niveles de atención y entre los propios miembros del equipo" (OPS, 2008, p. 21). Negociar se refiere a la capacidad de construir acuerdos superadores entre perspectivas inicialmente contradictorias en el marco de los límites de la organización y de los objetivos propuestos para el trabajo.

En el siguiente **cuadro** se presenta la vinculación entre las competencias de los equipos de APS reseñadas y las características de los sistemas de salud funcionando en redes de atención.

El cuadro evidencia la relevancia que tiene el desarrollo de dichas competencias para acompañar los procesos de desarrollo y consolidación de redes de atención.

Cuadro: Sistemas de salud funcionando. Redes de Atención y Competencias de los Equipos de Salud de Atención Primaria de la Salud³⁴.

Característica	Red de Atención	Competencias de los Equipos de APS
Organización	Heterárquica	Trabajo en equipo Coordinación entre niveles

³⁴ Cuadro de elaboración propia en base a:

Mendes, E. (2011) As redes de atenção à saúde. OPS, Brasília.

Nebot, A., Rosales Echevarria, C., Borrell Bentz, R. M. (2009) Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Revista Panamericana de Salud Publica. 2009; 26(2):176–83

		Comunicación y negociación
Coordinación de la Atención	Desarrollada por la APS	Seguimiento compartido, continuidad de la atención
Comunicación	Desarrollada con logística eficaz	Comunicación y negociación
Foco de la atención	Patología aguda y crónica	Continuidad de la atención, seguimiento compartido
Objetivos	Objetivos de mejora de salud de una población determinada. Se miden resultados clínicos y económicos.	Salud pública y promoción de la salud Gestión clínica, planificación y evaluación
Población	Población adscripta	Enfoque integral Salud pública y promoción de la salud
Sujeto	Persona con derechos que es co-responsable de su proceso de salud-enfermedad	Enfoque integral Comunicación
Forma de acción del sistema	Proactiva y continua	Gestión de calidad, seguimiento compartido, coordinación entre niveles
Énfasis de las intervenciones	Continuo desde la promoción y prevención hasta los cuidados	Todas las competencias del área clínica: trato al paciente, atención centrada en el individuo y la

	paliativos y la rehabilitación	familia. Atención preventiva, curativa, rehabilitadora, paliativos
--	--------------------------------	--

El presente capítulo presentó la perspectiva de competencias haciendo especial foco en su articulación con los desafíos de la salud pública y del funcionamiento en redes de atención, cuestiones que serán analizadas en los próximos capítulos desde la percepción de gestores y formadores.

Referencias bibliográficas:

- Arrue Mauleon, M. (2013). La enseñanza de competencias para resolver situaciones conflictivas con pacientes agresivos en enfermería mediante el Método del Caso (MdC) Teaching skills to resolve conflicts with aggressive patients in nursing through the Case Method (MoC) Universidad del País Vasco, España. Revista de Docencia Universitaria Vol.11 (1) Enero-Abril 2013, 311-328.
- Brailovsky, C. (2001) Educación Médica, evaluación de las competencias. En Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001. Facultad de Medicina (UBA) – OPS/OMS, Buenos Aires, pp: 103- 122.
- Cragno, A., Estebanez, MJ., Laspida, S. (2004) Programa de Formación Clínica Complementaria para residencias de cardiología y terapia intensiva. En Revista Científica de la AMBB. Diciembre, 2004. Vol 14. Nro 4.
- Davini, MC. (2008) Métodos activos de enseñanza y aprendizaje. La integración del conocimiento y la práctica. Versión adaptada del capítulo 5 del libro de Davini, M.C., "Métodos de enseñanza", Editorial Santillana, Buenos Aires. Disponible en: <http://cursospaises.campusvirtualesp.org/course/view.php?id=27>. Revisado el 31/8/14
- D'Angelo Hernández, O. (2004) Formación por competencias, complejidad y desafíos de la educación histórico-cultural, humanista y crítica. En: Ponencia "Congreso de Pedagogía`05" La Habana. CIPS, Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, La Habana, Cuba.
- Durante, E. (2006) Algunos métodos de evaluación de las competencias: escalando la pirámide de Miller. En Revista de Educación Médica, Vol. 26, N° 2, pp. 55- 61
- Epstein, R. (2007) Assessment in Medical Education. The New England Journal of Medicine, pp- 387 – 396.
- García Diéguez, M. (2003) Competencia profesional y residencias médicas. En Las residencias del equipo de salud., OPS/ OMS, Buenos Aires, pp: 45- 53.
- Gentile, P. y Bencini. R (2000) Texto original de una entrevista a Philippe Perrenoud "El Arte de Construir Competencias" En Nova Escola, Septiembre 2000, pp.19-31, Brasil. Disponible en: http://www.uv.mx/dgdaie/files/2013/09/Perrenoud_Construir-competencias.Entrevista-con-Philippe-Perrenoud.pdf
- Giovanella, L., et al. (2000) Integridade de atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. [Informe de investigación.] Citado por LOS ESCENARIOS DE APRENDIZAJE Y EL PROCESO DEL CUIDADO DE LA SALUD1 João José Neves Marins. EN: Educação médica em transformação. HUCITEC-ABEM, São Paulo. Disponible en:

<http://cursos.campusvirtualesp.org/course/view.php?id=113>. Consultado el 09/08/14.

- Irigoien, M.; Vargas, F. (2002) Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Cinterfor, Montevideo.
- Le Boterf, G. (1994) Ingeniería de la capacitación y evaluación. Embajada de Francia.
- Merhy E. (2006) Salud: la cartografía del trabajo vivo. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrell Bentz RM. (2009) Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Rev. Panam Salud Pública. 2009; 26(2):176–83
- OPS (2013) Competencias esenciales en salud pública: Un Marco Regional para las Américas. Organización Panamericana de la Salud, Washington. Curso de Funciones Esenciales en Salud Pública. Edición Argentina. 2011. Disponible en: <http://cursospaíses2014.campusvirtualesp.org/course/view.php?id=34>. Revisado el 8 de agosto 2014
- Perkins, D. (2010) El aprendizaje Pleno. Paidós. Buenos Aires.
- Perrenoud, P., (2006) Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar. Editorial Grao, Barcelona.
- Perrenoud, P. (2008). Construir las competencias, ¿es darle la espalda a los saberes? *Revista de Docencia Universitaria*, número monográfico. Disponible en: http://www.redu.m.es/Red_U/m2. Consultado el 02/03/2014
- Ramos, M. (2009) Pedagogía de las competencias: “ideología al servicio de la individualización y de la fragmentación social”. En: *Revista RETS*, núm. 3, may/jun/jul 2009, Fiocruz, pp.2-3. Disponible en: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/es/revistas/2009/revista-rets-no-3>
- Ruiz, L. (2000) De la realidad a las disciplinas: estructuración de las respuestas educacionales con base en las competencias de las instituciones y de la fuerza de trabajo. En: www.paho.org/spanish/hsp/hsr/competencias.doc. Bajado el 08/10/2012
- Suárez Conejero, J. et al (2013) Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2013; 34(1):47–53.
- Tobon, S. (2005) Diplomado en Conocimientos y herramientas para la implementación del enfoque de competencias apoyado en Tecnologías de Información y Comunicación. Campus Virtual Colam-OUI. <http://colam.oui-iohe.org/es>. Revisado el 15/02/2013

Capítulo VII

Caracterización de la implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en la CABA

El presente capítulo revisa el desarrollo de las RISS en la Ciudad de Buenos Aires tamizando los datos obtenidos por esta investigación con una selección de dimensiones extraídas de los documentos de la OPS presentada en el capítulo III.

La información recolectada en las entrevistas y la documentación consultada fue organizada y sistematizada a partir de un procesamiento propio en base al documento “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” (OPS, 2010). El análisis considera las variables y dimensiones de relevancia para este estudio definiendo el nivel de progresión hacia la consolidación de la RISS.

De las variables tomadas por el documento mencionado, se trabajó sobre el modelo asistencial, la gobernanza y la estrategia, se seleccionaron algunas variables de organización y gestión (dejando para un apartado específico a los recursos humanos ya que son abordados en un objetivo específico del trabajo de investigación).

El presente análisis no desconoce que la consolidación de las RISS requiere de intervenciones político- institucionales complejas en el marco de un juego de actores con intereses muchas veces contrapuestos, pero sin duda también necesita de la construcción y consolidación de competencias específicas por parte de los equipos de salud.

Desde el Modelo Asistencial

Para analizar el Modelo Asistencial, el documento referido propone las siguientes dimensiones: población y territorio a cargo; red de establecimientos que presta servicios y que integra programas; atención a las personas y servicios de salud pública; primer nivel de atención multidisciplinario y que funciona como

puerta de entrada al sistema; prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado; existencia de mecanismos de coordinación asistencial; atención de la salud centrada en la persona, la familia y la comunidad contemplando las diversidades.

Población y territorio:

Esta dimensión entiende que el sistema de salud atiende un espacio geográfico claramente delimitado y tiene un conocimiento amplio de las necesidades y preferencias en cuestiones de salud de su población a fin de determinar la oferta de sus servicios.

En nuestro contexto, de acuerdo a la conformación histórica de la ciudad los servicios de salud no fueron pensados a partir de esta idea. Como ya se ha señalado, desde un paradigma hospitalo-céntrico, los efectores se fueron desarrollando de acuerdo a necesidades históricas (migraciones, epidemias, etc.), constituyéndose en instituciones de referencia nacional que hasta la actualidad reciben pacientes de todo el país e incluso de otros países de la región.

La historia de los efectores de salud dependientes del GCBA es diversa y variada: no responde a un análisis de las necesidades de la comunidad y por ende no fue planificado su crecimiento. Se fue dando en forma espontánea con la incorporación progresiva de camas de internación en establecimientos de distintos orígenes y dependencias dentro del sector público, algunos de la órbita municipal y otros nacionales. El hecho de que concentren la mayor complejidad en el sector público en el país, en un modelo en el que se asocia complejidad con calidad, a la par que constituyen instituciones transmisoras de conocimiento, les ha otorgado prestigio a nivel local y nacional y las ha ayudado en su reproducción” (Duré, 2007, p.4)

Como se presenta en el capítulo primero, la delimitación territorial del sistema fue un proceso paulatino que se inicia con la creación de las "áreas programáticas" (1988); luego con la autonomía de la ciudad y la posterior sanción

de la ley básica de salud (1999) comienza a pensarse en las necesidades del territorio y en su organización.

En el año 2005 con la sanción de la Ley Orgánica de Comunas N° 1777 se vinculan las áreas de salud de la la Ley N° 153 con la organización de las comunas. En el 2008, la gestión de gobierno crea las regiones sanitarias.

En base a Pablo Bonazzola (2003) puede presentarse el siguiente esquema/cuadro referido a la organización del subsector estatal de salud, según la Ley N° 153:

<i>Organización por niveles</i>	<i>Organización territorial</i>	<i>Consejos</i>
Efectores: Primero, segundo y tercer nivel	Área de salud	Consejo Local de Salud
	Región Sanitaria	Consejo regional de Salud
	Ciudad	Consejo general de salud

Si miramos la población y el territorio desde la modalidad de cobertura disponible, encontramos que sólo el 16,8 % de la población que vive en la Ciudad requiere de la cobertura del sistema público de salud.

El siguiente cuadro presenta el tipo de cobertura de la población de la CABA en el año 2013:

Tipo de cobertura	Año 2013
Sólo Sistema Público	16,8
Sólo Obra Social	47,1
Sólo prepaga o mutual vía obra social	17,4
Sólo Medicina prepaga	9,5
Otros	9,1

Ns/Nc	0,1
Total	100,0

Fuente: http://www.estadistica.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/banco_datos/ficha.php?id=4245&idtema=17&idsubtema=71&idssubtema=158. (Consultado el 05/07/2014)

De este 16,8 % de usuarios del sistema público de salud, vale señalar que solo el 6,5 % se encuentra en zona norte, el 15,9 % en el centro y el 31,1 % en la zona sur (Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2011.) .

Los testimonios respecto a la organización y funcionamiento de las regiones sanitarias son coincidentes respecto a valorizar la iniciativa pero dan cuenta de que es aún sólo una propuesta administrativa incipiente:

Hubo un impulso inicial tendiente a aprovechar el nuevo ordenamiento y luego todo quedo en la nada (Jefe de área programática)

Hubo reuniones formales sobre regionalización. Fue Imposible avanzar con trabajo concretos... no cambió nada...hubo algunas reuniones formales...imposible hablar y avanzar en pequeñas cuestiones concretas para operativizar y mejor el trabajo (jefa Dpto. área programática de un hospital cabecera de región)

No cambio nada... hubo una convocatoria inicial, interés de escuchar inquietudes... pero luego nada... hay cero conectividad con el ministerio... muy distinto a lo que pasaba cuando existía la DGAAPS (jefe centro de salud)

Conocimiento de la población

El sistema de salud de la ciudad cuenta con un Departamento de Epidemiología cuyos principales ejes de actividad son: Vigilancia y Control de Enfermedades; Brotes y Urgencias Epidemiológicas; Análisis de Situación de Salud; y Capacitación e Investigación³⁵.

Por Resolución 1727/04 que crea el Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades se trabajó en el desarrollo de análisis de la situación de salud (ASIS) de la población de la ciudad de Buenos Aires. Hasta el momento de realizaron tres de estos estudios, en los años 2004, 2005 y 2006.

El último ASIS que se presenta se corresponde con la gestión de la DGAAPS en donde hubo intencionalidad de avanzar en análisis epidemiológicos destinados a caracterizar y conocer a la población³⁶.

En el año 2008 se publica un primer estudio del área de epidemiología que recopila y organiza información disponible intentando comenzar un trabajo de análisis por regiones³⁷.

En la actualidad, la página web del Ministerio de Salud de la Ciudad publica estadísticas (prestaciones brindadas y altas hospitalarias, e información específica para los centros de salud y el programa de cobertura porteña) pero no ofrece información epidemiológica destinada a caracterizar a la población³⁸.

Algunas áreas y CESAC realizan diversas actividades tendientes a conocer a la población ubicada en el territorio a cargo, pero no han señalado que exista una exigencia institucional para su realización.

³⁵ http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/epidemiologia/presentacion.php?menu_id=30330. Consultada el 10/08/14

³⁶ Ver:

<http://estatico.buenosaires.gob.ar/areas/salud/epidemiologia/archivos/asis/Asis%202006%20n3.pdf>. Consultado el 31/3/14

³⁷ Ver:

<http://estatico.buenosaires.gob.ar/areas/salud/epidemiologia/archivos/asis/Informe%20de%20Comunas%20y%20Regiones%20Sanitarias%202008.pdf>. Bajado el 31/3/2014)

³⁸ <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas>. Consultada el 16/06/14

De los testimonios surgidos en las entrevistas se desprende que algunos gestores realizan trabajos de análisis de salud de la población al momento de asumir los cargos pero luego no le dan continuidad a la tarea:

cuando tomé la conducción organicé con todo el equipo del área un trabajo de ASIS (Jefa dpto. área programática hospital cabecera de región)

hacemos relevamientos en las manzanas que corresponden al área de influencia del CESAC (jefe centro de salud)

Los equipos de algunas áreas programáticas suelen realizar y sistematizar trabajos de relevamiento epidemiológico como el realizado por el Hospital Ramos Mejía en relación con la Región Sanitaria I³⁹.

Otros gestores señalan claramente que no pueden hacer ese tipo de análisis pues se concentran solamente en atender la demanda espontánea que reciben:

Diría que una de nuestras debilidades es no poder definir una población. Porque al ser de demanda abierta, no sabemos a qué población atendemos (jefe consultorio externo hospital cabecera de región)

También los entrevistados reconocen que al tratarse de una gran metrópoli con alta circulación de personas es difícil concentrar la atención en la población cercana al efector. La ciudad tiene claramente delimitado su territorio de responsabilidad pero, dada su posición geográfica y su historia, no puede pensarse sin las poblaciones que atiende provenientes de otras zonas:

Si la gente va todos los días a trabajar y justo está al lado de un centro de salud, se atiende allí. (coordinadora residencia)

En las entrevistas aparece el tema de los relevamientos barriales y/o del mapeo de la zona, pero en general está ligado a una actividad puntual que se realiza una vez y luego, no es retomado o aplicado para la tarea cotidiana:

³⁹ <http://www.ramosmejia.org.ar/r/201101/358.pdf>. Consultada el 1/04/14

Lo imprimen y lo plastifican, queda colgado en la pared. En lo que tarda ese proceso, la comunidad ya cambió. Y como no nos gusta borrar y encima lo plastificamos con una plata que salió del bolsillo del trabajador, no lo podemos ensuciar, queda colgado ahí y no sirve para operativizar nada... pero si nosotros tuviésemos la mujer identificada que no vino al control y es un embarazo de riesgo, la vas a buscar, ahí tenés una muerte menos (Coordinadora general de residencia).

Hasta aquí hemos visto que se han dado pasos con relación a la cobertura de la población asentada en el territorio, pero salvo los trabajos realizados entre los años 2004 y 2006, no se avanzó en caracterizar su estado de salud. Tampoco se trabajó a fin de articular con la región ampliada (área metropolitana de Buenos Aires) estrategias conjuntas para la atención de las poblaciones de todo el área.

Oferta de servicios

En la concepción de las RISS, se entiende a la oferta de servicios como una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, integrando los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública.

La ciudad cuenta con una importante cantidad de establecimientos de todos los niveles de atención y de diversa complejidad.

Existen también diversos programas centralizados destinados a temáticas específicas con distintos grados de articulación con las tareas regulares de los efectores⁴⁰. La oferta de servicios es amplia, abarca todos los niveles de atención, se extiende desde la promoción y prevención a la rehabilitación y los cuidados

⁴⁰ Aquí se puede encontrar un panorama de los programas:

http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/programas/?menu_id=17898. Consultada el 1/04/14

paliativos pero es en general desarticulada, sin criterios precisos para ordenar la oferta, optimizar recursos y priorizar estrategias.

