

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

Facultad de Enfermería

Centro de Posgrado / Plan Maestrías

Maestría en Primer Nivel de Atención

“La capacidad científico-técnica en los equipos de salud del primer nivel de atención. ¿Cambios imposibles?”

Autora: Lic. T. Soc. Ingrid Gabrielzyk

Tutor: Prof. Dr. Alejandro Noboa

Montevideo, Octubre 2015

Reconocimientos y agradecimientos

- A la Facultad de Enfermería por generar esta Maestría y estimular mi participación en ella.
- A los compañeros y compañeras de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social con quienes fui entendiendo “algo” de la determinación social en el campo de la salud.
- A los estudiantes de la Facultad y a los vecinos y vecinas de los campos de práctica que motivaron y continúan motivando la investigación del tema seleccionado.
- A mis colegas que se desempeñan en el Primer Nivel de Atención poniendo en acción, resilientemente, lo mejor de sí.
- A la Dra. Gabriela Pouse con quien compartimos apasionadas discusiones con motivo de los autores que juntas seleccionamos para el protocolo.
- A mi tutor por su paciencia imperturbable, porque con ella sostuvo un proceso que hubiera sido hace tiempo abandonado.

(hojas en blanco)

Siglas utilizadas en el trabajo,

ALAMES – Asociación Latinoamericana de Medicina Social

APS – Atención Primaria de Salud

ASSE – Administración de los Servicios de Salud del Estado

APEX CERRO – Programa de Aprendizaje y Extensión de la Universidad de la República en el barrio Cerro, Montevideo.

DIGESA – Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública

FONASA – Fondo Nacional de Salud

IM – Intendencia de Montevideo

JUNASA – Junta Nacional de Salud

MSP- Ministerio de Salud Pública

MIDES – Ministerio de desarrollo social

MYSU – Mujer y Sociedad

ODH – Grupos de Obesos, Diabéticos e Hipertensos

OPS/OMS – Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

PIDHDD – Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo

PNA – Primer Nivel de Atención

P S-E - Proceso Salud-Enfermedad

RAP – Red de atención del Primer Nivel

RRHH – Recursos Humanos

SAS IM – Servicios de atención a la salud de la Intendencia de Montevideo

SERPAJ URUGUAY – Servicio Paz y Justicia Capítulo Uruguay

SNIS – Sistema Nacional Integrado de Salud

UDAS – Unidades Docente-Asistenciales. Facultad de Medicina.

UDELAR – Universidad de la República

Resumen

Se estudió la evaluación del desempeño en los equipos del primer nivel de atención en algunos de los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud desde su componente capacidad científico-técnica. La pregunta central de investigación fue *“La evaluación del desempeño del equipo de salud en los servicios del primer nivel de atención en Uruguay, ¿contribuye a la construcción de la capacidad científico-técnica que requiere el nuevo modelo de atención?”* Objetivos: 1. Describir los indicadores de evaluación del desempeño de los profesionales del equipo del primer nivel de atención y 2. Identificar en la perspectiva crítica de los sujetos involucrados qué elementos de la evaluación de desempeño se refieren a la capacidad científico-técnica para el PNA en el nuevo modelo de atención. Se utilizó la metodología stakeholder analysis mediante entrevistas realizadas entre 2012 y enero 2013 a actores del sistema de salud público de la ciudad de Montevideo y revisión documental. Se indagó sobre los requerimientos científicos y técnicos del desempeño de los profesionales de los equipos de salud del PNA desde la opinión de gestores, profesionales y usuarios.

Resultados: la metodología de evaluación no es percibida como formativa, se la considera subjetiva, a destiempo y excepcionalmente presencial y el personal no está motivado. Se

priorizan los indicadores puntualidad, asiduidad, rendimiento, según las profesiones. Los entrevistados requieren capacidades relativas al vínculo entre los técnicos , con usuarios y comunidad, sugieren mejorar la gestión y la evaluación en el PNA. Se perciben obstáculos para el trabajo interdisciplinario generados en la forma de evaluar el desempeño, en las carencias de formación en salud comunitaria y se considera necesario el empoderamiento de usuarios.

