

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autor: Arnaldo Medina

DETERMINANTES POLÍTICOS-SANITARIOS Y ORGANIZACIONALES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD

La experiencia del hospital de alta complejidad en red
El Cruce, Dr. Néstor Carlos Kirchner

2015

Director de Tesis: Mg. Arturo Schweiger

Citar como: Medina, A. (2015). *Determinantes políticos-sanitarios y organizacionales para la construcción de redes de servicios de salud: la experiencia del hospital de alta complejidad en red El Cruce, Dr. Néstor Carlos Kirchner.* [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/866>

INDICE	
	Página
Resumen	3
1.Introducción:	4
2. La red como objeto de estudio: problema de investigación, hipótesis, objetivos y metodología.	11
2.1 Objetivos del trabajo.	12
2.2. Relevancia y fundamentación	12
2.3 Metodología	13
3. Marco Conceptual	17
3.1 Redes, principales conceptos	17
3.2. Servicios de Salud en Red como parte de la estrategia de Cobertura Universal	20
3.3. Modelo Hospitalario desde la perspectiva de Redes de Salud	23
3.4. Funciones de gobierno para un funcionamiento hospitalario en Red	25
3.5 Redes de Servicios de Salud y Territorio: Municipios y Sistemas Locales de Salud.	27
4. El Hospital El Cruce Néstor Carlos Kirchner (HEC) y la red por complejidad asistencial en la zona sudeste del gran Buenos Aires.	30
4.1 El proceso de creación e implementación del HEC en relación a las condiciones del macro entorno y la política sanitaria.	30
4.2 Determinantes y factores incidentes para planificar redes de salud en el contexto de la provincia de Buenos Aires: Facilitadores, obstáculos y avances necesarios.	39
4.2.1 Factores que configuran los modelos de gestión sanitaria e inciden en la planificación de redes de servicios en la región.	39
4.2.2 Grado de desarrollo e implementación de las condiciones funcionales/operativas	42
4.3 Núcleos y procesos estratégicos en el modelo organizacional del HEC	47
4.3.1 Plan estratégico	48
4.3.2. Responsabilidad social institucional (RSI)	49
4.3.3 Gobernanza de la Red	50
4.3.4 Centros de referencia	51
4.3.5 Organización Interna: redes internas, subredes y definición de complejidad	52
4.3.6 Gestión de pacientes	53
4.3.7 Motivación para los trabajadores	56
4.3.8 Programación, control y análisis de gestión	57
4.3.9 Garantía de calidad y seguridad	57
4.3.10 Equipos de mejora	58
4.3.11 Laboratorio de informática médica e ingeniería hospitalaria	59
4.3.12 Centro de simulación clínica y laboratorio de cirugía	59
4.3.13 CiberSalud, Telemedicina	60
4.3.14 Relaciones intersectoriales	62
4.3.15 Hospital universitario y de investigación: Prácticas y postgrados universitarios	63
4.3.16 Centro de excelencia en medicina traslacional (CEMET)	63
4.3.17 Redes de Investigación y gestión del conocimiento Proyectos CyT, I+D	64
4.4 La Evaluación de Calidad como Herramienta de Gestión: satisfacción de usuarios	68
5. Desarrollo sostenido del modelo redes, aportes su el seguimiento y evaluación: Matrices para el Análisis Estratégico de la Red	76
5.1. Matriz integrada: Dimensión Política, Dimensión Asistencial, Dimensión Gestión.	77
5.2 Matriz integrada base a atributos de los servicios de salud	82
5.3 Matriz base de Accesibilidad y Cobertura	86
5. Conclusiones	87

Resumen

La Tesis toma como estudio de caso al Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner (HEC), considerando su contextualización sanitaria y regional e integrando perspectivas políticas y de gestión. Se propone contribuir, a partir de la experiencia del HEC, al debate sobre redes integradas de servicios de salud partiendo de la hipótesis de que el trabajo en red representa un esquema superador de la fragmentación jurisdiccional-prestacional del sistema.

Desde ese marco, esta Tesis plantea integrar tres planos de abordaje: 1) Conceptual, 2) Operativo (la experiencia del HEC como estudio de caso) y 3) Analítico/ Metodológico en tanto presenta herramientas y matrices de análisis relevantes para avanzar en la construcción y evaluación de redes de salud.

1. Introducción.

La coordinación orgánica y operativa entre los recursos sanitarios públicos (de infraestructura y humanos) y entre niveles asistenciales constituye un factor fundamental y condicionante para revertir inequidades y barreras de acceso a los adecuados procesos de atención de la salud.

Las redes de salud representan una estrategia de inclusión, efectividad asistencial y superación de la fragmentación del sistema sanitario, en este sentido, presentar el análisis de caso del trabajo en red del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner (HEC) y su contextualización sanitaria y regional¹, integrando perspectivas políticas, estrategias de gestión y lineamientos para la producción de conocimientos en red resulta relevante como matriz de análisis y de potencial planificación para su replicación como modelo de atención de la salud.

Se propone contribuir a partir de la experiencia del HEC al debate sobre redes integradas de servicios de salud, desde una perspectiva fractal, en tanto la red se conforma a partir de la sinergia de múltiples y concatenados componentes: políticos sanitarios/ gobernanza; territoriales/locales; gestión de conocimientos y producción investigativa y generación de evidencias para toma de decisiones y mejoras en la atención de la salud en red.

Este recorrido planteará algunos abordajes de redes que se consideran pertinentes para seguir construyendo y pensando este modelo, asumiendo que transitar estas perspectivas conceptuales, con la mirada puesta en *nuestras realidades*, posibilita enriquecer y formular renovadas categorías de análisis en ambos sentidos.

Se asienta también, como punto de partida, que planificar la salud pública desde un modelo de redes implica asumir a este modelo como una estrategia que solo puede desarrollarse dentro de una matriz política que le otorgue factibilidad: material, tecnológica, social, económica, jurídica. El trabajo en red en el campo de la salud representa una estrategia sustantiva para la meta de cobertura universal, en tanto da cuenta de tres factores claves para la planificación

¹ El HEC está ubicado en Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires, e integra la región sanitaria VI correspondiente a los partidos de Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora, Almirante Brown, Ezeiza, Esteba Echeverría, Berazategui, Quilmes y Florencio Varela.

sanitaria y sus prácticas: su anclaje territorial, su vinculación por niveles de atención, y su potencial articulador interjurisdiccional (de recursos asistenciales, profesionales, tecnológicos, de gestión de conocimientos e información).

Desde estas perspectivas, las redes de servicios de salud no puede conceptualizarse escindidas de los procesos históricos, políticos y sociales que le dan basamento, y en este sentido avanzar en modelos de planificación en red para la salud conlleva al desafío de superar esquemas teóricos vacíos (o “vaciados”) de los determinantes del contexto, de las particularidades de la región y de las prioridades reales, asumiendo que el trabajo en red es precisamente, como expresan Dabas y Vasconcello (1999) sinergia de competencias, recursos y memorias, frutos y matrices del conocimiento en salud colectivamente producido por sus sujetos históricos.

Considerando las ideas hasta aquí presentadas y que se retomarán en el recorrer de esta tesis resulta pertinente plantear tres cuestiones que se asumen como claves en relación a las redes, las políticas y las prácticas:

- Que el modelo de gestión de la salud en red constituye una estrategia inscripta dentro de un modelo político sanitario integrado e integrador (de los derechos a la salud, de los servicios, de los procesos de atención)
- Que las teorías sobre las organizaciones de salud y sobre la gestión de dichas organizaciones no pueden formularse (ni aplicarse) desprovistas de la perspectiva política, histórica y contextual, dicho de otro modo, “por fuera” de los mismos espacios territoriales e institucionales en los cuales serán puestas en práctica.
- Y, en relación a lo anterior, que el modelo de redes de salud resulta de la conjunción de la teoría, en tanto conocimiento en salud colectivamente producido, y de las prácticas, que representan su traducción operativa y su despliegue dentro de las políticas sanitarias que las sustentan.

A nivel histórico, también interesa establecer que en Argentina existe un legado respecto a la organización de los servicios de salud: es el pensamiento y la obra del primer ministro de salud de la República Argentina, Ramón Carrillo. Él al igual que Juan Domingo Perón, nunca pensaron en un sistema fragmentado, sino en un sistema integrado fundamentalmente por el protagonismo del sector público.

El caso de estudio que se abordará en esta tesis, el HEC y su trabajo en red, propende a recrear y recuperar, en el marco de los cánones vigentes, los mejores antecedentes de estos legados, fundamentalmente en los objetivos de integración sanitaria.

Este hospital es en la actualidad reconocido a escala nacional e internacional, y sin embargo es una institución de apenas cinco años de vida. Su experiencia implica la organización y puesta en marcha de un hospital público que brinda servicios de alta complejidad en el conurbano sur de la provincia de Buenos Aires, pero que representa, tanto el aspecto individual como el colectivo, a una red de servicios de salud que le incorpora una configuración particular. El HEC ha sostenido su rol de alta complejidad definiéndose exclusivamente como “hospital de derivación”, pero en función de un sistema relacional cuyo esquema asegura un manejo eficiente de los recursos disponibles y garantiza su rol ordenador de la red asistencial, en la cual la atención de los sectores más vulnerables es prioritaria.

Es esta la primera experiencia de características semejantes en el país y en gran parte de América Latina, donde el modelo implementado supone la conformación de una red de derivaciones, por lo tanto el hospital se transforma en un subsistema interdependiente de su entorno y su estrategia está permanentemente enfocada a la relación con el contexto, aunque conservando sus niveles de complejidad². Así, la red de servicios está muy asociada a la gestión interna del hospital, su estructura y sus funciones, y simultáneamente a las interacciones con los demás hospitales/nodos.

En el caso del HEC la propia formulación del hospital fue realizada en red: se reunieron los Secretarios de Salud de los Municipios de Quilmes, Berazategui, Almirante Brown y Florencio Varela, conjuntamente con los Directores de los hospitales provinciales y establecieron estratégicamente el modelo requerido para la región y el tipo de organización hospitalaria necesaria en cuanto a complejidad. Tal formulación inicial, fue sostenida en el tiempo con el apoyo provincial y nacional, dando capacidad de gobernanza a dicha estrategia, y a la vez esta

² La complejidad es un concepto tradicionalmente relevante en la consideración de las redes de atención de la salud, generalmente asociado a la complejidad tecnológica. En este estudio se tratará de diferenciar ésta de otro tipo de complejidades sociales, culturales, etc. De todos modos, es fundamental definir cuál es la complejidad que justifica la organización de servicios de tercer nivel.

capacidad de gobernanza asentada en consensos, se sustentó y sustenta en las redes preexistentes y en la historia en común. Este concepto de preexistencia es clave en el modelo de redes, desde las perspectivas teóricas aparece recurrentemente la idea de la red construida sobre redes previas que las hacen posibles y las sostienen en el tiempo. En el desarrollo de este trabajo también se retomarán estas cuestiones.

Además de la importancia de los acuerdos fundacionales, es fundamental la organización, la gestión y el financiamiento. La implementación del HEC reconoció desde un primer momento la necesidad de una transformación sistémica compleja, imprescindible para que el hospital tuviera capacidad de producir intercambios entre sus propios componentes y con el entorno. Es así que se optó por dotar a la institución de la creación de un ente S.A.M.I.C. (Ley 17.102) mediante un convenio entre Provincia y Nación³. De esta manera el HEC se constituyó en un organismo autárquico y en un modelo de administración que, si bien reconoce muchos antecedentes en el mundo, es tomado en el país como una experiencia innovadora.

Otro concepto inseparable para la experiencia de la consolidación del HEC y de la red de la región es el de trabajo en equipo, eje fundamental para la organización de este tipo de modelo, si se considera la hipótesis de que, como ya fue referido, el trabajo en red da cuenta de redes preexistente, de redes externas (servicios), de redes internas (trabajadores de la salud) y de redes comunitarias (población, usuarios). En este punto se considera que una gestión en red requiere del empoderamiento de los trabajadores (profesionales, administrativos, de apoyo) generando más horizontalidad y participación.

Vinculado a lo anterior surge otro eje a recorrer en esta tesis: la gestión del conocimiento como nueva tecnología gerencial (Belly 2004). Entender al hospital como “empresa de conocimiento” implica que si bien todo conocimiento depende en principio de las capacidades o saberes individuales, es fundamental la capacidad que tenga cualquier organización para movilizar y ampliar ese conocimiento individual y así convertirlo en conocimiento organizacional construido en forma colectiva, sustentado en las experiencias, las competencias personales y grupales y la investigación como herramienta de generación de evidencias y como fundamento a las decisiones asistenciales y de gestión. A modo de ejemplo de esto, cuestión que también

³ Se estableció un régimen especial similar al del Hospital Garrahan. El modelo de este prestigioso hospital constituye un antecedente central en la experiencia del HEC, para su planificación de recursos y de gestión.

será retomada en el desarrollo de este trabajo, el segundo plan estratégico del HEC estableció que el trabajo en equipo y la gestión del conocimiento se tradujeran operativamente en dos programas “gestión por procesos” y “equipos de mejora de procesos”, ambos vinculados en la integración de herramientas para el fortalecimiento de la institución. En este marco, la certificación de algunos procesos claves del hospital por normas ISO 9001, significó un hito importante entre los logros organizativos de estos programas, pero que no hizo más que coronar un ciclo de tres años de trabajo con más de trescientos trabajadores capacitados y motivados en la mejora de sus *know-how*.

En este esquema de relación con el entorno y con los subsistemas internos que propone la estrategia del HEC resulta insoslayable el rol de otra institución de gran impacto en la región dónde se encuentra el hospital y la subred regional: la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), particularmente el Instituto de Ciencias de la Salud y su desarrollo en la formación de recursos humanos de salud. La vinculación del HEC con la Universidad otorgó una potencialidad innovadora y equiparadora en la región (de oportunidades sanitarias y educativas) a la vez que dicha vinculación posibilita la planificación de un hospital universitario, que sea escenario para la formación de recursos humanos acordes con las necesidades del contexto y con el modelo de redes de atención de la salud.

Las relaciones estratégicas entre el HEC y la Universidad han estimulado también la función investigación, desarrollándose un polo de conocimiento "traslacional" que une a la investigación básica, su aplicación clínica y la innovación tecnológica, con el fin o de mejorar la atención de la salud y contribuir al avance del conocimiento científico-sanitario. Este tipo de investigación está produciendo profundos cambios en el ambiente hospitalario, en el marco de políticas específicas lideradas por el ministerio de Ciencias y Tecnología de la Nación. La creación del Centro de Medicina Traslacional (CEMET) en el HEC abre una nueva perspectiva en las políticas de salud y en la planificación de los servicios.

Interesa resaltar, que más allá de los hechos e implementaciones concretas que se relatan aquí y que constituyeron al HEC como una organización paradigmática en la región, estas iniciativas organizativas no han hecho más que reafirmar el rol de Estado en la salud pública y particularmente en el cumplimiento del objetivo de calidad que debe asumir todo hospital, como

contrapartida del escenario neoliberal que predominara en la década de los noventa y que significó el desmantelamiento del subsector público y sus efectores.

Esta introducción ha pretendido presentar los diversos, e integrados, componentes que fueron definiendo la consolidación del HEC y de la red de la región sudeste del Gran Buenos Aires, representan hitos, ejemplos que ilustran las metas alcanzadas y por alcanzar en pos de redes integradas, donde se articulan efectores, servicios, herramientas de gestión, conocimientos, relaciones intersectoriales e improntas particulares de las poblaciones a cubrir sanitariamente. Cada uno de estos puntos se irá desarrollando a lo largo de este trabajo, con la intención de dar cuenta de los diversos niveles y de las múltiples dimensiones que atraviesan a un modelo de redes.

Cómo está organizado el trabajo de tesis:

La tesis se ha organizado en un conjunto de capítulos cuya sucesión responde a la lógica que se propone conceptual y metodológicamente:

Luego esta introducción, el segundo apartado corresponde a las formulaciones de las cuales se parte y estructuran el posterior desarrollo del trabajo. Se presenta a la red de la cual forma parte el HEC en clave de objeto de estudio, las preguntas de investigación que se buscarán recorrer, las hipótesis de trabajo, el objetivo general y los objetivos específicos y la estrategia metodológica del trabajo.

El tercer apartado corresponde al marco conceptual, en el cual se presentan los principales conceptos respecto a redes de salud, el rol de un hospital en red, redes y cobertura universal y redes de servicios de salud y territorio, haciendo en este último punto hincapié en la relación entre municipios, sistemas locales/nodos y redes integradas. Este recorrido conceptual, inscripto en las referencias bibliográficas revisadas aporta fundamentos a la experiencia-caso que posteriormente se presenta. A la vez que contribuye a su estudio desde categorías analíticas.

El cuarto apartado corresponde al estudio de caso: Análisis del HEC y la red de la región. Este estudio de caso se estructura a la vez desde los niveles del macro entorno hasta los niveles de gestión institucional y asistencial. En este sentido, se presentarán las condiciones del escenario nacional que dieron y dan contexto a la red, las condiciones regionales/locales que determinan

su dinámica, y los factores internos (institucionales) que configuran su modelo de gestión, particularmente en lo que hace a los procesos implementados en el HEC, siendo este el hospital de alta complejidad que constituye, en la práctica un nodo central en la misma.

En el quinto apartado se presentan una serie de matrices de análisis para el modelo de redes, en base a la experiencia registrada y con perspectivas de ser aplicadas en otros espacios sanitarios en que puedan ser de utilidad.

Hasta aquí, de acuerdo a los apartados mencionados, esta lógica organizativa responde a la propuesta de esta tesis y sus **planos de abordaje:**

- Conceptual
- Operativo: la experiencia del HEC como estudio de caso
- Analítico/ Metodológico: aporte de herramientas y matrices de análisis para avanzar en la evaluación de redes de salud.

En el sexto apartado se presentan las conclusiones y reflexiones abiertas a nuevos debates.

2.La Red como objeto de estudio: problema de investigación, hipótesis, objetivos y metodología.

El análisis propuesto en este trabajo abordará las relaciones entre las dimensiones políticas, sanitarias, económicas y territoriales del macro entorno y las dinámicas a nivel institucional que conforman al modelo de gestión hospitalaria del Hospital El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner (HEC).

El problema de estudio hará foco en un caso paradigmático de trabajo en redes de servicios de salud tomando como estudio de caso al HEC y la red de servicios que deriva a él la alta complejidad en la región sudeste del conurbano de la provincia de Buenos Aires.

Pregunta de investigación:

¿Resulta factible analizar las dimensiones políticas, sanitarias, económicas y territoriales del macro entorno y las dinámicas a nivel institucional que intervienen en el proceso de construcción de un modelo de gestión hospitalaria en red?

Se parte de las siguientes hipótesis:

- El modelo de redes representa una estrategia sanitaria que solo puede desarrollarse dentro de una matriz política que le otorgue factibilidad: material, tecnológica, social, económica, jurídica.
- El trabajo en redes de servicios de salud representa un esquema superador de la fragmentación jurisdiccional-prestacional del sistema de salud.
- El trabajo en red requiere del fortalecimiento de los nodos, es decir de los sistemas locales
- El trabajo en red da cuenta de redes preexistentes, en la red externa (servicios), en la red interna (trabajadores) y en la red comunitaria (usuarios).

2.1 Objetivos del trabajo.

Objetivo General:

Identificar y Analizar las dinámicas de los procesos de gestión en red implementados por el HEC en el contexto de la región, integrando las dimensiones políticas, sanitarias, económicas y territoriales del macro entorno y las dinámicas a nivel institucional que conforman al modelo de gestión hospitalaria que desarrolla el HEC.

Objetivos Específicos:

- Analizar el proceso de creación e implementación del HEC en relación a las condiciones del macro entorno (política sanitaria)
- Identificar los determinantes y factores incidentes para planificar redes de salud en el contexto de la provincia de Buenos Aires: patrones, tendencias facilitadores y obstáculos.
- Identificar los núcleos y procesos estratégicos en el modelo organizacional del HEC desde el enfoque de redes integradas de servicios de salud (plan estratégico, redes internas, herramientas de gestión, servicios, investigación, proyectos CyT, relaciones intersectoriales, telemedicina, gestión de pacientes)
- Analizar procesos de evaluación de calidad de atención percibida y satisfacción desde la perspectiva de usuarios/pacientes de la red y en particular del HEC.
- Establecer los determinantes para el desarrollo sostenido del modelo de trabajo en red y formular un conjunto de matrices de análisis que , en base a la experiencia, contribuyan a la planificación estratégica de este modelo.

2.2. Relevancia y fundamentación

Presentar el análisis de caso de la red que conforma el Hospital El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner (HEC) y su contextualización sanitaria y regional, integrando perspectivas políticas, estrategias de gestión y lineamientos para la producción de conocimientos en red

resulta relevante como experiencia concreta de implementación, en tanto, con sus alcances y limitaciones, aporta evidencias, conocimientos útiles y categorías de análisis para la salud pública.

La temática de redes se encuadra dentro de una de las prioridades de la salud pública, vinculada a la accesibilidad, continuidad e integralidad de la atención sanitaria.

2.3 Metodología

El abordaje propuesto apunta a plantear el proceso investigativo, y sus potenciales aportes, desde tres ejes:

- Conceptual: principales referentes y recorridos teóricos, definiciones, andamiaje conceptual. Marco político e histórico.
- Operativo: la experiencia del HEC como estudio de caso
- Analítico/ Metodológico: aporte matrices con dimensiones y procesos para el análisis y evaluación de redes de salud.

La propuesta metodológica general de este trabajo se corresponde con los abordajes consensuados y aplicados en las investigaciones en sistemas y servicios de salud, ya que: es interdisciplinaria (por su estrategia metodológica, sus fundamentos conceptuales y sus categorías de análisis), está definida temáticamente por prioridades sociosanitarias ajustadas al contexto (redes integradas), está orientada a generar conocimientos relevantes para su ámbito de aplicación (la región, la red), e incluye en el proceso investigativo las perspectivas de aquellos actores que participan de la problemática objeto de la investigación (profesionales y usuarios) (Almeida, Belmartino, et al, 2001)

En este sentido, y mediante estrategias de triangulación metodológica, que prevén la combinación y complementación de abordajes y de diversas fuentes y técnicas de recolección de datos, se buscará dar cuenta de la complejidad del objeto de estudio y de sus dimensiones constitutivas incluyendo la voz de los actores (usuarios, mapa de actores)

El tipo de estudio, de acuerdo a los objetivos planteados, a sus fundamentos conceptuales y a la metodología propuesta, asume las características de investigación aplicada de tipo **estudio de caso**.