Los servicios atienden pacientes de todo el país con una importante carga de atención a la población de toda la región metropolitana

A modo de ejemplo vale señalar que en el 2011, las consultas a consultorios externos del sistema (tanto hospitales como CESAC) incluyeron un 39,5 % de población del conurbano, un 2 % de población del resto de la Provincia de Buenos Aires, un 1,2% de otras zonas y un 1.3% de consultas sin especificar⁴¹.

Los testimonios son coincidentes:

Todas son acciones desarticuladas...a cada programa le interesan sus datos, sus formas (...) Se trabaja en islas...todo fragmentado, falta capacidad de articulación (...) Una mamá debería venir 5 veces distintas para poder vincularse con cada programa (...) Por ejemplo las estadísticas...en el área las piden en papel, en epidemiología por mail (jefe de centro de salud)

Las redes del sistema son solo un rótulo...hice intentos con la red de odontología por el programa de salud escolar (...) pero los servicios siguen diciendo que vengan y hagan la cola como cualquiera" (jefa depto. área programática hospital cabecera de región)

Analizado desde la oferta de servicios, puede decirse que se trata de un sistema rico, prácticamente no hay patología o especialidad que no pueda ser abordado, pero pobre en las condiciones y capacidades para garantizar articulación e integración en la atención.

⁴¹ Fuente: Ministerio de Salud (GCBA). Departamento de Estadísticas de Salud. <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas/presentacion.php>.

Primer nivel de atención

El documento de la OPS se refiere a un primer nivel de atención "(...) multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población" (OPS, 2010, p. 38)

A los fines del presente trabajo, consideraremos primer nivel de atención a todos los centros de salud, al programa de cobertura porteña y a todos los consultorios externos hospitalarios.

En el ámbito hospitalario se puede ingresar al sistema a través de cualquier especialidad. Alcanza con pedir un turno de "primera vez".

Si bien los centros de salud vienen creciendo año a año en cantidad de efectores y en la diversidad de profesionales que allí se desempeñan, su relevancia es aún muy poca frente a la atención que se ofrece desde los consultorios externos hospitalarios.

Si bien no podemos realizar una comparación lineal ya que en los hospitales se accede directamente a la atención de todas las especialidades, a modo de ejemplo, vale considerar que en el año 2012, las consultas en CESAC representaron tan solo el 5,6% del total de consultas externas del sistema, lo que da cuenta del poco peso relativo que tienen en relación a la totalidad de las prestaciones (hubo 9.300.409 consultas externas y en CESAC solo 520.279) ⁴².

En cambio, sí vale rescatar la diversidad y riqueza de actividades que allí se realizan ligadas a la promoción y protección de la salud. En el anuario estadístico 2010⁴³ se da cuenta de la realización en los CESAC de las siguientes actividades:

- 6083 Talleres
- 2333 Charlas o exposiciones

⁴² Cálculo propio en base a: Consultas externas en hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por grupos de especialidades y atención primaria según hospital. Ciudad de Buenos Aires. Año 2012 Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA) sobre la base de datos del Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas de Salud.

⁴³ http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas/2010/aps_2010/informe_aps_2010.pdf Consultado 14/06/14.

- 420 Campañas
- 696 Actividades lúdicas
- 1119 Encuentro/Jornadas comunitarias
- 2643 Grupos Operativos
- 228 Actividades específicas de Psicología
- 153 Actividades específicas de Psicopedagogía

Los centros de salud realizan esfuerzos por coordinar la atención de sus pacientes y facilitarles la vinculación con los hospitales. Algunas áreas programáticas trabajan activamente para garantizar "turnos protegidos" con especialistas para cumplir con las derivaciones de los centros de salud.

Existe una hoja de referencia y contra referencia para garantizar la derivación de los pacientes pero son coincidentes los testimonios del personal de los CESAC respecto a la poca respuesta que reciben de los hospitales al respecto:

Recibimos menos del 25% de las hojas de contra referencia (jefe CESAC)

Cuando la gente tiene que ir al hospital, nosotros los ayudamos con los primeros turnos y luego no podemos hacer el seguimiento, dependemos de que el paciente luego vuelva al centro (jefe CESAC)

(...) el hospital es el lugar donde se resuelve (...) por lo cual la gente concurre directamente allí...la comunicación es muy difícil (...) hay que cambiar el modelo de atención, (...) los chicos están llegando tarde a las consultas. (Profesional de equipo de coordinación de región sanitaria)

Desde los equipos de los centros de salud se refieren serias dificultades para el seguimiento y cuidado de los pacientes a lo largo de todos los niveles del sistema. Se observa fragmentación entre todos los niveles y se registran comentarios de retrocesos actuales en relación con el momento en que existía la DGAAPS en el nivel central:

Lo que a mí me parece que cambio mucho, yo vi la diferencia entre una cosa y la otra, cuando se cambio lo de atención primaria lo que hubo fue una vuelta atrás muy importante, en la integralidad de los

procesos...nosotros antes había algo que sostenía de nivel central. Entonces gestión de medicamentos, para todo el mundo por igual, gestión de laboratorio para todo el mundo por igual, gestión de personal para todo el mundo por igual, o sea vos tenías la doble pertenencia y había alguien de atención primaria que sostenía el trabajo (Profesional equipo de área programática hospital general)

Mucha gente del barrio estuvo internada en el XXXXX, cuando le dan de alta, la gente tiene que volver al XXXXX hacerse los controles, no va al centro de salud. No hay una articulación entre ese centro de salud y ese hospital para hacer eso que vos planteabas acerca del seguimiento (coordinador general de residencia).

Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado

El documento de la OPS señala que la perspectiva de las RISS busca propiciar la atención en entornos extra-hospitalarios. En el sistema de salud de la ciudad, tal como ya se señaló en la dimensión referida al primer nivel de atención, son pocas las prestaciones que se cubren de manera completa en los centros de salud. Señalamos como excepciones algunas prestaciones referidas a salud mental y las de psicopedagogía y nutrición, entre otras.

Desde la perspectiva biomédica, los centros de salud tienen poca capacidad resolutoria y si bien se cuenta con atención de Pediatría, clínica médica, medicina general y tocoginecología en la gran mayoría de los casos, se requiere del ámbito hospitalario para acceder a los estudios complementarios.

Hay centros en los cuales se levantan muestras de laboratorio, en algunos se cuenta con ecógrafo para la atención de embarazadas pero siempre se refieren dificultades para sostener la atención completa en el CeSAC.

Los informes de la Defensoría del pueblo de la CABA también reafirman esta mirada, dando cuenta de las dificultades que se presentan por ejemplo

cuando luego de una consulta en CESAC el usuario requiere realizar un estudio complementario (laboratorio, diagnóstico por imágenes) en el hospital.

Son coincidentes los testimonios respecto de las demoras y las dificultades en algunas prestaciones hospitalarias:

Podés esperar dos años para operar una hernia o cinco para una cirugía cardíaca. Si uno no llama a algún médico amigo del servicio los temas no se resuelven (jefe de CESAC)

El que viene y hace la cola entra directo a la atención especializada...no hay ningún filtro (Jefe área programática hospital cabecera de región)

A veces les recomiendo que se vengán a las 4 de la mañana y saquen turno en cirugía y entra más fácil y directamente que si nosotros nos ocupamos (equipo de área programática).

Los chicos que después de la inundación fueron atendidos en el hospital siguieron por allí y nosotros no tenemos forma de hacer un seguimiento, ni el sistema de derivarlos con nosotros (referencia de un centro de salud a la experiencia con una población luego de una situación crítica)

El centro de salud es sin lugar a dudas un lugar privilegiado para el primer contacto del paciente con los servicios del sistema pero es aún un "lugar lejano" de los hospitales, único espacio para acceder a la atención especializada, a los espacios de diagnóstico y tratamiento en la CABA.

Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud

La coordinación asistencial es un problema en todos los niveles. Es una de las dimensiones más descuidadas del sistema.

Los profesionales que trabajan en los CeSAC tienen posibilidades de visualizarlo, reconocerlo, brindar ejemplos mientras para quienes trabajan en

consultorios externos hospitalarios les cuesta aún poder reconocerlo como un problema pues miran el tema desde su lugar en el hospital.

Los testimonios indican que la única forma de garantizar algún seguimiento o coordinación es cuando se hace en función de los vínculos personales entre colegas:

Seguimiento en general no hay (...) seguimiento de hace todo esto, y tráigamelo pero después no sé si viene (jefe consultorios externos hospital general)

Es el nudo crítico, vengo peleando por el tema pero es casi imposible, solo logré hacer circular entre los jefes de servicio algunas pautas básicas de seguimiento que nadie se preocupa por cumplir. No existe esta perspectiva y no es preocupación de los servicios ni de las jefaturas (...) No existen mecanismos para coordinar la atención de un paciente que requiere ser visto por diversos profesionales (...) Con consultorios externos...nosotros tenemos turnos protegidos (...) el personal del CESAC completa la hoja de referencia...tratamos de que vengan ya más o menos orientados en el diagnóstico...vienen quince minutos antes y ya saben con qué profesional se van a atender (...) Es difícil, casi imposible que los médicos del hospital completen la información de contra referencia (...) Si se tiene que hacer algo en el hospital entra a la picadora del hospital...en general si no vuelve al centro lo detectamos y la buscamos porque en el centro tenemos historia clínica familiar (Jefa depto. área programática hospital cabecera de región)

En vez de ir a hacer la cola a las 4 de la mañana al hospital nosotros le conseguimos el turno para algunos servicios pero después entra en la picadora de carne del hospital y ya perdemos posibilidad de seguimiento (Jefe de CESAC)

En algunos casos se refiere que es una preocupación y que se está trabajando en normativas y sistemáticas para intentar mejorar el trabajo al respecto:

Estamos haciendo la normativa y nos reunimos una hora todos los jueves, hemos avanzado (...) en este tema de la coordinación en el seguimiento (...) Todos tiramos del carro, porque son temas muy puntuales y muy sensibles, entonces es cómo hacer mejor las cosas y como hacer que todo el mundo las haga de la misma manera. Tomamos por ejemplo pacientes fuera de área, el tema de las interconsultas (...) estamos avanzando (Jefe consultorios externos hospital general).

Uno de los problemas que el sistema posee es que no se cuenta con una historia clínica única del paciente, cada efector tiene su propia historia, incluso al interior de cada uno se suele contar con distintas historias por paciente según la especialidad o servicio que lo atienda. Por ejemplo hay hospitales que tienen una historia para internación y otra para consultorio externo; en los CeSAC la historia de atención médica suele ser distinta a la historia en la que registran los trabajadores sociales o psicólogos.

Sin embargo, aunque acotadas a determinados espacios, también hay experiencias interesantes a replicar y profundizar. Algunos centros de salud especialmente cuando cuentan con la presencia de residentes de medicina general y familiar, han desarrollado una adecuada práctica en la coordinación asistencial de algunas patologías como es el caso de la atención a pacientes diabéticos, el seguimiento de pacientes en proceso de cesación tabáquica, hipertensos, etc.

En estos casos, se han generado redes vinculares para garantizar la circulación del paciente por consultorios y servicios. Se trata de iniciativas puntuales y sostenidas por profesionales con mirada atenta a la formación de los residentes pero que no distan de ser una capacidad instalada en el efector:

Les insistimos a los pacientes para que vengan los días en que estamos nosotros para que no se pinchen, si se encuentran con gente no comprometida con esto (Coordinador de residencia)

Estos problemas detectados a partir del análisis de las entrevistas realizadas son coincidentes con lo presentado en los informes que realiza la

Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. En el trabajo del año 2013⁴⁴ y en relación con el trabajo de los CESAC y el programa de Cobertura Porteña se señala: "(...) no logran establecer circuitos continuos de atención con el hospital de referencia: existen dificultades para que estas dependencias del área programática funcionen articuladamente (...), presentando obstáculos serios para brindar una atención integral y oportuna" (Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, 2013, p. 22)

El informe también señala que luego de una consulta si se indica visitar un especialista o realizar un estudio complementario (laboratorio o diagnóstico por imágenes) en el hospital de cabecera, las personas suelen recurrir al hospital sin intervención del centro de salud en la gestión del turno. A pesar de que ambos efectores pertenecen a la misma unidad institucional y están bajo la responsabilidad de la misma autoridad, el modelo de funcionamiento no prevé mecanismos facilitadores de la articulación entre efectores, afectando el proceso de atención integral.

Foco de cuidado

Según el documento de la OPS esta dimensión se refiere a la "atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población" (OPS, 2010, p.43)

Es posible afirmar que la gran mayoría de los servicios hospitalarios han concentrado históricamente su trabajo en la atención y la respuesta a la patología, y sólo los CESAC tienen una mirada centrada en la prevención y la promoción.

En los últimos tiempos se puede reconocer esta dimensión en los hospitales respecto a la atención materno-infantil, y también de la población adolescente.

⁴⁴ Informe 2013 Defensoría del Pueblo. Disponible en: <http://www.defensoria.org.ar/institucional/pdf/informe13.pdf> Consultado el 2/9/14

Los aspectos ligados a la diversidad de la población son reconocidos por los profesionales como un “problema”. En general, se refieren a la cantidad de “población extranjera” que deben atender pero son pocos los que toman esto como una dimensión del trabajo a considerar.

Algunos servicios o redes de especialidad, muchas veces en sinergia con las respectivas sociedades científicas, han comenzado a realizar campañas temáticas ligadas a la prevención de patología específica llevando a cabo actividades de difusión masiva tales como: la semana de la prevención del cáncer de colon, prevención de la diabetes, glaucoma, etc. donde generalmente el foco está puesto en los procesos de diagnóstico precoz.

Existen también programas centrales que atienden a la salud escolar, a la salud de la mujer, etc., pero su operatividad y forma de aplicación depende en gran medida del profesional que realiza la tarea en cada efector.

Todos los testimonios indican que el programa de salud escolar "se lleva" una alta dedicación del primer nivel de atención, en tiempos, en profesionales, etc.

La tarea de atención primaria está muy tomada por lo escolar (...) la parte de hacer screening no está bueno, porque no sé si sirve para algo (...) Para mí es necesario hacer consciente que se necesita un modelo de atención que es mucho más complejo que el acto médico (Medica generalista, miembro del equipo de un área programática.)

Aunque no son relevantes en relación con la envergadura del sistema, algunos CESAC y profesionales hospitalarios desarrollan programas para prestar especial atención a la diversidad cultural. Por ejemplo, la Dirección de Capacitación y Docencia cuenta desde el año 2007 (Resolución 2515/MSGC/07) con un grupo de trabajo centrado en analizar la problemática de la salud y las migraciones⁴⁵.

⁴⁵ <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/diracap/mat/normativas/reso2515.pdf>. Consultado el 02/04/14.

Cuadro síntesis. Modelo asistencial del Sistema de Salud del GCBA.

Progresión hacia las RISS

Dimensión	Nivel de progresión hacia las RISS Definición propia a partir del relevamiento realizado	Comentario síntesis
Población y territorio a cargo	Red Fragmentada	<p>La ciudad tiene claramente definido un territorio de responsabilidad.</p> <p>Solo el 16,8% de la población del territorio requiere los servicios del subsistema público de salud.</p> <p>El sistema atiende una población que va mucho más allá de la población del territorio (el área metropolitana y el país).</p> <p>No hay articulación de redes con los servicios de salud de la región metropolitana.</p>
Oferta de servicios	Red Parcialmente Integrada	<p>La Ciudad cuenta con servicio en todos los niveles de atención y trabaja desde la promoción y prevención hasta la rehabilitación y los cuidados paliativos.</p> <p>Responde a las necesidades de quienes demandan servicios pero tiene poca capacidad para integrar todo el proceso de atención.</p> <p>Los servicios curativos son el eje de la atención.</p>
Primer nivel de atención	Red Parcialmente Integrada	<p>La Ciudad cuenta con una importante red de servicios en el primer nivel de atención (incluyendo los consultorios externos hospitalarios) pero el mismo no se encuentra articulado con los otros niveles del sistema.</p>
Prestación de servicios especializados en el lugar	Red Fragmentada	<p>En los Cesac es bajo el porcentaje de la población que se atiende frente al peso histórico de los consultorios externos hospitalarios.</p> <p>Si bien los Cesac cuentan con equipos profesionales de</p>

<p>más apropiado.</p>		<p>diversas disciplinas muchas áreas requieren de la resolutiveidad que solo brinda el hospital</p> <p>No hay pautas y criterios que ordenen el acceso a la atención especializada.</p> <p>En los centros de salud se presta alguna atención especializada ofrecida por profesiones no médicas del equipo de salud (salud mental, psicopedagogía, nutrición, obstétricas, entre otras pero muchas veces se requiere rápidamente la intervención de otros niveles (como son los casos de salud mental)</p>
<p>Existencia de mecanismos de coordinación asistencial</p>	<p>Red Fragmentada</p>	<p>No hay coordinación asistencial. Si bien se han presentado algunas normativas para la gestión clínica y por procesos, esto no se visualiza en la vida cotidiana de los servicios.</p> <p>Los procesos de coordinación existentes están básicamente vinculados con el interés y la responsabilidad de algunos profesionales para con el proceso de cuidado de sus pacientes.</p>
<p>Foco de cuidado</p>	<p>Red parcialmente fragmentada</p>	<p>La mayoría de atención del sistema está organizada por la patología o por programa.</p> <p>En el primer nivel de atención (especialmente en los CESACs) hay un desarrollo que busca prestar atención a la persona, la familia y la comunidad.</p> <p>Los consultorios de niño sano, el seguimiento de embarazadas, son otras áreas en donde se busca trabajar desde la perspectiva de la salud.</p>

Fuente: Cuadro de elaboración propia en base a documentos de la OPS y las diversas fuentes utilizadas para el relevamiento (legislación, documentos de gestión del GCBA, bibliografía, talleres con directores de hospital, entrevistas)

Gobernanza y estrategia

En este apartado se consideran la gobernanza, la participación y la intersectorialidad. Asimismo también se incluyen algunas de las dimensiones de organización y gestión contempladas por el documento de OPS pues remiten a los mismos aspectos que interesa analizar en el presente trabajo y que se vinculan de manera directa con la gobernanza y la estrategia.