Palabras clave: Capacidad científico-técnica, Primer Nivel de Atención, Atención Primaria de Salud

Índice de Contenido

Agradecimientos	pág. 2
Aclaración de siglas	pág. 4
Resumen	pág. 5
Introducción	pág. 10
Contextualización del problema	
El sistema de salud en Uruguay	
Los equipos de salud para el nuevo modelo. Nuevos conocimientos, capacidades y destrezas.	
Antecedentes en la región	
Los equipos de salud en Uruguay	
El Problema.	
Justificación	
Marco Teórico. Aportando a la reflexión sobre las estructuras de pensamiento en la construcción de la realidad	pág. 41
Posicionamiento epistemológico	
Grupos e interdisciplinariedad	
Concepto de salud	
Organización de la atención en Salud	
El equipo de salud	
Calidad de la atención	

La evaluación.

Evaluación de los equipos de salud

Capacidad científico-técnica

La capacidad científico-técnica para el PNA

Diseño metodológico pág. 64

Propósito y Objetivos. Fundamentación. Caracterización de los entrevistados.

Descripción. Aspectos éticos.

Resultados pág. 72

Sistematización del contenido

Opinión de los gestores

Opinión de los profesionales

Opinión de los usuarios

Síntesis por líneas-guía y grupo de actores. Cuadros.

La evaluación de la capacidad científico-técnica de los equipos de salud en las Instituciones de la muestra.

Discusión Pág. 107

¿Qué obstáculos operan desde la evaluación del desempeño?

¿Qué facilitadores operan desde la evaluación del desempeño?

¿Qué metodologías se proponen para la evaluación del desempeño?

¿Qué indicadores se proponen para la evaluación del desempeño?

Discutiendo la evaluación del desempeño enfocando la capacidad científico-técnica. . ¿Se percibe movimiento instituyente?

El rol formador de la evaluación.

Conclusionespág. 130

Apostando a lo que aún no es.

Bibliografía pág. 137

Reseña de anexos pág. 144

Apéndice y anexos pág. 145

Aclaración: A lo largo del texto se ha utilizado a menudo el genérico masculino, singular o plural sin que esto signifique discriminación de género. Las comillas encierran citas textuales. Las cursivas son de autoría propia a modo de resaltar contenidos.

INTRODUCCIÓN

Contextualización del Problema

El sistema de salud en Uruguay^{1, 2}

Uruguay es un país pequeño con una población de 3.286.314 habitantes, que ha completado la transición demográfica y epidemiológica, con una población con tendencia sostenida al envejecimiento, alta expectativa de vida al nacer (aprox 75 años general) y muy baja tasa de natalidad, 2%; su población enferma y muere fundamentalmente de enfermedades crónicas. Por sus indicadores económicos se encuentra dentro de los países llamados en vías de desarrollo, por sus condiciones demográficas y epidemiológicas se asemeja a los países desarrollados. Hasta principios de este siglo el modelo de atención a la salud no respondía a este perfil del país.

Desde el 2005, el Gobierno Nacional reconoce a la salud como derecho y como bien público. Este es un “cambio cualitativo sustantivo”³, ya que se trasciende el artículo 44 de la Constitución de la República que circunscribe a la salud a un deber y no a derecho de las personas.