Cabe considerar que en un estudio de caso la elección del caso busca maximizar las posibilidades y la capacidad que las condiciones y características del mismo presentan para desarrollar conocimiento a partir de su estudio. (Vasilachis 2006). En este sentido, la propuesta ancla sus evidencias empíricas y prácticas en el HEC (plano operativo, como fuera antes señalado) y a la vez espera generar aportaciones, desde esta experiencia, para la gestión sanitaria en los actuales contextos.

La estrategia metodológica general, como ya fuera señalado, será la triangulación metodológica, considerándola apropiada, tal como señala la bibliografía, para el abordaje de objetos complejos y multidimensionales como es un sistema de salud en cualquiera de sus niveles. Esta estrategia de triangulación resulta a la vez un instrumento de validación de información mediante la puesta en relación de datos, fuentes y técnicas de diferentes orígenes y tipos. Souza Minayo (2005) define que el proceso de investigación mediante la triangulación resulta de aplicar procedimientos combinados y complementarios para captar la información y analizarla mediante la integración de aportes y técnicas de cada uno de estos métodos, dando cuenta precisamente de la integralidad y complejidad de la realidad y su dinámica.

Respecto a las fuentes de datos, se trabajó en forma combinada con fuentes de datos primarias y secundarias, mediante el trabajo de campo y la recopilación de información documental y bibliográfica disponible. Se dará cuenta de relevamientos aplicados a mediante entrevistas a equipos y/o responsables y encuestas a usuarios (320 encuestados) realizadas en el período 04/02 al 29/09 de 2014.

Unidades de análisis:

- Unidades Contextuales o de nivel macro: Nación, condiciones del macro entorno, Provincia de Buenos Aires y región sanitaria VI. Las unidades contextuales posibilitarán el análisis del contexto político-sanitario. Contexto de justificación

- Unidades Institucionales o de nivel meso: HEC y sus procesos, red de servicios de la región.
- Unidades Particulares o de nivel micro: actores claves, personas usuarias. Este nivel particular o micro (interpersonal) corresponde al abordaje en terreno y se realizó mediante la aplicación de instrumentos de indagación (encuestas, entrevistas) y sistematización documental (informes, documentos de trabajo) En el caso de las encuestas se da cuenta de las aplicadas a usuarios respecto a la calidad percibida en el proceso de atención y se presentan en el apartado 4.4 de esta tesis (La Evaluación de Calidad como Herramienta de Gestión: satisfacción de usuarios) ; las entrevistas fueron realizadas a actores claves (Secretarios de salud de municipios de la región, director de la Región Sanitaria VI, Director de Hospitales de la Pcia de Buenos Aires, Profesionales de la Unidad de Gestión de Pacientes del HEC) Los aportes de estos actores se plasman en los apartados 4.2 (Determinantes y factores incidentes para planificar redes de salud en el contexto de la provincia de Buenos Aires: Facilitadores, obstáculos y avances necesarios) , 4.2.1 (Patrones y tendencias que configuran los modelos de gestión sanitaria y actúan como determinantes para la planificación de redes de servicios en la región.) y 4.2.2 (Grado de desarrollo e implementación de las condiciones funcionales/operativas)

Los ejes de análisis de esta tesis y sus relaciones:

Como ya fuera referido, esta tesis se estructura en tres ejes vinculados: Conceptual: (principales referentes y recorridos teóricos, definiciones, andamiaje conceptual. Marco político e histórico.); Operativo (la experiencia del HEC como estudio de caso) y Analítico/ Metodológico (aporte matrices con dimensiones y procesos para el análisis y evaluación de redes de salud).

En este sentido:

- El eje conceptual aporta categorías de análisis y contexto histórico al estudio de caso de la red y el HEC.
- El eje operativo es el estudio de caso en sí, la red y el HEC como experiencia de trabajo y gestión en la región sudeste del gran Buenos Aires.
- El eje analítico/ metodológico representa una síntesis de los dos anteriores, sistematizando desde los fundamentos y la experiencia matrices de seguimiento y

evaluación de redes que podrían aportar a una metodología para sus seguimientos y evaluaciones.

3. Marco Conceptual.

3.1 Redes, principales conceptos

El modelo de redes representa una estrategia política-sanitaria que integra una multiplicidad de dimensiones: material, tecnológica, social, económica, jurídica. Las redes de salud, como fuera referido, son claves para avanzar hacia la cobertura universal, ya sea por su anclaje territorial, su vinculación multinivel, y su carácter interjurisdiccional, integrando de recursos asistenciales, profesionales, tecnológicos, de gestión, de conocimientos y de información. Las redes de servicios de salud se inscriben en los procesos históricos, políticos y sociales que le dan basamento, en los determinantes del contexto y en la agenda de prioridades sanitarias del mismo.

En este sentido, Klijin (1998) plantea que las redes “forman” el contexto en el que tiene lugar el proceso político y a la vez “toman forma” alrededor de los problemas y en el marco de las políticas.

En el plano de la gestión, la organización misma es visualizada como una red de relaciones entre las distintas partes que la conforman, donde: cada parte conoce a cada una de las otras, el significado de las partes está determinado por el conocimiento previo del todo, y *el todo está en cada parte y éstas a la vez están en el todo*, lo conocen y pueden reproducirlo. (Dabas 1999)

Estos conceptos posibilitan pensar las redes como estructuras matriciales que se despliegan, configuran y reconfiguran en múltiples escenarios, en tanto representan un modelo epistémico que reconoce los múltiples determinantes y entrecruzamientos que configuran al campo sanitario y que son inherente a los procesos concretos de la naturaleza, de la sociedad y de la historia.^{4 5}

⁴ Almeida-Filho, Silva Paim, 1999, Samaja 2005 representan los mayores exponentes de los desarrollos epistémicos sobre la salud en nuestra región.

⁵ Al contrario del abordaje reduccionista del positivismo, que tiene como objetivo una simplificación de la realidad

Reflexionar acerca de los procesos de consolidación de redes en salud desde esta perspectiva nos remite, una vez más, a la idea de “lo nuevo a partir de lo existente”,⁶ Dabas y Perrone (1999) proponen que si bien existen recursos metodológicos para implementar una estrategia de trabajo en red, las mejores intervenciones se realizan cuando se produce una opción sobre articulaciones y vínculos preexistentes. Se habla así de descubrir y apelar a las redes y de reconocer su preexistencia, y en tal sentido los administradores debieran *aguzar su capacidad de observación y plantear sobre los senderos transitados* los ejes organizadores de la tarea. Este accionar hará que su funcionamiento se promueva y se potencie, incrementando indudablemente la calidad, eficacia y la eficiencia de su gestión. Así Dábas y Perrone (1999) explican la importancia de reconocer la preexistencia de las redes, por lo tanto *las redes no se arman*, las redes *preexisten* a cualquier intervención.

La perspectiva de la complejidad, y las redes como dinámicas vinculantes, suponen concebir a la salud como un despliegue de estratos integrados/agregado que también conforman redes ancladas en diversos niveles.

Siguiendo a Dabas (1998, 1999), propone reconocer en la salud al menos cinco niveles de redes: red personal, red comunitaria, red institucional, red de servicios y red intersectorial, entendiendo que no se trata de segmentaciones, sino por el contrario de una dinámica en donde cada nivel se construye a partir de las innumerables relaciones interactivas que establece con los otros. En este plano entran en juego los valores simbólicos de los vínculos entre los sujetos, determinados por los nexos, la red de relaciones interpersonales y el estado de los otros miembros, de esta forma en la estructura de red también se integra la red de relaciones percibidas y no solamente realidades físicas.

Entonces, las redes de servicios de salud no son solamente un ordenamiento para vincularse externamente (otros servicios, otras organizaciones), sino también para construir renovadas dinámicas vinculares hacia adentro, bajo la forma de redes intrainstitucionales. (Rovere 1999).

Los aportes de la teoría de redes y de la lógica de actores sociales han abonado un nuevo campo para pensar la planificación en salud (Stolkiner, Bang 2013). No obstante se advierte que muchas veces en las prácticas persisten modelos de tipo piramidal, donde los actores sociales son ignorados y el planificador/ operador continúa actuando como externo al campo

⁶ Morin habla de esto como una paradoja (deseable) de la complejidad y se relaciona con la dialéctica histórica.

de intervención (Dabas, 2001). Las llamadas redes de servicios, generalmente han sido organizadas “desde arriba hacia abajo” (a través de decretos) y desde “afuera”, según Rovere (1999), esta fragmentación, no obstante reserva la ventaja de colocar en el centro al sujeto como actor y productor de futuros posibles.

En este sentido, el *actor social*, que puede tratarse de una persona o de un colectivo, es el que modifica el entorno material y sobre todo social en el que está colocado al transformar la división del trabajo, los modos de decisión, las relaciones de dominación y las orientaciones culturales (Bourdieu, 1993).

Desde estas perspectivas, un modelo de redes requiere de la planificación participativa y de la práctica activa del mapa de actores que intervienen en plano macropolítico e institucional, e implica el desarrollo de análisis situacionales, que desde múltiples enfoques, se integren para generar información estratégica para la gestión. Matus(s/f)⁷ distingue esto del mero “diagnóstico” sosteniendo que “diagnosticar” es un monólogo construido por alguien que está alejado de la situación y por fuera del contexto, en cambio, el análisis situacional es una herramienta que establece un diálogo en el cual se coexiste con el otro.

Según Dabas (2001), esta dinámica no implica la negación de la jerarquía sino la coexistencia y el reconocimiento de una variedad de las mismas.

Almeida Filho (2006) menciona otras propiedades de las redes que van más allá de la simple integración de las propiedades de sus componentes: Organización por nivel (*levelness*), agregabilidad (*clustering*), “mundopequeñidad” (*smallworldness*) y fractalidad. En las redes sociales, los nodos/vértices se denominan actores y las conexiones/lazos, vínculos.

Rovere (1999) caracteriza las redes en salud desde el lenguaje de los vínculos; *redes* sería un concepto vincular, donde se conectan o vinculan personas. La unidad de una red sería la unidad de vínculo, en tanto que la unidad básica de vínculo es la relación entre sujetos. Las *Redes asumen* la heterogeneidad y permiten imaginar *heterogeneidades organizadas*.

Retomando a Dabas (1998), y volviendo sobre la lógica de actores ya referida, se entiende la utilidad y potencia en el uso de la noción de *comunidad* en términos de *redes*, ya que –como afirma esta autora– la red es un sistema abierto, que a través de un intercambio dinámico entre

⁷ Teoría del juego social. s/f

los integrantes de un colectivo e integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes, al ser éstos socialmente compartidos.

3.2. Servicios de Salud en Red como parte de la estrategia de Cobertura Universal

El objetivo de la cobertura sanitaria universal es lograr que todos obtengan los servicios de salud que necesitan —prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos— sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento, ahora y en el futuro. (OMS, 2013)

El objetivo de la cobertura sanitaria universal se basa en la equidad y en el derecho a la salud, y en la práctica implica la realización efectiva y la traducción en acciones de ambos valores: planificación de la salud pública en cada jurisdicción y estableciendo formalmente los mecanismos de articulación entre dichas jurisdicciones (municipal, provincial, nacional), calidad de los recursos de la estructura sanitaria (efectores, recursos humanos y tecnologías), sustentabilidad de la financiación sanitaria y procesos asistenciales garantizados en su integralidad y continuidad.

El enfoque de cobertura universal formulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea también la necesidad de trabajo intersectorial, sosteniendo que se deben *“mejorar las condiciones de salud mediante intervenciones realizadas tanto en el propio sector sanitario como fuera de él”*. En este sentido hay intervenciones en otros sectores — como ambiente, obras públicas y servicios básicos, vivienda, educación, finanzas, sectores productivos como agricultura e industria, y otros— que pueden proporcionar importantes impactos sanitarios.

Las definiciones de la OMS hacen especial énfasis en la protección contra los riesgos económicos “graves en caso de enfermedad” como uno de los elementos centrales del conjunto de medidas de protección social general y para el logro de la cobertura universal en salud.

En este análisis esta variable económica, y su peso relativo sobre la accesibilidad a una atención adecuada, continuada y de calidad, se encuentra atravesada por los tres niveles que confluyen en los procesos de atención de la salud en **un modelo de red** : Nivel macro (recursos provenientes de obras públicas y de programas nacionales y de la coparticipación provincial); Nivel meso (recursos económicos locales, gestión adecuada de los mismos recursos y su asignación en la red de efectores locales); Nivel micro (uso adecuado de los recursos en los procesos de atención y capacidad de pago de las poblaciones en el caso de prácticas necesarias y no disponibles en la red⁸, por ejemplo medicamentos no cubiertos, considerando que medicamentos representa uno de los gastos que mayor peso adquiere en los pagos de bolsillo de los pacientes).

Cabe también considerar que en un **modelo de red** las competencias sanitarias trascienden las “*situaciones de enfermedad*” y las políticas y procesos de gestión debieran orientar sus acciones en función de la promoción y prevención en el marco de la Atención Primaria de la Salud, estrategia sanitaria estructurante de la salud pública en el territorio municipal. Un Hospital de alta complejidad debiera ser parte de este esquema, por eso es parte de la red.

La propuesta de los sistemas integrados de salud surge como respuesta a los problemas de fragmentación y a la poca integración entre los distintos niveles del sistema, generando pérdida de continuidad, calidad y eficiencia. Surgen en el marco de la iniciativa de atención Primaria de la Salud (APS) Renovada en la OMS y como una respuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a la necesidad de promover una estrategia de organización de los Sistemas de Salud de la región de las Américas.

Este interés por integrar los sistemas de salud, se ha reforzado en las Américas desde que la Organización Panamericana de la Salud ha lanzado una iniciativa sobre **Redes Integradas de Servicios de Salud**. Esta iniciativa llega en un momento de renovado interés mundial y regional sobre la necesidad de fortalecer los sistemas de salud y avanzar hacia la entrega de servicios de salud más integrales. Los sistemas fragmentados de atención de salud, fuertemente hegemónicos, son aquellos que se organizan a través de un conjunto de puntos de

⁸ La OMS define que la protección contra las dificultades económicas está determinada por la proporción de los costos que las personas deben sufragar mediante pagos en efectivo directos e inmediatos. En un régimen de cobertura universal, no habría ningún pago de este tipo que excediera de un umbral de disponibilidad de recursos, por lo común igual a cero para las personas pobres y las más desfavorecidas.

atención de salud, aislados e incommunicados entre sí, y que, por lo tanto, son incapaces de proporcionar una atención continuada a la población. En general, no hay una población adscrita de responsabilización y la atención primaria de salud no se comunica fluidamente con la atención secundaria de salud y, estos dos niveles, a la vez no están articulados con la atención terciaria de salud, ni con los sistemas de apoyo, ni con los sistemas logísticos. A diferencia, los sistemas integrados de atención de salud se organizan a través de un conjunto coordinado de puntos de atención de salud para proporcionar una asistencia continuada e integral a una población definida. OPS (2010)

En esta línea, Vilaça Mendes (2013) plantea que los sistemas fragmentados son reactivos, no son capaces de ofrecer una atención continuada, longitudinal e integral y funcionan con ineficiencia, baja efectividad y baja calidad. Ellos deben ser substituidos por redes y sistemas integrados, que proporcionen una atención de salud en el lugar apropiado, en el momento oportuno, con la calidad necesaria, al costo adecuado y con responsabilización sanitaria y económica por una población adscrita. En esta lógica, plantea el autor, la fragmentación es un mal que aqueja a la mayoría de los países del mundo.

Esas dos maneras de analizar los sistemas de atención de salud, en la práctica, se definen porque los sistemas fragmentados tienden a centrarse principalmente en la atención de las condiciones y eventos agudos, mientras que los sistemas integrados tienden a actuar, equilibradamente, sobre las condiciones agudas y crónicas.

Argentina se caracteriza particularmente por tener un sistema de salud fragmentado, por la coexistencia de diferentes modelos y sistemas de financiamiento. Para Tobar (2000) el problema de la fragmentación en los sistemas de salud se puede considerar como de orden global, relacionado a la falta de adecuación por parte de los servicios de salud a las condiciones de salud de la población, destacando que es la fuerte presencia de enfermedades crónicas, incluso en países en transición epidemiológica como Argentina, lo que marca la necesidad de nuevos paradigmas de atención de la salud. Sin embargo, este problema se potencia el país por las características propias del sistema de salud argentino, con tres subsectores que fragmentan los modelos de financiamiento, atención y gestión.

Desde estos análisis también podría plantearse que la fragmentación del sistema responde a un status quo donde algunos sectores se benefician apoderándose de márgenes de renta. En

Argentina, por ejemplo, la industria de medicamentos y productos medicinales se ve ampliamente beneficiada en un esquema fragmentado. Aparecen también beneficios marginales en el sector sindical y en algunas lógicas políticas que sustentan esquemas de poder en algunos territorios. Junto a esto, la fragmentación reproduce también una cultura hacia el interior del sector salud, ya sea al incentivar la atención de la enfermedad y como al reproducir modelos asimétricos.

3.3. Modelo Hospitalario desde la perspectiva de Redes de Salud

La fragmentación y segmentación de los sistemas, constituye uno de los desafíos más importantes para lograr un acceso más equitativo de los ciudadanos de la región a los servicios de salud. La iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) apunta esencialmente a la disminución y superación de este problema. (Torres, 2011)

Los hospitales, por tanto, forman parte de sistemas fragmentados y segmentados cuyo modelo de atención está fuertemente orientado a lo curativo y que tiene como eje la actividad en relación a la cama hospitalaria, siendo esta última en donde se concentra el gasto económico, la atención comunicacional de la ciudadanía y la preocupación de los actores políticos.

Sin duda que es rol clave de los hospitales lograr eficacia en el quehacer asistencial ya que la ciudadanía da por supuesto una base de calidad técnica. Dicha misión pierde efectividad en contribuir a la salud de las poblaciones cuando los sistemas sanitarios, entre otros aspectos, están mal organizados, insuficientemente financiados, y no estructurados desde un primer nivel de atención de amplia cobertura y alta capacidad de resolución.

Un hospital en la lógica de RISS, implica un nuevo modelo asistencial, requiere un modelo de organización y gestión diferente al de un establecimiento autónomo que no tiene compromisos compartidos con otros establecimientos, con el objeto de lograr mancomunadamente, ciertas metas e impactos en una población determinada. Los atributos esenciales del modelo requerido se señalan en la tabla siguiente:

Tabla1. Atributos esenciales en modelo de atención y gestión: Redes Integradas de Servicios de Salud (OPS 2011)

Ámbito de atributos	A nivel de redes	A nivel de hospitales
Estrategia	Planificación en red: Definición desde la red de las carteras de servicio, sistemas de referencia y contra referencia, sistemas de retroalimentación, control de gestión y financiamiento.	Estrategia alineada con las necesidades de la población de la red.
Estructura	Población y Territorio: Los hospitales son parte de un sistema proveedor de servicios, estructurados en torno a una población y territorio a cargo definidos. Atención Integral: Diversos tipos de establecimientos prestando organizada, integrada y cooperativamente servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades y rehabilitación Basado en Atención Primaria: Un primer nivel multidisciplinario de cobertura universal desde donde se modulen procesos asistenciales integrados.	El hospital tiene autonomía de gestión, pero la red define el tipo de actividades, nivel de complejidad y especialidades en atención abierta y cerrada, incluida la atención de urgencia. Estructuración de procesos asistenciales: procesos clínicos diseñados y ejecutados en red. Descentralización interna: Gestión Clínica.
Competencias	Competencias para: Conocer necesidades y expectativas de las personas usuarias. Co-construir protocolos de atención y definición de carteras de servicios para que los procesos asistenciales se organicen y ejecuten integrada e integralmente. Formar recurso humano “fuera del hospital” de manera coherente con políticas nacionales y locales orientadas a fortalecer ámbitos tales como el fomento de la salud y la anticipación del daño Conducir procesos de negociación y concertación, para convenir formalmente metas, recursos, sistemas de infor24itos24 y de aprendizaje.	Competencias para: Articular procesos asistenciales, logísticos y de mantenimiento de manera integrada y cooperativa; (economías de escala). Dar soporte a una gestión clínica organizada en torno a procesos y enfocada al desempeño. Concordar y ejecutar metas sanitarias, organizando eficientemente procesos clínicos y de soporte. Adaptarse a requerimientos de la red y de sus usuarios. Para la mejora continua.

Fuente: OPS 2011

3.4. Funciones de gobierno para un funcionamiento hospitalario en Red

Tabla 2. : Funciones de gobierno para un funcionamiento hospitalario en red (OPS 2011)

Ámbito	Red	Hospital
Objetivos	Definir las necesidades de salud de la población a cargo en base a los objetivos sanitarios o planes de prestación de servicios de carácter nacional. Definir una visión estratégica, objetivos y metas para el conjunto de la red.	Traducir objetivos de la red a visión estratégica del establecimiento. Verificar que planes operativos de corto y mediano plazo estén alineados con dicha visión.
Usuarios	Conocer expectativas de los usuarios. Indagar sobre la opinión y satisfacción usuaria; generar sistemas de participación; control social y cuenta pública.	Definir políticas de participación de usuarios e instancias de concertación y participación de personal intern. Definir mecanismos de cuenta pública a usuarios y a la red.
Procesos	Definir la cartera de servicios de cada establecimiento que pertenezca a la red. Establecer políticas de red en los ámbitos de inversiones y recursos humanos consecuentes con la visión estratégica y las respectivas carteras de servicios.	Ajustar estructura organizacional y procesos asistenciales y logísticos del establecimiento a la cartera de servicios requerida por la red. Aprobar y evaluar planes gerenciales anuales en términos de metas comprometidas con la red.
Desarrollo	Establecer sistemas de información, de referencia y contra referencia, y sistemas de control y retroalimentación. Establecer normas y procedimientos para el diseño, implementación y evaluación de procesos asistenciales y/o logísticos integrados. Constituir gobierno de red.	Definir políticas y evaluar cumplimiento en los ámbitos de desarrollo de las personas; tecnologías; asignación interna de recursos; posicionamiento institucional.