La organización y gestión refiere a la gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico, y los sistemas de información y gestión basada en resultados. Se hace una breve mención también al tema de asignación e incentivos.

Un sistema de gobernanza único para toda la red

Hablamos de "la capacidad de asumir el gobierno de todos los aspectos de la red. Desde la definición de su misión, hasta su gestión, monitoreo y evaluación" (OPS, 2010, p. 44)

El sistema de salud tiene un ministerio central encargado del gobierno del sistema. El mismo opera como rector y administrador de recursos pero tiene poca capacidad de gobernanza para promover la articulación de los servicios, históricamente ha trabajado uno a uno con cada establecimiento.

Si bien la Ley Básica de Salud N°153 le otorga responsabilidades para la coordinación efectiva de la red esto no ha tenido avances concretos. En esta normativa, se establece que el subsector estatal se organiza de acuerdo con la estrategia de atención primaria, con la constitución progresiva de redes y niveles de atención, que deben constituirse tres niveles de atención con su correspondiente capacidad resolutoria debiéndose garantizar la adecuada articulación entre los niveles garantizando un adecuado sistema de referencia y contra referencia que permita una atención integrada y de calidad."⁴⁶ Un hito importante en la gobernanza del sistema lo constituyó la creación ya señalada de

⁴⁶ Ver: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/normativas/leybasica.pdf>.

la DGAAPS pues la misma se propuso ofrecer apoyo y coordinación a los centros de salud.

Al crearse las regiones sanitarias (2008) se crean también los cargos para su conducción, con rango de director general se designa a quien tiene responsabilidad en la coordinación de toda la región. Entre las tareas primarias del director de región se encuentran:

Conducir, planificar y coordinar la regionalización de los recursos de los tres niveles de atención de la salud, promoviendo la conformación de redes locales de complejidad ascendente, a través de su región sanitaria y de las áreas programáticas de salud, articulando las acciones específicas del programa de Cobertura Porteña de Salud⁴⁷

Sin embargo, los testimonios dan cuenta de que se trata aún de un cargo que tiene que revisar y construir su perfil para poder avanzar de una perspectiva administrativa al desarrollo de capacidades para incidir en una gobernanza efectiva sobre la red de servicios que se busca conformar.

No se desarrollan, al momento de realizarse esta investigación, trabajos destinados a compartir de manera participativa la misión y objetivos de las regiones, ni se realiza conjuntamente acciones de planificación estratégica. Asimismo tampoco se monitorea ni evalúa el desempeño de la red y sus efectores:

Hubo reuniones formales sobre regionalización pero fue imposible avanzar con trabajo concreto y útil para todos (Jefa dpto. área programática hospital cabecera de región)

La regionalización se convirtió solo en un límite geográfico (...) ha quedado allí (...) no hay concepción de territorialidad, no hay concepción de redes (...) no trabajan como red, muchas dificultades de articulación (...) hay inercia por seguir con el status quo (profesional de equipo de coordinación de región sanitaria)

⁴⁷ Decreto 660/2011 último estructura funcional del gobierno. Disponible en: http://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/boletinOficial/documentos/boletines/2011/12/20111214_2ax.pdf. Revisado el 2/04/2014

Son sólo una barrera burocrática más. ¡No existen! En la región no hay articulación, donde la hay es porque somos amigos, más allá de las regiones (Jefe de área programática de hospital general)

Ninguna de nuestras prácticas en los centros de salud se modificaron porque el área programática pasó a ser una región sanitaria (Coordinadora general de residencia del equipo de salud)

Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico

Se incluyen aquí los aspectos de gestión dado que no parece haber grandes diferencias entre el modelo de gobierno del sistema y la dimensión de gestión.

El documento de OPS señala que la gestión debe adecuarse al tamaño y la complejidad de cada red. En Redes grandes debe considerarse diseños organizacionales que contemplen delegación de poder de decisión y capacidades de coordinación. Es esperable la consolidación de equipos multidisciplinarios capaces de coordinar todo el proceso de cuidado y la coordinación de estructuras organizacionales matriciales.

En general, los organigramas formales de la ciudad presentan una clara diferenciación de tareas clínicas, administrativas y logísticas, pero los profesionales con tareas de conducción deben trabajar con todas las áreas sin contar con apoyo ni capacidad de coordinar por ejemplo a los servicios de apoyo logístico y administrativo. Muchas veces son los propios profesionales quienes resuelven tareas administrativas y logísticas dado que cuentan con grandes dificultades para coordinar con las otras áreas.

Los testimonios de los gestores son coincidentes en la fragmentación que se vive entre las necesidades de los procesos de atención y los sistemas de apoyo.

Hay reiterados testimonios, que involucran a las cuatro regiones, referidos a problemas de atención por no contar con los insumos a tiempo, falta de

organización para realizar traslados, dificultades con el personal administrativo, etc.

Tal como se refiere en el apartado en el que se describen las regiones sanitarias, no se generó aún una gestión descentralizada de las mismas con lo cual no han cambiado los mecanismos de contratación, de circulación de la información etc. Al respecto los entrevistados refieren:

Controlar todo es un problema. Tenemos todo el equipo para hacer PAP (...) pero en lugar de cuarenta y cinco vidrios nos mandan quince (...) es una lucha, entonces tengo que decidir yo a quién le hago y a quién no, como si estuviera en una zona perdida de África o en Haití (Jefe área programática)

Siempre tengo problemas con la farmacia (...) siempre faltan insumos entonces tengo que estar priorizando a quién atiendo y a quién no (Director de CESAC)

Hasta hace muy poco pagábamos de nuestro bolsillo a la administrativa porque si no no había nadie (...) tardaron tres años en resolver el nombramiento de un administrativo (Jefe de consultorios externos)

Un ejemplo de los problemas cotidianos con el RRHH: logramos tomar muestras de laboratorio en los CESACs... ¿Quién carga la heladerita en la camioneta? nadie se hace cargo... entonces, viene la camioneta pero el chofer dice que no le corresponde, al enfermero tampoco. Hay mucha ley “progre” ¡pero falta normativa procedimental! ¿Quién toma a cargo la responsabilidad? (Jefe de área programática).

Sistema de información integrado

El documento de OPS señala que la red debe disponer de un sistema de información coherente con el plan de trabajo y poder brindar datos sobre: situación de salud de la población, demanda y utilización de servicios, trayectoria de pacientes en la atención, satisfacción de los usuarios, información económica,

etc., con la posibilidad de desglosar los datos por sexo, edad y lugar de residencia, por ejemplo.

Este es un aspecto absolutamente crítico del sistema, todos los entrevistados refieren serios problemas para generar y disponer de información. En general se indica que se la solicita desde diversas instancias del nivel central, cada área con distinto formato, y que no existe un mecanismo de devolución de los datos procesados. Los trabajadores se cuestionan si la información requerida es para controlar la tarea o para producir datos e información de relevancia en torno a la toma de decisiones en la gestión.

El uso de la información es un tema clave, la gente trabaja y no sabe el resultado, como circula la información, eso dificulta. No tengo información, no me comunico, no interactúo...la comunicación es muy pobre, es una deficiencia clave del sistema (equipo de región sanitaria)

Entonces diría hay cuestiones que uno diría si tuviésemos un nivel de informatización de algunas cosas, eso lo resolveríamos, porque uno entraría por DNI, por el niño tal y te saldría el historial (jefe consultorios externos)

Te doy un ejemplo: mis residentes salen a hacer un trabajo en el territorio, después me cuentan que el 80 % tal cosa, tal otra (...) y no sabemos si son muchos, si sin pocos (...) si son los adolescentes que tenemos que trabajar u otros de los cuales nadie se ocupa, etc. (Coordinadora de residencia).

En algunas áreas programáticas hay un trabajo conjunto para organizar la atención en base a historias clínicas familiares. No hay intervención de las regiones en el tema y no hay perspectiva ni avances relacionados, vinculados a desarrollar una historia clínica centralizada e informatizada.

Participación social amplia

El documento de la OPS se refiere al desarrollo de una participación amplia y activa de las comunidades a través de distintos recursos, estrategias y niveles de concreción.

El marco jurídico en la ciudad existente brinda una serie de orientaciones claras para la promoción de la participación social pero la realidad es muy distinta. Son contadas las instancias relevantes de trabajo con la comunidad o de participación activa de la misma.

Entre los principios incluidos en el artículo 3° de la ley n° 153 se incluye: "La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo".

En el Artículo 31° referido a las Áreas de Salud se establece en relación con la organización de la población, la constitución de un Consejo Local de Salud integrado por representantes de la autoridad de aplicación, de los efectores y de la población del área;

En el mismo sentido, la ley de comunas 1777⁴⁸ en los considerandos de su artículo 3 señala: " (...) Facilitar la participación de la ciudadanía en el proceso de toma de decisiones y en el control de los asuntos públicos".

Los testimonios indican que no se han realizado avances importantes referidos a una participación significativa, organizada y representativa. En general se da cuenta de reuniones formales con algunos miembros de asociaciones barriales, grupos, etc.:

Es una reunión formal con los mismos viejos de siempre...resabio del trabajo que había impulsado XXXXXX (nombra un antiguo director del hospital que siempre motorizó el trabajo con la comunidad) (Miembro del equipo de un área programática)

Desde algunos CESAC sus directores y equipos mantienen dialogo periódico con vecinos de la zona especialmente para garantizar no tener problemas de seguridad con los profesionales que trabajan en el centro.

⁴⁸ Ver en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/normapop09.php?id=77544&qu.
(Revisado el 02/04/2014)

En otros casos se relatan trabajos impulsados (por ejemplo algunos sobre la cuenca matanza-riachuelo) pero que luego fueron detenidos por disputas políticas.

La referencia al trabajo comunitario esta sostenido en los trabajos de los centros de salud, pero esto siempre es una decisión autónoma de algunos centros y/o sus jefaturas:

El centro está organizado siguiendo a Souza campos...en equipos territoriales y equipos matriciales. Tiene un mapeo de la zona de influencia. 72 manzanas, 5 equipos territoriales. Los profesionales tienen que tener 12 hs en CESAC y 10 hs aproximadas de trabajo en terreno (Jefe de CESAC)

Se vincula el trabajo con la comunidad con la construcción del centro de salud:

Es un CESAC pedido por la gente...por lo cual la gente lo siente propio (Jefe de CESAC)

En algunos lugares del sistema se vincula la participación de la comunidad solo con la "escucha" de pedidos o reclamos de los usuarios:

Tenemos un buzón para sugerencias y reclamos (Jefa consultorios externos)

Un testimonio explica con claridad la falta de participación de la población:

Hay una voz permanentemente ausente y es la voz de la población. Mientras la población no esté presente el juego de fuerzas va a estar dominado por el mercado de trabajo (...) esto determina, influye sobre la dificultad de ajustar los servicios a las necesidades. Para que haya cambio la comunidad tiene que ser el vector de mayor fuerza (Miembro de los equipos de nivel central)

En la estructura de los centros de salud se incluyó un área de relaciones con la comunidad pero dicho cargo o está vacante o esta con concursos impugnados, ya que en muchos casos eran profesionales del equipo de salud no

médicos que realizaban ese tipo de tareas y están siendo excluidos de los concursos por la gestión actual.

De la revisión realizada se desprende que ninguna comuna ha tenido avances sobre el tema salud, ni ha puesto en marcha un trabajo activo para caracterizar o intervenir sobre su responsabilidad como área de salud. Sigue vigente un modelo "antiguo" vinculado al reclamo sobre la falta, a la reunión con el director de hospital, etc. No hay un trabajo de construcción ligado a que la comunidad y/o sus comuneros trabajen activamente sobre los problemas de salud.

Acción intersectorial y abordaje de los determinantes y de la equidad en salud

El documento de la OPS se refiere a la acción intersectorial al referirse a la colaboración con otros sectores tanto públicos como de la sociedad civil o del sector privado para abordar los aspectos más complejos de los Determinantes Sociales de la Salud.

Si bien de las entrevistas se reconoce que la salud de la población se vincula con una variedad de dimensiones que deben ser atendidas y trabajadas por muchas otras áreas que exceden al sistema de salud no se relatan a nivel de los gestores intermedios acciones de trabajo intersectorial.

En general se limitan a referirse al "programa de salud escolar" y el trabajo que se realiza en las escuelas pero donde el eje está básicamente puesto en realizar un screening general.

Se reconocen problemas que requieren un abordaje integral pero se indica que se cuenta con pocas instancias para trabajarlas:

Hicimos para la gente de la cuenca matanza-riachuelo, la medición de plomo en niños. Tenemos muchos chicos con plomo en sangre. Pero de allí no se avanzó (jefe centro de salud)

Se señala que se trata de un sistema con muchos profesionales y recursos pero lo que falta es articulación:

Hay muchos problemas de relación y como todo da lo mismo no pasa nada. Centros de salud que no se hablan entre si (...) situaciones que se dan en un centro si y en otros no (Coordinador general de residencia médica)

Falta trabajo intersectorial por fuera de la salud, necesitamos articular con la comunidad. Tengo en mi área tres comunas con las cuales articular, eso está aún en pañales (Jefe de área programática)

Los profesionales que se encuentran en niveles intermedios de gestión no hacen referencia a los DSS. Son los roles formadores quiénes evidencian preocupación y mencionan la temática.

En general los profesionales que hacen asistencia se refieren a los "problemas sociales que también hay que atender aunque no podamos hacer mucho" (Jefa dpto. área programática)

Cuadro síntesis. Modelo de Gobernanza y Estrategia. Organización y Gestión del Sistema de Salud del GCBA. Progresión hacia las RISS

Dimensión	Nivel de progresión hacia las RISS. Definición propia a partir del relevamiento realizado	Comentario síntesis
Un sistema de gobernanza único para toda la red	Red Fragmentada	Si bien legislación y normativa establecen el gobierno de la red asistencial esto no se visualiza aún en la gestión del sistema.
Gestión integrada de los sistemas de apoyo	Red fragmentada	Bajo nivel de coordinación entre responsables de aspectos clínicos, administrativos y logísticos. Se trabaja en compartimentos estancos que se comunican

clínico, administrativo y logístico		de manera burocrática y lenta. El gestor de los servicios debe responder por todas las dimensiones sin tener conducción ni trabajo en equipo
Sistema de información integrado	Red fragmentada	No hay un sistema único para consolidar información de toda la red. No se utiliza la información que procesa el sistema
Participación social amplia	Red Fragmentada	Existen instancias destinadas al funcionamiento de espacios de participación reconocidos y establecidos por la legislación vigente pero tienen poca representatividad y relevancia.
Acción intersectorial y DSS	Red Fragmentada	Las acciones con otros sectores son pocas y libradas al interés o preocupación de algunos profesionales. La mirada sobre los DSS está solo en los roles formadores. Los profesionales se refieren a los problemas sociales que el sistema de salud también debe atender.

Fuente: Cuadro de elaboración propia en base a documentos de la OPS y las diversas fuentes utilizadas para el relevamiento (legislación, documentos de gestión del GCBA, bibliografía, talleres con directores de hospital, entrevistas)

De manera sintética y haciendo una revisión panorámica, puede señalarse que salvo experiencias puntuales, el sistema de salud de la CABA no se encuentra aún funcionando como una red integrada de atención, la gran mayoría de sus acciones continúan siendo fragmentadas y sus distintos servicios trabajan de manera desarticulada y aislada.

Ni la letra de las leyes ni las pautas de las normativas se ven traducidas en la gestión cotidiana del sistema de salud. Se trata de procesos de cambio que requerirán de intervenciones múltiples, sostenidas en definiciones y acuerdos políticos. En este contexto, las competencias de los equipos profesionales también tendrán un peso definitorio en los procesos de cambio que se proponga impulsar.

Las dimensiones reseñadas se vinculan con las competencias esenciales en salud pública propuestas por la OPS (2013)⁴⁹.

En el siguiente cuadro se presentan las vinculaciones consideradas claves entre competencias esenciales y dimensiones de las RISS. La vinculación clave no significa que no existan otras articulaciones. Se destacan las consideradas más relevantes en el marco de este trabajo.

Vinculación entre Competencias Esenciales en Salud Pública y Dimensiones de las RISS

Competencias Esenciales	Dimensiones de las RISS
Dominio I: Análisis de Situación de Salud	Población y territorio Acción intersectorial y DSS
Dominio II: Vigilancia y control de Riesgos	Población y territorio Foco de cuidado
Dominio III: Promoción de la Salud y Participación Social	Población y territorio Foco de cuidado Participación social amplia Acción intersectorial y DSS
Dominio IV: Políticas, planificación,	Prestación de servicios en el lugar más

⁴⁹Las competencias esenciales están presentadas con mayor detalle en el capítulo VIII

regulación y control	apropiado Coordinación asistencial Foco de cuidado Sistema de gobernanza único Gestión integrada
Dominio V: Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos	Oferta de servicios Primer nivel de atención Prestación de servicios en el lugar más apropiado Coordinación asistencial Gestión integrada

Fuente: Cuadro de elaboración propia.

Como lo plantea el cuadro, existe una vinculación directa entre las competencias esenciales en salud pública y la progresión hacia el trabajo en red. Que los servicios de salud se encaminen hacia un trabajo articulado y en red requerirá entonces de definiciones políticas e institucionales que lo promuevan y estimulen pero deben ir necesariamente acompañado por el desarrollo de competencias específicas por parte de los equipos de salud.