Según Aran y Laca⁴, el sistema de salud uruguayo cuenta actualmente con dos grandes fuentes de financiamiento, pública y privada. Las públicas consisten en contribuciones obligatorias de trabajadores y empresas del sector formal de la economía,

¹ INE Uruguay en cifras 2013. www.ine.gub.uy

² Borgia, F., Pouse, G. et al Proyecto de Investigación en APIS, Colombia, 2008

³ Borgia, F. La salud en Uruguay: avances y desafíos por el derecho a la salud a los tres años del primer gobierno progresista. Revista de Medicina Social. MEDICINA SOCIAL Vol 3, No 2 (2008). <http://www.medicinasocial.info>

⁴ Aran, D., Laca H. Sistema de salud de Uruguay. Salud Pública, Méx. 2013;53 supl 2:S265-S274

las contribuciones obligatorias de los trabajadores del sector público y los impuestos generales que se reúnen en el Fondo Nacional de Salud (FONASA); el Fondo Nacional de Recursos (FNR) asegura la cobertura de intervenciones especiales financiando las de alta complejidad tecnológica y alto costo. Existen otros fondos que cubren catástrofes a grupos de funcionarios como los de las fuerzas armadas y policías. Los hogares se hacen cargo del llamado gasto de bolsillo y de la contratación de los seguros privados. El principal proveedor de servicios (56% de los uruguayos, beneficiarios de la Seguridad Social) son las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) que son asociaciones de profesionales en cuyos fines – originariamente - no estaría el lucro. El sector privado también está cubierto por seguros privados (2%) brindado por empresas con fines de lucro. Los proveedores públicos conforman la red de instituciones de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) compuesto por hospitales, el Hospital Universitario, los centros de atención de las Fuerzas Armadas y Policía, toda la red del Primer Nivel de Atención de la RAP-ASSE y municipal. Los efectores de las IAMC y de ASSE reciben pagos por cápita según riesgos y el tipo de población o enfoque asistencial que el MSP define prioritario garantizar, política plasmada en las llamadas “metas asistenciales”. Los otros prestadores públicos reciben sus recursos de leyes específicas; el Estado igualmente cubre la atención a población indigente.

El subsector privado abarca Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), y también las policlínicas comunitarias autogestionadas, con financiación por donaciones o en convenios parciales con el MSP o Intendencias ⁵, Sanatorios Privados,

⁵ De la invisibilidad de la situación de las policlínicas comunitarias-rurales en Uruguay a la priorización de la salud rural como política pública en Revista Saúde em Debate del Centro Brasileño de Estudios de la Salud

Seguros Parciales, Institutos de Medicina Altamente Especializada, Clínicas Preventivas, Empresas de Diagnóstico y Tratamiento, Farmacias y atención estrictamente privada como la derivada del libre ejercicio profesional.

El sistema de salud uruguayo se compone de un conjunto de instituciones con orígenes, estructura y objetivos distintos, que han promovido y establecido un sistema complejo, inicialmente fragmentado y segmentado debido a la escasa coordinación, pero que a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud ⁶, va paulatinamente en una tendencia hacia la reorganización, bajo el control del Ministerio de Salud Pública como organismo rector.

En 2007 el Parlamento aprobó las leyes Ley 18.131 (18 de mayo) y la de creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), Ley 18.211 (5 de diciembre) “reglamentaria del *derecho a la protección de la salud* que tienen todos los habitantes residentes en el país” y establece “las modalidades para el acceso a prestaciones integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud”, y su decreto reglamentario (8 de enero de 2008)⁷.

El SNIS se rige por los principios de la promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población; la intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población; cobertura universal, accesibilidad y sustentabilidad de los servicios de salud; la equidad, continuidad y