Fuente: OPS 2011

Las **redes de servicios de salud son nuevos conceptos organizativos**, que aún no tienen fronteras precisas en el campo de la teoría del conocimiento. Si, se visualizan ideas trazadoras que acompañan a las teorías de integración de empresas, en el campo de la teoría de la organización y de la teoría económica. Desde el punto de vista sociológico, las redes sociales

han configurado nuevos conceptos de los vínculos de los individuos dentro de las organizaciones y entre ellas. En ese sentido, como ya se ha hecho referencia, la Organización Panamericana de la Salud, definió recientemente a los “Servicios Integrados de Salud” como nueva propuesta de funcionamiento que oriente a los servicios de salud hacia la Atención Primaria.(APS)

Históricamente el hospital público basó su eje de desarrollo en la atención de las personas que demandaban servicios para reparar o rehabilitar su salud. Este fundamento conceptual giró principalmente en torno a los aspectos de actuación médica, es decir en lo referente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades Así otros aspectos tales como los psico-sociales de los pacientes y organizativos de los servicios no eran tenidos en cuenta al momento de desarrollar el modelo prestacional, primando muchas veces en esta materia la orientación dada por las propias necesidades y conveniencias de los profesionales.

En esta etapa no existía un concepto de **gestión global de pacientes**. La misma estaba caracterizada por el trato directo de los profesionales y el personal técnico con las personas demandantes de atención. Indudablemente este modelo de organización respondía a un concepto de salud basado en la ausencia de enfermedad. Por lo tanto y en la medida en que fue evolucionando este concepto y se fueron reforzando las concepciones positivas del mismo, tales como la de “bienestar” o la de “óptima vitalidad”, fueron mutando los criterios de organización hacia una dimensión más amplia y compleja de las necesidades de aquellos individuos demandantes de éstas instituciones, a quienes se los denominó en un primer momento como pacientes y posteriormente como usuarios, como forma de proteger sus derechos y en la medida que se evolucionaba en el campo de las ideas.

Por todo lo expuesto, el concepto de “Hospital” se irá transformando para dar lugar a nuevos conceptos ligados a la idea de **redes de servicios**. En las redes podrán desarrollarse distintos servicios en forma eficiente y eficaz, lo que redundará en mejoras ostensibles para los pacientes.

Maceira (2010) propone que la presencia de un **sistema más integrado** permitiría que las familias, más allá de su capacidad de pago, se encuentren en condiciones de abordar sus necesidades, sean ellas asociadas con requerimientos de consultas, internación, análisis, estudios complementarios y/o medicamentos.

En el marco de esta nueva cultura y nuevos paradigmas, deberán desarrollarse también nuevos enfoques arquitectónicos que acompañen a las nuevas tecnologías.

3.5 Redes de Servicios de Salud y Territorio: Municipios y Sistemas Locales de Salud. Principales atributos.

En la perspectiva territorial, la conformación de redes de salud remite a los espacios **jurisdiccionales e interjurisdiccionales** locales/provinciales/nacionales. El análisis de la conjunción de las dinámicas sanitarias, políticas y administrativas⁹ que atraviesan a los municipios en este esquema es clave para definir procesos de trabajo en redes de salud y para establecer las relaciones entre efectores de diversa complejidad y jurisdicción (Hospital-Centros de Salud).

Como sistemas locales, **los municipios representan una primera unidad de integración** de recursos con potencialidad estratégica para consolidar el trabajo en red de la salud pública a nivel territorial, asumiendo que la noción de “territorio” rebaza lo meramente jurisdiccional y alcanza en su dimensión política la complejidad de su significado, en tanto remite a la construcción de consensos, legitimidades y disputas. En este sentido pueden formularse tres ideas-ejes de análisis:

- Los municipios son actualmente espacios políticos-sanitarios fortalecidos y estratégicos para dar respuesta a los problemas de salud desde una dimensión territorial,

⁹ Se consideraran las aportaciones de las matrices de análisis desarrolladas por Stoker (1998) y Chiara-De Virgilio (2005) en las cuales plantean los conceptos de “régimen de implementación” y “autonomía relativa” para dar cuenta de las políticas de salud en tres dimensiones: funcional, material y política, a la vez relacionadas con lo interjurisdiccional: Municipal, Provincial, Nacional. También los aportes de Tobar (2000) en su categorización de los sistemas de salud a partir del “modelo de atención y el modelo de gestión” y los desarrollos de Repetto (2004) en su sistematización de las variables internas (estructuras, procesos, recursos) y externas (contexto socio político y económico) que determinan la capacidad de gestión en salud a nivel técnico-político

- A la vez, la capacidad de respuesta o dependería de su capacidad para formular políticas sanitarias a nivel local, aunque no obstante cabe considerar que son los programas nacionales los articuladores de las intervenciones sanitarias y las principales fuentes de financiamiento.
- El desarrollo del trabajo en red constituye un eje central y condicionante para la gestión efectiva y oportuna de los procesos asistenciales, y que esto depende a la vez del grado de consolidación que alcancen los sistemas locales y de la mayor o menor puesta en práctica de las condiciones materiales, administrativas y operativas para la articulación de sus efectores.

Desde la lógica de redes, y considerando los ejes arriba señalados, **los sistemas locales de salud constituyen espacios político-institucionales** en los cuales convergen distintos recursos (presupuestarios, organizacionales, tecnológicos, regulatorios, humanos, simbólicos) y cuyas relaciones determinan el modelo de atención, sus formas de gestión y su operativización a nivel del territorio en términos de garantizar la accesibilidad de la población a la salud.

En el sentido de analizar los alcances de estas garantías, varios autores proponen medir el desempeño de los servicios de salud a través de una serie de **indicadores** que den cuenta de los vínculos e interconexiones que se establece entre los niveles de menor y mayor complejidad asistencial. Las investigaciones (Starfield et al, citado por Chiara 2013) han consensuado y desarrollado una batería de indicadores específicos para dar cuenta del funcionamiento de los servicios de salud:

- Accesibilidad
- Continuidad, longitudinalidad, integralidad
- Capacidad resolutive
- Coordinación Asistencial
- Aceptabilidad

A la vez podrían sumarse otros atributos-indicadores a este conjunto:

- Promoción de la salud y Participación Comunitaria.
- Función Investigación¹⁰

¹⁰ Para la “función investigación” (en términos de generación de conocimientos y evidencias sobre problemáticas locales de salud nos basamos en las recomendaciones de la OMS que la postula como

Estos atributos proveen categorías de análisis para planificar y evaluar el trabajo en redes integradas de servicios de salud, considerando que las redes:

- Poseen una ineludible determinación territorial, y esto es imprescindible para su desarrollo operativo.
- Se constituyen en una dinámica basada en la articulación de niveles asistenciales.
- Dan cuenta de articulaciones interjurisdiccionales (de recursos asistenciales, económicos y tecnológicos entre efectores de la red de diversa índole jurídico-sanitaria)

En las redes de servicios de salud convergen distintos recursos, (presupuestarios, organizacionales, tecnológicos, regulatorios, humanos, simbólicos), cuyas relaciones determinan el modelo de atención, sus formas de gestión y su operativización en servicios y prestaciones orientadas a garantizar la accesibilidad de la población a la salud, por lo cual el desarrollo de redes integradas con base en el espacio local constituye un eje central y condicionante para la gestión efectiva y oportuna de los procesos asistenciales, cuestión que dependerá a la vez del **grado de consolidación que alcancen los sistemas locales de salud** que integran la red, dicho de otro modo: desarrollar sinergias organizativas en redes de servicios, tendientes a la mejora de la equidad y de la accesibilidad a la salud, requiere asimismo del **fortalecimiento de los nodos**, es decir de estos espacio locales (Medina ,2008).

herramienta para el alcance de la cobertura universal . La OMS en su documento *“Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal”* formula que para ayudar a salvar la distancia entre el conocimiento científico y la práctica, la investigación debería reforzarse no solo en los centros académicos sino también en el ámbito de los programas de salud pública, y agrega que las investigaciones científicas arrojan efectivamente resultados que pueden traducirse en servicios sanitarios accesibles y asequibles, provechosos para la salud.

4. El Hospital El Cruce Néstor Carlos Kirchner (HEC): Red por complejidad asistencial en la zona sudeste del gran Buenos Aires.

4.1 El proceso de creación e implementación del HEC en relación a las condiciones del macro entorno y la política sanitaria.

Comprender en contexto macro político que antecedente, e incide, en la implementación del HEC y en el desarrollo de redes en la región significa dar cuenta de las variables que determinaron la relevancia y necesidad de avanzar hacia estrategias de integración sanitaria. El escenario del **macro entorno** contribuye a resignificar los procesos actuales, y poner de manifiesto las continuidades y rupturas en materia sanitaria que atravesó el país.

En este sentido, los procesos de descentralización neoliberales de la década de los noventa en el sector salud provocaron grandes déficit, la debilitación del rol del Estado y la pérdida de capacidad económica para los municipios y las provincias.

Maceira (2010) analiza este contexto señalando que la ausencia de un fondo universal como consecuencia de la descentralización (a nivel geográfico) y de la segmentación (entre subsectores), acotó la posibilidad de brindar una cobertura homogénea asociada con equidad horizontal en la asignación de recursos de salud.

En los años 90 la implementación de las políticas neoliberales, llevaron a profundizar y concluir el proceso de descentralización del sistema público en el cual se introdujeron modalidades de gestión propias del sector privado (arancelamiento, tercerización) que repercutieron negativamente sobre la capacidad y funcionalidad del mismo, lo que sumado a una profunda desregulación del Sistema de Obras Sociales, redundó en el fortalecimiento del subsector privado.

La crisis del 2001 profundizó este cuadro, produciendo un severo deterioro de los tres subsectores, ya que el altísimo desempleo afectó la base de sustentación del las Obras Sociales y la afectación de amplios sectores de las clases medias deterioró los ingresos del subsector privado.

La situación de diciembre de 2001 y comienzos del 2002 era la de una crisis fiscal que comprometía las finanzas del Estado y las provincias, impactando en los servicios públicos y privados. Uno de los objetivos por aquel entonces era impedir que el sistema sucumbiese, dado que estaba amenazada la gobernabilidad y la capacidad del Estado.

En este escenario, todos los ministros y secretarios de salud, bajo el liderazgo de Ginés González García entonces Ministro de Salud de la Nación, recrearon el **Consejo Federal de Salud (COFESA)**. Así se lanzó el **Acuerdo Sanitario Federal** de San Nicolás de los Arroyos en marzo del 2003, constituyéndose en uno de los antecedentes inmediatos de las **Bases del Plan Federal de Salud**.

Las Bases del Plan Federal de Salud (2004) son producto de la crisis que el país había atravesado en décadas anteriores y representó un hito como respuesta político-sanitaria a la misma.

El propósito de este Plan fue *“proponer para los próximos años un sendero de reformas para la salud de los argentinos”*.

En su prólogo los ministros decían:

“Queremos modificar nuestro modelo de atención. Deseamos que esté más orientado a la prevención, que coincida con políticas saludables para todos, de cuidado real de nuestro cuerpo y de promoción de ambientes saludables. Y si tenemos que llegar al tratamiento de la enfermedad, que el sistema de atención sea lo más universal posible, dentro de las naturales restricciones en la materia. Así, nuestra misión es garantizar a todos y cada uno de nuestros compatriotas el acceso a niveles de prestación de salud básicos y a los medicamentos esenciales por ellos requeridos.”(Bases del Plan Federal de Salud, 2004)

Se planteaban dos desafíos, en lo inmediato la superación de la emergencia, económica, social y sanitaria, a largo plazo la reforma del sistema de salud para disminuir las brechas de inequidad existentes. En el diagnóstico del Sistema de Salud Argentino se identificaban los siguientes problemas:

- Desigualdad en el acceso, el nivel de ingresos y el nivel socio-económico es el principal factor de asimetrías.
- Escasos recursos asignados a prevención.
- Mortalidad y morbilidad evitable, mas de la mitad de las muertes son prevenibles.
- Variabilidad en la calidad, tecnologías desiguales, sin planificación ni concepto de redes sanitarias, deficiencia del mantenimiento edilicio y mala organización provocan calidades diferentes.
- Falta de planificación de recursos humanos
- Falta de regulación de tecnologías
- Inequidades entre jurisdicciones e intraprovinciales
- Bajas capacidades de rectoría, la ausencia de una visión compartida del sistema de salud, las debilidades institucionales, la falta de información estratégica para la gestión integrada constituyen una débil rectoría.
- Crisis del sector privado

En la visión del Plan se resaltaba la presencia del **Estado liderando un proceso de reconversión del sector** para corregir asimetrías, en tanto el sistema posibilitaría el aseguramiento que de cobertura universal básica a todos con participación activa de la sociedad.

En este marco, se reconocía *que el sistema de salud estaba organizado en redes regionales de servicios* que respondían a las necesidades de la población:

*“Las personas **acceden a una red** y no a servicios aislados, donde las instituciones son organizadas por niveles de atención y localizadas con criterios de necesidad regional.” (Bases del Plan Federal de Salud, 2004)*

Y en este escenario se planteaba la reconfiguración de los roles de los actores:

(...)Afianzamiento del Ministerio de Salud en su función de Rectoría, Garantía de las regiones del aseguramiento de la cobertura básica universal, Desarrollo de programas de prevención poniendo el acento en la atención primaria, Organización de la sociedad civil para fomentar su participación.(...) Bases del Plan Federal de Salud, 2004)

El objetivo central del Plan era el diseño de un nuevo modelo sanitario basado en la **construcción de redes de atención** y teniendo como base la atención primaria.

Conjuntamente a este Plan Federal de Salud se pusieron en marcha importantes programas a nivel nacional como: Programa Remediar, Nacer y Médicos Comunitarios. Estos programas fueron de fuerte impacto y marcaron un punto de inflexión en el desarrollo de políticas públicas de salud, ya que se produjeron un corrimiento de las tradicionales políticas de distribución de recursos, o de desarrollo focalizado como los programas financiados por el Banco Mundial en la década del noventa, a programas de fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

Lo significativo de esta coyuntura, es que fue el Sistema Público de Salud el que, pese a sus carencias, se convirtió en el único recurso para amplio sectores de la población que anteriormente eran asistidos por los otros subsectores.

La **reactivación de la economía a partir del gobierno de Néstor Kirchner** (2003-2007) posibilitó que los Estados municipales y provinciales, los que mayoritariamente administran servicios de salud en nuestro país, pudieran volcar mayores recursos para la gestión de los mismos. El crecimiento sostenido de la economía en los años siguientes y la generación creciente de puestos de trabajo, hizo que los otros subsectores se fueran recuperando.

Sin embargo, como consecuencia de las políticas implementadas en los 90 y las secuelas de la crisis, además de las consecuencias de las políticas de descentralización, en el sistema público de salud argentino **persisten serias deficiencias** (fragmentación, barreras de accesibilidad, déficit de recursos humanos, entre otras) que solo pueden ser solucionadas desde la perspectiva de una política nacional de salud basada en fuertes e institucionalizados consensos entre los niveles nacional, provincial y municipal que garanticen un sistema equitativo en accesibilidad y calidad cualquiera sea la capacidad económica de la jurisdicción responsable.

La transferencia de 20 hospitales e institutos que estaban a cargo de la Nación fue el último paso de la política descentralizadora en la provisión de servicios públicos donde predominaron los objetivos financieros por sobre los requerimientos de eficiencia y equidad. Para el caso, el

pasaje de la órbita nacional a la provincial de la mayoría de los hospitales, y también de ésta hacia los municipios generó inconvenientes en cuanto al financiamiento, dado que sólo era transferida la administración de los servicios, sin el respaldo de recursos necesarios para su desempeño. En definitiva, el proceso de descentralización se realizó a medias, causando **graves desajustes financieros** en las provincias, que a pesar de ello todavía contaban con los recursos propios de la ley de coparticipación y de los impuestos de autonomía provincial, y más aún en los municipios, que, por el contrario, no contaban con capacidad para generar la cantidad de recursos necesarios para llevar adelante la prestación de salud.

Este panorama sigue repercutiendo hoy en día, de este modo, a pesar del proceso transformador de la Argentina que lleva más de diez años, las consecuencias de la descentralización como parte de las medidas de ajuste neoliberal persisten en sus efectos e inciden en la dinámica de los servicios de salud. Por ejemplo, si bien ciertos procesos facilitan la aplicación, administración, diseño y ejecución de políticas por parte del HEC, al mismo tiempo estas capacidades encuentran sus limitaciones en tanto operan en el marco institucional y territorial de cuatro municipios indefectiblemente afectados en el proceso neoliberal. En términos de esta coyuntura, el Hospital debe entonces lidiar entre las tensiones de una situación dada como óptima para su desempeño y un contexto político en recuperación y un escenario que opera, aún, con grandes restricciones y problemas de financiamiento. A estas complejidades se agregan las interacciones jurisdiccionales que se generan entre los hospitales de la red, que son de órbita provincial, los centros de atención primaria, que son municipales, y el HEC que es de dependencia Nacional-Provincial.

Como ya fuera referido, en los años 90 la implementación de las políticas neoliberales llevaron a profundizar y concluir el proceso de liberalización y descentralización del subsistema público, fundamentalmente a través de modalidades de gestión propias del subsistema privado (arancelamiento, tercerización) y que repercutieron negativamente sobre la capacidad y funcionalidad del mismo. A expensas de esto, sumado a la profunda desregulación del Sistema de Obras Sociales, se consolidó el crecimiento del subsistema privado. Una de las estrategias del período fue completar esa transferencia de los hospitales nacionales a las jurisdicciones provinciales, sin sus debidas compensaciones, dando

continuidad a las políticas implementadas en 1962, 1968 y 1978, y profundizando la fragmentación en los servicios de atención pública de la salud.

El modelo neoliberal de los 90 representó un contundente proceso de desmantelamiento y vaciamiento de la oferta pública de salud, lo que repercutió en el deterioro de la cobertura sanitaria de los sectores populares, en la quiebra de las obras sociales y en la concentración de la atención en el ámbito privado, junto a esto, por otro lado representó la provincialización y municipalización de los servicios, profundizando fragmentaciones y heterogeneidades en los sistemas de salud territoriales.

La crisis del 2001 profundizó este cuadro, agudizando el deterioro de todos los subsistemas, y agravado por la crisis fiscal, el altísimo desempleo que afectó la base de sustentación del las Obras Sociales y la crisis económica que golpeó a amplios sectores de las clases medias, lo que determinó el desfinanciamiento de las políticas públicas. Este proceso de políticas neoliberales debilitó considerablemente el sector de salud, provocando una transformación estructural que derivó en la referida **municipalización de los servicios de salud**. El problema de esto radica en que no sólo el Estado Nacional vio reducida su responsabilidad en la prestación del servicio sino que además profundizó la crisis de los municipios para llevar adelante estas tareas debido a la falta de recursos económicos y posibilidad de financiamiento del personal, insumos, infraestructura y programas.

Sin embargo, pese a la crisis económica, el sector privado resultó favorecido y cobró mayor protagonismo, mientras los hospitales provinciales y municipales veían reducidos sus presupuestos para funcionar. De esta forma, los sectores sociales con mayor poder adquisitivo y de clase media continuaron recibiendo servicios de salud, aunque a un costo mayor, mientras, como contraparte, se veían gravemente perjudicados los sectores más vulnerables de la economía, que no contaban con las mismas capacidades para el afrontamiento de la crisis.

Las políticas neoliberales profundizaron asimetrías y consolidaron un esquema de acumulación concentrado y excluyente, la crisis del modelo representó el corolario de estas políticas y desencadenó una crisis institucional sin precedentes. En el sector salud, y particularmente en la salud pública, las consecuencias fueron graves y generaron la pérdida de cobertura (real y efectiva) de vastos sectores poblacionales.

En este escenario, y en esto sustentó el HEC su misión a momento de su puesta en marcha, por el año 2007, resultó primordial **empoderar nuevamente en materia sanitaria** a los sectores populares más dinámicos y comprometidos del territorio, fundamentalmente recuperando el valor de la salud como derecho a través garantizar procesos de atención en condiciones de equidad y calidad para los sectores que habían quedado excluidos, trabajando a la vez por la universalidad de la salud para el conjunto de los ciudadanos.

Como contrapartida a la crisis y a la descentralización, no obstante se generó un contexto en el cual el **nivel local-municipal se constituyó en actor estratégico para la construcción territorial y para el desarrollo de las redes de salud**. Consecuentemente, el grado de fortalecimiento político, estructural, técnico y administrativo de las redes se vincularía al rol que asumieran los municipios como planificadores e implementadores de políticas sanitarias. De este modo el rol de los municipios se ha ido fortaleciendo en nuestro país en los últimos años, y ejemplo de esto es el reposicionamiento que viene alcanzando el espacio municipal, actuando, como define Chiara (2012) como la *“arena local”* en la cual se implementan los programas nacionales.

De acuerdo al recorrido histórico político presentado, se reconoce que a partir del proceso de descentralización que comienza en la década del ochenta, en el marco de la crisis económica y de los modelos que propiciaban la atomización del rol de rectoría del Estado, los municipios vieron aumentadas sus responsabilidades y los servicios a su cargo, en tanto el subsector público de la salud, tal como se ha mencionado reiteradamente en este trabajo, se caracterizó por la progresiva transferencia de funciones desde los niveles jurisdiccionales nacionales y provinciales hacia los municipales.

A los fines de este análisis interesa destacar que:

Si bien los estudios de estos procesos de reforma de las décadas pasadas se han centrado principalmente en las causales económicas que dieron origen a los espacios locales-municipales de la salud, la consolidación democrática y la recuperación de derechos participativos plantea la necesidad de reflexionar desde otras categorías de análisis, asumiendo que los municipios son actualmente espacios políticos-sanitarios fortalecidos y estratégicos para consolidar el trabajo en red como respuesta a los problemas de salud desde una

dimensión territorial, dado el nivel de cercanía que tienen con las necesidades y demandas de sus poblaciones.