En el capítulo VIII se aborda de manera específica el análisis de algunas competencias consideradas relevantes para los equipos de salud del GCBA

Referencias bibliográficas:

- Bonazzola, P. (2003) Las residencias en el marco de una política de salud. En: Las residencias del equipo de salud: desafíos en el contexto actual / Cristina Davini [et al.].- 1ª. ed.- Buenos Aires: OPS. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Salud. UBA. Instituto Gino Germani.
- Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires (2013) Informe Anual. <http://www.defensoria.org.ar/institucional/pdf/informe13.pdf> Consultado el 2/9/14
- Duré, I. (2007) Un modelo territorial para la salud de los porteños: marcando el campo en la Ciudad. El sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En: Revista de la Maestría en Salud Pública Año 5- Nº 9 - Agosto 2007. Disponible en: http://msp.rec.uba.ar/revista/docs/009modelo_territorial_salud.pdf. Consultado el 29/03/2014
- Ley N° 153/99 Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- Ley N° 1777/05 Orgánica de Comunas, Ciudad de Buenos Aires.
- OPS (2010) Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. OPS, Washington.
- OPS (2013) Competencias esenciales en salud pública: Un Marco Regional para las Américas. Organización Panamericana de la Salud, Washington. Curso de Funciones Esenciales en Salud Pública. Edición Argentina. 2011. Disponible en: <http://cursospaises2014.campusvirtualesp.org/course/view.php?id=34>. Revisado el 8 de agosto 2014

Capítulo VIII

La percepción de los equipos de salud acerca de las competencias requeridas para trabajar en red

En el capítulo anterior se analizaron diversas dimensiones referidas a las condiciones del sistema de salud para el trabajo en redes integradas de atención. En este capítulo se describen específicamente algunas competencias de los profesionales consideradas centrales para que los equipos (y los servicios) puedan encaminarse poco a poco hacia un trabajo más integrado, articulado y en red.

Tal como hemos presentado en el marco conceptual, la perspectiva de redes constituye fundamentalmente un paradigma vincular y relacional en donde paralelamente a las normas, las pautas de gestión, etc., el hacer cotidiano de los equipos es el que puede fortalecer, promover o, por el contrario, obstaculizar el desarrollo de las RISS. Sería esperable que normas y pautas promuevan y estimulen el trabajo en red. Equipos, problemas a enfrentar pueden ser motorizadores también del desarrollo de servicios funcionando en red. Se trata de procesos que pueden ser concurrentes, paralelos y con posibilidad de generar sinergia entre ellos: normas que estimulen y equipos de trabajo que las activen.

Pensando también en la APS es clave considerar que si la misma pretende constituirse en el eje de articulación del sistema y de gestión de la trayectoria de las personas por los sistemas de salud, los profesionales deben tener una formación sólida y adecuada en la temática a fin de responder a las necesidades de la población.

El enfoque de las redes establece o propone la puesta en práctica de competencias y habilidades distintas a las que habitualmente se requieren en un servicio de salud funcionando en "compartimentos estancos". El Documento de OPS (2010) ya citado se refiere a RRHH suficientes, competentes, comprometidos y valorados.

Como dijimos en capítulos anteriores, los profesionales del sistema de salud, cualquiera sea el nivel de atención en el que se encuentren, deben contar

con competencias para desarrollar una atención integrada, trabajar en equipo, comunicarse eficazmente, negociar, liderar y supervisar, planificar y evaluar ya que son competencias transversales.

En las entrevistas realizadas, tanto con referentes de las cuatro regiones sanitarias como con referentes de la formación y la gestión, se relevó información acerca de las competencias de los RRHH a fin de analizar el desarrollo de aquellas relativas a las posibilidades de desarrollar y promover el trabajo desde la perspectiva de red.

Tal como fue presentado en los capítulos II y V, y siguiendo a Merhy, nos referimos a competencias asociadas a las llamadas "tecnologías blandas" tales como la comunicación, la negociación, el trabajo en equipo e interdisciplinario, el liderazgo. Se trata de competencias nodales para "gestionar la salud" con perspectiva de redes y con una mirada puesta en la articulación del sistema y en la integralidad de la atención.

Los equipos deben construir estas competencias en el día a día de su accionar, a través de la capacitación, la educación permanente, y sin perder de vista las condiciones de posibilidad que los entornos organizacionales promuevan. No es lo mismo trabajar en un entorno que favorece y estimula la cooperación que un ámbito que genera rivalidades y tensiones. En este sentido es necesario también reflexionar sobre los modelos organizacionales que, lejos de ser neutros, dan cuenta de momentos políticos y sociales, y de disputa de intereses.

La información recabada en las entrevistas, en talleres con directores de hospitales y mediante los registros de instancias de capacitación, fue procesada a la luz de un conjunto de competencias blandas fundamentales, seleccionadas a partir de dos documentos: en primer lugar, el "Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud" (Nebot, 2009); y en segundo lugar, el documento "Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas" (OPS, 2013). En el capítulo III se realizó una descripción de los aspectos centrales de ambos artículos.

Se presentan a continuación las competencias sobre las cuales se priorizó trabajar en función de los desafíos de los equipos de salud para con las RISS y de las características de la jurisdicción estudiada

Continuidad de la atención

En los hospitales del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires, tradicionalmente los pacientes se atienden con el profesional que cuenta con disponibilidad al momento de solicitar el turno, sin tener un conocimiento previo o mecanismos para volver a coordinar la atención con el mismo profesional. Luego, sigue su recorrido por el sistema de acuerdo con la patología y las especialidades requeridas para su tratamiento sin que a ningún profesional le concierna normativamente la responsabilidad por la integralidad de la atención.

En ocasiones los médicos orientan a sus pacientes para que luego de circular por las especialidades vuelvan a verlo al consultorio, intenten pedir turno nuevamente con él.

Existen algunas excepciones como en los hospitales y servicios pediátricos en los que, desde hace años, se mantiene una tradición de continuidad de atención con el mismo profesional en los llamados *consultorios de seguimiento del niño sano*. Hay experiencias similares en los servicios de adolescencia.

Otra área en donde se mantiene un vínculo con el paciente es en salud mental. El profesional maneja su agenda y, en muchos casos, los pacientes cuentan con los teléfonos de sus terapeutas y se comunican para avisar si no pueden asistir, etc. Esta continuidad se mantiene si el usuario no se agrava y requiere internación o alguna derivación específica. En estos casos, también se suele interrumpir o perder la continuidad.

En los centros de salud, es más habitual que pediatras, médicos tocoginecólogos, y médicos generalistas generen dispositivos para lograr la continuidad de la atención.

Seguimiento compartido

Se trata de una competencia de gran relevancia para estimular el desarrollo de las redes porque promueve el seguimiento de los pacientes a lo largo del continuo de atención y porque apela a que la misma pueda ser resuelta de manera colaborativa por profesionales de distintas disciplinas y especialidades en función de las problemáticas de salud.

Cabe señalar que esta competencia nunca fue mencionada por los entrevistados, excepto que el tema fuera consultado por el entrevistador. En este caso se despertaba asombro. Parecía no ser un tema trabajado y conversado por los profesionales, menos aún por aquellos que se desempeñan en el ámbito hospitalario. Según las respuestas obtenidas, podemos concluir que en el sistema de salud en estudio, estos procesos no están planificados. En esta investigación no se realizaron entrevistas en los ámbitos de internación, ya que se priorizó analizar la articulación entre los espacios ambulatorios. No obstante, frente a las consultas sobre seguir un paciente entre varios profesionales, en el marco hospitalario se hacía referencia a las situaciones de internación y a los procesos de interconsulta, como lo muestra el siguiente testimonio:

Cuando un paciente internado requiere que lo vea otra especialidad, se pide la interconsulta y el especialista pasa a verlo (Jefe consultorios externos hospital general).

Lo relatado por el profesional en la entrevista es bien diferente a un seguimiento compartido, sino que tiene la estructura de la tradicional interconsulta ocasional.

Por su parte, los testimonios de los centros de salud dan cuenta de que en muchos casos los profesionales logran realizar un trabajo de seguimiento compartido de pacientes. Algunos ejemplos son: pediatría y nutrición, pediatría, y salud mental, medicina general y pediatría.

Los médicos generalistas son quienes más se preocupan por la articulación de la atención, se los menciona promoviendo acciones compartidas entre especialidades, con los programas, etc.:

Se trata de coordinar que venga la madre a atenderse y traiga a los hijos a pediatría y nosotros lo coordinamos (Coordinador de residencia).

En los centros de salud hay una mayor preocupación por el seguimiento de los pacientes aunque aún no logra traducirse en acciones concretas que lo garanticen.

Aunque con dificultades, los médicos de CESAC intentan realizar el seguimiento de los pacientes que se internan en el hospital. Señalan que en la mayoría de los casos pierden el contacto con el paciente cuando estos requieren internación. Afirman que cuando tienen profesionales amigos en el hospital pueden acelerar la derivación, pero luego no tienen seguimiento de lo que allí ocurre.

Desde este centro los médicos generalistas se mantienen siempre comunicados para intentar un seguimiento de los pacientes nuestros que se internan (Jefe de CESAC)

Cuando el paciente tiene buen *rapport* con el profesional del centro de salud vuelve y le cuenta al profesional cómo marchan las cosas:

El paciente va al hospital y luego vuelve porque sabe que aquí tiene un lugar de seguimiento y contención (Jefe CESAC)

En síntesis, ***el seguimiento compartido no aparece todavía como una competencia desarrollada de manera global por el sistema de salud.***

Trabajo en equipo

Los gestores entrevistados siempre hacen referencia a sus equipos, muchos aseguran desarrollar reuniones para el intercambio y la discusión sobre la marcha de los procesos de trabajo. En general, se trata de espacios destinados a compartir información o a capacitarse. En las áreas programáticas se hace mención a reuniones mensuales con los directores de centros de salud.

En los hospitales se refieren a las reuniones de CATA⁵⁰, en donde en general se cumple con procesos burocráticos, formales y sólo en algunos casos se menciona el trabajo en equipo *ad hoc* para desarrollar un proyecto o tarea.

No se reflejan indicios de una cultura extendida del trabajo en equipo, de intervenciones o procesos conjuntos. En las especialidades médicas aparece reflejado en situaciones que requieren intervenciones conjuntas tales como las cirugías u otros procedimientos, pero ese trabajo con otros no suele tener luego espacios para el análisis y evaluación de la tarea.

En cambio, la temática sí está presente en el discurso de los entrevistados con roles formadores ya que éstos brindan ejemplos de acciones de trabajo asociado organizadas a través de reuniones periódicas entre coordinadores de residencias y con participación de residentes. En estos casos, el eje son las instancias de capacitación.

En ciertos casos, el trabajo en equipo se da porque algunas disciplinas comparten la atención en consultorio, tal es el caso, por ejemplo, de las nutricionistas con pediatras y obstétricas.

En otros relatos se confunde la perspectiva de trabajo en equipo con la gestión de procesos en el sistema de salud pues se hace mención a los problemas para articular entre los profesionales y el apoyo administrativo y logístico. En las cuatro regiones sanitarias, se señalan problemas de articulación entre las áreas profesionales y de apoyo (personal de logística, personal administrativo, etc.) para lograr una acción articulada:

Dentro de todo podemos articular bastante entre profesionales, el problema es cuando necesitamos apoyo administrativo o una camioneta para trasladar material, allí todo hace agua (Director de área programática).

En general, se mencionan las dificultades que se generan en la "cadena de responsabilidades" entre las obligaciones de unos y la de otros:

⁵⁰ En los hospitales de la CABA se denomina CATA al Consejo Asesor Técnico Administrativo. Se trata de un espacio formal de reunión de las jefaturas del hospital contemplado en la carrera profesional hospitalaria. El consejo asesora y asiste al director del hospital.

Tengo extraccionista. Tomo las muestras de sangre pero luego tengo problemas pues no tengo chofer para la camioneta (Jefe área programática)

Es posible apreciar una marcada diferencia entre la perspectiva del trabajo en equipo en los espacios hospitalarios y en los centros de salud. En estos últimos, parece haber mayor predisposición para el intercambio y la colaboración, tal vez porque se trata de espacios más pequeños y con equipos que trabajan cara a cara en lo cotidiano:

Acá podemos organizarnos en equipo y tomar decisiones asociadas, lo mismo con la jefatura de área; se hace más difícil cuando se requiere trabajar con otras áreas del hospital (Jefe de centro).

Tomando los conceptos del segundo documento señalado, en el dominio V sobre equidad en el acceso y calidad de los servicios individuales y colectivos se incluye como competencia: "Estimular y participar en equipos multidisciplinarios con enfoque comunitario y sensibilidad social para el mejoramiento continuo de la organización y funcionamiento de los servicios de salud".

Se trata de una competencia con diversidad de aristas. En todas las áreas programáticas y en los centros de salud se hace mención a profesionales trabajando multidisciplinariamente y se menciona la perspectiva social y comunitaria. Son equipos que enfocan los problemas de salud con mirada poblacional, es decir que se constituyen en el mismo proceso de análisis de las necesidades de la población de la zona:

En el área se trabaja en equipo. Los profesionales se juntan, discuten, intentan soluciones pensando en la zona (Jefe área programática, hospital general)

Son importantes las referencias al papel que han jugado en los centros de salud las residencias de educación para la salud, psicopedagogía y trabajo social, para promover instancias que vayan más allá del consultorio.

En la gestión de las regiones sanitarias el trabajo en equipo es más incipiente, precario, en muchos casos vinculado a la resolución de problemas

considerados urgentes. Sólo una de éstas desarrolló un equipo destinado a la gestión, conformado por profesionales con experiencia y con competencias para ello:

Son muchas las cosas que deberíamos hacer. En general, nos dedicamos a trabajar sobre aspectos urgentes. Cuesta mucho que la gente pueda colaborar entre sí. Tratamos de trabajar sobre listas de espera quirúrgicas, cómo facilitar la atención de chicos con bronquiolitis (Miembro de equipo de región sanitaria)

En los consultorios externos hospitalarios se habla de “lo multidisciplinario” para referirse a la diversidad de especialidades que se ofrecen. El trabajo conjunto está mayormente vinculado al interés o motivación individual:

Acá se atienden todas las especialidades, la gente pide turno con la especialidad que necesita. Hay profesionales que trabajan más solos y otros que interconsultan (Jefe consultorios externos).

Mientras que en los centros de salud emerge la preocupación por la articulación y por la necesidad de trabajar de manera integrada con el hospital, la misma inquietud no se refleja en los profesionales de este último.

Liderazgo, supervisión y coordinación

En su mayoría, los profesionales con responsabilidades intermedias de gestión asumen que su mayor desafío es lograr "sacar el trabajo adelante". Algunos se reconocen con habilidades personales para el liderazgo o valoran haber llegado al puesto porque los equipos los fueron promoviendo.

Todos indican que la tarea más difícil es lograr que la gente esté contenta, satisfecha, pues:

No tenemos ningún incentivo para dar (Jefatura área programática).

Acá la gente, mis compañeros, me fueron empujando a que yo tomará la conducción, se fue dando (Jefe CESAC)

Hay muchas referencias a cómo fueron modelando su rol a partir de experiencias previas: modelos de jefaturas que son tomadas como ejemplo de logros o intentos de gestionar de una manera distinta a como se realizaba en experiencias anteriores.

Varios de los entrevistados señalan que valoran el reconocimiento de sus pares y de sus equipos:

El trabajo es arduo, siempre tengo que estar detrás de un problema, así que por lo menos viene muy bien saber que los jefes de centro, la gente de los CESAC, te apoya y acompaña (Jefa área programática).

Considerando ahora la competencia relacionada con "participar en la coordinación de redes integradas entre los distintos ámbitos y niveles de atención, para mejorar la respuesta del conjunto del sistema a problemas de salud de la población" puede señalarse que los gestores se ven con responsabilidades para coordinar a la gente a su cargo; su gobernabilidad termina en los límites de su servicio, pero se reconocen con dificultades para coordinar más allá de esos límites.

Se valoran las articulaciones y redes de trabajo tendidas con profesionales *amigos* a quienes se pueda llamar para acelerar procesos y/o garantizar la atención de un paciente, pero la coordinación entre ámbitos y niveles no aparece como un tema prioritario en la agenda o en el discurso de los entrevistados.

Otra mirada para analizar las acciones de articulación y coordinación es la referida a las *redes institucionales* creadas desde el nivel central del Ministerio de Salud del GCBA. Los entrevistados valoran y reconocen las redes que se han creado en diversas áreas (Laboratorio, Sangre, Tabaquismo, entre otras) pero siempre aparecen como redes puntuales que abordan una temática y que no se vinculan activamente con otros ámbitos o niveles del sistema.

Según la información difundida, las redes del Ministerio tienen como objetivos:

- promover la interrelación de los servicios y prestaciones del Sistema de Salud de la Ciudad;
- garantizar el acceso a los mismos y asegurar la gratuidad de los beneficios.

En la página web del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires se presenta a la Dirección de Redes⁵¹ y se indica que la misma se propone:

- generar ámbitos de discusión e intercambio entre los trabajadores del sistema y el Ministerio;
- definir políticas de adquisición de los recursos; c) desarrollar guías y normas de atención.

Señalan que desarrollan la siguiente metodología: reuniones mensuales; relevamientos; seguimiento y control de los objetivos; elección de referentes operativos para cada una de las redes; consolidación del trabajo en equipo; y desarrollo articulado de tareas.

Se indica que se centran en organizar y controlar los siguientes aspectos del funcionamiento de las Redes: infraestructura edilicia; seguridad; control del equipamiento; personal médico y no médico de las áreas, horarios de atención y designación de turnos.

Se trata de *redes institucionales* que han logrado importantes avances en la coordinación de acciones y en la estandarización de criterios comunes entre servicios de la misma especialidad y/o con la misma tarea (red de laboratorio, red de diálisis, red de medicina transfusional, etc.), pero que no han avanzado aún en la articulación con otras áreas del sistema. Tampoco han dotado a los profesionales con herramientas para avanzar en la coordinación de acciones, como lo indican los siguientes fragmentos de discurso:

Nos reunimos una vez por mes e intercambiamos entre nosotros. Eso ha servido. Nos permite ayudarnos entre nosotros (Bioquímica en relación a la red de laboratorios).

⁵¹ http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/redes/presentacion.php?menu_id=4835 Consultado el 11/7/14

Sí, la gente va una vez por mes a las reuniones de las distintas redes, de los programas, pero eso a mí no me cambia mucho nada... sirve para estar informado (Jefe área programática).

Planificación y evaluación

La planificación y evaluación son reconocidas como competencias esenciales para quien asume responsabilidades de coordinación y gestión en los sistemas de salud.