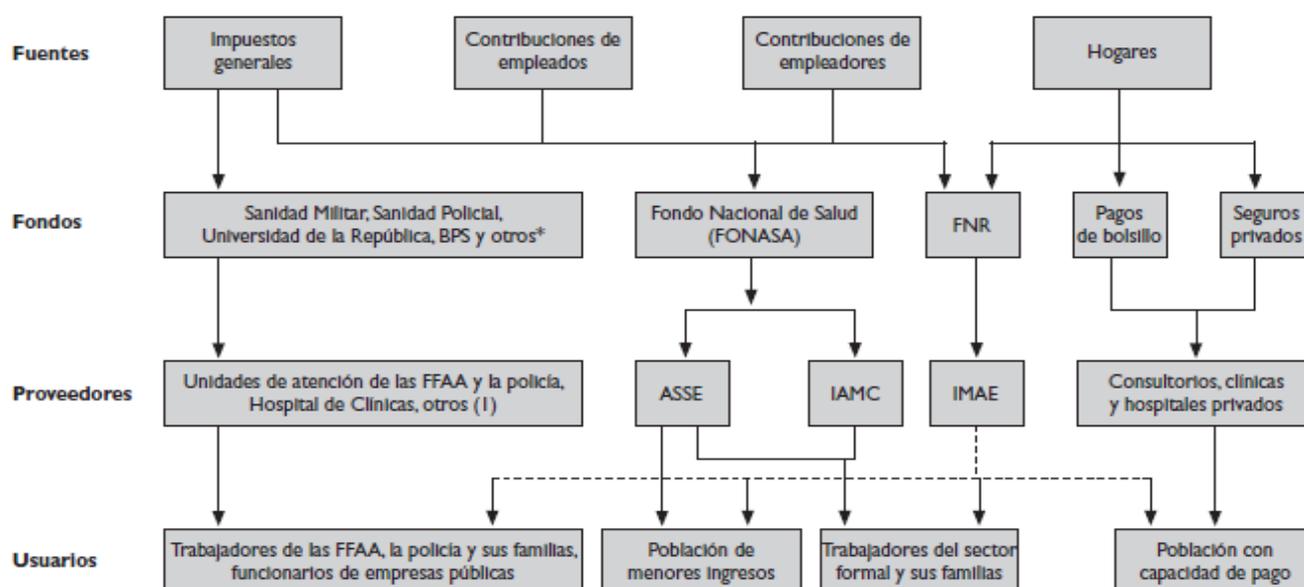
(Cebes). “Atenção Primária Integral à Saúde em perspectiva: experiências latino-americanas”, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, jul./set. 2012 . http://www.saudeemdebate.org.br/edicoes/numero_int.php?numero=45

⁶ Ley 17.930 del Presupuesto Nacional , 23 de diciembre de 2005

⁷ <http://www.msp.gub.uy/SNIS>

oportunidad de las prestaciones; la orientación preventiva, integral y de contenido humanista; la calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, el respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud; la elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios; la participación social de trabajadores y usuarios; la solidaridad en el financiamiento general; la eficacia y eficiencia económica y social; la sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.⁸

Esquema de la estructura del Sistema de Salud en Uruguay



* Fondos de proveedores que serán objeto de los próximos avances del proceso de reforma

BPS: Banco de Previsión Social

FNR: Fondo Nacional de Recursos

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado

IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

IMAE: Instituto de Medicina Altamente Especializada

Fuente: Aran, D., Laca H. "Sistema de salud de Uruguay. Salud Pública, Méx. 2013;53 supl 2:S265-S274

⁸ Borgia, F. Tesis de Maestría en Sociología. "¿Cambiano la herencia de los gobiernos postdictadura? Los primeros pasos... hacia la utopía concreta: La mirada puesta en la indigencia la inequidad en salud", FCS/UDELAR, Montevideo, 2005.

El SNIS es un organismo público descentralizado en la órbita del MSP, dirigido por una Junta Nacional de Salud. El conjunto de los efectores de salud públicos y privados sin fines de lucro dependen de la Junta Nacional de Salud en la definición de las políticas nacionales, de las normativas y planes de salud y en la contratación de sus prestaciones.⁹

Pero en el proceso hacia un sistema nacional regido por la política de salud ministerial a la fecha sigue siendo muy difícil superar los grupos de interés, fundamentalmente de las instituciones vinculadas a los grupos de mayor poder tanto del sector corporativo profesional como desde la demanda de la sociedad más privilegiada.