Y esta clave y en esta correlación de fuerzas, se propone interpretar el proceso de creación y desarrollo del HEC y su modelo de redes:

La red de hospitales que integra el HEC está asentada sobre un acuerdo político-sanitario estratégico para esta subregión, los cuatro municipios que la integran (Florencio Varela; Berazategui; Quilmes; Almirante Brown) coordinaron acciones para establecer el trabajo en red de los Hospitales de referencia, definiendo que, por sus capacidades técnicas y estructurales, El HEC fuera el nodo de alta complejidad asistencial de esa red. Esta red de Hospitales se encuentra conformada por los hospitales: Lucio Meléndez (general de agudos) y el Arturo Oñativia (zonal general), ambos de Almirante Brown; el Evita Pueblo (general de agudos) de Berazategui; el Mi Pueblo (zonal de agudos) de Florencio Varela; el Isidro Iriarte (Zonal general de agudos) y el Eduardo Oller (subzonal especializado materno infantil), ambos de Quilmes. Una vez en marcha la red se incorporó el Hospital Jorge Adroque (rehabilitación motriz) de Almirante Brown y actualmente el Hospital Julio Méndez de Quilmes.

Ese aspecto de orden político fue el primer puntal de la red y del propio hospital, pero no el único. Otro de los determinantes contextuales para la creación de HEC fue la voluntad política del entonces Presidente Néstor Kirchner que prometió la obra al inicio de su gobierno, en el año 2003, y la entregó antes de cumplir el mandato en 2007. Lo mismo la voluntad de la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner quién ni bien asumió comenzó a financiar el hospital, con su gestión de salud de entonces.¹¹ De este modo, el Estado vino a promover el ejercicio de un derecho en función de una necesidad evidente que había en la región.

¹¹También el actual Ministro de Salud Juan Manzur permanentemente asistiendo el día a día del hospital. Cabe destacar que el gobierno de Daniel Scioli y el Ministro de Salud de la Provincia Dr. Alejandro Collia, junto al Jefe de la Región Sanitaria VI, Dr. Vicente Ierassi, han sido puntales en el lanzamiento y sostenimiento de la institución. Pero no se nombran estas instituciones y estas personas como una expresión de agradecimientos, sino que se señala, a través de nombres propios, decisiones políticas que hicieron posible la creación de esta experiencia de hospitales en Red y la creación del HEC. (nota del autor)

Durante los tres primeros años de trabajo en red se asumió la fuerte necesidad de centrar la atención entre los propios hospitales que la integraron, y posteriormente se fueron incorporando a los Secretarios de Salud de los cuatro municipios que intervienen territorial y jurisdiccionalmente.

Dentro de este escenario político e institucional, los Secretarios de Salud de los municipios y los directores de los hospitales han sido protagonistas de los modos en lo que ha implementado la red, y en el plano de la práctica esto se traduce en fluidas relaciones de cooperación y en encuentros de coordinación sistemáticos con la participación del Jefe de la Región Sanitaria VI¹². En este plano puede establecerse que se afianza la búsqueda de gobernanza de la red, estableciendo un marco de estrategias, consensos y construcciones político sanitarias para el trabajo en la región.

Como ya fuera mencionado, la red se asienta, en la práctica, sobre la legitimidad que deviene de la participación y consensos establecidos entre Directores de Hospitales, Secretarios de Salud y el Director de la Región Sanitaria. Junto a esto, se constituyó un grupo de trabajo en el ámbito de la Dirección Provincial de Hospitales, cuya misión fue proyectar un hospital epicentro de la red, de alta complejidad y exclusivamente de derivación según las necesidades de la Región. Y en este sentido la institucionalización de los mecanismos de la red representa un principio de **gobernanza** y sustentabilidad clave.

En este punto cabe considerar varias cuestiones: la incorporación al plano de la coordinación de los Secretarios de Salud municipales significó un avance en la interrelación con el primer nivel de atención y su integración al funcionamiento de la red. Conforme a esto, también debe considerarse la complejidad jurisdiccional que significa que la red se auto-coordine en un multinivel, ya que el HEC tiene dependencia nacional-provincial, los hospitales que conforman la red son todos de dependencia provincial (al igual, por supuesto, que la propia Región VI), y el primer nivel de atención tiene dependencia municipal. Es decir que confluyen instituciones nacionales, provinciales y municipales en un mismo espacio geográfico y en los propios procesos de atención y gestión de la salud de las poblaciones de área.

¹² Comprende los Municipios de Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora, Florencio Varela, Quilmes, Ate. Brown, Esteban Echeverría, Ezeiza y Berazategui.

Respecto al subsector privado, si bien se encuentra fuera de la conformación de la su participación en procesos de atención se enmarca en torno a casos particulares sobre los que se requiere coordinar acciones entre subsectores.

El contexto descripto y las correlaciones de fuerzas presentadas dan cuenta de la dinámica **política-institucional del macro entorno** en el cual se inscribió el HEC. Comprender estas correlaciones contribuye a la producción de análisis sistematizados de las coyunturas que infieren en todo proceso sanitario.

4.2 Determinantes y factores incidentes para planificar redes de salud en el contexto de la provincia de Buenos Aires: Facilitadores, obstáculos y avances necesarios.

4.2.1 Factores que configuran los modelos de gestión sanitaria e inciden en la planificación de redes de servicios en la región.

En la definición de las estrategias político- sanitarias de las jurisdicciones interviene un entramado de recursos que son claves al momento de definir modelos de atención en red e intervenciones en el territorio.

En las redes de servicios de salud con multiniveles debieran considerarse todos los factores que inciden directa o indirectamente en el conjunto de servicios de la región, vale decir que el caso de que el HEC atienda a la alta complejidad no lo hace independiente de los determinantes que modelan las dinámicas de los efectores de primero o segundo nivel, ni de las características que configuran la pertenencia jurisdiccional (municipal o provincial) de dichos efectores. Al coexistir este multinivel-interjurisdiccional en un mismo territorio, el trabajo en red implica que los efectos sobre los nodos-servicios que la componen resuenan en cada uno y en el conjunto.

A partir de los relevamientos realizados y sistematizando las perspectivas recogidas en intercambios con actores y decisores, se identificaron una serie de patrones que actúan como determinantes de los escenarios locales de la salud y representan cuestiones estratégicas a

considerar al momento de definir modelos de trabajo en redes integradas. Entre ellos se destacan los siguientes¹³ :

- **La estructura de servicios, complejidades y mecanismos de financiamiento:**

En donde corresponde prioritariamente a la jurisdicción municipal la atención primaria de la salud mediante los servicios y prestaciones brindadas en los centros de atención primaria (CAPS) con población referenciada bajo cobertura. En los casos de los municipios con establecimientos con internación¹⁴, el peso relativo de los gastos municipales hospitalarios resulta significativo en relación a los municipios sin efectores con internación/hospitales. A la vez, paradójicamente, si bien las transferencias de los efectores con internación y de mayor complejidad a la jurisdicción provincial apuntaron a focalizar los recursos municipales en acciones promoción y prevención en el marco de la estrategia de la atención primaria, la conservación de hospitales de incumbencia y responsabilidad municipal es reconocida como garantía de mayor masa coparticipable por el mecanismo de asignación por número de camas. Desde otra estrategia, por el contrario, la reducción de la presión presupuestaria por la provincialización del hospital coincidió en muchos casos con un mejor desempeño sanitario, evaluado por ejemplo en términos de la reducción de la mortalidad infantil¹⁵

- **Los programas nacionales y provinciales y la capacidad de ejecución por parte de los espacios locales:**

En donde convergen recursos y estrategias en las cuales se yuxtaponen mecanismos centralizados y descentralizados de administración y gestión de dichos recursos. La incidencia de los soportes asistenciales, tecnológicos y administrativos de los programas nacionales es reconocida y valorada por los actores locales, tanto por sus contribuciones al cumplimiento de metas sanitarias como por funcionar como fuente de recursos. Actualmente el Plan NACER¹⁶,

¹³ En base a indagaciones/entrevistas a Secretarios de salud de municipios de la región, director de la Región Sanitaria VI, Director de Hospitales de la Pcia de Buenos Aires, Profesionales de la Unidad de Gestión de Pacientes del HEC

¹⁴ Los municipios del GBA con hospitales bajo su jurisdicción son: Avellaneda, Esteban Echeverría (con su sistema de salud totalmente municipal), San Martín, Ituzaingó, La Matanza, Malvinas Argentina (también con sistema de salud solo de efectores municipales), Merlo, Morón, San Isidro, Tigre, Vicente López (Dirección Gral de Hospitales, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires)

¹⁵ En este caso es reconocida la experiencia de Florencio Varela con la provincialización de su hospital. Referido por: Chiara, M.; Di Virgilio, M. y Ariovich A. (2010)

¹⁶ El Plan Nacer es un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación que invierte recursos en puerperas y de los niños/as menores de 6 años que no tienen obra social. En agosto de 2012 el Estado

por su cobertura y por introducir un esquema de financiamiento basado en resultados¹⁷ resulta ser un programa referente y articulador para la planificación del primer nivel de atención. Otros programas nacionales fuertemente instalados, por su modo de implementación territorial en los espacios municipales, son el Programa "Médicos Comunitarios"¹⁸ y el "REMEDIAR"¹⁹, ambos constituyen estrategias dirigidas al fortalecimiento de las estructuras locales de atención primaria, aunque mantienen centralizadas las compras o el pago a los profesionales, dando lugar a un mecanismo en el cual intervienen esferas nacionales, provinciales y municipales. Estos programas, radicados en el nivel nacional, adquieren en los escenarios locales sus modos de implementación, y a la vez que la implementación local conlleva la incorporación de recursos adicionales (tecnológicos, financieros, humanos, edilicios) para las acciones de salud municipales. La conformación de redes integradas de servicios de salud debiera considerar esta dinámica.

- **Las obras públicas, particularmente en relación a la construcción de hospitales provinciales:**

También son consideradas claves, en tanto reconfiguran el mapa de efectores, demandas y el flujo de usuarios en un mismo territorio, pero en el que coexisten diferentes jurisdicciones políticas-administrativas (municipio y provincia, e incluso nación)

- **Las transferencias resultantes de la coparticipación:**

Como fuera ya presentado, modelan a la gestión local, en especial aquellas que tienen relación directa con las prestaciones de salud y cuyos criterios de distribución se realizan en función de la producción del sistema²⁰. El financiamiento y el origen de los recursos en el marco de la

Nacional lanzó el programa SUMAR, el cual amplía la cobertura del NACER en adolescentes hasta 19 años y mujeres entre 20 y 64 años sin cobertura explícita de salud.

¹⁷ A través del cual la Nación transfiere recursos a las provincias por la inscripción de beneficiarios y el cumplimiento de resultados sanitarios.

¹⁸ El PMC implementa fundamentalmente una estrategia de fortalecimiento de los recursos humanos de la salud en el primer nivel de atención con fuerte contenido territorial y sociosanitario.

¹⁹ El plan REMEDIAR (nacional), que tiene el objetivo de distribuir un paquete farmacológico entre la población que sólo tiene la cobertura pública de salud. Los efectores de este programa son los centros de salud de los municipios, hacia los cuales el ministerio nacional baja los botiquines de medicamentos para su distribución entre la población.

²⁰ Cabe señalar que esta norma compromete un 37,13% del total de la masa coparticipable, y lo distribuye sobre la base de los siguientes criterios:

coparticipación son dos factores claves y estructurantes de las estrategias sanitarias locales. En este sentido, directa o indirectamente, estos criterios infieren en la política sanitaria local, al incorporar a los recursos de coparticipación las transferencias para el financiamiento de los servicios de salud a cargo de los municipios.²¹ Las posturas críticas a estos mecanismos de transferencia sostienen que como resultado generan ciertos patrones en las políticas locales de salud para la obtención de recursos²², lo cual produce alternativamente sobrefinanciamientos y subfinanciamientos en los distintos componentes del sistema, resultantes de la rigidez de la fórmula y de la aplicación de un 35% por el perfil de complejidad.²³ Considerando estos procesos, se observa como en las gestiones locales de la salud convergen estrategias en relación a lograr financiamiento extra jurisdiccional del gasto en salud, tanto sea mediante las condiciones del régimen de coparticipación, (expandingo los servicios y la complejidad), como provincializando el hospital en virtud de reducir su peso presupuestario sobre las políticas de salud pública local.

- **Los perfiles de sus poblaciones, grupos poblacionales específicos y determinantes sociales de sus territorios:**

Por ejemplo la demanda sobre el subsector público varía según la cobertura (pública, de la seguridad social o privada) con que cuente la población y esto genera su correlato en la mayor o menor utilización de los efectores públicos.

- **Los márgenes de autonomía de los gobiernos locales y sus sistemas de salud:**

-
- 35% en proporción directa al número de camas, perfil de complejidad y porcentaje ocupacional de camas de los establecimientos con internación de cada partido.
 - 25% en proporción directa al número de consultas médicas registradas en los establecimientos – con o sin internación– de cada partido.
 - 10% en proporción directa al número de egresos registrados en los establecimientos con internación en cada partido.
 - 20% en proporción directa al número de pacientes-días registrados en los establecimientos con internación de cada partido.
 - 10% en forma proporcional al número de establecimientos sin internación en cada partido.

²¹ 1987: data de esta fecha

²² “En lugar de incentivar acciones en prevención, imputa más recursos por cantidad de egresos hospitalarios por año. La ironía es que si una gestión sanitaria municipal mejora el impacto de acciones de prevención o la atención primaria y, por lo tanto, disminuye la cantidad de egresos hospitalarios, recibirá menos coparticipación por salud al año siguiente.” En Alonso G. La gestión pública local y las políticas sociales. Documento de trabajo número 21. USAM CONICET

²³ La existencia de problemas de sobre declaración de prestaciones, derivaciones de patologías costosas, sobre equipamiento y estrategias de elevación de la complejidad e incremento de camas

También representan un punto crítico por su relevancia, considerando al concepto de autonomía como el espacio posible para toma de decisiones en problemáticas específicas del escenario local. Entre las cuestiones que la afectan, los municipios han destacado a la estructuración en Regiones Sanitarias en las que se organiza la provincia, que da lugar muchas veces a superposiciones de las funciones y alcances. También han destacado la necesidad de fortalecer autonomías para tratar la cuestiones de los recursos humanos, señalando que dichos recursos resultan críticos en tanto la estrategia de trabajo en red requiere nuevos posicionamientos a la tradicional formación asistencial-curativa en la cual generalmente se han formado los profesionales de la salud, y este campo que hace a la currícula universitaria se encuentra aún por fuera de las incumbencias de la política municipal/regional como para influir sobre él, si bien el desarrollo de competencias de salud comunitaria, interdisciplinarias y de gestión para el trabajo profesional articulado en red representan saberes estratégicos para la formación de equipos de salud desde la dimensión sanitaria territorial.

4.2.2 Grado de desarrollo e implementación de las condiciones funcionales/operativas para la gestión en red.

El trabajo en red constituye una estrategia clave para la calidad de atención, la equidad en el acceso y la continuidad de los procesos asistenciales. Desde esta perspectiva, avanzar en el trabajo en red representa un mecanismo de fortalecimiento de las políticas de salud locales/provinciales/nacionales tanto en su dimensión asistencial como organizativa y en lo que hace a la optimización de recursos de infraestructura, tecnológicos y humanos.

De los relevamientos realizados con actores claves y decisores se han identificado un conjunto de factores, que en términos ideales, posibilitarían el adecuado funcionamiento de una red de efectores organizados por tipo de prestaciones y niveles de complejidad.

Factores Estratégicos-*en términos ideales*- para el fortalecimiento de redes de salud el territorio:

- Que cada Hospital/ secretaría de salud de la red disponga de una unidad organizativa en su estructura que tenga como objetivo la gestión de los pacientes en el contexto de

la red según niveles requeridos de complejidad y mediante la aplicación sistemática de protocolos de atención, derivación e interconsultas

- Que desde los centros de salud de los municipio (APS) se puedan gestionar y solicitar turnos para el hospital de referencia (mediante sistema informático, internet, intranet o telefónico) y desde estos al Hospital de Alta Complejidad
- Que se aplique un sistema de referencia y contrarreferencia formalizado entre los centros de salud de los municipio, el hospital de referencia, los otros hospitales de la red y hospital de alta complejidad
- Que se implementen en forma sistemática y homogénea guías de prácticas y protocolos de atención/derivación/recepción/seguimiento de pacientes en todo el circuito asistencial.
- Que se establezca la estandarización de la información (normalización) para garantizar su confiabilidad, validez, comparabilidad y seguimiento, mediante una fuente de datos unívoca establecida en un sistema informático compartido (entre centros de salud del municipio, el hospital de referencia y los otros hospitales de la red y Hospital de Alta Complejidad) para la gestión de información clínica y administrativa.

Establecer estas premisas supone no obstante identificar y analizar las cuestiones que en la práctica representan avances concretos para el trabajo en red y aquellas que aún representan obstáculos no resueltos, para observar, tal como se presentará posteriormente, los modos de implementación que prevalecen en los municipios relevados.

La tabla siguiente sintetiza las experiencias e implementaciones reconocidas exitosas por los actores-decisores para la atención y gestión en red de servicios y los factores identificados como problemáticos que aún persisten:

Factores que facilitan el trabajo en red de servicios de salud	Factores problemáticos que persisten para el trabajo en red de servicios de salud
La implementación de agendas de turnos compartidos por los efectores de la red y accesibles desde todas las terminales.	El desarrollo heterogéneo de los sistemas informáticos entre efectores y de las capacidades de los recursos humanos para administrarlos.
Las capacitaciones para la puesta en conocimiento de los equipos de salud y de gestión del menú prestacional de cada uno de los efectores de la red.	El desconocimiento acerca de los prestadores, sus servicios especializados, complejidades y tecnologías.
El compromiso profesional de todos los efectores en cuanto al cumplimiento de los protocolos y requisitos de derivación y admisión de pacientes.	Brechas tecnológicas -asistenciales significativas entre efectores que se traducen en calidades de atención heterogéneas.
La incorporación de profesionales de la salud en las unidades de gestión de turnos (no circunscribiendo este proceso a un acto administrativo, sino a un acto de gestión asistencial profesional)	Resistencia a la incorporación de la gestión de pacientes como parte del proceso asistencial por parte de los profesionales y persistencia de derivaciones “informales”

Fuente: entrevista a actores Región Sanitaria VI Red HEC

Interesa en este punto identificar la implementación, en las políticas y prácticas de la gestión, de las estrategias para el trabajo en red de los servicios. Específicamente cuál es el grado de desarrollo real de los dispositivos y procesos cuyo establecimiento resulta clave para materializar el adecuado funcionamiento de una red de servicios, la gestión de los pacientes y el acceso al turno. A partir de esto se identificaron estos factores claves:

- La presencia o no de una unidad o área, dentro de la estructura los Hospitales y de las secretarías de salud de los municipios, destinada a la gestión de pacientes y servicios en red
- El modo de gestión de turnos y modos de acceso al turno por parte de pacientes y población en general
- El uso de herramientas informáticas para la gestión de pacientes, seguimientos y turnos

- La aplicación de un sistema de referencia y contrarreferencia formalizado guías de prácticas y protocolos.

Ampliando sobre cada uno de estos puntos:

- **La presencia o no de una unidad o área, dentro de la estructura de las secretarías de salud de los municipios, destinada a la gestión de pacientes y servicios en red:**

Como fuera señalado, esto da cuenta de la jerarquización formal de este proceso dentro de las políticas locales. En los hospitales/ municipios de la región y la red no se desarrollaron aún en forma estructuras que, dentro del organigrama del órgano ejecutivo (secretaría de salud), estén específicamente destinadas a esta función. Considerando los casos relevados, en líneas generales las unidades de *“referencia/contrarreferencia”* o de *“derivación de pacientes”*, como son denominadas habitualmente, se ubican en los hospitales del área e interviene el municipio si el caso adquiere alguna excepcionalidad que requiera la intervención de otras instancias. Fuera de esta tendencia, cabe señalar que sí en los municipios de Florencio Varela y Quilmes se han implementado áreas con rango de Dirección cuya misión se focaliza en la gestión de pacientes dentro de la red.

- **La gestión de turnos:**

En las secretarías de salud de los municipios generalmente los turnos desde los centros de atención primaria hacia el hospital son gestionados desde las propias secretarías dependiendo de la complejidad del caso y la urgencia, aunque no se trata de un procedimiento protocolizado. No es habitual en estos casos que desde los centros de salud se puedan gestionar y solicitar turnos para el hospital de referencia mediante sistema informático, internet, intranet o telefónico. La relativa no-sistematización de prácticas normalizadas para la gestión de turnos prevalece en cotidianidad institucional.

- **El uso de herramientas informáticas para la gestión de pacientes, seguimientos y turnos:**

También en general las secretarías manifiestan no hacer uso de estas herramientas. Avanzando en la implementación se encuentra, según sus referentes, el municipio de Florencio Varela donde se encuentra emplazado en HEC.

- **Los modos de acceso al turno por parte de pacientes y población en general:**

En los municipios los turnos para consultas programadas pueden –formalmente- obtenerse en forma telefónica o personalmente por parte de los usuarios en general. Si bien la segunda modalidad prevalece en la práctica.

- **La aplicación de un sistema de referencia y contrarreferencia formalizado entre centros de atención primaria y/o unidades sanitarias de los municipios, el hospital de referencia y los otros hospitales de la red.**

Se reconoce que las guías de prácticas y protocolos de atención/derivación/recepción/seguimiento de pacientes en todo el circuito asistencial son claves para la gestión de procesos asistenciales en red, aunque su implementación no es homogénea en todos los efectores de la red analizada.

La identificación de estos núcleos como centrales para planificar en red resulta sumamente relevante a fin de implementar líneas de acción tendientes a reducir estos obstáculos o brechas en la región, particularmente para la red de hospitales y centros de salud que deriva al HEC la alta complejidad.

4.3 Núcleos y procesos estratégicos aplicados en el modelo organizacional del HEC desde el enfoque de redes integradas de servicios de salud.

Hasta aquí se han desarrollado las cuestiones que desde el macro entorno y desde el contexto regional, específicamente en el área sudeste del Gran Buenos Aires donde se ubica la red objeto de análisis (región sanitaria VI) generan los determinantes para el logro del trabajo integrado.

Estos determinantes, como se fue presentando son de orden político sanitario, económico, social, estructural, tecnológico, organizacional. En el plano de este escenario, en este apartado se desarrollarán las acciones y programas implementados por el HEC al momento de definir

su modelo de gestión. No obstante, estas herramientas y procesos no debieran descontextualizarse del macro entorno presentado, por el contrario, la sustentabilidad de las mismas va a depender de la potencialidad que tengan para traccionar a los demás efectores de la red, y de las capacidades del propio HEC para transferir dichas herramientas. Aquí se pone el juego la gobernanza y rectoría que pueda impregnar, desde las buenas prácticas a los demás nodos de la región.