El dominio IV se refiere a políticas, planificación, regulación y control. Una de sus competencias es "reconocer la planificación y la toma de decisiones como un proceso social, técnico y político para garantizar la obtención de los mejores resultados en salud".

Los entrevistados reconocen que planificar y evaluar son dos dimensiones importantes para el éxito de sus tareas. En general, se hace referencia al funcionamiento previo a tomar el puesto y a cómo fueron trabajando para lograr cambios. Ese parámetro les permite a los profesionales construir algunos indicadores de evaluación entre el "antes" y el "ahora".

Encontramos consideraciones acerca de la relevancia que tiene la evaluación para la toma de decisiones pero, en general, se trata de referencias sobre la gestión local del trabajo, sobre la cantidad de pacientes atendidos, sobre los problemas que se han evitado, etc., no hay posibilidades de pensar en los resultados en salud:

Antes se resolvía a los 'ponchazos', ahora tengo una planificación anual de cómo se cubren los consultorios, incluyendo las épocas de vacaciones y los picos de patología estacional (Jefatura de consultorio externo).

En muchas ocasiones, los profesionales pueden mostrar documentos con estadística propia que lograron procesar y/o documentos que han elaborado para presentar la gestión y organización del área a cargo.

En los consultorios externos hospitalarios los gestores tienen una clara mirada de los resultados referida a la cantidad de consultas, reducción de tiempos de espera, y mejora en la forma de asignación de turnos.

En el caso de los jefes de área programática y centros de salud, en cambio, existe una mirada de la planificación y la evaluación un poco más amplia, ligada al reconocimiento de la población que atienden y sus necesidades.

Se hace referencia a trabajos realizados para evaluar la situación de salud (ASIS) pero aparece como un proceso estático, algo que se hizo una vez:

Hicimos un ASIS cuando tomé la gestión. Fue un muy buen trabajo de reconocimiento hecho con toda la gente del área (Jefa área programática hospital general).

En las regiones sanitarias se visualiza la importancia de la perspectiva estratégica en la planificación pero se reconocen limitaciones para avanzar y concretar procesos de planificación y evaluación.

Comunicación y negociación

La comunicación se reconoce como un tema relevante en todos los testimonios recogidos, tanto en instancias formales de entrevista como en los registros de actividades con gestores de todos los niveles.

Esta competencia aparece en los relatos para dar cuenta de "problemas en la comunicación y/o problemas de vínculos entre la gente", cuando se indica que muchas de las dificultades obedecen a temas de "relaciones humanas" y que son aspectos muy complejos de abordar para quienes tienen responsabilidades de conducción. En general, se vincula dicha dificultad a un sistema que no se encuentra acostumbrado a los "premios y castigos". En la mayoría de las entrevistas aparece como una preocupación el tema de que "da lo mismo trabajar bien o mal" por lo cual resulta muy difícil ordenar el trabajo de la gente.

Las habilidades de los gestores medios para manejar conflictos y negociar entre actores aparecen como una competencia central, ligada a la comunicación,

para lograr que el sistema funcione. Se menciona también el lugar de "mediación" que se debe desarrollar para garantizar que las tareas se cumplan de la mejor manera posible.

La comunicación con la comunidad y con los usuarios no aparece como una preocupación, excepto cuando esto es consultado por el entrevistador. En general, en los hospitales se hace referencia a las habilidades que hay que tener para "calmar a la gente" cuando hay problemas en las ventanillas de consultorios externos, cuando falta un profesional y no hay quién lo cubra, etc., como se indica en los siguientes testimonios:

Mi primera tarea todos los días es frenar a gente que me mandan desde los mesones de turnos y que está furiosa con algún problema. Porque no le dieron el turno, porque se lo cancelaron, etc. Y yo me ocupo de que estas cosas no terminen explotando en la dirección del hospital (Jefe de consultorios externos de hospital general).

Cuando me dejan un consultorio sin cubrir tengo que hacer malabares entre la gente que protesta, el jefe de servicio a quien le tengo que rogar que baje alguien a reemplazar el director del hospital que quiere evitar que la gente vaya a protestar a la dirección (Jefe de consultorio externo, hospital general)

Los profesionales que hacen consultorio externo dependen de los servicios y parece que me hacen un favor a mí por atender, con lo cual siempre tengo que estar negociando con ellos y los servicios la cobertura de los consultorios (Jefe de consultorio externo).

Otro punto que se menciona es que en el ámbito del GCBA a la gente le cuesta respetar ciertas pautas:

Todos trabajan también en el ámbito privado y allí no cuestionan nada (Jefe de consultorios externos)

Si se analiza la comunicación desde la perspectiva de la organización también se reconocen dificultades:

Te citan a reuniones que no sabes para qué son, te cambian a la gente, te piden información que ya te pidieron por "otras ventanillas" y después todo queda en nada. Sin continuidad, eso te va pinchando y cansando (Jefa de depto. de área programática de un hospital general cabecera de región).

Te llegan los memos pidiendo información que nunca vuelven con soluciones (Jefe de centro de salud).

En algunos casos, también se relata lo poco que se utilizan los recursos actuales para facilitar la comunicación. Otros indican que si no fuera por los celulares personales resultaría imposible comunicarse con los centros de salud.

La comunicación y el manejo de conflictos aparecen en las entrevistas como dimensiones clave de la gestión sobre las cuales se actúa en el cotidiano pero al mismo tiempo se afirma que mayormente los profesionales no tienen oportunidades para formarse en la temática.

Uso de sistemas de información. Internet. Recursos virtuales

Los profesionales comentan que poco a poco están usando cada vez más las tecnologías de la información y la comunicación para desarrollar su trabajo. También indican que en el sistema cuentan con muy pocas condiciones para facilitar las tareas desde dicha perspectiva:

Si no fuera porque la gente mira los mails en sus celulares, ¡no tendrían posibilidad de chequear la información en horario de trabajo! (Jefa de área programática).

Se menciona que sólo las jefaturas tienen la posibilidad de sentarse en un escritorio y trabajar, aunque sea poco tiempo, frente a una computadora.

Encontramos repetidos testimonios acerca de la ausencia de un feed back de información, por ejemplo los entrevistados señalan negativamente que no reciben la información estadística que elevan procesada como material útil para la toma de decisiones:

Entiendo que uno tiene que elevar estadística pero nunca me dicen qué hicieron con eso (Jefe de consultorios externos).

Se relata que la gente está cada vez usando más la computadora, consultando información, haciendo cursos virtuales, pero todo depende de la voluntad del profesional para hacerlo por fuera de los servicios.

Los referentes de residencias aseguran que utilizan recursos virtuales gratuitos por fuera de los espacios oficiales del ministerio que implican mucha burocracia para ser usados. Un ejemplo de ello es la elaboración de un blog utilizado por la residencia de educación para la salud para registrar su trabajo y su producción⁵².

⁵² <http://rieips.blogspot.com.ar/p/quienes-somos.html> Consultado el 11/07/14

Percepción de los equipos de salud acerca de las competencias requeridas para trabajar en red.

Síntesis de elaboración propia en base a las entrevistas realizadas y registros de observación de actividades de capacitación ⁵³

Dimensión	Grado de Desarrollo de la competencias	Comentario síntesis
Continuidad de la atención	Mediano desarrollo	<p>Es una competencia de algunas especialidades (salud mental, pediatría, medicina general). Desarrollada en los CESAC y muy poco considerada en los hospitales (fundamentalmente hospitales pediátricos y servicios de pediatría).</p> <p>El punto crítico es el momento en el cual el paciente requiere ser atendido por otro nivel del sistema.</p>
Seguimiento compartido	Bajo desarrollo	<p>No hay una perspectiva de seguimiento compartido. No es aún una preocupación para los profesionales del sistema.</p> <p>No hay protocolos para el seguimiento compartido de pacientes que requieren circular por los distintos</p>

⁵³ La primera fuente es: Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrell Bentz RM. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Rev. Panam Salud Pública. 2009; 26(2):176–83. La segunda fuente es: Organización Panamericana de la Salud. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. Washington, DC: OPS, 2013. ISBN 978---92---75---31815---7

		niveles del sistema.
Trabajo en equipo	Mediano desarrollo	<p>Es dispar el desarrollo de la perspectiva de trabajo en equipo.</p> <p>En los CESACs y área programática aparece como una experiencia existente y en desarrollo.</p> <p>No así en los consultorios externos hospitalarios</p>
Liderazgo, supervisión y coordinación	Mediano desarrollo	<p>Se trata de competencias con una fuerte impronta personal.</p> <p>No hay un desarrollo organizacional promotor de estas competencias pero hay profesionales que las tienen y las desarrollan con su gente.</p> <p>Se suelen ofrecer cursos en la temática pero en general sin ofrecer espacios para problematizar y trabajar sobre los problemas concretos de la gestión.</p>
Planificación y evaluación	Bajo desarrollo	<p>Son escasos los servicios con tradición y experiencia para planificar y evaluar sus actividades. En general se elaboran reportes, informes en función de los pedidos del nivel central.</p>
Comunicación y negociación	Bajo desarrollo	<p>Se presenta como el aspecto más problemático para el ejercicio de la</p>

		conducción. Todos refieren problemas de comunicación entre los profesionales, entre niveles y áreas del sistema
Uso de sistemas de información/internet/ Recursos virtuales	Bajo desarrollo	En general librado al interés y voluntad de los profesionales. No se cuenta con recursos institucionales para su desarrollo.

Referencias bibliográficas:

- Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrell Bentz RM. (2009) Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Rev. Panam Salud Pública. 2009; 26(2):176–83
- OPS (2010) Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. OPS, Washington.
- OPS (2013) Competencias esenciales en salud pública: Un Marco Regional para las Américas. Organización Panamericana de la Salud, Washington. Curso de Funciones Esenciales en Salud Pública. Edición Argentina. 2011. Disponible en:
<http://cursospaíses2014.campusvirtualesp.org/course/view.php?id=34>.
Revisado el 8 de agosto 2014

CAPÍTULO IX

Análisis de dispositivos y estrategias para la formación

Introducción

El presente capítulo se propone sistematizar la información relevada sobre las estrategias de capacitación que se desarrollan en el sistema; considerar la perspectiva de los gestores y formadores entrevistados; y finalmente presentar una serie de propuestas y recomendaciones referidas a orientar la formación en competencias de relevancia para promover un trabajo articulado y en redes integradas de servicios de salud.

La capacitación ofrecida en la actualidad por el sistema de salud

La Dirección de Capacitación y Docencia (DCyD), dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, es responsable sobre la capacitación de los profesionales que trabajan en el sistema. Entre sus tareas se encuentra la de revisar y aprobar los cursos propuestos por los distintos efectores a fin de ser reconocidos por la carrera profesional hospitalaria.

El Ministerio de Salud a través de la DCyD no promueve ni estimula el desarrollo de la capacitación en temáticas específicas y/o prioritarias para las políticas de salud. En general cada servicio propone los temas que son de su interés y la DCyD solo revisa y aprueba en función del cumplimiento de pautas formales.

Entendemos que las temáticas de los cursos son un indicador relevante de las cuestiones que los equipos de salud priorizan para su formación y capacitación. Es por esto, que se decidió realizar un análisis de esta base de datos y vincular sus resultados con las líneas de investigación de este estudio.

Anualmente la DCyD revisa y aprueba un promedio de 850 cursos correspondientes a todos los efectores del sistema. A fin de caracterizar la oferta, se analizarán los cursos aprobados y dictados en el año 2013.

Sobre un total de 803 cursos, 47 (alrededor del 6 %) corresponden a cursos vinculados a temas de **Atención Primaria de la Salud y Medicina general**. Estos cursos están desarrollados por las áreas programáticas de los Hospitales Generales y los Centros de Atención Primaria de la Salud y Acción Comunitaria, y en algunos casos por profesionales de los hospitales generales que han comenzado a desarrollar cursos relacionados con el tratamiento de patologías crónicas como es el caso de la diabetes, la hipertensión arterial, la obesidad, etc.

Un porcentaje mayor (alrededor del 35%) está representado por los cursos de las llamadas profesiones “no médicas” del equipo de salud (salud mental, kinesiología, terapia ocupacional, servicio social, psicología, nutrición, psicopedagogía, etc.), dentro de este 35 % representan un peso importante todos los cursos del área de la **salud mental** (cabe señalar que dentro de ella predominan los cursos con perspectiva clínica).

Alrededor de otro 25% de cursos están vinculados a las distintas especialidades médicas y odontológicas. En general, estas capacitaciones centran sus contenidos en distintas temáticas sin evidenciarse una profundización sobre la atención ambulatoria o la integración de la asistencia. En este punto se señala como excepción los cursos de los servicios de pediatría vinculados a la atención ambulatoria.

Otro grupo de cursos está conformado por las propuestas desarrolladas por distintas áreas o programas centrales tales como: salud sexual y reproductiva, adolescencia, inmunizaciones, epidemiología, y gerontología.

Es interesante observar que en el conjunto de capacitaciones elevadas a la DCyD en general no están presentes los conceptos de redes de atención, atención integrada y/o integralidad. En los cursos correspondientes al ciclo 2013 la noción de "red" solo fue incluida en un espacio de formación del Hospital Borda referido a

la reinserción social de pacientes psiquiátricos (asimismo en los meses que corren del año 2014, solo una capacitación desarrollada por un equipo de CeSAC del Hospital Santojanni aborda la temática de "redes en salud"). Vale señalar que en su mayoría los cursos tienen como destinatario a quienes trabajan en las respectivas temáticas, es decir que las propuestas son elaboradas por un determinado servicio y para su formación interna, limitando aún más la posibilidad de apertura y trabajo en red dentro del mismo efector de salud.

En el mismo sentido, podemos señalar que el enfoque, interdisciplinario y/o multidisciplinario sólo se aborda por algunas áreas específicas tales como cuidados paliativos, gerontología y adolescencia, y por los cursos desarrollados por las áreas programáticas y/o CeSAC.

Hasta aquí estos datos evidencian que la perspectiva del trabajo en redes no forma parte de la capacitación en servicio en el sistema de salud. Esto invita a concluir que en el desarrollo de las actividades diarias tampoco existe tal perspectiva como eje de trabajo transversal más allá de algunos equipos y/o servicios que puedan desarrollarla de manera acotada.

Los cursos que abordan la temática de la gestión ofrecen también indicios respecto a cómo se enfrentan los problemas de organización cotidiana de los servicios. El concepto de gestión es incluido por los equipos hospitalarios que desarrollan cursos sobre procesos de calidad. Algunos departamentos de enfermería también trabajan el tema de la gestión de los cuidados y la organización de cuidados progresivos.

Vale destacar que la temática de la "gestión local" solo es planteada como un eje del trabajo por las propuestas del departamento de salud ambiental.

El SAME (Sistema de Atención Médica de Emergencia) forma sobre la temática de la gestión y las redes pero solamente con el foco puesto en el manejo de víctimas en masa y gestión de desastres.

La perspectiva de abordaje comunitario y/o integral es considerada en las propuestas de los cursos desarrollados por los centros de salud, en su mayoría correspondientes a los hospitales de zona sur.

La Dirección de Redes y Programas⁵⁴ eleva cursos referidos a algunos programas (adolescencia, gerontología) y a propuestas de articulación de áreas de diagnóstico (especialmente laboratorios)

Las regiones sanitarias en general no proponen cursos. Solo una región organizó espacios de formación sobre la atención de las enfermedades respiratorias en la infancia, mientras que la subsecretaría de planificación sanitaria solo desarrolló un curso de actividad física y salud.

La temática de la regionalización del sistema de salud y/o de la integralidad de los procesos de atención no es presentada como una propuesta destacada por ninguno de los cursos propuestos, aunque podemos suponer, por el conocimiento de los docentes invitados, que pueda ser abordado por algunos de ellos en algunas clases puntuales.

Aunque centradas básicamente en los residentes y con desarrollos discontinuos, debido a los vaivenes de las distintas gestiones, merece una atención especial las propuestas de capacitación desarrolladas directamente por la DCyD aproximadamente a partir del año 1996 pues en las mismas se evidencia preocupación de sus equipos profesionales por los desafíos que debe encarar el sistema:

- Cursos transversales en temas tales como: medicina basada en la evidencia, cuidados paliativos, metodología de la investigación, redes de salud, adolescencia, epidemiología, tabaquismo.

- Actividades cogestionadas desarrolladas por la denominada Unidad de Capacitación en Prevención, Educación y Promoción de la Salud (UniCaPPES) con la participación de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud, el área de educación para la salud del Instituto de Zoonosis Luis Pasteur y la Dirección de Capacitación. Estas actividades abarcan diversas temáticas como por ejemplo: derechos humanos y salud, comunicación en salud, zoonosis y salud ambiental, entre otras. A los fines del presente trabajo se destaca especialmente

⁵⁴ La Dirección de Redes y Programas dependiente del Ministerio de Salud del GCBA coordina los programas centrales y redes de áreas específicas tales como: laboratorio, farmacia, sangre, etc.

la actividad realizada en el año 2002 con el Dr. Pablo Bonazzola, de la cual surgió uno de los pocos documentos elaborados por la gestión de la Ciudad de Buenos Aires referido a áreas de salud⁵⁵.

- Grupos de trabajo tales como el grupo Salud y Migraciones, Salud Pública y Prácticas Integrales de Cuidado.

- Trabajo en convenio con la OPS. Aquí se incluyen dos talleres con directores de hospital y la participación de profesionales del GCBA en el curso virtual de Renovación de la APS dictado en el Campus Virtual de Salud Pública.

Se realizaron dos talleres para abordar la perspectiva de los hospitales en el marco de las RISS, ofrecido para directores de hospital y responsables de regiones sanitarias que se realizaron en el año 2012 pero que no tuvieron continuidad en el trabajo.

Como evaluación, los directores de hospital valoraron los encuentros, resaltaron el avance que implica empezar a pensar en regionalización, señalaron que el camino recién se inicia y reconocieron que en la historia de la CABA el hospital sigue siendo el centro del sistema de salud.