En el cambio de modelo de atención juega un rol central el proceso de descentralización materializado en la creación de 19 Direcciones Departamentales de Salud así como en la creación de las Coordinaciones Departamentales de ASSE –ambas estructuras dependientes de una coordinación político-normativa central; que se vio acompañada de la priorización del trabajo con abordaje territorial, definiéndose regiones, zonas y áreas de salud; *priorizando el fortalecimiento de los equipos de salud en el Primer Nivel de Atención*¹⁰; con mejora de la gestión y atención con recursos propios, coordinación interinstitucional a nivel público y avances en la coordinación y complementación público-privada.

A los efectos de la organización de la atención sanitaria la Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE) es la unidad ejecutora de la Administración de los Servicios del Estado, que desde marzo de 2005 organiza y gestiona el primer nivel de atención en

⁹ Op cit.

¹⁰ URMA-ASSE “El equipo de salud en el primer nivel de atención” Borrador de trabajo, marzo 2006.

la ciudad de Montevideo y una pequeña parte de la zona metropolitana. En el marco del compromiso con la reforma hacia el cambio de modelo de atención se trabaja siguiendo los siguientes ejes: reorganización de la base territorial, atención por programas priorizados, desarrollo de una política de Recursos Humanos en Salud, participación comunitaria, intersectorialidad e interinstitucionalidad.

Y se propone “consolidar un Primer Nivel de atención continente y resolutivo que permita realizar la promoción, prevención específica, detección precoz, atención de los problemas de salud, rehabilitación y cuidados paliativos para la población del departamento de Montevideo; y brindar atención a la salud con criterios de integralidad, oportunidad, accesibilidad, calidad, continuidad y equidad, consolidando un modelo de atención humanizado con enfoque interdisciplinario y la plena participación de funcionarios y beneficiarios, desde una perspectiva de derechos”¹¹.

¹¹ Fuente: www.asse.com.uy VISION consultada en noviembre 2014

Cuadro de distribución de la red de efectores de ASSE en Montevideo.¹²

CUADRO 1. Zonas de Salud y Centros de Salud con función de cabecera sanitaria local. RAP-ASSE. 2005-2009.

ZONA de SALUD	Servicio Cabecera Sanitaria
REGIÓN SUR	
1	Centro de Salud CIUDAD VIEJA
2	
5	
3	Centro de Salud Dr. CLAVEAUX (Ex Filtro)
4	
16	
REGIÓN ESTE	
6	C.S. UNION
7	C.S. LA CRUZ DE CARRASCO
8	
9	C.S. JARDINES DEL HIPÓDROMO
10	C.S. PIEDRAS BLANCAS "Badano Repeto"
11	C.S. Dr. MISURRACO (Santa Rita)
REGIÓN OESTE	
12	Centro de Salud SAYAGO (*)
13	Centro de Salud SAYAGO
14	Policlínica Municipal LA TEJA
15	Centro de Salud Dr. GIORDANO
17	Centro de Salud CERRO
18	

(*) Nota: Durante los primeros tres años de la administración, se procuró que el Hospital Saint Bois se constituyera en la Cabecera Sanitaria de la Zona 12, pero actualmente ese rol es cumplido por el Centro de Salud Sayago.

La Red de Atención de Primer Nivel (RAP) tiene una estructura integrada por 12 centros de salud, con 5 puertas de emergencia, 74 policlínicas dependientes y 12 policlínicas comunitarias; un sistema de unidades móviles para emergencia, urgencia y traslados y atención a pacientes crónicos; laboratorio de análisis clínico y farmacia. En ella de un total de 1800 funcionarios, realizan asistencia más de 850 profesionales –

¹² Fuente: www.asse.com.uy. Datos de 2009

técnicos médicos y odontólogos - , más de 400 auxiliares de Enfermería, y más de 200 técnicos no médicos.¹³



Figura 1. Zonas y áreas de salud. Red de Atención del Primer Nivel. RAP-ASSE. Montevideo. 2005-2009.