4.3.1 Plan estratégico

El Plan Estratégico representa una herramienta de planificación, gestión y evaluación permanente. El Plan del HEC cuenta con indicadores y metas bien definidas, y tiene una línea de base que posibilita la medición²⁴ de alcances. El rigor metodológico de esta herramienta posibilita trasladar los objetivos estratégicos a cada Plan Anual Operativo (POA). La adecuación conceptual y práctica de ambas herramientas permite coordinar acciones alineadas a objetivos proyectados a escala y por niveles de agregación.

El Plan Estratégico definido para el HEC se desarrolla en tres ejes:

- Consolidación de la red: Nivel macro-organizacional, gobernanza, política sectorial y escenarios regionales y nacionales.
- Consolidación de la gestión interna: Nivel meso-organizacional (procesos, recursos humanos, servicios) y asistencial (procesos de atención)
- Consolidación como hospital universitario y de investigación: Nivel intersectorial (Educación, Ciencia y Tecnología) y Gestión del Conocimiento.

Estos desafíos estratégicos se abren a la vez en programas específicos y concatenados en sus objetivos y resultados esperados.

²⁴ Ver anexo.

Desafíos Estratégicos	Programas
Consolidar la Red	Responsabilidad social institucional (RSI) Gobernanza de la Red Centros de Referencia del Hospital Néstor Carlos Kirchner
Consolidar la organización Interna	Motivación para los trabajadores Programación, control y análisis de gestión Garantía de calidad y seguridad Equipos de mejora Seguimiento de pacientes crónicos Laboratorio de informática médica e ingeniería hospitalaria
Consolidar al hospital como hospital universitario y de investigación	Centro de excelencia en medicina traslacional (CEMET) Centro de simulación clínica y laboratorio de cirugía Prácticas y postgrados universitarios Redes de Investigación y gestión del conocimiento Proyectos CyT, I+D; Investigación biomédica y en gestión de la salud

Fuente: Plan Estratégico

4.3.2. Responsabilidad social institucional (RSI)

El objetivo de responsabilidad social se relaciona con el de fortalecer un vínculo fluido con la comunidad de la que forma parte. Este programa estratégico se sustancia en una serie de acciones:

- Cuidado del medio ambiente, por ejemplo trabajando en la acreditación de Hospitales Verdes para el conjunto de la red mediante el control y tratamiento, de acuerdo a protocolo de residuos.

- Actividades sociales, deportivas y culturales como tarea de extensión del hospital y de la red en su conjunto, en tanto participan de ellas demás hospitales nodos y secretarías de salud municipales. Ejemplo de esto es el eje de la campaña “Vida sana, deporte y cultura”.
- Acciones orientadas a lograr un menor consumo de energía no renovable.
- Proyectos solidarios
- Hospital y promoción de la salud, consolidándolo como centro de consultas sobre temas de salud a través de página web, redes sociales, revista de la comunidad y medios de comunicación.
- Formación de profesionales, técnicos y promotores para mejorar el sistema de salud y calidad de vida de la población (por ejemplo en temáticas de hábitos saludable).

4.3.3 Gobernanza de la Red

Desde las perspectivas establecidas para el trabajo en red, se asume la necesidad de encarar transformaciones a través de políticas sectoriales específicas, las cuales requieren de la acumulación reconocimiento necesario para la gobernanza del modelo de servicios integrados, y, como contrapartida, que mitiguen intereses que obstaculizan que los servicios de salud puedan coordinar sus tareas en pos de resolver las necesidades y problemas de salud de las poblaciones.

Conceptualmente, las redes de servicios de salud constituyen un modelo de gestión cuyo objetivo es garantizar la continuidad e integralidad de la atención en un territorio determinado, en tanto los hospitales que integran la red que deriva pacientes que requieren atención de alta complejidad al HEC comparten que esta experiencia de trabajo en red constituye un referente sanitario para la región.

Este programa de cogobierno institucionalizado no solo refiere al gobierno de la red sino también propone establecer planes operativos de funcionamiento consensuado y protocolizado para mejorar la gestión de pacientes en escala y reducir desvíos en el mecanismo de referencia y contrarreferencia focalizando en el seguimiento transversal de

los procesos de atención en red. Para el logro de estas metas se establecieron un conjunto de procesos claves:

- Impulsar la formación de áreas de gestión de pacientes en cada uno de los hospitales que componen la red: Disponibilidad de oficinas de gestión de pacientes.
- Mejorar el nivel de vinculación entre centros integrantes de la red: Autoconocimiento de menús prestacionales de la red y actualización de menús prestacionales de la red.
- Incluir servicios participantes en reuniones de gestión clínica de la red: Mejorar la coordinación de flujo de los pacientes en los tres niveles de atención (referencia y contrarreferencia)
- Verificar el cumplimiento de protocolos de referencia y contrarreferencia: Efectividad del sistema de gestión de contrarreferencias. Solicitudes de contrarreferencia en relación a egresos.
- Reducir las demoras en la atención de especialidades críticas.
- Consolidar ámbitos de gobierno de la red. Reuniones de gobierno de la red.

Resulta relevante considerar además los procesos de consolidación de marcos normativos provinciales y municipales que regulen el modelo de atención en red, a fin de superar dinámicas emergentes de acuerdos parciales y/o aún fragmentados entre efectores.

4.3.4 Centros de referencia

La demanda en algunas especialidades, sumadas a las competencias de los equipos profesionales que se conformaron representó la base para la proyección que se lleva a cabo a fin de establecer Institutos Nacionales de Referencia en:

- Atención Cardiovascular
- Hepatología
- Neurociencias y Neurocirugía
- Oftalmología.

La consolidación de equipos y en esas especialidades posibilita su institucionalización dentro de redes mayores (nacionales, regionales) que los formalicen como centros de referencia en atención de la complejidad.

4.3.5 Organización Interna: redes internas, subredes y definición de complejidad asistencial.

La red y sus capacidades define qué es complejidad y qué recursos/prestaciones intervienen y en dónde. La concepción de la complejidad asistencial se asume en esta dinámica como una definición que también, paradójicamente, puede ser flexible y variable al contexto. No es lo mismo referir a alta complejidad en poblaciones con altos estándares económicos que en otra vulnerable económicamente, o en una realidad profesional de recursos humanos variados y suficientes que en una en la que no haya disponibilidad suficiente de profesionales.

Esta cuestión puede ejemplificarse en un caso paradigmático: la microcirugía de mano. Si se observa la complejidad institucional, tecnológica o de cobertura de camas para este procedimiento podría establecerse que no es alta complejidad, incluso es una cirugía ambulatoria. Sin embargo, la escasa disponibilidad de profesionales resuelvan estas intervenciones determina la alta complejidad, dicho de otro modo, la ausencia de ese recurso humano formado incide en considerar la criticidad del procedimiento y su complejidad. Otro ejemplo: ciertas patologías de gastroenterología o endoscopía no serían casi catalogadas en ningún lado de alta complejidad, pero la heterogeneidad y asimetrías tecnológicas de los efectores determinan la necesidad de resolver el proceso asistencial en el HEC, por su alta capacidad tecnológica. El caso de neurocirugía constituye sí una complejidad mayor, considerando además que en los hospitales de la red hay déficit en número de neurocirujanos.

Con estos ejemplos la experiencia muestra que dentro de la red se crean y coexisten sub-redes en torno a especialidades y a la vez la dinámica de estas subredes es dispar, porque las especialidades tienen realidades diferentes.

Los contextos organizacionales, institucionales y sectoriales, junto con los determinantes sociales y sanitarios de los territorios establecen entonces una lógica que se tensiona con definiciones esquemáticas y/o universales del concepto de “alta complejidad”. Trabajar en red también es, entre otras cosas, trabajar en la construcción colectiva de miradas conceptuales y resoluciones prioritarias. Y el concepto de alta complejidad es un concepto que el HEC como parte de una red, debe construir en su interrelación con los otros hospitales de la red definiendo los roles de cada servicio/hospital/nodo.

4.3.6 Gestión de pacientes

El hospital centrado en el paciente/usuario, en sus necesidades y en su satisfacción ha tomado fuerza en los últimos años como una de las dimensiones más importantes de la calidad de los servicios, más allá de la vigencia de la dimensión centrada en las actuaciones médicas de diagnóstico y tratamiento. Entonces, aspectos tales como el trato, la responsabilidad y la fiabilidad, asumen un papel primordial en el diseño de los servicios, ya que están directamente relacionados a la percepción que puedan tener los usuarios.

Es en esta línea de análisis que el término “gestión de pacientes” se asimila a la tarea de asegurar el trato adecuado de los usuarios en condiciones de fiabilidad y responsabilidad, como manera de contribuir al objetivo de la calidad. Se busca también de esta manera organizar y reforzar todos los puntos de contacto de la institución con los pacientes a fin de evitar que a los efectos indeseados del quebrantamiento de la salud se le sumen los de la despersonalización, la pérdida de tiempo, el establecimiento de barreras y el maltrato. La circulación de los pacientes en el hospital desde sus diversas puertas de entrada, en sus diversos puntos de contacto, y ante las distintas modalidades que estos adquieren, es el campo de actuación de la “gestión de pacientes”.

Los objetivos que persigue este proceso se resuelven en dos planos: uno organizacional y otro social. El primero como punto de coordinación en el flujo de pacientes entre los distintos servicios intermedios y finales del hospital y entre este y el medio externo (otros

establecimientos, primer nivel, etc.). El segundo como punto de contención, soporte y servicios para la gente.

La coordinación asume, de esta manera, un rol fundamental en la prosecución de la eficiencia y la eficacia de la organización hospitalaria, pues tiende a lograr una adecuada utilización de los recursos asistenciales, evitando el solapamiento, la sobreutilización y la mala utilización de los mismos, de igual forma que los costos excesivos por parte del usuario. También contribuye al logro de la continuidad, es decir: de asegurar un tránsito coherente y ordenado del paciente por los distintos servicios hospitalarios y especialidades médicas.

La admisión centralizada es, en el hospital moderno, una de las herramientas de gestión indispensables para asegurar tal coordinación, lo que significa el establecimiento de un dispositivo centralizado que regule todo el flujo de pacientes dentro del hospital, por lo que bajo este nuevo patrón de tránsito de los usuarios los mismos tienen un punto inicial y permanente de contacto con el establecimiento.

Se propone así un sistema único que centralice el registro completo de los datos del paciente y su movimiento a través del establecimiento, sin importar la modalidad de atención que reciba. El término admisión adquiere entonces un sentido amplio, designando la recepción y acogida por parte del hospital de la persona que demanda atención, y su reconocimiento y registro como paciente del establecimiento cualquiera sea el tipo de prestación efectuada.

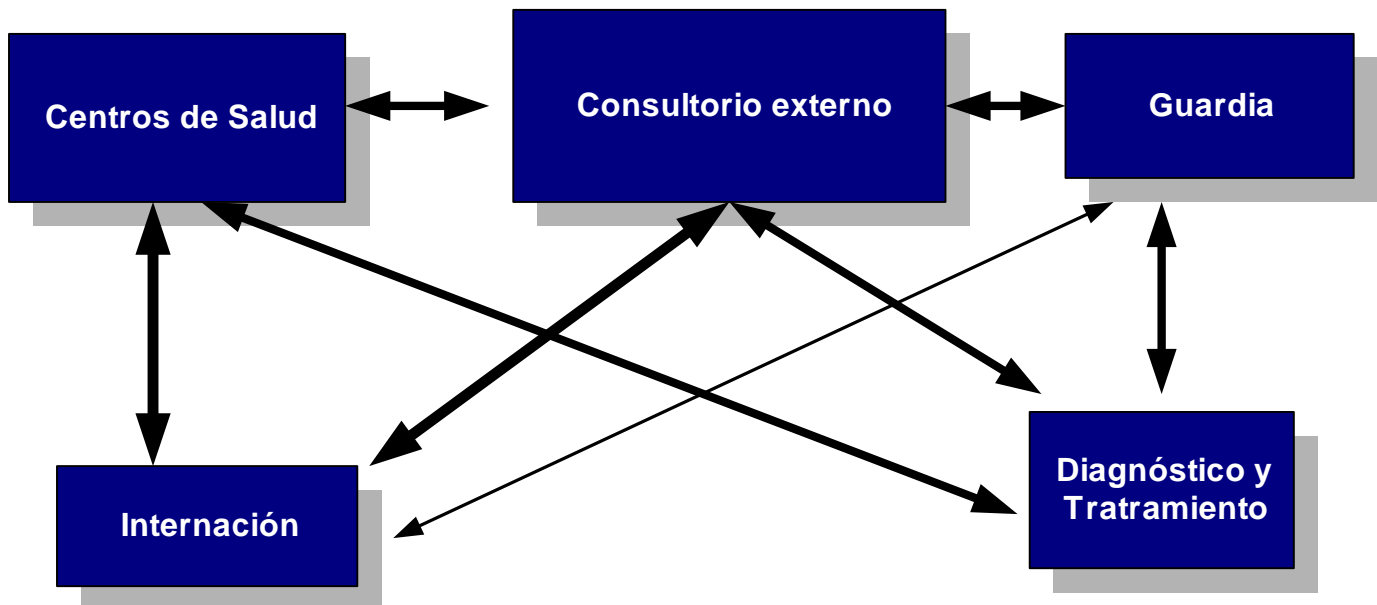
La Unidad de Gestión de Pacientes (UGP) que se implementó en el HEC desde el modelo de red es un servicio médico/técnico/administrativo, no asistencial, constituye una unidad multidisciplinaria, integrada por personal médico, de enfermería, otros profesionales, técnicos y administrativos. La UGP depende del Director Ejecutivo del establecimiento. Consta de seis áreas: Admisión, Archivo, Información, Servicio Social, Atención al Usuario y Facturación, su área de actuación comprende:

- Información y recepción de pacientes y público en general.
- Registro, custodia, procesamiento y codificación de la data requerida para garantizar una información veraz, oportuna y homogénea de la demanda, la actividad asistencial

desarrollada (información asistencial) y los resultados de ésta en lo que se refiere a la patología atendida, procedimientos realizados y calidad técnica del proceso (información clínica)

- Conciliación de la organización de la oferta a la demanda registrada de acuerdo a los objetivos establecidos por la Dirección, mediante la gestión de listas de espera, gestión de camas y programación de turnos.
- Tutela del tránsito ordenado de los pacientes por el establecimiento.
- Orientación de la demanda de recursos sociales que faciliten la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Procesamiento de la información asistencial necesaria para la recuperación de costos a terceros pagadores si corresponde.

Gráfico 1: La circulación de pacientes en el Hospital



En este punto resulta necesario destacar el específico seguimiento a pacientes con patologías crónicas. Uno de los problemas recurrentes a escala internacional, nacional, regional y local es el crecimiento exponencial de pacientes crónicos, vinculados tanto al envejecimiento poblacional como al aumento de la esperanza de vida y los avances tecnológicos. La implementación de un programa de gestión y seguimiento de pacientes cronificados resultó clave para optimizar la atención adecuada en red, junto con la planificación de la atención domiciliaria. Incorporar la atención domiciliaria para pacientes internados en el hospital que requieran medidas de sostén vital, habiendo dejado de ser pacientes agudos, es un desafío sanitario estratégico para la sustentabilidad asistencial y económica del modelo de hospital en red.

4.3.7 Motivación para los trabajadores

Incluye tanto los componentes formales como los informales. En lo formal es un incentivo semestral y se han aplicado a aspectos tales como la presentación, en tiempo y forma, de los Planes Operativos Anuales (POA) y también la posibilidad de conformación de equipos de investigación. La planificación de los servicios y la investigación son prioridades de gestión institucional, en consecuencia es oportuno incentivarlas. Otro aspecto es en la formación permanente de profesionales y trabajadores.

En el caso de la gestión interna, la implementación de una gestión por procesos implica trabajar en equipo, a fin de superar los problemas departamentales, y requiere de un abordaje y de una visión conjunta de todos los trabajadores con la organización. Para esto se requiere un tipo de organización más horizontal, donde la tarea de los directivos sea facilitar que esas capacidades se expresen. La gestión del conocimiento y la gestión por competencias son dos herramientas estratégicas en este plano.

4.3.8 Programación, control y análisis de gestión

A nivel hospitalario, y en particular en el caso de análisis, planificar los pasos a seguir, tanto a nivel general como a nivel de los servicios, es un requisito indispensable para trabajar adecuadamente y especialmente para medir rigurosamente lo que se hace, controlar si lo que se planifica efectivamente se cumple, y si no se cumple identificar desvíos u obstáculos y corregirlos. Para ello se hace necesario ponderar la información con la que se cuenta y analizarla mediante indicadores y trazadoras. El control de gestión es una herramienta que permite monitorear, mediante un sistema de información posible, el desarrollo y estado de los procesos. Estos dispositivos de planificación, evaluación y control, que se buscan consolidar sistemáticamente, posibilitan desarrollar la planificación anual operativa según protocolo y verificar la consecución de los objetivos planteados mediante informes del Tablero de Mando. Junto a esto, se han desarrollado sistemas de evaluación de gestión operativa por servicios, sistemas de evaluación de tecnologías hospitalarias y sistema de medición por grupos relacionados de diagnóstico (GRD).

4.3.9 Garantía de calidad y seguridad

Garantizar la calidad y la seguridad del hospital requiere de sensibilización, capacitación e implementación práctica de la gestión por procesos en las distintas áreas del hospital. En este marco se han incorporado procedimientos concretos y validados como:

- Evaluaciones externas de Certificaciones del Sistema de Gestión de la Calidad bajo normas ISO,
- Acreditación del hospital y el ascenso en la calificación del hospital en el Ranking de Hospitales de América Latina.
- Ubicación del hospital respecto del Programa de Indicadores Calidad en Atención Médica (PICAM).

Dentro de los procesos de calidad y seguridad se ha establecido el objetivo de reducir el riesgo asistencial sobre los pacientes y el laboral para el personal hospitalario, a través de modalidades de recolección de información y detección de causas raíz que permiten establecer mecanismos de prevención de eventos adversos.

Cuantificar esto implicó desarrollar un set de indicadores como: Incidentes de seguridad en pacientes, incidentes de seguridad del personal (asistenciales), incidentes de seguridad asociados a medicamentos, incidentes vinculados a higiene y seguridad laboral. Se han establecido como marco la producción de normas de seguridad basadas en el SNVC y se implementaron acciones de difusión de prevención de riesgo hospitalario. Sensibilizar y capacitar al personal del hospital de modo de alcanzar una cultura de la calidad, mediante sistemas de gestión de la calidad universalmente aceptados y extender esta cultura a los demás integrantes de la red implicó la instauración de espacios de capacitación del personal en Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), acciones de comunicación de la cultura de la calidad. La medición, la evaluación y las validaciones externas constituyen parámetros de comparabilidad (benchmarking) que son claves para la gestión de calidad

4.3.10 Equipos de mejora

Los Equipos de Mejora son estructuras dinámicas, flexibles y aplicadas para el trabajo sobre problemas específicos asistenciales y/o de gestión. Estos equipos (recursos humanos profesionales y no profesionales, de diversas áreas de gestión) se constituyen como espacios sin jerarquías de cargos, aunque sí de conocimiento, y todos los involucrados en el problema y/o proceso a atender pueden participar.

Un ejemplo de Equipo de Mejora en un tema crítico es el Comité de Infecciones, en este Equipo la participación es abierta y su objetivo es reducir las tasas de infecciones derivadas de procedimientos invasivos en las unidades de cuidados intensivos. Otro ejemplo de Equipo de Mejora lo constituye el equipo de Registros Clínicos, cuyo objetivo es mejorar la calidad de los registros con un énfasis especial referido a la Historia Clínica.

Este formato de Equipos de Mejora requiere para su desempeño instrumentar una herramienta de gestión protocolizada, orientada al abordaje de dificultades y/o a mejora de procesos y problemas puntuales en el hospital. A la vez, esta herramienta puede ser producto/resultado del análisis realizado por el Equipo, dando lugar a la mejora de los indicadores de evaluación o a la propuesta de un set consensuado y ajustado a la situación específica.

En el caso, por ejemplo, del Equipo de Mejora de Registros Clínicos se estableció un proceso de auditoría permanente de la calidad de los registros e historias clínicas, definiendo acciones correctivas según los resultados de la auditoría que se ha sistematizado.

4.3.11 Laboratorio de informática médica e ingeniería hospitalaria

Concibiendo que las nuevas tecnologías (Tics) han llegado para transformar las instituciones de salud, los hospitales cada vez más incorporan estas a sus procesos como un activo de la institución. Para optimizar estos recursos el hospital desarrolla un laboratorio referido a informática médica e ingeniería en salud. El objetivo es alinear las actividades desarrolladas en el marco de las tecnologías de información y comunicaciones con las necesidades y prioridades del hospital y de la red²⁵, con el propósito de consolidar el sistema de información hospitalario como herramienta de gestión integrada. Este laboratorio tiene funciones de investigación aplicada y desarrollos tecnológicos, para el hospital y para transferir a procesos de atención y seguimiento de pacientes, para lo cual se prevé incorporar, y hacer accesibles, sus usos por parte de los pacientes.

4.3.12 Centro de simulación clínica y laboratorio de cirugía

Este programa contempla la implementación de un espacio controlado y seguro para trabajadores y estudiantes que permita incorporar y entrenar habilidades, destrezas clínicas y quirúrgicas. Implica la creación de una unidad interactiva de entrenamiento y retroalimentación destinada a la capacitación a través de equipos de simulación clínica (maniqués dinámicos y programados que simulan cuadros clínicos).

²⁵ El proyecto apunta a crear y poner en marcha un Laboratorio de Informática Médica e Ingeniería Hospitalaria en conjunto con el Instituto de Ingeniería de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, dando cuenta de las relaciones de intersectorialidad que se presentarán más adelante en este apartado.

El centro de simulación posibilita entrenar al equipo de salud en el manejo de los recursos en situación de crisis y emergencia, reforzar la cultura de la seguridad del paciente y mejorar la calidad de atención. Como espacio de capacitación se extiende a trabajadores del hospital y de la red en su conjunto, cuestión relevante para avanzar en procedimientos comunes de asistencia y para homogeneizar el acceso a entrenar con equipamientos tecnológicos de punta a los servicios de la región. Esta tecnología de aprendizaje tiene la ventaja de poder aplicar procesos en forma repetida, con posibilidad de reflexionar y observar los avances y la necesidad de correcciones.