A los efectos del presente trabajo vale destacar que siempre que se refirieron a redes que funcionan hicieron mención al valor de las "redes informales" dando cuenta del valor que tienen los vínculos con aquellas personas claves que ayudan a resolver problemas, o la posibilidad que tienen de ayudarse entre hospitales en el marco de la lógica de la reciprocidad.

Por otro lado, participaron profesionales con responsabilidades de gestión intermedia en el curso de "Renovación de la APS" ofrecido en el marco del CVSP-OPS.

El curso contó con un módulo centrado en la temática de RISS y las producciones de los participantes (debían desarrollar un proyecto de intervención

⁵⁵ Comunas, áreas de salud en la CABA. Capacitación en servicio. DCyD. Secretaría de Salud. GCBA. Año I Nro I. Octubre 2002. Disponible en: <https://drive.google.com/folderview?id=0B1HbXRn5hv-IOGJIQUw5SVFHMGs&usp=sharing>. Revisado el 11/9/14

para aprobar el curso) reflejaron la preocupación por los problemas centrales del sistema: articulación entre niveles, accesibilidad, integralidad de la atención, participación comunitaria.

Finalmente y a modo de síntesis, dando una mirada panorámica sobre las propuestas de capacitación, pueden reconocerse los siguientes enfoques prototípicos:

- Los cursos centrados en las distintas **especialidades** del sistema de salud. Estos tienen un peso importante en la realidad cotidiana de los hospitales y cumplen un rol relevante en garantizar la actualización permanente de los profesionales en diversas temáticas claves de la atención

- Los cursos desarrollados por **programas centrales** destinados a trabajar con sus referentes en los diferentes efectores del sistema como son los casos de los cursos de inmunizaciones, epidemiología, salud sexual y reproductiva, etc.

- Las propuestas de algunas **áreas programáticas y CeSAC** centradas en la perspectiva de derecho, la APS, y la organización de los procesos de atención.

A partir del relevamiento realizado puede señalarse que los cursos de las especialidades no abordan los procesos de atención y la organización del trabajo, mientras que esto sí es una preocupación de las áreas programáticas y los centros de salud.

Desde las áreas programáticas, especialmente desde algunas, se visualiza a la capacitación como una oportunidad para dinamizar la gestión y asumir el tratamiento de problemas para la mejora de los procesos de atención. Se organizan cursos, generalmente con temáticas ligadas a la Atención Primaria de la Salud, y se proponen aprovechar las instancias de capacitación para posibilitar el encuentro de los trabajadores de los distintos centros de salud del área.

Los responsables de las áreas programáticas y de algunos CeSAC reconocen una preocupación respecto a los cursos centrados en las especialidades, que aunque puedan ser válidos para la profundización y actualización temática, no aportan a la revisión de los modelos de atención. Se

inclinan hacia la organización de actividades en las cuales se puedan reunir profesionales de distintas especialidades y hacer foco en problemas de la atención que deben resolverse.

En cuanto a los dispositivos de formación, en general aparece la mención a clases, ateneos, práctica hospitalaria. En algunas áreas tales como salud mental y bioética aparece el uso de algunos recursos particulares para movilizar el trabajo como por ejemplo el cine debate, propuestas de lecturas, arte, etc.

Las jornadas hospitalarias

No puede dejarse de hacer mención al papel que juegan en el sistema de salud las actividades que se desarrollan en el marco de las habituales jornadas hospitalarias, jornadas de residentes, etc. pues suelen ser espacios en los cuales aparecen temáticas generales tales como estado del sistema de salud, redes, bioética, derecho, etc.⁵⁶. Aunque luego no suelen articularse con la continuidad de acciones vale destacar que su realización es una manera de introducir la temática en la realidad cotidiana de los servicios. Por ejemplo, en el año 2013, las jornadas hospitalarias incluyeron temáticas tales como: buenas prácticas en un hospital público, la accesibilidad como horizonte, modelos de atención en los hospitales públicos, comunicación en el equipo de salud, participación, solidaridad y ética, violencia y sociedad en los hospitales.

Aunque en su mayoría son temáticas abordadas por conferencias centrales de apertura, con reconocidos expositores externos, mientras que luego el resto de las actividades suelen tener los formatos tradicionales de mesas y presentación de trabajo según las distintas especialidades, es interesante reconocer que son temáticas que empiezan a estar en la “agenda” de los hospitales y estas presentaciones en las jornadas pueden constituir una buena oportunidad para su desarrollo y profundización.

⁵⁶ Ver: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/jornadas_hospitales/index.php. Visitado el 30/08/2014

La capacitación en gestión de servicios de salud ofertada por las asociaciones profesionales

Una mención aparte merecen los cursos de administración y gestión hospitalaria desarrollados por las instituciones gremiales que se dictan en convenio con el GCBA. En el marco de los acuerdos de la carrera hospitalaria son requisito para acceder a los cargos de conducción.

Se trata de cursos de más de 500 horas de duración desarrollados por el Instituto de Formación de la Asociación de Médicos Municipales⁵⁷ y por la Federación de Profesionales del GCBA⁵⁸.

El curso dictado por la Asociación de Médicos Municipales tiene una larga historia en el sistema y ofrece una propuesta centrada en la administración desde una perspectiva tradicional. La mayoría de sus alumnos son médicos. La asociación cuenta con un instituto especialmente dedicado a la capacitación que brinda una diversidad de cursos y postgrados muchos dictados en acuerdo/convenio con instituciones universitarias. Asisten alumnos tanto del sistema de salud de la CABA como profesionales de la salud de otros sistemas y de distintos lugares del país.

El curso dictado por la Federación de Profesionales comenzó a dictarse en el año 2004, con una propuesta más innovadora tanto desde los temas abordados y los docentes, como desde los dispositivos de trabajo. Se incluyen módulos en los cuales se profundiza la problemática epidemiológica de la ciudad, se trabajan perspectivas críticas respecto a los modelos organizacionales, etc. La mayoría de sus alumnos son profesionales de las distintas disciplinas no médicas del equipo de salud que trabajan en el sistema. Hay una fuerte presencia de profesionales de las áreas de diagnóstico y tratamiento.

Parecería encontrarse en las propuestas de la Federación una mayor preocupación por promover cambios en las modalidades de trabajo y atención.

⁵⁷ http://www.medmun.org.ar/images/stories/2014_page_3.jpg. Visitado el 30/8/14

⁵⁸ <http://www.federaciongcaba.org.ar/postgrado-gestion-y-administracion-de-servicios-de-salud>. Visitado el 30/8/14

Dictan también una serie de seminarios en temáticas tales como liderazgo, herramientas de gestión organizacional, comunicación, etc.

La perspectiva de los gestores y formadores entrevistados

En las entrevistas realizadas se evaluaron las instancias de capacitación como una oportunidad importante para la promoción de cambios en el funcionamiento del sistema de salud.

Los profesionales con responsabilidades de gestión dan cuenta de la relevancia que ha tenido en sus desarrollos profesionales los cursos, los seminarios y las instancias de encuentro con colegas:

Una de las cosas que más valoro son las reuniones, cursos que se hacen en el área y que me permiten encontrarme con otros jefes de centro y poder conversar con ellos, ver como resolvemos distintas cuestiones (Jefe de CeSAC)

Aquellos profesionales que tienen una mirada sobre la perspectiva formativa, problematizan los procesos de atención, marcan la tensión con la que conviven cuando en los espacios de capacitación deben polemizar sobre muchas de las prácticas que cotidianamente se realizan, y se atreven a proponer una serie de dispositivos que consideran relevantes para apoyar procesos de cambio.

En general plantean que debe avanzarse en el desarrollo de propuestas formativas que pregunten, reflexionen, y analicen acerca de por qué hacemos las cosas de esta manera y no de otra:

Es fundamental que la gente empiece a darse cuenta que la continuidad de la atención, el cuidado, la integralidad son tan importantes como el estetoscopio señala un coordinador general de residencia médica.

Distintos entrevistados refieren priorizar las estrategias por sobre las temáticas. Sostienen que el eje pasa por desarrollar competencias para reflexionar, para generar la movilización de actores e ir generando nuevas hegemonías motorizadoras de cambio.

En varias ocasiones, si bien se valora que las asociaciones profesionales se involucren en la capacitación, se sostuvo que no desarrollan propuestas que problematiquen la realidad cotidiana. Se las visualiza como actores relacionados con la conservación del status quo, lejos de una voluntad de cambio que se dirija hacia nuevos modelos de trabajo y formación que construyan el compromiso de los trabajadores con la salud pública.

Se destacan comentarios referidos a la diversidad de profesionales con que cuenta el sistema de salud de la CABA, las adecuadas condiciones de contratación, pero se señala también las dificultades para modificar modalidades de organización y trabajo:

Es difícil encontrar contextos con tanta diversidad de profesionales y recursos y que tenga tantas dificultades para trabajar un poco mejor. Somos un buen ejemplo para ver que más de lo mismo no tiene mucho sentido (Coordinador general de residencia).

Estos comentarios se vinculan a la importancia que debe otorgarse a los procesos de capacitación en el marco del trabajo cotidiano en el sistema. Se destacan también comentarios ligados a la importancia de la informatización, de la Historia Clínica Informatizada como un proceso clave para apoyar en la actualidad los procesos de formación:

No sabes como ayuda poder tener todo el historial del paciente, saber por dónde circuló, acceder a evidencia. No podemos pensar en dispositivos de formación que hoy en día no tengan en cuenta esta dimensión (Jefe de CeSAC)

Se hacen también muchas referencias al tema comunicacional y a la relevancia que tiene el adecuado manejo de conflictos. Se mencionan diversas situaciones del sistema en donde las cosas funcionan o no funcionan de acuerdo a las características y actitudes de algunos involucrados⁵⁹

⁵⁹ La competencia comunicacional fue abordada en el capítulo VIII de este estudio

Destaco también dos cuestiones sustantivas aportadas por los entrevistados:

- una referida a la importancia de generar dispositivos para que los trabajadores puedan "construir buenos problemas", la cuestión no es cómo formarse, en qué capacitarse sino discutir cuáles son los problemas relevantes:

En general mi experiencia me dice que tenemos puntos de vista tan distintos que lo más rico que me ha pasado en las experiencias formativas son los procesos de discusión que llevan a ponernos de acuerdo en algunos problemas de trabajo que todos podamos ver y sobre los cuales podamos tener intervenciones compartidas (Profesional de nivel central con amplia experiencia en distintos puestos)

- otra referida a la necesidad de desarrollar nuevas posiciones en las organizaciones. Se sostiene que en general los profesionales que están en roles de gestión suelen estar desbordados de las tareas cotidianas, de las cuestiones urgentes y cuentan con poco espacio para tensionar y promover cambios. Se considera fundamental que cuenten en su equipo con alguien que actúe como motivador, movilizador, organizador de los procesos de cambio, articulación e integración:

Debe ser un tema de alguien con nombre y apellido. Caso contrario queda en la nada. En los centros de salud donde alguien asume formalmente estas responsabilidades se producen movimientos interesantes (coordinador general de residencia con sedes en centros de salud)

Algunas dimensiones para pensar los dispositivos y estrategias para la formación en competencias vinculadas a la intervención en RISS

A partir de la situación presentada en el capítulo VII en cuanto al estado de progresión del sistema de salud de la CABA hacia las redes de atención, el relevamiento respecto a las actividades de capacitación y las entrevistas realizadas, se presenta a continuación una serie de dimensiones, de elaboración

propia, referidas a las características que deberían reunir las propuestas de capacitación que se encaren para acompañar un proceso de trabajo que se encamine a fortalecer la perspectiva de red.

El orden de dichas dimensiones no implica algún criterio de mayor o menor jerarquía, se considera que será el problema y la circunstancia lo que priorizará una u otra dimensión.

- *La concepción de proyecto integral*

Es deseable que las propuestas formativas se elaboren articuladamente con los espacios de cambio en la práctica concreta. No podemos pensar en procesos de cambio si las instancias formativas no se articulan con procesos de cambio organizacional.

Los dispositivos formativos pueden ser motivadores del cambio y de nuevos procesos de trabajo pero estos deben hacerse visibles en lo cotidiano. En este sentido, es esperable que los dispositivos educativos incluyan instancias de síntesis y producción de documentos, recomendaciones, manuales de procedimientos que posibiliten una vuelta a la actividad con acuerdos consensuados y documentados.

- *La gestión de los procesos de trabajo. La articulación con la elaboración de guías y manuales de procedimientos*

La necesaria articulación entre el desarrollo de competencias para trabajar en red y el modelo organizacional requiere que ambas perspectivas se enriquezcan mutuamente. Como se señala en el punto anterior, la elaboración de guías y manuales de procedimientos en una tarea asociada y participativa resulta un camino nodal para la generación de cambios que puedan ser sostenidos en el tiempo.

Es fundamental en el mundo laboral que las instancias formativas puedan desarrollarse y culminarse con acuerdos y compromisos de continuidad tanto de formación como de puesta en acto en el trabajo cotidiano.

En la CABA, podrían pensarse en dispositivos participativos con profesionales de los tres niveles de atención que revisen la circulación de pacientes por el sistema y generen documentos con recomendaciones prácticas para todos los colegas del sistema.

- *La idea de continuidad y sostenimiento en el tiempo*

Los procesos de aprendizaje en las organizaciones son difíciles, lentos y de largo aliento. Cualquier propuesta educativa debe asumir que no hay un proceso lineal entre actividad y cambio, por ello es esperable que se desarrollen dispositivos con continuidad en el tiempo, que sean capaces de volver de manera espiralada sobre los mismos problemas, en procesos recursivos de mejora a partir de la revisión de las prácticas.

- *La articulación teoría - práctica*

Cambiar formas de trabajar y organizarse nunca será solo consecuencia de revisar y aprender qué dicen los libros, las investigaciones realizadas, las experiencias de otras organizaciones. Se requiere siempre de dispositivos que revisen, e interpelen la práctica cotidiana, tanto a la luz de nueva información "teórica" como a la luz de la propia experiencia de los protagonistas cotidianos de las tareas.

La teoría promueve la generación de conocimiento práctico, para la acción y la práctica cotidiana posibilita teorizar. Las redes de trabajo son instrumentos para la construcción de marcos teóricos a fin de entender y resolver problemas de la práctica.

En la CABA, resulta central poder desarrollar procesos que permitan acercarse a nuevas propuestas conceptuales pero que puedan ser trabajadas en función del aquí y ahora de los involucrados. El análisis de situaciones concretas y las modalidades de resolución es un camino posible para esto. Por otra parte, se requiere de procesos de educación permanente en donde se pueda volver sobre los problemas y sus contextos.

- La perspectiva de diversidad de puertas de entrada

Los dispositivos de formación deben ser capaces de ofrecer oportunidades variadas de acceso a los problemas y a sus soluciones.

Siguiendo los conceptos de Howard Gardner sobre inteligencias múltiples, podemos señalar que los seres humanos son capaces de conocer el mundo de modos diferentes. Donde los individuos se diferencian es en la intensidad de estas inteligencias y en la formas en que se recurre a ellas y se las combina para llevar a cabo diferentes labores, para solucionar problemas diversos y progresar en distintos ámbitos (Gardner, 1993).

Este autor señala que podemos pensar en el conocimiento de un tema como en la imagen de una habitación a la que se puede acceder desde diferentes puertas. Sus investigaciones sugieren que cualquier materia rica, cualquier concepto importante de ser enseñado puede encontrar por lo menos cinco maneras diferentes de entrada: narrativa, lógico-cuantitativa, fundacional, estética y experiencial.

Habrán personas que aprenderán mejor a partir de la explicación y el análisis oral, habrá otros que al ser eminentemente prácticos necesitan observar y ejecutar, etc. Obviamente, estas puertas de entrada muchas veces se superponen o se ensanchan según nuestros estilos y entendimientos. Desde esta perspectiva los dispositivos de formación deben ser capaces de abrir diferentes entradas a los problemas del trabajo.

- La concepción de aprendizaje ubicuo. El uso intensivo de las tecnologías de la información y la comunicación

Siguiendo los desarrollos de Burbules (2012) nos referimos a aprendizaje ubicuo como la posibilidad de aprender en cualquier momento y en cualquier lugar.

En la actualidad, la tecnología permite enseñar y aprender sin la necesidad de sentarse en un aula para escuchar a un profesor, o visitar una biblioteca,

quiera es necesario sentarse frente a una computadora. Tenemos la posibilidad de acceder al conocimiento en diversos soportes y en todo momento.

En este marco, sostenemos que los dispositivos de aprendizaje que se desarrollen deben incluir en su "integralidad" el papel de los actuales recursos de interacción y comunicación, buscando generar estrategias de las denominadas "blending learning" que permiten articular momentos de trabajo presencial con momentos de interacción y producción soportados en espacios virtuales y con posibilidad de acceder a través de computadoras, tablets y teléfonos celulares en base a criterios de oportunidad y adecuación.

- Los pequeños cambios como "promotores" de grandes cambios

Los cambios, aunque puedan ser pequeños, cuando ofrecen resultados visibles son motorizadores de nuevos cambios y aprendizajes.

En esta perspectiva, los aprendizajes logrados y los cambios generados son estímulos para nuevas modificaciones y para el desarrollo de círculos virtuosos de análisis, reflexión y cambio.

Los dispositivos de formación deben acompañar y sostener las pequeñas innovaciones que se generen posibilitando un seguimiento de su impacto y documentando sus resultados.

Presentar y compartir algunos de los avances y desarrollos que se presentan en los testimonios es un camino posible para permitir que pasen de ser buenas experiencias de algunos grupos a propuestas de trabajo consensuadas y compartidas por el sistema.

- La perspectiva del equipo de salud

El trabajo en salud es básicamente una tarea con otros, un trabajo en equipo. La perspectiva de redes es fundamentalmente relacional por lo cual no pueden pensarse dispositivos de formación que no se propongan un abordaje de lo grupal.

No debe considerarse el trabajo en equipo como instancias consolidadas e inamovibles sino como colectivos que se organizan para realizar tareas juntos en

función de la resolución de problemas. Estos pueden cambiar y los grupos rearmarse, reorganizarse y adecuarse a los distintos desafíos a enfrentar.