4.3.13 CiberSalud, Telemedicina

Las Tics para ser bien utilizadas tienen que formar parte de una visión política general. Y para referir a una política en la cual enmarcar la utilización de las Tics resulta oportuno y conveniente referir al gobierno clínico, en tanto concepto que ilumina una nueva forma de considerar la gestión pública al frente de un hospital.

Es un concepto relativamente nuevo en el campo de las ciencias sociales y de la salud pública, sin embargo se trata de una revisión de una serie de conceptos desarrollados desde hace ya mucho tiempo, pero que a la luz de las nuevas épocas va sufriendo modificaciones producto de las necesidades conceptuales que se vienen registrando en el sistema de salud. Tics y gobierno clínico son instancias conceptuales y operativas que se determinan mutuamente.

El gobierno clínico implica un proceso que es de diseño organizativo y lo que se busca, fundamentalmente, es acercar los gestores a la clínica y la clínica a la gestión. Es decir, suturar esta disociación entre gestores y clínicos que se había dado en la década del 90 con la reforma de recorte neoliberal. En ese marco, los gestores imponían tasas de utilización de los servicios y reglas que buscaban efficientizar el gasto apelando a una reducción economicista de la salud pública. De este modo, se fue estableciendo una distancia enorme entre las metas del sistema de salud, las prestaciones necesarias y los recursos asignados.

El nuevo concepto de gobierno clínico, lo que busca es lograr un cambio organizativo y cultural donde se descentralicen las decisiones: se buscan nuevas estructuras funcionales; se habla de pirámide invertida, es decir, donde el lugar central no lo ocupe la dirección o los jefes, en la punta de la pirámide, sino que lo ocupen aquellos que están en la interface con los usuarios.

Las Tics también son particularmente eficaces para mejorar los canales de información dentro del sistema hospitalario, ya que ayudan a mejorar problemas cotidianos de los pacientes, tales como el acceso a los turnos, a estudios diagnósticos, la gestión de colas, el acceso a la historia clínica y a los resultados de los laboratorios.

La experiencia del HEC respecto a las tecnologías de la información y la comunicación han permitido, por ejemplo, instrumentar que la prescripción que realizan todos los que están alrededor del paciente (médicos, enfermeros, etcétera) sea realizada en forma electrónica, es decir, ausencia total de papel. Esto permite que sea mucho más segura, tanto la prescripción en sí como los resultados. Los diagnósticos de laboratorios y de imágenes van directamente a la historia clínica electrónica de los pacientes y pueden ser transmitidas en forma digital a cualquier profesional de la red asistencial en forma rápida, a través del mail, o bien a través del ingreso por una clave a la historia clínica. Esto permite que los intercambios informativos en torno a un paciente, dentro del sistema de salud, se puedan hacer de forma mucha más rápida y segura.

Entre otras cuestiones, se puede reconocer la tendencia creciente de la gestión descentralizada para distintas modalidades de atención, a través de la telemedicina o los sistemas de información hospitalaria. En ese sentido las imágenes y las pruebas de laboratorio son un fiel ejemplo de cómo los pacientes no necesitan trasladarse a los centros dónde se realiza el proceso de análisis y diagnóstico, ya que las muestras y las imágenes digitales pueden ser tratadas e informadas en forma remota.

En este campo de tecnologías de la información, El HEC forma parte de la Red Federal CiberSalud, que es una política pública llevada adelante en conjunto por el Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios y el Ministerio de Salud, con el objetivo de crear nuevos espacios de colaboración, capacitación y construcción colectiva

de conocimiento a través del uso de las tecnologías de la información y la comunicación. Este plan busca fortalecer el sistema de salud pública con iniciativas de carácter inclusivo y federal que impacten en todos sus niveles (nacional, provincial, municipal), y acerquen nuevas herramientas a todos los centros médicos y hospitales del país, a profesionales de la salud y a pacientes, con el fin de mejorar la calidad de atención e igualar las condiciones de acceso a diagnósticos expertos e interconsultas profesionales. Para los pacientes evita el desarraigo, disminuye los traslados innecesarios y reduce los costos económicos y sociales asociados. En tanto para los profesionales facilita y promueve la capacitación de los equipos de salud y permite contar con foros de opiniones de especialistas de modo dinámico y oportuno. Esta experiencia representa un hito paradigmático para el trabajo en red y constituye un soporte clave para la misma.

4.3.14 Relaciones intersectoriales

En el plano intersectorial, El HEC desarrolla relaciones estratégicas con la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ). En el Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ se dictan cuatro licenciaturas universitarias: Enfermería, Bioquímica, Kinesiología y Fisiatría, Organización y asistencia en Quirófanos y una tecnicatura en Emergencias Sanitarias y Desastres. En el año 2015 se implementará la carrera de Medicina. En toda la oferta académica de salud hay alrededor de 5000 alumnos. Evidentemente la concurrencia de estas dos instituciones, HEC y UNAJ, presentan una perspectiva tan auspiciosa como innovadora, porque la cooperación de las dos instituciones acorta las distancias entre los espacios de formación y de asistencia sanitaria.

Otra estrategia en esta línea está dada en la relaciones entre el HEC y el Ministerio de Ciencia y Tecnología de la Nación, en el marco del desarrollo del Centro de Medicina Traslacional CEMET. Este proyecto implica que la investigación básica pueda realizarse en el mismo contexto hospitalario, para optimizar la aplicabilidad de los conocimientos producidos y su traslado a las prácticas clínicas y asistenciales.

4.3.15 Hospital universitario y de investigación: Prácticas y postgrados universitarios

Este programa concentra dos grandes líneas de acción. La primera es la oferta de instancias de formación de postgrado universitario que implementa el hospital, tanto en lo asistencial como en investigación. El hospital desarrolla un espacio de formación para residentes en 8 especialidades: Cardiología, Neurocirugía, Terapia Intensiva Adultos, Terapia Intensiva Pediátrica, Oftalmología, Diagnóstico por Imágenes, Anestesiología y Administración. Y en este marco se promueve intercambios formativos y académicos con instituciones científicas nacionales y extranjeras.

La segunda línea apunta a convertir al hospital en un escenario de prácticas para la formación de los estudiantes de las carreras de salud de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ) y de otras universidades nacionales de la región, como la de Quilmes y la de Avellaneda, y continuar aportando un espacio para las prácticas de profesionales de centros externos. Es un Programa central para lograr que el hospital se transforme en un hospital universitario, para transferir su experiencia de alta complejidad en red y para consolidar mecanismos de gestión del conocimiento sanitario.

4.3.16 Centro de excelencia en medicina traslacional (CEMET)

El Centro de Excelencia en Medicina Traslacional (CEMET), ya referido, constituye la iniciativa más relevante como proyecto de innovación y desarrollo de tecnologías de investigación y diagnóstico. El término medicina traslacional se refiere al proceso de aplicar la ciencia básica a la resolución de problemas médicos cotidianos. La construcción del CEMET en el HEC fue impulsado por el Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación (líneas de crédito del FONTAR). A ello se sumará la incorporación al hospital de un equipo de investigación de máximo nivel especializado en Medicina Traslacional.

En este proyecto participan mediante consorcio el HEC, la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ) y la Fundación UNAJ. El proyecto está orientado a abordar la epidemiología clínica y molecular de problemas de

interés hospitalario, con eje en un diagnóstico precoz, búsqueda de biomarcadores, pronósticos de evolución de enfermedad y/o respuesta al tratamiento, tanto en enfermedades transmisibles como en enfermedades crónicas no transmisibles.

Con relación a las líneas de investigación en enfermedades no transmisibles se propone articular la información clínica con la información molecular de expresión génica y tecnologías de diagnóstico por imágenes de última generación, como resonancia magnética nuclear y ecocardiografía tridimensional, y la creación de un banco de tumores.

El proyecto contempla la adaptación de un laboratorio de desarrollo y producción de baja escala para generación de productos concretos y potencial desarrollo de reactivos, la reingeniería del sistema informático hospitalario con el fin de dotar a los grupos de herramientas informáticas institucionales para la investigación, y una estrategia de formación de profesionales asistenciales en investigación biomédica. El desarrollo se basa en cuatro líneas de investigación: enfermedades cardiovasculares, enfermedades infecciosas, oncología y enfermedades hepáticas. La conformación de un consorcio institucional para el desarrollo de este proyecto permitió integrar infraestructuras (tecnológicas y usos de laboratorios, por ejemplo mediante la cooperación UNQ-UNAJ) y competencias /experiencias de cada institución, como así también estrategias de capacitación en ciertas técnicas específicas para llevar adelante una propuesta innovadora de investigación, la cual implica avances tanto en el plano teórico como en el desarrollo de productos concretos que puedan emplearse en metodologías diagnósticas de distinta naturaleza.

4.3.17 Redes de Investigación y Gestión del Conocimiento

Los antecedentes disponibles y experiencias plantean como problema las escasas relaciones que se establecen entre la investigación y la transferencia y aplicación de sus resultados.

El análisis de las tendencias en investigación sanitaria y sus contribuciones a los procesos de planificación de la salud identificando qué se investiga, cómo se investiga y cuáles son los espacios de interrelación y transferencia entre investigadores, equipos académicos, actores políticos sanitarios, equipos de salud y población/territorio, resulta de interés para

comprender los modos en que se genera conocimiento sobre la salud y sus aplicaciones concretas en procesos de atención, programas y políticas sanitarias.

En este marco, las redes de investigación en salud representan una estrategia clave a promover considerando que la dinámica del trabajo en red se caracteriza por su potencialidad redistributiva de saberes y experiencias, en tanto canaliza la vinculación entre los organismos científico-tecnológicos, los espacios académicos, las políticas de salud, los servicios de salud y las poblaciones, y a la vez contribuye a la gestión de conocimientos y su aplicación.

El desarrollo de redes de investigación en salud, que profundicen sobre los propios contextos de producción y aplicación de conocimientos y resultados, podría contribuir a reducir los desfasajes entre la teoría y las prácticas, considerando que el nivel local es el espacio de construcción territorial de la salud y que este requiere de la generación de conocimientos multisectoriales aplicables a la formulación de políticas, asumiendo las realidades del contexto social e histórico que las atraviesa.

Las estrategias enmarcadas en redes de conocimientos, que promuevan las interacciones entre educación, investigación y servicios de salud, tienen como objetivo fortalecer a los procesos formativos en el marco de la responsabilidad social que corresponde a la salud pública en su vinculación con las realidades y prioridades sanitarias locales.

En esta perspectiva resulta pertinente citar a Sonis (1998), que desde una postura crítica, identifica dos áreas coexistentes (y muchas veces divididas) en el desarrollo de la investigación en salud: una académica, relacionada a la generación de conocimientos, y otra estratégica, centrada fundamentalmente en la solución de problemas concretos. No obstante, plantea que esta "división" carecería de fundamentos, ya que la investigación académica rigurosa y confiable solo podría desarrollarse si se articula con el ámbito del sistema y los servicios de salud y los problemas trascendentes de éstos, y por otra parte, la solución a problemas concretos que tienen su punto de partida en el ámbito del sistema y servicios de salud, si carecen del soporte de una estructura conceptual basada en la investigación, quedarían reducidos a una mera actividad empírica sin sustentos validados.

En base a esto, la investigación científica debiera contribuir a la solución de problemas prioritarios y enfocar sus propuestas dentro de perspectivas sociales y de viabilidad en ciertos contextos (Souza Minayo, Soimone Goncalvez, Ramos Souza 2005).

En años recientes, algunos trabajos han señalado la naturaleza multifacética de las relaciones entre organizaciones de investigación y sectores sociales (Estébanez, M y Korsunsky, 2003). Estos estudios han identificado una variedad de "canales" o "mecanismos" que funcionarían como "puentes de comunicación e interacción social" a través de los cuales se intercambia o coproduce conocimiento científico y tecnológico en red: entre los centros de investigación, universidades y ámbitos externos al mundo académico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Informe Mundial sobre la Investigación Sanitaria a Nivel Global (2004), se manifiesta sobre la necesidad de emprender investigaciones que traduzcan los conocimientos en acción, y que las investigaciones en red pueden aportar evidencias para la planificación sanitaria, el establecimiento de prioridades, la asignación de recursos y la evaluación de las repercusiones de las intervenciones y programas sanitarios.

A nivel hospitalario, las redes de investigación en salud posibilitan a la vez incluir en los procesos de investigación la visión de aquellos actores directamente envueltos en la problemática objeto de la investigación, estrechando las distancias entre el conocimiento científico puro y el aplicado u operacional, y entre investigadores formados como tales (académicos), trabajadores de servicios de salud y tomadores de decisión. (Almeida C., Phang Romero C., Fontes Texiera, 2001) El trabajo en red representa entonces una estrategia de *interfase* entre investigadores, actores políticos y profesionales de los servicios de salud (Bezzani 2001). Considerando que la salud en su dimensión política-sanitaria se organiza en estratos agregados vinculados a las complejidades territoriales (locales-municipales, provinciales, nacionales y regionales) la investigación en red resulta una estrategia clave para definir agendas y prioridades.

El Programa de Gestión del Conocimiento y la Investigación aplicado en el HEC incluyó una etapa diagnóstica sobre barreras para la gestión del conocimiento en el hospital (01/2009-10/2011) y una etapa de implementación sobre la base de barreras detectadas

(01/2012-10/2014), que incluyó acciones de promoción de la investigación en salud, alianza estratégica con universidades de la región y laboratorios de investigación científica, incorporación de científicos al plantel hospitalario y estrategias de capacitación. A partir de la implementación del Programa de Gestión del conocimiento se observó un incremento significativo en los productos analizados, tanto publicaciones, cantidad de profesionales capacitados en investigación, investigaciones colaborativas que involucran centros de la red, acceso a convocatorias científicas y obtención de fondos para investigación. Este modelo de gestión del conocimiento favorecería un círculo virtuoso de generación de evidencias para la resolución de problemas sanitarios relevantes.

En el marco del Plan Estratégico, se han planteado nuevos desafíos para el trabajo en redes de investigación y de gestión de conocimiento en salud desde el HEC:

- Construir una agenda de investigación sanitaria consensuada y en base a las prioridades de la región, sus Instituciones y sus poblaciones.
- Identificar espacios regionales de conocimientos que sean relevantes por las capacidades específicas que han desarrollado y sus potencialidades para contribuir al conjunto.
- Establecer los "canales" o "mecanismos" de vinculación entre investigación académica, sanitaria y políticas locales de salud. (relación investigación, vinculación y extensión universitaria)
- Conformar equipos de investigación y trabajo interdisciplinarios en el campo de la salud: establecer equipos de trabajo institucional e interinstitucional de amplia participación interdisciplinaria, y así mismo generar metodologías para el mejor aprovechamiento y aplicabilidad de los conocimientos.

4.4 La Evaluación de Calidad como Herramienta de Gestión: satisfacción de usuarios (pacientes) y equipos de salud de la red y del HEC.

La aplicación en forma permanente y sistemática de encuestas a usuarios del HEC constituye un mecanismo de evaluación de calidad percibida y satisfacción. Estas encuestas posibilitan monitorear la aceptabilidad de los usuarios respecto al funcionamiento y dinámica de la institución a la vez de brindar información sobre ciertas dinámicas y tendencias de la articulación de los servicios de la región, en tanto en el HEC, como hospital de derivación, se concentran y circulan usuarios/pacientes cuyo proceso de atención también es realizado en otros hospitales de la red. Estas mediciones son claves para establecer por un lado la eficiencia y calidad de atención desde la perspectiva de usuarios/pacientes, y por otro establecer parámetros de comparación para relevamientos futuros.

Estas encuestas son aplicadas en forma periódica y al azar en el ámbito de la Oficina de Atención al Usuario del HEC, en forma anónima y auto administrada a fin de evitar respuestas condicionadas. Los resultados obtenidos son analizados por el mismo personal del área y socializados en los espacios de planificación estratégica del hospital. Este procedimiento da cuenta de al menos tres ejes relevantes:

- La aplicación de encuestas a usuarios pacientes como herramienta de evaluación de calidad percibida
- La inclusión, e iniciativas, del personal en los propios procesos de análisis e interpretación de sus resultados.
- El uso de estas herramientas como instrumentos de planificación y gestión del hospital.

A los fines de esta tesis se presentarán algunas de las tendencias identificadas mediante estos procedimientos y se analizarán a la luz del marco teórico y de la experiencia del trabajo en red tomada como caso.

Entre los resultados más relevantes de estas aplicaciones se destacan los siguientes, organizados según las dimensiones establecidas en las encuestas aplicadas en 320 usuarios entre el 4 febrero y el 29 de septiembre de 2014.

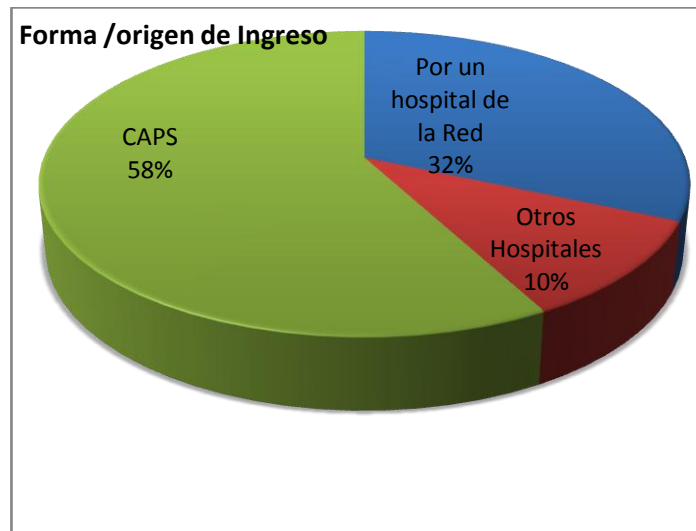
- **Dimensión 1: Diseño espacial del HEC y disposición del circuito de atención:**

Tanto el diseño del circuito de atención como la disposición de los diferentes sectores, según los resultados relevados, funciona de manera positiva; el público manifiesta comprender cómo guiarse/desplazarse dentro del hospital y cumplimenta con autonomía los pasos a seguir. Esto se apoya en que el 72% (N= 320) de los encuestados manifestó que sabe a qué sector pedir referencia y esperar por instrucciones al ingresar al hospital. El 96% de los encuestados respondió también que interpreta la señalética y que puede guiarse por ella (carteles y/o señales).

- **Dimensión 2: Acceso, ingreso al HEC para el proceso de atención:**

Una pregunta clave de las encuestas apunta a medir cómo ingresan los usuarios al hospital. Los porcentajes han ido evolucionando y van dando cuenta de las mejoras de los mecanismos de articulación entre efectores de la red. En 2012 (mediciones 2012) ingresaba vía red (derivados de los hospitales que la componen y/o centros de salud del área) un 70% de los pacientes, en 2014 el ingreso al sistema de red funciona como corresponde: un 90% de los usuarios/pacientes manifestó ingresar derivado de otros hospitales de la red. Por lo cual, el ingreso a través de la red es alto (90% de usuarios-pacientes), resultando importante destacar el peso que tienen en esto los Centros de Atención Primaria de la Salud -CAPS-, ya que un 58% de usuarios provienen de ellos, como muestra el gráfico siguiente:

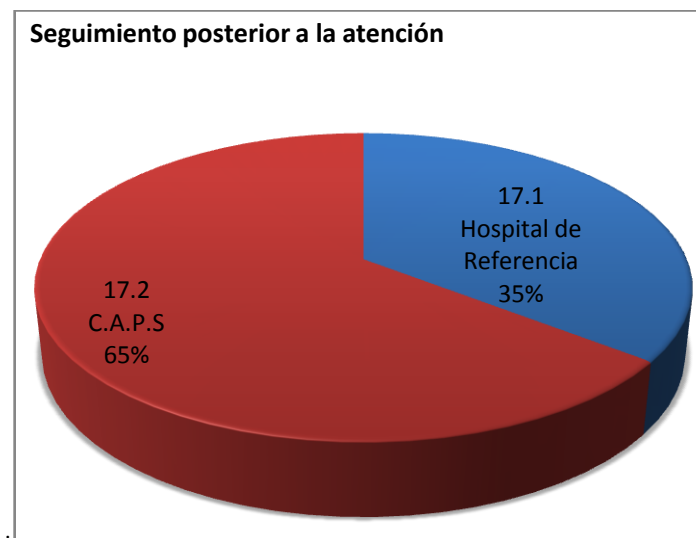
Gráfico 1



Fuente: Encuestas a usuarios/pacientes HEC, N= 320 (entre 04/02 y 29/09 de 2014.)

A la vez este próximo gráfico indica hacia qué niveles de atención retornan los usuarios.

Gráfico 2



Fuente: Encuestas a usuarios/pacientes HEC, N= 320 (entre 04/02 y 29/09 de 2014.)

Se observa aquí también que el peso que tiene el primer nivel (CAPS) es preponderante con un 65% de usuarios que manifiestan que en ellos continúan sus procesos de atención o seguimiento. Esto guarda relación con la concurrencia ambulatoria, vinculada a la realización de estudios diagnósticos de alta complejidad por las capacidades técnicas con las que cuenta el HEC, a la vez que demuestra la incidencia que los CAPS tienen en la red y pone en evidencia la capacidad de resolución que el HEC aporta a la región. En tanto la mayor parte de los usuarios proviene de los CAPS y retorna a los mismos, puede plantearse que estos servicios de primer nivel son los mayores protagonistas de los mecanismos de referencia y contrarreferencia.

- **Dimensión 3: Calidad de atención percibida:**

Los sectores de Informes, Turnos (confirmación), los profesionales médicos y la Oficina de Atención al Usuario reportan valoraciones positivas en la opinión de los encuestados; por su parte los sectores con opiniones más adversas son: el sector de enfermería (paso del 64% de satisfacción manifiesta en 2012 al 48% en 2014); la oficina de Servicio Social reportando una baja de 23% de satisfacción entre ambos períodos, además se registrar que el 43% de los usuarios encuestados en 2014 no supo identificarla ni reconocer cuáles son sus funciones en tanto es confundida con Oficina de Atención al Usuario, ya que esta última absorbe, en la práctica, los requerimientos que surgen; y el Sector Emergencias ya que el 28% de los usuarios reporto dificultades y desentendimientos con el personal administrativo que los recibe al ingreso.