Esta perspectiva debe también abrir la puerta a que los dispositivos de formación no se organicen por disciplina y/o por patología, sino que los problemas a encarar y las soluciones a buscar sean el eje organizador para definir la convocatoria a todos los involucrados. El equipo se debe constituir en un colectivo organizado de aprendizaje y producción

- *Espacio para la Subjetividad del trabajador*

Los procesos de aprendizaje y cambio requieren partir de considerar las necesidades, problemas e intereses del profesional. Los dispositivos que se encaren deben dar espacio para que se pueda hablar, revisar y trabajar su mirada, tanto desde lo individual como desde la lógica de sus distintas pertenencias (área de trabajo, disciplina de base, equipo de trabajo, etc.)

- *La perspectiva comunicacional*

Toda organización es un entramado de conversaciones. La atención respecto a la calidad de los procesos comunicacionales es un eje central en el diseño de propuestas educativas.

La dimensión comunicacional debe ser un eje articulador de la atención de los formadores pues en el vínculo formador-aprendiz el formador asume un rol asimétrico de mayor responsabilidad en la construcción de los vínculos comunicacionales.

Este aspecto, muy problematizado por los entrevistados, requiere ser visibilizado como un punto crítico y abordado con dispositivos que vayan más allá de los cursos tradicionales.

¿Qué no debería faltar en ningún dispositivo de formación en el mundo del trabajo en salud?

- El compromiso con la experiencia de vida y con el trabajo de los sujetos involucrados

- La participación activa de los individuos.

- El trabajo en grupos, en redes de intercambio, en colectivos por proyecto.

- La resolución, intervención, discusión sobre problemas reales de las tareas cotidianas

- La posibilidad de articular actividades por disciplinas, por sectores, por problemas, por intereses

- La construcción de visiones compartidas, de consensos, la producción de sentido para con el trabajo.

Siguiendo a Perkins y Solomon (1998), un diseño de formación satisfactorio podría ser ilustrado a través de la metáfora de la *ecología del aprendizaje*, entendida como el sistema social, ambiente, recursos e interacciones, que facilitan las condiciones del aprendizaje.

Dentro de ese diseño es importante también favorecer la autonomía y autorregulación de los participantes, para ello se debe invitarlos a tomar decisiones, buscar alternativas y seguir un proceso y reflexivo en su propio aprendizaje; no solo para dirigir el aprendizaje individual sino también para ampliar las posibilidades de aprender de los otros y con otros.

La selección de dispositivos y propuestas educativas debe ir de la mano de educadores con expectativas positivas sobre sus aprendices, capaces de desafiar a sus aprendices a desafiarse, crecer, cambiar.

De acuerdo a Mastache (2007), los educadores deben también ser capaces de:

- Trabajar sobre situaciones reales
- Elegir competencias de significatividad subjetiva y social
- Mostrar diversos paradigmas científicos y contrastarlos

- Desarrollar actividades de formación que integren conocimientos, habilidades cognitivas, habilidades procedimentales y actitudes
- Considerar las incertidumbres, las ambigüedades y las contradicciones propios de la práctica profesional
- Abordar las situaciones desde la complejidad interdisciplinar
- Integrar la teoría y la práctica a través de espacios de reflexión sobre la propia práctica

Siguiendo la perspectiva de la EPS, señalamos que así como el espacio laboral con sus problemáticas y desafíos de cambio, deben constituirse en el eje del trabajo formativo; los dispositivos de formación deben constituirse en un lugar de encuentro de sujetos con su saber y su poder, para que a través de su accionar colectivo se empoderen de sus capacidades y construyan nuevas posibilidades para un hacer cotidiano de mejor calidad y con mejores condiciones de enfrentar la realidad.

Es clave también que pueda abordarse en el marco de la perspectiva interprofesional con el fin de reducir el clásico corporativismo de las profesiones y fortalecer relaciones de colaboración no jerárquicas.

Bruner, refiriéndose al proceso de andamiaje en el desarrollo del lenguaje, señaló alguna vez que "donde antes había un espectador, que haya ahora un participante" (citado por Rogoff, 1993, p. 130). En esta línea de pensamiento cualquier dispositivo que se proponga debe trabajar en tener más participantes y menos espectadores.

Estos principios y dimensiones reseñadas permiten revisar una serie de estrategias para el desarrollo de procesos de formación promotores del trabajo en red.

Es importante indicar que no se trata de propuestas cerradas sino de un "banco" de alternativas que no tienen sentido por si solas sino que son de utilidad en tanto y en cuanto se encadenen en una lógica de programa y proyecto global de educación permanente. Vale indicar también que en la práctica no funcionan

como compartimentos estancos sino que se articulan en dispositivos complejos que ponen en acción esta diversidad de estrategias que se conjugan de manera diferente de acuerdo al momento y a la temática. Se describen a continuación 3 grupos de estrategias:

- **Estrategias ligadas a la reflexión**

Centran su eje en revisar la práctica cotidiana. Buscan dar un espacio relevante a la perspectiva y a la subjetividad del trabajador. Casos, situaciones problemas, son adecuados disparadores para este tipo de propuestas.

- **Estrategias ligadas a la producción**

Centran su eje en la elaboración de productos, documentos, materiales, guías de intervención, circuitos de actividad. Los denominados talleres suelen ser un buen ejemplo de este tipo de estrategias en donde el desafío del trabajo es producir materiales (tangibles o intangibles).

Generalmente implican el intercambio de opiniones y perspectivas para la toma de decisiones

- **Estrategias vinculadas al desarrollo de competencias transversales**

Liderar el trabajo grupal, supervisar la tarea, comunicarse con eficacia o negociar frente a una situación conflictiva no son competencias innatas. Requieren de su entrenamiento y práctica. Además es fundamental ajustarlas al contexto en las cuales se deben desempeñar. No es lo mismo liderar un proyecto de trabajo a partir de la imposición de ideas que a través de la construcción de visiones compartidas.

El desarrollo de estas competencias requiere de instancias de debate, de práctica, de análisis de situaciones, etc. El análisis de películas, las dramatizaciones, el estudio de casos son recursos posibles para estos trabajos.

- Estrategias ligadas a la Educación Informal

Tal como se mencionó en el capítulo V se trata de la promoción de efectos educativos a través de diversidad de estrategias y dispositivos.

La conformación de los espacios de trabajo y encuentro, los mecanismos institucionales de comunicación, las modalidades para evaluar el desempeño de los trabajadores, modelan hábitos y conductas por lo cual se trata de poder analizar y trabajar de manera activa y consciente sobre estos aspectos.

En el marco de este trabajo y en función de las dimensiones que la perspectiva de redes requiere desarrollar, **se presentan una serie de estrategias y dispositivos que entramados en el marco de la educación permanente pueden tornarse en propuestas didácticas relevantes para promover el trabajo en red.**

Es importante aclarar que ningún dispositivo es válido y útil por sí solo. Se trata de propuestas que tienen valor en el desarrollo de un entramado de proyectos en donde la intervención educativa es un componente más en el marco de la revisión de todos los procesos de trabajo.

Lo que se propone es hacer foco en el "componente educativo" de la dimensión para pensar cómo desde allí se tensionan los procesos de trabajo:

Dimensión	Estrategias pedagógicas
Conocimiento de la Población y territorio	Se trata de una dimensión que puede ser desarrollada en todos los niveles del sistema con distinto grado de desarrollo y profundidad. Ejercicios de mapeos barriales, análisis de datos secundarios, elaboración de Análisis de Situación de Salud (ASIS), trabajos cualitativos centrados en intereses y expectativas de la población asistida, son algunas estrategias que vinculadas con la reflexión y el análisis pueden constituirse en espacios que

	acompañen un mayor desarrollo de esta dimensión.
Amplia oferta de servicios	<p>Favorecer la integración asistencial requiere saber con quién trabajamos y que hacen los "otros".</p> <p>El mapeo de recursos es un punto de partida para desarrollar esta dimensión.</p> <p>La construcción y divulgación de bases de datos de servicios, tareas, responsables, modalidades de comunicación constituye uno de los primeros pasos hacia la constitución de redes.</p> <p>Los recursos virtuales pueden ser un adecuado mecanismo para promover la comunicación interna de tareas y responsabilidades.</p>
Primer Nivel de Atención / Existencia de mecanismos de coordinación asistencial/ Prestación de servicios en el lugar más apropiado	<p>El fortalecimiento de la lógica de RISS requiere en este caso avanzar hacia un proceso de construcción de confianza y trabajo compartido con los otros niveles del sistema para lograr que el PNA pueda avanzar hacia un rol de coordinación asistencial.</p> <p>Los dispositivos de encuentro, trabajo conjunto en la redacción de pautas y guías de atención constituye una estrategia relevante.</p> <p>El desarrollo de procesos de apoyo matricial también aportan a este propósito.</p> <p>Se trata de promover encuentros que desarrollen confianza compartida. Si conozco, confié, si escucho, comparto.</p> <p>Implica reconocernos en la diferencia en un marco de trabajo compartido: una comunidad de práctica.</p>

	<p>Los ejercicios de elaboración conjunta de proyectos terapéuticos constituyen disparadores claves para el desarrollo de esta dimensión.</p> <p>La elaboración de contratos de trabajo y acuerdos entre grupos son también instrumentos relevantes</p>
Foco de cuidado	<p>Es una de las dimensiones más complejas de trabajar. Requiere una indudable articulación con la formación de grado de los trabajadores de la salud pues centrar la mirada en la prevención es un proceso de largo aliento en el desarrollo de los comportamientos socioprofesionales.</p> <p>La constitución de equipos multidisciplinarios, con diversidad de formación es un camino importante para promover otras miradas sobre los procesos de cuidado.</p> <p>Las instancias de presentación y discusión de casos es una estrategia que habilita a trabajar y analizar el cuidado en todas sus dimensiones y en todo su devenir.</p> <p>La asociación de generalistas y especialistas en el desarrollo de proyectos de investigación y en la redacción de guías de diagnóstico y tratamiento.</p> <p>El desarrollo e incentivo de profesionales con intereses especiales (patología crónica, interculturalidad, comunicación, atención domiciliaria, paliativos) es una estrategia relevante para dotar a los servicios de promotores de cambio en el foco de cuidado</p>
Sistema de gobernanza	La gobernanza desde la perspectiva de redes requiere

<p>único / integración de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico/sistema de información integrado</p>	<p>el aprendizaje de nuevas modalidades organizacionales.</p> <p>Pasar de un modelo piramidal de gobierno a una estrategia de red requiere entre otras cosas la formación de gerentes, gestores, coordinadores, capaces de desarrollar una nueva mirada para el gobierno de los servicios.</p> <p>Cursos y talleres para gestores de nivel intermedio que acompañen los procesos de cambio son espacios fundamentales.</p> <p>Se trata de abandonar los cursos centrados en la especialidad, en la disciplina para abordar los procesos, la comunicación, la consolidación de lo vincular.</p> <p>Tanto el compartir experiencias y problemas, como compartir espacios de trabajo y descanso constituyen estrategias encaminadas a la integración del trabajo clínico, administrativo y logístico.</p> <p>Podemos integrar sistemas pero fundamentalmente necesitamos integrar personas. Las personas se integran si se conocen y comparten espacios de trabajo y decisión.</p> <p>Responsables de áreas clínicas, administrativas y logísticas deben trabajar conjuntamente la producción de documentos, guías de trabajo, protocolos de intervención.</p> <p>Si pensamos juntos actuamos en sintonía y en sinergia.</p>
--	---

<p>Participación Social Amplia</p>	<p>Convocar a la participación requiere vivenciar experiencias positivas de participación.</p> <p>Es esencial para esta dimensión generar estrategias y dispositivos en los cuales los trabajadores de la salud participen de manera activa y tomen decisiones.</p> <p>La realización de "asambleas", mesas de dialogo intersectorial constituyen espacios relevantes para ejercitar y convocar a la participación.</p> <p>Otra estrategia importante en la actualidad está dada por el uso de las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación). Herramientas tales como las redes sociales, las encuestas online brindan la posibilidad de nuevas modalidades de contacto y participación de usuarios y comunidad.</p> <p>La educación de usuarios y pacientes para que obren como formadores y comunicadores constituye una estrategia relevante especialmente en el marco de la atención de patología crónica.</p>
<p>Determinantes Sociales de la Salud (DSS) / acción intersectorial</p>	<p>Estrategias de formación que acerquen a los profesionales a la complejidad de los problemas de la salud pública habilitan el trabajo sobre los DSS.</p> <p>El uso de situaciones problema, casos, análisis de películas son adecuadas puertas de entrada para trabajar los DSS.</p> <p>Trabajar sobre intersectorialidad requiere de la construcción de escenarios de encuentro con áreas diversas como medio ambiente, educación, desarrollo social, vivienda, etc.</p>

	<p>El desarrollo de "comunidades de práctica" para intercambiar experiencias, construir proyectos es una estrategia relevante para permitir la visibilización de una dimensión compleja de abordar y con un fuerte componente político.</p>
--	---

Si lo pensamos desde las competencias trabajadas:

Competencia	Estrategias pedagógicas
<p>Seguimiento compartido/ trabajo en equipo</p>	<p>Los procesos de seguimiento compartido requieren de estrategias que favorezcan el encuentro y el trabajo asociado.</p> <p>El desarrollo de proyectos terapéuticos es una estrategia de relevancia para trabajar en el aprendizaje de procesos de seguimiento compartido.</p> <p>Un eje nodal de esta perspectiva esta dado por desarrollar equipos heterárquicos que ajustan su funcionamiento y liderazgo en función de objetivos acordados y proyectos a desarrollar.</p> <p>Yo puedo trabajar con el "otro" cuando lo conozco, cuando aprendo de su perspectiva, cuando puedo sumar su experticia en el marco de habilidades diferenciadas. La generación de espacios habituales de encuentro, de</p>

	<p>trabajo conjunto, constituye mecanismos centrales para la habitualidad de estos procesos.</p> <p>La presentación y difusión de experiencias constituye una estrategia relevante para mostrar posibilidades para el seguimiento compartido.</p>
<p>Liderazgo, coordinación y supervisión</p>	<p>Se trata de competencias importantes para afianzar la perspectiva de red.</p> <p>Se requiere de espacios de formación y entrenamiento para que los profesionales con responsabilidades de gestión (en todos los niveles) puedan desarrollar y expandir sus capacidades.</p> <p>Las actividades vivenciales, las dramatizaciones, el análisis de situaciones cotidianas constituyen estrategias útiles para afianzar estas competencias.</p> <p>Es importante notar también que no se trata de "capacidades" vacías de contenido que pueden aplicarse en cualquier escenario. Son competencias que deben trabajarse en función de una perspectiva de funcionamiento y en el marco de la resolución de problemas concretos.</p>
<p>Comunicación y negociación</p>	<p>Watzlawick explicita que es imposible</p>

	<p>no comunicar.</p> <p>El entrenamiento en habilidades de comunicación y negociación debe formar parte de la capacitación de todos los gestores.</p> <p>Observar y analizar el trabajo de colegas, desarrollar grupos de reflexión, talleres de entrenamiento constituyen estrategias claves.</p> <p>La construcción compartida de recomendaciones es también una estrategia válida.</p> <p>El análisis de audiencias y objeto de la comunicación debe también formar parte de la formación en la temática.</p>
Planificación y evaluación	<p>Los dispositivos pedagógicos ligados a la planificación y evaluación deben posibilitar su aplicación práctica, los profesionales deben reconocer y valorizar su utilidad en el marco de sus acciones cotidianas.</p> <p>Es fundamental evitar las planificaciones o evaluaciones burocráticas ligadas a cumplir con otros, con requisitos de la organización.</p> <p>Si planifico y evalúo mis acciones puedo pensar en planificar y evaluar con otros los procesos, resultados e impacto del</p>

	<p>trabajo.</p> <p>El desarrollo de espacios habituales de planificación y evaluación en los servicios constituye una herramienta clave para la consolidación de la dimensión.</p>
<p>Uso de sistemas de información/recursos virtuales</p>	<p>Se trata de competencias indispensables en la actualidad.</p> <p>Las distintas propuestas formativas deben incluir de manera transversal el uso de las TIC. El uso cotidiano, la valoración de sus facilidades permitirá poco a poco su afianzamiento y aprovechamiento.</p> <p>El uso de blogs, espacios de intercambio en cursos y foros virtuales, el uso de wikis para la producción de documentos colaborativos, el uso de las tics para la realización y procesamiento de encuestas permite ir descubriendo sus posibilidades y modalidades de uso.</p> <p>La historia clínica unificada e informatizada constituye una herramienta transversal a todas las dimensiones y competencias: Es un instrumento que sirve al desarrollo de todas las dimensiones y competencias.</p>

Los cuadros presentados se proponen brindar orientaciones para propuestas didácticas que tengan como visión orientadora las dimensiones centrales de las RISS y las competencias claves de los equipos de salud.

Como ya hemos señalado los dispositivos y estrategias cobran sentido y valor en la articulación de un proyecto concreto en donde los componentes educativos forman parte de un entramado global para la acción y la reflexión en una determinada organización. En esta concepción de trabajo destaco la experiencia en desarrollo de la DNCHySO referida a la consideración de contenidos transversales en la formación de residentes⁶⁰ pues se busca acompañar la formación en la especialidad con la inclusión de temas tales como la perspectiva de derecho, la gestión del conocimiento, el rol del profesional de la salud, etc. Se busca además que estos contenidos no sean trabajados de manera aislada sino que se los pueda visualizar en el marco de los problemas cotidianos que el profesional de la salud enfrenta en su trabajo.