- **Dimensión 4: Funcionamiento y agilidad del circuito:**

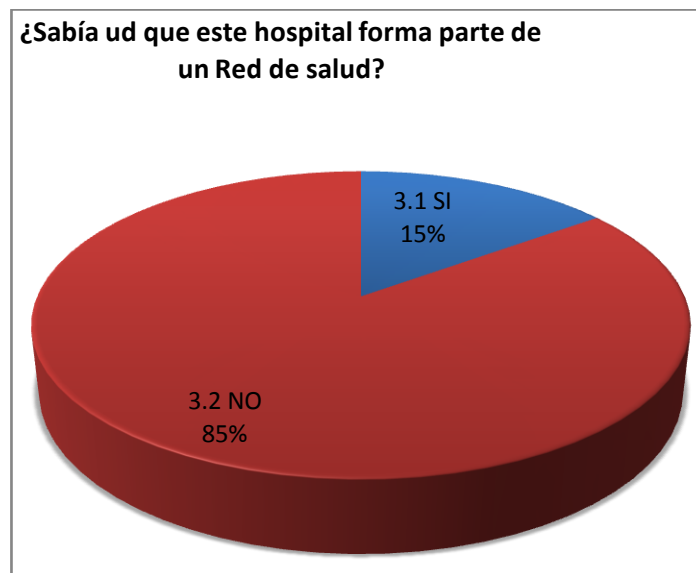
El 98% de los usuarios manifiestan que esperan menos de 15 minutos para la confirmación del turno y enseguida pasan a la sala de espera para ver al profesional. Esto además de ser manifestado por los encuestados es corroborado por el sistema electrónico (computarizado) de asignación de turnos. Otra cuestión a tener en cuenta es que el promedio de acompañantes por usuario ha crecido, pasó de 2 a 3 acompañantes (2012) a 3 o 4 por persona (2014), cosa que lentifica en cierta medida la agilidad del sector de ingreso por el volumen de personas que allí se ubican, además debe tenerse en cuenta que según la especialidad este número también aumenta, por ejemplo, cuando hay especialidades pediátricas las madres no siempre pueden dejar a sus hijos al cuidado de

otra persona y concurre con todos los niños a su turno, otro ejemplo es para los usuarios que más delicados están de salud o para las personas de tercera edad. Esto debe especialmente considerarse teniendo en cuenta la naturaleza de este hospital donde el estado de salud de los concurrentes es generalmente delicado.

- **Dimensión 5: Percepción de la idea de red:**

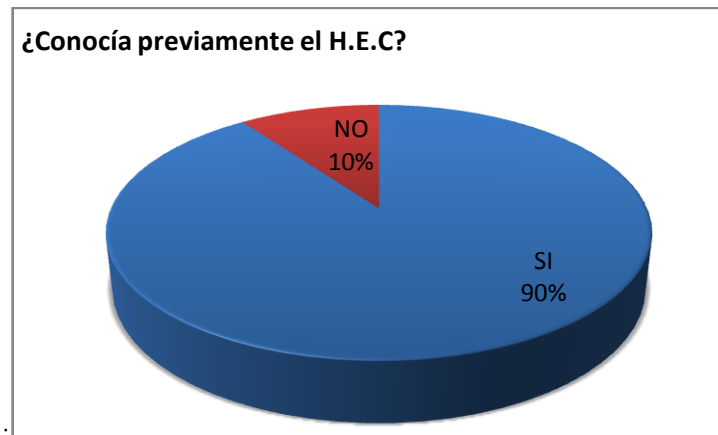
La idea de “red”, como concepto y organización, es prácticamente desconocida para los usuarios, en tanto que no así el HEC como institución. El 90% de los encuestados dijo conocer previamente al HEC y podía dar cuenta de sus características con precisión.

Gráfico 3



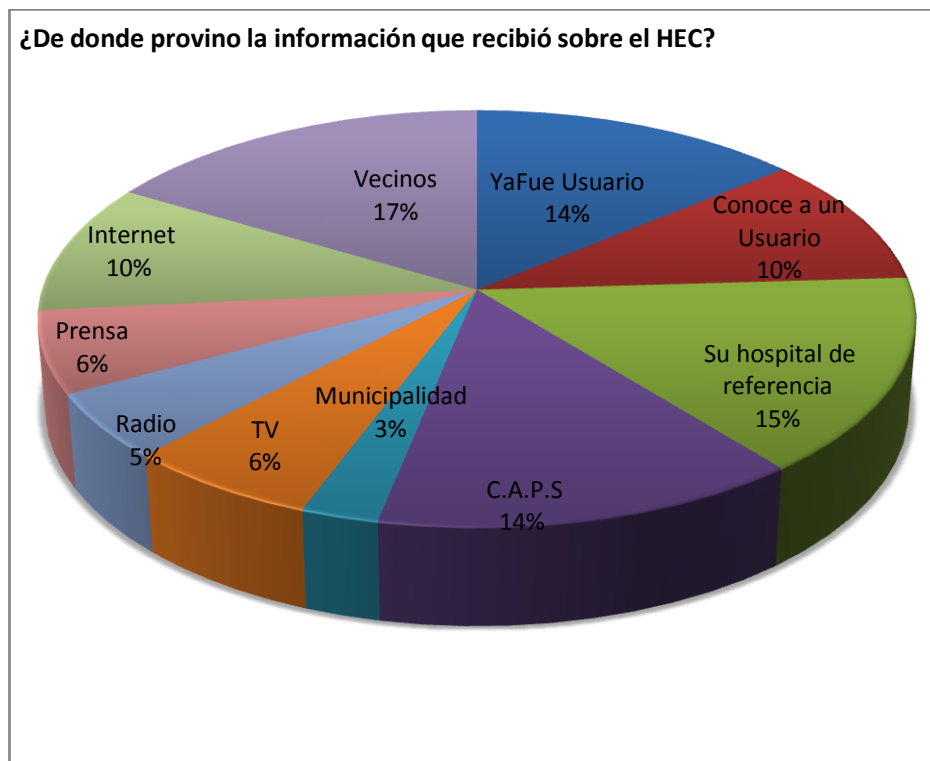
Fuente: Encuestas a usuarios/pacientes HEC, N= 320 (entre 04/02 y 29/09 de 2014.)

Gráfico 4



Fuente: Encuestas a usuarios/pacientes HEC, N= 320 (entre 04/02 y 29/09 de 2014.)

Gráfico 5



Fuente: Encuestas a usuarios/pacientes HEC, N= 320 (entre 04/02 y 29/09 de 2014.)

El 41 % de las respuestas (sumando las categorías “ya fue usuario” 14%, por “vecinos” 17%, “conoce a un usuario” 10%) dan por resultado que el 41% manifestó dar cuenta del conocimiento del hospital por cuestiones y evidencias que se podrían denominar “vivenciales” y dan cuenta de redes informales que subyacen a las redes formales de los servicios .El origen de la información sobre el HEC que proviene del propio sistema de salud (entre C.A.P.S y Hospitales de referencia) alcanza un 29%.

Del relevamiento exploratorio mediante estas encuestas pueden identificarse algunas cuestiones claves para el trabajo en red y su fortalecimiento:

- En primer lugar cabe destacar que el 80% de los usuarios/pacientes no cuenta con obra social, por lo cual la atención pública asume la responsabilidad de accesibilidad, calidad y equidad de la atención en forma exclusiva. Y en este sentido, el funcionamiento adecuado de una red por niveles de complejidad debe ser garantía de continuidad de todo el proceso de atención.
- De acuerdo a lo relevado, el fortalecimiento de las capacidades del primer nivel resulta estratégico en tanto constituye el mayor derivador de pacientes ambulatorios y de mayor receptor al momento de la contrarreferencia, tal como manifiestan los encuestados, es allí donde retornan y continúan sus procesos de atención.
- La percepción sobre el HEC es positiva, con buenos indicadores de satisfacción, lo que da cuenta del reconocimiento social que el hospital ha construido en su región.
- Hay un tema que emerge y es respecto a la “idea de red” que manifiestan los usuarios/pacientes, si consideramos que el 85 % respondió que “no sabía que este hospital forma parte de una red de salud”, y a la vez el 90% del mismo grupo respondió “que conocía al HEC”, queda de manifiesto la necesidad de trabajar más sobre estos conceptos para la apropiación por parte de comunidad.
- Sin embargo, cuando se pregunta sobre el modo en que adquirió conocimiento sobre el HEC se observa que el 41% de los encuestados respondió dando cuenta de lo que podría denominarse “otras redes” , y retomando a Dabas (1999), tal como se desarrolló en el marco teórico de esta tesis, pueden reconocerse en la salud al menos cinco niveles de

redes: red personal, red comunitaria, red institucional, red de servicios y red intersectorial, estratos articulados en una dinámica en donde cada sub-red/ nivel se construye a partir de los otros. En este plano, y estableciendo desde esta perspectiva una interpretación de los resultados referidos de la encuesta, entran en juego los vínculos entre los sujetos y la red de relaciones interpersonales, entonces a la red (de servicios) subyace otra red (de personas, de vínculos) que le otorga validez y reconocimiento a la primera, puede entonces no ser percibida la red sanitaria conceptualmente, pero en las prácticas se da cuenta de ella. En tanto el reconocimiento²⁶ del HEC prueba esto también.

- Como desafío podría plantearse la misión de establecer y/o reforzar canales comunicacionales que podrían ser mejor aprovechados para difundir la concepción de la red de salud pública (no solo el HEC) en todas sus dimensiones.

²⁶ Es lo que comúnmente se llama “el boca a boca” y forma parte de la experiencia vivencial.

5. Desarrollo sostenido del modelo redes, aportes para el seguimiento y evaluación: Matrices para el Análisis Estratégico de la Red

Los procesos de implementación en salud pública se hacen sustentables en tanto puedan desarrollar capacidades de evaluación y de mejora respecto a las evidencias obtenidas en ellas. El trabajo en red requiere entonces de la incorporación sistemática de evaluaciones, como todo modelo de gestión político-sanitario, y de la medición de procesos y resultados para orientar la toma de decisiones.

La idea de presentar este conjunto de matrices de análisis respecto a la experiencia de red tomada como caso en esta tesis tiene como propósito un fin metodológico y de aplicación evaluativa, dando cuenta de las dimensiones relevantes a identificar y a monitorear para los procesos de la red y sus desempeños.

Las dimensiones seleccionadas se fundamentan en la bibliografía, pero fundamentalmente en la experiencia y en la dinámica del contexto en la cual se ubica.

5.1. Matriz integrada: Dimensión Política, Dimensión Asistencial, Dimensión Gestión.

Esta primera matriz se basa en tres dimensiones claves de un esquema de organización sanitaria: política, gestión y asistencial, y en los ejes que corresponden a cada una de ellas. En su formulación se presentan fundamentos conceptuales, la experiencia de la red que integra el HEC respecto a las dimensiones incluidas y los instrumentos/herramientas operativas relacionadas. El esquema es el siguiente:

DIMENSIONES DE ANÁLISIS	EJES
Dimensión Política	<ul style="list-style-type: none">• Gobernanza• Rectoría y Liderazgo
Dimensión Gestión	<ul style="list-style-type: none">• Planificación• Recursos Humanos• Recursos económicos y materiales
Dimensión Asistencial	<ul style="list-style-type: none">• Perfil prestacional• Gestión de pacientes en red

Matriz de análisis 1: Dimensiones, ejes y alcances actuales en la práctica

DIMENSIÓN POLÍTICA		
EJE: GOBERNANZA		
Conceptos	Experiencia de la red	Instrumentos/Herramientas Operativas
<p>Capacidad para la toma de decisiones en base a consensos legítimos en una región. Da cuenta de las interacciones de actores y de las construcciones colectivas que organizan los procesos y las normas, tanto formales como informales. (Hufty, Báscolo, Bazzani 2006)</p>	<p>Consensos en base a necesidades comunes: Ministerios de Salud (Nación y Provincia); Secretarías de Salud (Municipios); Direcciones de Hospitales de la red.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis del mapa de actores. • Diagnóstico sectorial • Análisis de relaciones interjurisdiccionales/marcos regulatorios/competencias interjurisdiccionales.
EJE: RECTORÍA		
Conceptos	Experiencia de la red	Instrumentos/Herramientas Operativas
<p>El ejercicio del rol de rectoría sanitaria implica planificar, conducir y garantizar la cobertura asistencial. Así también desarrollar capacidades de evaluación, control y monitoreo y dar cuenta de la responsabilidad pública.</p>	<p>El ejercicio de rectoría en red se sustenta en las capacidades de los propios hospitales, encuadrados a la vez en las instancias de las autoridades de aplicación (local, provincial, nacional). La red es un “medio” para el ejercicio de la función rectora de la política sanitaria. No obstante, la sustentabilidad de la red (y su legitimidad a nivel territorial) se relaciona con las capacidades que pueda desarrollar para adecuarse a las transformaciones (políticas, sociales, epidemiológicas, tecnológicas, sectoriales) en un contexto complejo que implica procesos yuxtapuestos de integración (a la esfera nacional y provincial) y de diferenciación (competencias locales, lo territorial, los perfiles particulares de las poblaciones que cubre)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones sistemáticas de cobertura. • Análisis de accesibilidad • Desarrollo de indicadores (set de indicadores de medición) ajustados al contexto. • Producción y acceso a información epidemiológica a nivel regional y local. • Salas de situación interjurisdiccionales. • Definición de perfiles prestacionales de los efectores de la red.

DIMENSIÓN GESTIÓN		
EJE: PLANIFICACIÓN		
Conceptos	Experiencia de la red	Instrumentos/Herramientas Operativas
<p>La planificación implica el establecimiento de objetivos y metas, así también el análisis de escenarios para intentar disminuir los niveles de incertidumbre.</p> <p>En las organizaciones de salud planificar es establecer roles y responsabilidades, definiendo tipo y cantidad de planes y actividades que debe ejecutar cada unidad operativa/servicio/organización en base a los recursos disponibles y necesarios.</p>	<p>En la experiencia de la red que se analiza la planificación asume dos planos: la planificación de la propia red como estrategia asistencial y la planificación de cada nodo (hospital, servicio) que la integra.</p> <p>Esto conlleva a establecer evaluaciones sobre capacidades instaladas y a definir interacciones y prestaciones a cubrir y resolver.</p> <p>Entre las problemáticas asociadas se destacan las heterogeneidades estructurales entre los nodos/hospitales de la red (edilicias, tecnológicas, de recursos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Estratégico de la Red: definición de objetivos y metas de cada efector. • POA (plan operativo anual de cada hospital) • Relevamiento de capacidades técnico asistenciales y de gestión de cada nodo(efector, hospital, servicio) • Definición de perfil prestacional de cada nodo en base a sus capacidades. • Implementación de unidades de Evaluación de Proyectos y Evaluaciones Económicas. • Análisis de brechas: población/necesidades/ capacidad de respuesta de la red.
EJE: RECURSOS HUMANOS		
Conceptos	Experiencia de la red	Instrumentos/Herramientas Operativas
<p>Los recursos humanos de la salud son un eje central para toda gestión. La capacidad de planificación, contratación y localización (georreferenciada) del recurso humano es estratégica para la cobertura efectiva. También implica la formación, capacitación y evaluación de profesionales y equipos para identificar las necesidades de atención prioritarias y evaluar adecuadamente las acciones de salud pública. Para el trabajo en red debieran definirse las</p>	<p>El trabajo en red implica analizar especialidades médicas disponibles y su localización, a fin de definir su grado o no de criticidad (por falta o escases) y el grado de complejidad que asumirá cada problema de salud a atender.</p> <p>En la experiencia de la red algunas prestaciones se definieron de alta complejidad no por el procedimiento en sí sino por la precisión (y escasos profesionales) de la especialidad (ej: micro cirugía de manos).</p> <p>Otra cuestión a considerar es la fragmentación jurisdiccional y las diversas modalidades de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologías de cálculo y estimación georreferenciada del RRHH en la región/territorio de la red. • Censo de RRHH por especialidades localizadas en la región. • Definición de especialidades críticas. • Estudios de Clima Laboral, Satisfacción/Motivación • Programa de Incentivos • Encuentros de socialización de lineamientos de política institucional y de la red, de

capacidades para integrar equipos interdisciplinarios.	contratación de recurso humano que persisten, lo cual constituye otra problemática central para la gestión de este recurso en espacios inrjurisdiccionales en red. A nivel gestión institucional el HEC ha implementado incentivos a la investigación y la capacitación, y realiza regularmente estudios de Clima Laboral.	los objetivos y metas institucionales.
--	---	--

EJE: RECURSOS ECONÓMICOS Y MATERIALES

Conceptos	Experiencia de la red	Instrumentos/Herramientas Operativas
Refiere al origen, asignación y sustentabilidad de los recursos (monetarios, insumos, tecnológicos). Sustentabilidad y financiamiento económico	En el esquema de financiamiento convergen recursos y estrategias en las cuales se yuxtaponen mecanismos centralizados y descentralizados de administración y gestión de dichos recursos, coexistiendo en el territorio diferentes jurisdicciones político-administrativas: municipales, provinciales y nacionales. Las transferencias económicas para el financiamiento de los servicios de salud resultantes de la coparticipación modelan la gestión regional y local en la provincia de Bs As. El financiamiento y el origen de los recursos en el marco de la coparticipación son dos factores claves y estructurantes de las estrategias locales y condicionan el trabajo en redes integradas. Persisten heterogeneidades estructurales entre los nodos/hospitales de la red (edilicias, tecnológicas, de recursos)	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas de Trabajo Intersectorial • Avanzar en el proyecto de Ley Nacional de Salud

DIMENSIÓN ASISTENCIAL

EJE: PERFIL PRESTACIONAL

Conceptos	Experiencia de la red	Instrumentos/Herramientas Operativas
Se trata de la dimensión técnica específica del sector, referida a la organización y	En el caso de la red, el HEC definió su perfil de alta complejidad y hospital de derivación. En este caso	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdos intra-red, avances en marcos normativos comunes y adecuados a la

<p>ejecución del trabajo médico-asistencial y su adecuación a las necesidades y demandas de las poblaciones. Esta dimensión se define por la capacidad de los servicios y efectores (recursos humanos) para dar respuestas eficientes y efectivas, y por los recursos tecnológicos y complejidades asistenciales disponibles para los procesos de atención y rehabilitación.</p>	<p>se organiza en red de complejidad creciente (niveles de complejidad) con los hospitales del segundo nivel que la componen y centros de atención primaria(CAPS). Los hospitales de segundo nivel definen los procesos de internación/intervención y mayoritariamente los CAPS los procesos ambulatorios (estudios diagnósticos y/o clínicos)</p>	<p>estructura red.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones operativas entre directores/as de hospitales y nodos de la red. • Tecnología de la Información • Referencia/Contrarreferencia intra-red. • Proyecto de desarrollo del Centro de Coordinación para la gestión asistencial en red.
EJE: GESTIÓN DE PACIENTES EN RED		
Conceptos	Experiencia de la red	Instrumentos/Herramientas Operativas
<p>La gestión efectiva de los procesos asistenciales en una red de servicios necesita, junto con la definición del menú de prestaciones, de la implementación de dispositivos administrativos que garanticen su funcionamiento, como así también incorporar procesos de gestión de pacientes dinámicos y oportunos mediante la aplicación de nuevas tecnologías de información.</p>	<p>El HEC tiene implementada su Unidad de Gestión de Pacientes y una oficina de Atención al Usuario, y consolida desarrollos de agendas de turnos en red accesibles desde las terminales de los diversos hospitales de la red. Se ha avanzado es estrategias de gobierno clínico y forma parte de la red federal CiberSalud. Se aplican también en forma sistemática encuestas de calidad percibida y satisfacción. Sin embargo, el grado de desarrollo de estos dispositivos tecnológicos, en el conjunto de los nodos de la red es en general dispar y/o escaso. Presentan desigual desarrollo los procedimientos sistematizados para la gestión de turnos entre efectores/hospitales, el uso de herramientas informáticas para la gestión y seguimiento de pacientes, el turno programado y de acceso telefónico por parte de los usuarios y la aplicación metódica de un sistema de referencia y contrarreferencia formalizado mediante guías de prácticas y protocolos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnologías de la Información aplicadas a la gestión de pacientes • Referencia/Contrarreferencia intra-red mediante guías de prácticas y protocolos. • Implementación de áreas dentro de las secretarías de salud municipales destinadas específicamente a la gestión de pacientes. • Agendas de turnos en red aplicadas por todo efector, independientemente de su nivel de complejidad. • Unidad de Gestión de Pacientes y Oficina de Atención al Usuario en cada hospital de la red. • Encuestas sistemáticas de calidad percibida y satisfacción de usuarios.

5.2 Matriz integrada en base a atributos de los servicios de salud

Esta segunda matriz se basa en los atributos de los servicios de salud, y la necesidad de operacionalizarlos. El esquema de análisis resulta del compendio de la información bibliográfica revisada (Starfield 2005, Vega Romero 2006, Burrone 2007, Chiara 2012, OMS 2013) y su cruzamiento con la información recopilada en terreno mediante revisión de datos (Ministerio de Salud Pcia de Buenos Aires, información brindada por municipios relevados y entrevistas a funcionarios de salud locales²⁷). En esta matriz se busca identificar aquellos factores claves para la efectiva contribución de la red y correlato en cuanto al desarrollo alcanzado efectivamente:

Matriz de análisis 2: Atributos de los sistemas de salud y enfoque de red.