⁶⁰ <http://www.msal.gov.ar/residencias/index.php/recursos/recursos-para-residencias/374-librosnares>. Revisado el 15/9/14

Referencias bibliográficas:

- Bonazzola, P. (2002) Comunas, áreas de salud en la CABA. Capacitación en servicio. DCyD. Secretaría de Salud. GCBA. Año I Nro I. Octubre 2002. Disponible en: <https://drive.google.com/folderview?id=0B1HbXRn5hv-IOGJIQUw5SVFHMGS&usp=sharing>. Consultado el 11/9/14
- Burbules, N. (2012) El aprendizaje ubicuo y el futuro de la enseñanza. En: Encuentros sobre Education. Vol. 13, 2012, pág. 3 – 14.
- Gardner, H. (2005) Inteligencias múltiples: la teoría en la práctica. Paidós, Buenos Aires.
- Mastache, Anahí. (2007) Formar personas competentes: Desarrollo de competencias tecnológicas y psicosociales. Centro de publicaciones educativas y material didáctico. Bs.as.
- Perkins, D. y Solomon, G. (1998) Aspectos individuales y Sociales del aprendizaje, Research in Education Rev., Vol. 23, 1998, Pearson and Ali Iran – Nejad, editors. Traducción del equipo docente del curso de Formación de tutores virtuales para el aprendizaje en Red 2009. Campus virtual de salud pública. OPS. Disponible en www.campusvirtualesp.org.
- Rogoff, B. (1993) Aprendices del Pensamiento. El desarrollo cognitivo en el contexto social. Paídos, Buenos Aires.
- Watzlawick, P. (1997) Teoría de la Comunicación Humana. Herder, Barcelona.

Consideraciones finales

Desde el retorno a la vida democrática en el país la Ciudad ha hecho avances significativos, en materia legislativa, para la organización del sistema de salud. Sin embargo, las nuevas normas no se han traducido en cambios relevantes sobre la modalidad de trabajo.

Como lo demuestran los distintos documentos revisados en el presente estudio, la articulación e integración de los servicios de salud a través de redes constituye una estrategia válida para avanzar en el desarrollo de propuestas de cuidado y atención más eficaces y efectivas, tanto para los usuarios como para el sistema, a fin de adaptarse a los nuevos desafíos que plantean los procesos de salud-enfermedad-atención del siglo XXI.

En la ciudad, a pesar de la Constitución vigente, las leyes sancionadas y las distintas normas establecidas, el sistema de salud sigue siendo básicamente un polo hospitalario con escasas experiencias de articulación entre los distintos niveles de atención.

Los CESAC, si bien han crecido a lo largo de los años en número y distribución, tienen poca relevancia en la cantidad de prestaciones frente al peso de la atención hospitalaria. Los consultorios externos continúan siendo el primer nivel de atención más desarrollado del sistema.

En líneas generales es posible afirmar que aunque la ciudad cuenta con una amplia oferta de servicios, las dificultades para su integración permiten describir un sistema fragmentado. La perspectiva de la APS renovada tiene un largo proceso que recorrer para poder instalarse efectivamente en el sistema de salud de la Ciudad. A la luz de los aportes teóricos revisados, la información recolectada nos muestra un sistema fragmentado, que resuelve de manera ineficiente los episodios de enfermedad aguda y tiene escasa capacidad para intervenir en los procesos de cuidado de pacientes crónicos.

Considerando las presunciones iniciales realizadas en el apartado metodológico, el trabajo permitió comprobar que ***el sistema de salud de la CABA presenta aún serias dificultades para sostener un trabajo en red, son***

aisladas las experiencias al respecto, y existe una brecha importante entre las normas y el funcionamiento cotidiano.

Este supuesto inicial es coincidente con la experiencia de usuarios, trabajadores e informes de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. El presente trabajo descriptivo permitió objetivar y precisar el estado de cada una de las dimensiones consideradas: población y territorio a cargo, prestación de servicios en el lugar más apropiado, mecanismos de coordinación asistencial, sistema de gobernanza, gestión integrada de servicios de apoyo clínico, administrativo y logístico, sistema de información integrado, participación social, acción intersectorial y DSS.

Conocer el territorio y su población es esencial para definir prioridades, gestionar y distribuir recursos, y organizar procesos de prevención y promoción de la salud. En un sistema de salud tan desarrollado como este y con tanto talento científico, no hemos encontrado un sistema de investigación epidemiológico que monitoree periódicamente los cambios en los perfiles de necesidades y problemas de salud de la población. Este problema se reitera casi en la misma medida en espacios de menor agregación (áreas, regiones, territorios de referencia de los centros), salvo experiencias aisladas. Sin embargo, la trayectoria de algunos equipos de salud en los CeSAC posibilita que el conocimiento de la población se desarrolle de manera no sistemática, pero en ocasiones, eficaz.

Prestar servicios en el lugar más apropiado conlleva evitar realizar en el hospital todo aquello que pueda resolverse en centros de salud, centros de diagnóstico, hospitales de día, etc. Se ha observado que aun el foco de cuidado está puesto en la atención de la enfermedad, solo los CeSAC han ido desarrollando un proceso en donde la prevención y la promoción va adquiriendo mayor presencia.

La dimensión de los determinantes sociales de la salud se encuentra presente solo en el discurso de los profesionales cuando se refieren a la complejidad de los problemas que deben atender y que requieren exceder la mirada biomédica para abordarlos.

La gobernanza entendida como la capacidad de asumir el gobierno de todos los aspectos de la red, desde la definición de su misión, hasta su gestión, monitoreo y evaluación, no tiene un desarrollo e integración efectiva a pesar de que, por ejemplo, las normas han creado el cargo de director de región sanitaria. Este es un buen ejemplo, tal como lo hemos trabajado en el estudio a partir de los aportes teóricos, de la tensión entre la creación de redes institucionales y las posibilidades reales de activarlas y movilizarlas.

Se requieren procesos políticos, organizacionales y educativos para promover el desarrollo de gestores que asuman entre sus tareas el desafío de gobernar y gestionar una red de atención. Encontramos más bien intentos aislados de algunos gestores por lograr integrar y articular algunas acciones.

Tal como fueron presentadas en el estudio, las dimensiones vinculadas a la oferta de servicios, primer nivel de atención, y foco de cuidado, evidencian un mayor desarrollo especialmente en cuanto a la existencia de diversidad de efectores y profesionales de diversas disciplinas

Los testimonios referidos a las cuatro regiones sanitarias permitieron reconocer que existen pocos espacios relevantes para la participación social y es bajo el nivel de desarrollo del trabajo intersectorial.

Respecto a la perspectivas de los equipos de salud, puede visualizarse un panorama dispar entre el primer nivel de atención de los hospitales (consultorios externos) en donde parecería no haber una mirada problematizadora de la temática, y los equipos de los CeSACs que en algunos casos problematizan la modalidad de atención actual y hacen referencia a la necesidad de integrar el trabajo con el hospital.

Sostenemos también, confirmando la segunda aseveración planteada en el apartado metodológico, que ***existe una serie de competencias específicas que deben desarrollarse para apoyar y promover la progresión hacia el trabajo en redes de atención.***

El trabajo desde la concepción de redes apela a una lógica vincular y relacional, que va mucho más allá de responder a nuevas normativas, necesarias pero no suficientes, para promover el compromiso de los equipos de salud.

Desde la perspectiva de las competencias consideradas por los documentos de OPS para fortalecer a los equipos de salud el estudio permite señalar que se requiere aún de un gran desarrollo de aquellas que favorecen el trabajo en red.

Se visualizan con bajo desarrollo las competencias referidas a seguimiento compartido, continuidad de la atención, planificación y evaluación, comunicación y negociación, uso de sistemas de información.

Las competencias de trabajo en equipo y liderazgo, supervisión y coordinación, pueden considerarse con mediano desarrollo. Éstas han sido relevadas en el discurso de profesionales del sistema, especialmente de aquellos que desarrollan sus tareas en los CeSAC.

En los centros de salud puede, en líneas generales, hablarse de “equipos de salud” que con fortalezas y debilidades trabajan en la búsqueda de procesos de atención más integrados. Encuentran la principal traba en la articulación con el ámbito hospitalario. Se reconocen fortalezas ligadas al trabajo en equipo y a la capacidad de problematizar la realidad. Al igual que los profesionales entrevistados del hospital, evidencian grandes debilidades en aspectos ligados a la comunicación y a la negociación.

En los consultorios externos hospitalarios el trabajo es mucho más aislado y está fuertemente concentrado en cumplir con la atención de la demanda. La preocupación cotidiana está dada por cómo atender los turnos y/o cómo cubrir un consultorio ante la ausencia de un profesional.

Planificar y evaluar constituye un desafío pendiente para la gran mayoría de los equipos. Son escasas las experiencias sistemáticas de planificación y evaluación de la tarea. En general, esta dimensión se asocia a brindar los reportes que el nivel central solicita.

Esta investigación permite reconocer la necesaria articulación entre la construcción de las RISS y las competencias esenciales en salud pública. Ninguna red de atención puede ponerse en marcha, tornarse productiva, si los equipos involucrados no cuentan con dichas competencias.

Promover redes de atención tensiona sobre las competencias de los equipos de salud, y a su vez, equipos formados y competentes tendrán mejores herramientas para la promoción de servicios trabajando en red.

Hemos señalado que en las organizaciones la educación debe necesariamente entrelazar los espacios de capacitación con los espacios de trabajo. Pensar la capacitación en el sistema de salud requiere planificarla articuladamente con sus desafíos políticos y de gestión.

En la actualidad el sistema de salud no cuenta con una política destinada a orientar los procesos de capacitación hacia sus objetivos prioritarios de gestión por lo que la gran mayoría de la oferta de capacitación queda librada a los intereses de los servicios. De acuerdo con el relevamiento realizado sólo las propuestas formativas de las áreas programáticas y los centros de salud tienden a incorporar la temática de la articulación. Aunque existen experiencias innovadoras, jornadas científicas que comienzan a colocar el tema en agenda, la mayoría de las propuestas hospitalarias mantienen un formato pedagógico tradicional y no evidencian problematizar los procesos de atención.

En cuanto a la valoración de las instancias de capacitación se señala que los profesionales las consideran como un recurso dinamizador para la organización, especialmente por las oportunidades que brindan para el encuentro, el intercambio y la reflexión compartida. Se visualizan como instancias claves para apoyar desde la educación los procesos de análisis y mejora de los procesos de trabajo.

Como hemos presentado en el marco conceptual, desde la perspectiva de la EPS, consideramos a los dispositivos de formación como un entramado de estrategias que incluyen la mirada sobre los aspectos institucionales y

organizacionales. Ningún proyecto formativo podrá tener éxito si no es capaz de contemplar e incluir las tensiones políticas, organizacionales y vinculares.

Juegan aquí un papel relevante los formadores. Analizar el entorno, evaluar, construir estrategias realistas adecuadas al contexto, desafiar el status quo, valorar logros, requiere formadores capaces de superar la mera perspectiva “técnica” y ser creadores activos de espacios de innovación y construcción compartida.

A modo de cierre

Existen diversidad de documentos y trabajos que dan cuenta del lugar estratégico de las redes integradas de atención para promover procesos más integrales, con mayor cuidado de los usuarios, más equitativos, eficaces y eficientes. Sin embargo son escasos los estudios que han hecho especial foco en cómo los equipos de salud, quiénes en su hacer cotidiano ponen a los servicios en marcha, se preparan y se comprometen con estas propuestas de trabajo.

En el marco de la CABA, leyes y normas por si solas no garantizan cambios, sin lugar a dudas se requiere de decisiones políticas, de un juego de actores que sea motorizador y catalizador de un trabajo distinto en el sistema de salud. Se necesita también de una comunidad que se involucre, participe, exija, motorice. Pero también, desde la micropolítica, desde la vida cotidiana de cada efector, tal como lo hacen algunos equipos del sistema, se pueden generar vínculos, tender redes, empoderarse del trabajo generando menos alienación y más compromiso con una atención de mejor calidad y más cuidada.

Entendemos que las instancias educativas solas no son suficientes para generar los cambios, pero tampoco nada ocurrirá sin espacios formativos capaces de movilizar e interpelar la realidad actual. Estos espacios siempre abren un abanico de oportunidades, son puertas de entrada que pueden quedarse cerradas al cambio o pueden promover poco a poco el desarrollo de espacios de problematización, de construcción de proyectos, de movilización de colectivos que se organizan.

Promover redes se relaciona con articular y fortalecer vínculos, situación que todos podemos reconocer cuando participamos de dispositivos educativos capaces de ir más allá de las formalidades.

En las organizaciones el aprender es un proceso holístico y sinérgico con el acontecer del trabajo cotidiano, y la Educación Permanente en Salud constituye una herramienta poderosa para hacer de esos aprendizajes, procesos reales de cambio y desarrollo, capaces de acompañar y sostener la constitución de redes de atención.

Anexo I – Guía de preguntas orientadoras para las entrevistas

1. Caracterización de las RISS en la CABA

¿Cómo visualiza el proceso de regionalización en la ciudad?

¿Cuáles son los logros y dificultades?

¿Qué se logró mejorar? Puede dar ejemplos

¿Cómo se organiza, gestiona la región?

¿Se generaron cambios en la organización del trabajo a partir de la creación de las regiones sanitarias?

¿Puede describir algún circuito de trabajo con la región sanitaria?

¿Hay mecanismos establecidos para la referencia y contrarreferencia? ¿Cómo se deriva un paciente? ¿Cómo se lo sigue luego?

2. Perspectiva sobre el trabajo en RED

¿Cómo articula su trabajo con los otros niveles de atención?

¿Cómo resuelve la atención de un paciente que requiere de estudios y/o tratamientos en otro nivel?

Describir ejemplos del itinerario de pacientes por el sistema

3. Percepción de los RRHH/equipos de salud acerca de competencias requeridas para trabajar en RED

¿Con qué competencias/habilidades cuenta su equipo de trabajo para articular su trabajo con otros?

¿Cuáles son las capacidades, competencias (qué debe saber hacer) un profesional con responsabilidades de gestión en la red de servicios?

¿Qué habilidades hoy tienen los trabajadores? ¿Cuáles deberían desarrollarse?

Pensando en su desempeño, ¿podría pensar en sus logros y dificultades en la gestión cotidiana? ejemplos

4. Educación permanente

¿Participó de instancias de capacitación en la región?

¿Se trabajó la temática de la regionalización? ¿Con qué estrategias y dispositivos?

¿Qué temas se abordaron?

¿Hubo continuidad de la propuesta?

¿Quiénes participaban? ¿Cuál es su evaluación de la capacitación recibida?

¿En qué temas considera que Ud. debería formarse, capacitarse? ¿Con qué metodología?

5. Capacidad de Resolución del Primer nivel de atención / atención especializada/coordinación asistencial

¿Qué resuelve el primer nivel de atención?

¿Qué dispositivos de coordinación entre niveles se han generado en donde Ud. trabaja habitualmente? Ejemplos, relato de circuitos

¿Cómo se accede a la atención especializada? ¿Cómo llegan los pacientes al especialista?

¿Hay seguimiento de los pacientes? ¿los pacientes vuelven a verse con los mismos profesionales?

¿Qué debo hacer como paciente si quiero ver siempre al mismo médico?

¿Existe algún sistema de coordinación a lo largo de todo el proceso de cuidado? Quién coordina el proceso de atención de un paciente que ingresa al sistema?

6. Participación de la comunidad – intersectorialidad - abordaje de los DSS

¿Cuál es la participación de la comunidad en el servicio, hospital o centro de salud?

¿Trabajan con otras áreas? ¿Con cuáles? ¿Para qué?

7. Sistemas de información

¿Cómo registran las actividades que realizan?

¿Cómo es la historia clínica? ¿Cómo accedes a ella? ¿Qué información tiene y cuál le falta?

¿Cuentan con sistemas de información/soft para registrar y sistematizar el trabajo?

¿Se capacitó al equipo de salud para el uso y aprovechamiento de información?

¿Historia clínica unificada? ¿informatizada?

8. Desempeño y resultados

¿Existen mecanismos para evaluar el desempeño del equipo de trabajo?

¿Hay metas resultados esperados?

¿Han realizado alguna investigación sobre la gestión del trabajo cotidiano?

¿Lecciones aprendidas a partir de vuestra experiencia?

9. Competencias de los equipos de salud

Reconocimiento de actores. ¿Con quiénes trabajas/interactúas habitualmente?

¿Por qué? ¿Para qué? ¿Con quién deberías juntarte/trabajar y aún no lo has hecho?

Uso de información. ¿Tiene la información que necesita para gestionar? ¿La demandan? ¿La generan? ¿Elabora síntesis y/o conclusiones?

Gestión del conocimiento. ¿Qué herramientas de las TICs utiliza? (dar ejemplos para orientar)

Planificación, gestión y evaluación. Pedir un relato de sus tareas cotidianas.

¿Planifican? ¿Qué? ¿Cómo? ¿Qué y cómo evalúan?

Comunicación y manejo de conflictos. ¿Cuáles son los mecanismos de comunicación habituales dentro de la organización? comunicación formal/informal.

¿Qué conflictos ha tenido que enfrentar en los últimos tiempos? ¿Cómo ha procedido? ¿Con qué resultados?

Coordinación de equipos. Liderazgo. Supervisión. ¿Cómo están conformados los equipos? ¿Cómo se supervisa la tarea? ¿En su equipo se organizan actividades de capacitación? ¿Cuáles? ¿Con qué estrategias? ¿Sobre qué temáticas?

Incluir durante el desarrollo de la entrevista:

- Crónica de una semana típica de trabajo
- Crónica de las últimas reuniones de trabajo.
- En los últimos días, ¿qué logros y que dificultades enfrentó?

Anexo II - Siglas utilizadas

APS: Atención Primaria de la Salud

ASIS: Análisis de Situación de Salud

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CESAC: Centros de Salud y Acción Comunitaria

CMB: Centros Médicos Barriales

CVSP: Campus Virtual de Salud Pública

DCyD: Dirección de Capacitación y Docencia

DNCHySO: Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

EPS: Educación Permanente en Salud

FESP: Funciones Esenciales en Salud Pública

GCBA: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

RRHH: Recursos Humanos

RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud

SAME: Sistema de Atención Médica de Emergencia

SUS: Sistema Único de Salud

TICs: Tecnologías de la Información y la Comunicación