Atributo	Factores claves para su logro	Jurisdicciones intervinientes Responsabilidades	Estado de desarrollo actual para planificar y consolidar redes integradas de servicios de salud
Accesibilidad (geográfica, económica, cultural, administrativa)	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución adecuada de servicios de la red en territorio.(distancias medias no más de 3 km) • Nominalización de población bajo cobertura/georrerenciamient. • Cobertura de transporte y traslados a personas con vulnerabilidad económica que impida la concurrencia a consulta. • Costo de atención (directo e indirecto) igual a cero para las personas pobres y las más desfavorecidas. • Reducción de asimetrías de lenguaje y/o expresiones entre 	Municipio Provincia – Región Sanitaria Nación	<ul style="list-style-type: none"> • La distribución de servicios de diversa complejidad y/o especialidad es adecuada para el trabajo en red y para dar cobertura geográficamente accesible. • La nominalización de las poblaciones de referencia se focaliza en grupos “bajo programas” y generalmente los efectores y/o jurisdicciones sanitarias no disponen de padrones que integren a personas por fuera de estos grupos. • Existen iniciativas de empadronamiento, se observa que la nominalización en la práctica generalmente consiste en listados de personas que únicamente cumplen con los requisitos de información

²⁷ Secretarios de salud de municipios de la región, director de la Región Sanitaria VI, Director de Hospitales de la Pcia de Buenos Aires, Profesionales de la Unidad de Gestión de Pacientes del HEC

Atributo	Factores claves para su logro	Jurisdicciones intervinientes Responsabilidades	Estado de desarrollo actual para planificar y consolidar redes integradas de servicios de salud
	<p>equipos de salud/pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a turno y reducción de tiempos de espera. • Tecnologías comunicacionales 		<p>planteados por los diversos programas que atraviesan al sistema de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respecto a la accesibilidad administrativa (acceso al turno) se encuentra poco o nada desarrollado el mecanismo de turno telefónico en la generalidad de la red.
Continuidad, longitudinalidad e integralidad	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad y permanencia de Equipo de Salud habitual. • Nominalización de población de referencia. • Atención no solo focalizada en el problema de salud específico: seguimiento del paciente. • Detección precoz, acciones preventivas rehabilitación. • Sostenimiento de recursos económicos • Trabajo en red por niveles de complejidad asistencial: mecanismos de referencia y contrarreferencia. 	<p>Municipio y su red de efectores Provincia (efectores para derivaciones a mayor complejidad de ser necesario, hospitales de nivel II)</p> <p>Nación – Provincia: HEC (Hospital de Alta complejidad)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escases de recursos humanos asistenciales en primer nivel. • Alta rotación en primer nivel. • Persistencia de mecanismos informales de referencia/contrarreferencia de pacientes en algunos hospitales y servicios. • Necesidad de mejorar los procesos de referencia y contrarreferencia especialmente lo referido a la contrarreferencia que realizan los efectores del segundo nivel. • Esto implicaría el desarrollo e institucionalización efectiva de procedimientos y de normas básicas uniformes de atención y derivación.
Capacidad Resolutiva (proporción de consulta que pueden resolverse en efectores de la red)	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de RRHH asistenciales. • Disponibilidad de tecnologías de diagnóstico y tratamiento. • Capacidad operativa y funcional para el trabajo en red. 	<p>Municipio y red de efectores</p> <p>Provincia (efectores para derivaciones a mayor complejidad hospitales de nivel II)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Heterogeneidad tecnológica y de recursos entre hospitales y centros de salud de la red. • El HEC, como hospital de alta complejidad concentra resoluciones críticas en cuanto al uso de tecnologías médicas. • Red Federal: CyberSalud. • Gobierno Clínico.

Atributo	Factores claves para su logro	Jurisdicciones intervinientes Responsabilidades	Estado de desarrollo actual para planificar y consolidar redes integradas de servicios de salud
		Nación-Provincia (Hospital de Alta complejidad)	
Coordinación Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en red de efectores por niveles de complejidad • Mecanismos formalizados de ref/contrarref. • Protocolos asistenciales. • Cartera de prestaciones definidas por cada efector (especialidades, tecnologías) • Funcionamiento de sistemas de turnos programados • Soportes informáticos homogéneos y software común y accesible desde terminales. • Historia Clínica única digital. • Gobierno Clínico. 	<p>Municipio y red de efectores.</p> <p>Provincia (efectores para derivaciones a mayor complejidad de ser necesario, hospitales de nivel II)</p> <p>Nación-Provincia (Hospital de Alta complejidad)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de mejorar los modelos de organización y las prácticas dentro de la red, entre hospitales y CAPS. • Necesidad de extender los procesos protocolizados de atención y de gestión de pacientes en red de efectores. • Incipiente aplicación de protocolos o guías de procedimiento en los efectores de menor complejidad que contribuyan a mejorar las relaciones dentro de la red. • Heterogénea aplicación de herramientas informáticas y de implementación de Unidades de Gestión de Pacientes jerarquizadas. • Heterogeneidad entre el HEC y demás efectores.
Aceptabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones de satisfacción de usuarios y efectores. 	<p>Efectores de la Red.</p> <p>Municipios para sus efectores /CAPS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se aplican en forma sistemática en todos los efectores. • HEC: uso sistemático de evaluaciones de calidad. • HEC: encuestas de satisfacción y calidad percibida. Trabajo por resolución de casos.
Promoción de la Salud y Participación Comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Información dinámica epidemiológica y sociosanitaria: factores de riesgo, determinantes sociales, ET y ENT. • Información sobre prevalencia e incidencia 	<p>Efectores de la Red</p> <p>Secretarías de Salud de Municipios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La información sociosanitaria requiere de fortalecer los procesos de nominalización y empadronamiento (persisten dificultades de captación y registro especialmente para la población mayor a 6 años en

Atributo	Factores claves para su logro	Jurisdicciones intervinientes Responsabilidades	Estado de desarrollo actual para planificar y consolidar redes integradas de servicios de salud
	<p>de patologías en tiempo y forma que permitan el fortalecimiento de acciones preventivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias y actividades sistemáticas y sostenibles en el tiempo de participación comunitaria: Mesas de Gestión Locales. • Trabajo conjunto con red de municipios saludables. 		<p>efectores municipales.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El régimen de coparticipación no genera incentivos para la promoción de la salud sino para la complejidad. • Actividades de salud extramuros con participación comunitaria activa. • HEC: Organizaciones de la Sociedad Civil en sus reuniones de planificación en red. • Actividades artísticas abiertas a la comunidad (conciertos, espectáculos, muestras de arte)
<p>Gestión de conocimientos e investigación aplicada en terreno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de evaluaciones de desempeño. • Desarrollo y seguimiento de indicadores. • Investigaciones aplicadas • Desarrollo de capacidades de investigación: capacitación. • Definición de prioridades de investigación basada en problemas. • Recursos técnicos, tecnologías y financiamiento. • Redes de investigación. 	<p>Municipio Provincia Nación-Provincia (Hospital de Alta complejidad)</p> <p>Intersectoriales: Universidad Ministerio de Ciencia y Tecnología de la Nación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollos de evaluaciones de desempeño en el conjunto de la red. • Programa de Gestión de conocimientos en Red. • HEC: Investigación Traslacional: transferencias para toma de decisiones. • Implementación de Centro de Excelencia en Medicina Traslacional (CEMET), trabajo conjunto: Ministerio de Ciencia y Tecnología de la Nación, Universidad Nacional Arturo Jauretche y Universidad Nacional de Quilmes. • Afianzamiento de polo de desarrollos innovadores (I+D) según prioridades de la región. • Planificación de Unidades Ejecutoras Centros de Referencia en Investigación (Ej: con CONICET)

5.3 Matriz básica de Accesibilidad y Cobertura

Esta tercera matriz posibilita en forma sencilla analizar y evidenciar alcances y limitaciones, en base a la experiencia presentada. Así también identificar áreas críticas y/o a resolver.

Matriz 3: Redes: Cobertura y Acceso²⁸

Redes: Áreas Estratégicas y Alcances			
Cobertura	Si	Parcial	No
Aumentó la cobertura en territorio	x		
Se estableció una cartera de prestaciones por servicios y equitativas en resolución-tecnologías		x	
Aumentó la coordinación/integración dentro del sistema de salud, evita la fragmentación	x		
Mejóro la asignación de recursos físicos y monetarios	x		
Mejora la asignación de recursos humanos		x	
Aumentó la cobertura del sistema de información		x	
Promovió procesos asistenciales completos y continuos	x		
Accesibilidad	Si	Parcial	No
Eliminó/reduce la barrera geográfica	x		
Eliminó /reduce la barrera económica	x		
Eliminó /reduce la barrera administrativa		x	
Eliminó /reduce la barrera dada por la situación de empleo	x		

Revertir los alcances “parciales” supone desarrollar procesos y estructuras más homogéneas entre los diversos efectores en cuanto a capacidades tecnológicas, de gestión y profesionales

²⁸ Esta matriz de análisis fue desarrollado en el documento “Esquemas de Protección Social para la población Materna Infantil. Lecciones aprendidas en América Latina” Organización Panamericana de la Salud 2008, y en este caso se adaptó a la experiencia de la red, sus dimensiones y formas de tabularlas.

5. Conclusiones.

Los procesos de gestión en red que se vienen desarrollando en la región sudeste del Gran Buenos Aires, integrando hospitales y centros de salud de Quilmes, Berazategui, Almirante Brown y Florencio Varela resultan innovadores en términos de modelo sanitario para la superación de las barreras de cobertura, accesibilidad y continuidad de los procesos de atención de la salud en espacios de alta fragmentación. La red ha posibilitado avanzar en el logro del principio de equidad sanitaria, garantizando atención de calidad y adecuada en cuanto a complejidad requerida, en una región de vulnerabilidad social y económica que aún persiste.

El objetivo general de esta tesis propuso integrar al análisis las dimensiones políticas, sanitarias, económicas y territoriales del macro entorno y las dinámicas a nivel institucional que conforman al modelo de gestión hospitalaria que desarrolla el HEC como hospital de alta complejidad en la red de esta región, partiendo de considerar que dicho análisis multidimensional inscribe a estos procesos en una perspectiva que posibilita comprender en su magnitud al escenario sanitario, identificar transformaciones y evidenciar alcances y desafíos pendientes.

Actualmente el HEC y la red que integra junto a los demás hospitales y centros representan un rol estratégico para la gestión y asistencia de la salud de la región, el componente político-sanitario, tecnológico y territorial que lo define le otorga legitimidad y entraña dos sentidos:

- **El sentido material**, que implica la definición y puesta en práctica de intervenciones con criterio de adecuación a las necesidades de las poblaciones y prioridades de dicho territorio, y en este plano corresponden los recursos de estructura y económicos;
- **Y el sentido simbólico**, en donde reside la legitimidad construida a partir de los consensos entre el mapa de actores, y en donde se fundamenta la capacidad de respuesta en términos sanitarios que hace posible la red.

Ambos sentidos, conjugados, son requisitos ineludibles para el desarrollo fortalecido de la gestión de la salud en el espacio local, en tanto dan cuenta de la capacidad de acción sanitaria para sustentarla.

En relación a los **objetivos específicos** planteados en este trabajo puede arribarse a una serie de conclusiones:

El proceso de creación e implementación del HEC y el desarrollo de la red regional se vincula a las condiciones del macro entorno (política sanitaria), donde la paulatina recuperación del rol del Estado posibilitó la planificación de recursos y la efectivización de un hospital de alta complejidad en red. Esta dinámica traccionó a los efectores del contexto local y significó mayores mecanismos de integración de los servicios de salud del área. Si en este análisis se recuperan los antecedentes que décadas pasadas atomizaron al sector público de la salud, mediante las transferencias de hospitales a la provincia y de efectores de menor complejidad a municipios, podría plantearse que el modelo de red de servicios contribuiría a saldar, al menos en la práctica asistencial, a estas fragmentaciones jurisdiccionales.

Los determinantes y factores incidentes para planificar redes de salud en el contexto de la provincia de Buenos Aires, y de la región sudeste GBA en particular, se relacionan con la heterogeneidad en cuanto a recursos y estructura (tecnológica y de recursos humanos) de los hospitales y centros de salud. A la diversidad jurisdiccional (municipio, provincia y nación) en un mismo espacio geográfico se suma la persistencia de brechas tecnológicas - asistenciales significativas entre efectores que se traducen en heterogéneas calidades de atención y heterogéneos avances en la implementación de procesos de gestión de pacientes con soporte informático. Este dispar uso de herramientas informáticas para la gestión de pacientes, seguimientos y turnos, muchas veces obstaculiza la aplicación sistemática de un sistema de referencia y contrarreferencia formalizado para todos los efectores (tantos hospitales como centros de atención primaria). En este plano también corresponde avanzar en la definición de los menús prestacionales de cada hospital o centro, a fin de potenciar sus ventajas comparativas y mejorar su rol asistencial dentro de la red, sin desconocer el peso relativo que la ley de coparticipación impone en la dinámica al momento de definir perfiles y servicios para cada efector.

Los núcleos y procesos estratégicos implementados en el modelo organizacional del HEC desde el enfoque de redes integradas de servicios de salud (plan estratégico, redes internas, herramientas de gestión, servicios, investigación, proyectos CyT, relaciones intersectoriales, telemedicina, gestión de pacientes) han resultado innovadores como herramientas de gestión interna y en su vinculación con el contexto. A nivel sanitario han posibilitado avanzar en la consolidación del hospital a la vez que han impactado positivamente en los demás efectores de la red, considerando como fue planteado en el punto anterior, las heterogeneidades que persisten. Lo que resulta clave en estas herramientas implementadas en el HEC es que contribuyeron a afianzar procesos internos de conformación de redes (entre servicios) y procesos externos intersectoriales (con la Universidad, con el Ministerio de Ciencia y Tecnología de la Nación) imprimiendo en la región una nueva dinámica que tiende a equiparar oportunidades tanto para las poblaciones como para los profesionales que trabajan en ella.

Los procesos de evaluación de calidad de atención percibida y satisfacción desde la perspectiva de usuarios/pacientes de la red y en particular del HEC mediante encuestas, monitoreos sistemáticos y seguimientos de casos específicos han arrojado resultados positivos en cuanto a opiniones y resoluciones, especialmente en los procesos de reducción de tiempos de espera y acceso oportuno al turno. El hospital ha adquirido un fuerte reconocimiento social, cuestión que genera un desafío para la mejora permanente de la calidad y de sus capacidades de respuesta.

Los determinantes para el desarrollo sostenido del trabajo en red son múltiples y complejos, en este sentido la formulación de un conjunto de **matrices de análisis** en base a la experiencia transitada tiene como propósito contribuir a la evaluación estratégica de este modelo de trabajo en red, dando cuenta de las dimensiones claves, de los alcances logrados y de las limitaciones que persisten. Más allá del caso particular que ha abordado esta tesis, se pretende establecer mediante estas matrices un compendio conceptual-metodológico aplicable a otras redes de salud, en otros espacios territoriales y que obviamente debiera ser enriquecido por cada una de las experiencias que se desarrollen.

Considerando las **hipótesis de partida** también pueden plantearse una serie de conclusiones:

- **El modelo de redes como estrategia sanitaria se inscribe dentro de una matriz política que le otorga factibilidad** (material, tecnológica, social, económica, jurídica) y su viabilidad dependerá del sostenimiento de recursos y de la superación de las heterogeneidades entre efectores. La inversión pública para la equiparación de las capacidades de los servicios/efectores/nodos de la red es estratégica, junto al eficiente uso de los mismos, para la consolidación efectiva de la misma y para el logro de procesos de atención realmente integrados en calidad.
- **El trabajo en red requiere del fortalecimiento de los nodos, especialmente de los sistemas locales.** Como se fue desarrollando en este trabajo, los sistemas locales (municipios) son centrales para la gobernanza de un modelo de redes. El componente territorial de las redes de salud está inscripto en su relación con lo local, y en tanto los espacios municipales desarrollen mejores procesos de atención primaria de la salud y promoción, los hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad podrán focalizar su prestaciones conforme a dichos niveles, mejorando la capacidad de respuesta y oportunidad del sistema público de salud. Lo “local” da cuenta además de la comunidad, y de la redes que se establecen también informalmente para la atención de la salud, considerarlas es fundamental para comprender dinámicas y para planificar acciones adecuadas a cada realidad y contexto.

• **El trabajo en red da cuenta de redes preexistentes**, en este sentido, tal como fue analizado, la gobernanza de la red de la región estuvo y está asentada en consensos y se sustentó y sustenta en las redes preexistentes y en la historia recorrida por los actores claves del mapa sanitario-territorial. Institucionalizar un trabajo en red (entre efectores, entre servicios hospitalarios, entre equipos de salud, entre organizaciones de la comunidad, entre instituciones intersectoriales) es en parte dar cuenta formal de los vínculos ya circulantes, los cuales sedimentan toda posterior estructuración regulatoria. Otro ejemplo de esto es respecto a los usuarios, como fue presentado en las encuestas, al momento de definir de qué forma tomaron conocimiento sobre el HEC mayoritariamente respondieron por experiencias cercanas (“el boca a boca”), y este sencillo ejemplo da cuenta de redes informales, preexistentes, no estructuradas y no menos relevantes.

• **El trabajo en redes de servicios de salud representa un esquema superador de la fragmentación jurisdiccional-prestacional del sistema de salud.** Esta hipótesis no posibilita una respuesta lineal, y se vincula con las anteriores: la factibilidad política y viabilidad de recursos que mejoren las capacidades de todos los efectores de la red, el fortalecimiento de los sistemas locales y su primer nivel de atención, el fortalecimiento de los equipos de salud y sus competencias, y el trabajo territorial que incluya atender a la salud y sus determinantes sociales son condicionantes para mitigar/superar fragmentaciones. La experiencia del HEC y la red de la región es positiva en un área históricamente postergada, no obstante la sustentabilidad y el logro de metas sanitarias representa un desafío permanente. Asumiendo esto, avanzar en procesos de *cogestión interjurisdiccional* de recursos asistenciales, humanos y económicos, representa una estrategia a trabajar para consolidar integraciones en materia sanitaria regional.

6. Bibliografía.

Almeida-Filho, N (2006) Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. Revista Salud Colectiva. Buenos Aires, 2(2): 123-146, Mayo - Agosto, 2006

Almeida C., Phang Romero C., Fontes Texiera. (2001) Investigación en sistemas y servicios de salud: estado del arte y necesidades de capacitación en Brasil, Argentina Uruguay y Paraguay. En: Investigación en sistemas y servicios de salud. Cuadernos para la discusión. Río de Janeiro: Red de Investigaciones del Cono Sur .2001 p: 75-160

Bezzani R. (2001) Desafíos para la investigación sobre la reforma en América Latina. En Investigación sobre reformas del sector salud en América Latina y el Caribe: Reflexiones sobre su contribución al desarrollo de políticas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. 2001 p.167-183

Belly P (2004).El Shock del Management: La Revolución del Conocimiento .McGraw-Hill

Breilh, J. (2003). Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial SA

Bourdieu, P (1988): Cosas Dichas. Editorial Gedisa. Barcelona

Chiara, M.; Di Virgilio, M. y Ariovich A. (2010) La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005). Salud colectiva. Año 6, vol.6, N° 1.Marzo 2010, pp. 345-362

Chiara M (2012) Compiladora. Salud Política y Territorio en el Gran Buenos Aires. Universidad Nacional de General Sarmiento

Dabas, E y Perrone N (1999) Redes en Salud, en Viviendo Redes. Editorial CICCUS. Buenos Aires.

Dabas, E y Perrone N (1999) Redes en Salud. Parte II. Documento inédito.

Dabas E Najmanovich D (2001): Una dos muchas redes Itinerarios y afluentes del abordaje en redes (Mimeo)

Estébanez, M y Korsunsky (2003) Medición de actividades de vinculación y transferencia de conocimientos científicos y tecnológicos. Buenos Aires: Red Iberoamericana de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT): El Estado de Ciencia.

Fleury S (2002) El desafío de la gestión de políticas públicas. Revista de institucionalidad y desarrollo n° 12-13; 222-247. Instituto Internacional de Gobernabilidad de Catalunya. Barcelona.

Frenkel J. (1992) La nueva salud pública. México: Fondo de Cultura Económica. Colección Ciencia para Todos.

Hufty, Báscolo, Bazzani (2006) Gobernanza en Salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. Cad. Saude Pública 22. Sup. Pág. 35-45

Klijin (1998) Redes de Políticas Públicas.

Maceira D.(2010) El desafío del sistema de salud argentino. Documento de Políticas Públicas N° 49, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social, CIPPEC.

Marc Hufty, Báscolo E, Bazzani R. (2006) Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación Cad. Saude Pública, Rio de Janeiro, 22 Sup: S35-S45, 2006

Matus, Carlos (s.f.): Teoría del juego social. Caracas: Fondo Editorial Altadir

Mendes, EugênioVilaça.(2013) Las redes de atención de salud / Eugênio VilaçaMendes. - ed. en española - Brasilia: Organización Panamericana de la Salud.

Medina, A. (2008) El rol de los municipios en la Gestión en Salud. En: Gestión Local: conceptos y experiencias. Buenos Aires USAM, 2008.

Morin, E. (1994): Introducción al pensamiento complejo. Gedisa. Barcelona.

Najmanovich D (2005). El juego de los vínculos. Subjetividad y redes. Biblos Buenos Aires. 2005.

Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud (1991) Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, En: SILOS-10, Resolución XV-XXXIII Consejo Directivo OPS-OMS.

Organización Mundial de la Salud (2013) Investigaciones para una cobertura sanitaria universal.

Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre la Investigación Sanitaria a nivel global. Washington DC: 2004

Organización Panamericana (2010) de la Salud 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

Paganini, JM (1999) Los Sistemas Locales de Salud: una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud En: Declaración de Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1999

Rovere, M. (1999) Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario. Editorial de la Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

Repetto, Fabián (2004) Capacidad estatal: requisito para el mejoramiento de la política social en América Latina. En: Documentos de Trabajo del INDES, Departamento de Integración y Programas Regionales, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, julio 2005. Serie Documentos de Trabajo. PP. 15-29

Testa, M. (1997) Pensar en Salud. Buenos Aires Lugar Editorial.

Stoker, Robert (1989) Un marco de análisis para el régimen de implementación. En: La implementación de las políticas. Aguilar Villanueva, Luis (ed.), México D.F., Porrúa

Samaja J. (2005) Epistemología de la Salud. Buenos Aires. Lugar Editorial

Sonis A. (1998) Investigación en Servicios de Salud". Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.

Souza Minayo, Soimone Goncalvez,(2005) Ramos Souza Evaluación por triangulación de métodos. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Stolkiner, A y Bang, C. (2013) Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. En revista Ciencia, Docencia y Tecnología, año 24, Nº 46 (123-143)

Tobar, Federico (2000) Herramientas para el análisis del sector salud, Buenos Aires, mimeo.

Torres, R (2011) Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. Introducción. Santiago, Chile: OPS/OMS. Documento

Valderrama, L J. et al (2009) Vinculación y transferencia de conocimiento de los investigadores de Sonora: un enfoque basado en la importancia de los factores individuales Región y sociedad, México, v. 21, n.45. 2009 Disponible en <<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script>

Vasilachis de Gialdino I.(2006) Coor. Estrategias de Investigación Cualitativa, Barcelona Edit Gedisa