¹³ Fuente: www.asse.com.uy Esquema y datos de 2009

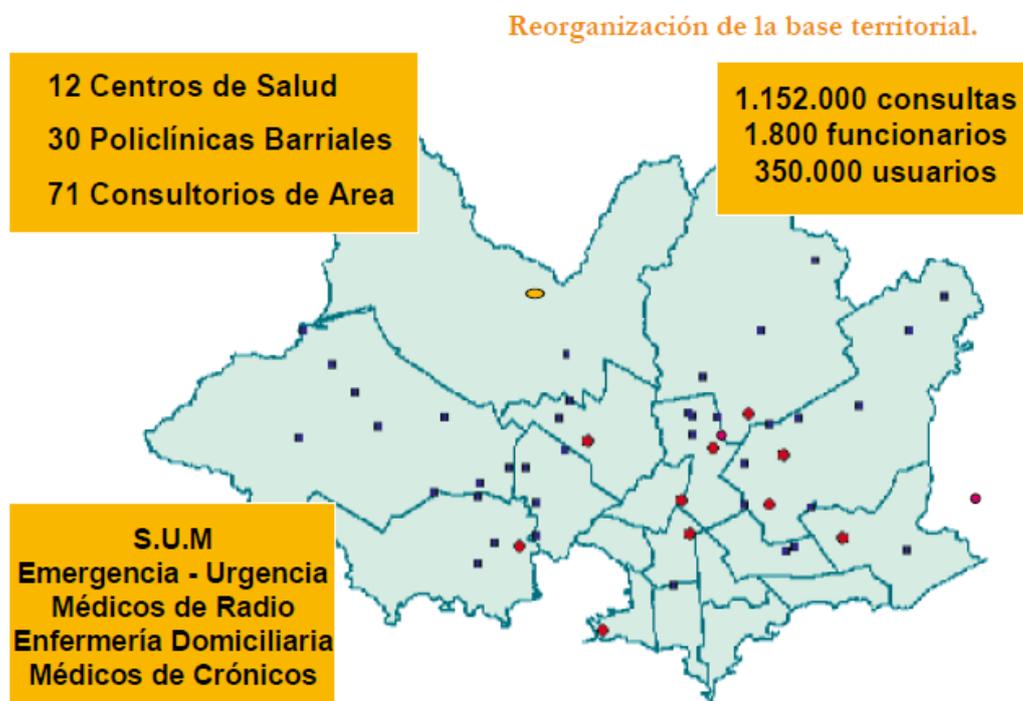


Fig. 2. Magnitud de la Red y Capacidad instalada. RAP-ASSE. 2007

Como fuera mencionado, el cambio de modelo de atención se expresa en el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental, en su interdependencia con los determinantes sociales de la salud, y en el desarrollo de políticas que anteponen la prevención y promoción de la salud a la respuesta a la demanda asistencial espontánea. Por lo mismo, *incide directamente en lo que debe esperarse en relación a las competencias o capacidad científico-técnica de los profesionales y técnicos en el primer nivel de atención.*

En efecto, la redefinición y/o formulación de programas prioritarios nacionales de salud - los que adquieren valor de norma sanitaria y deben ser desarrollados por todos

los prestadores integrales incorporados al SNIS - ha exigido generar planes de capacitación a todos los recursos humanos de la red, así como un sistema de evaluación acorde.

En este contexto particular, se ha tenido que elaborar una conceptualización del trabajo en primer nivel con proyección comunitaria e intersectorial basado en la participación entre equipos de salud y usuarios con enfoque preventivo, ya que el trabajo territorializado en base a la estrategia de Atención Primaria en Salud ¹⁴ no estaba previsto en la modalidad de atención de los prestadores privados.

Esta investigación se orienta a acompañar los cambios desde un modelo tecnocrático de administración del sector salud hacia un enfoque de derechos, con fuerte participación social, para lo cual los equipos de salud deben ser reorientados mediante capacitación acorde y seguimiento evaluativo que exija el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas específicas para llevar adelante este enfoque.

Los equipos de salud para el nuevo modelo. Nuevos conocimientos, capacidades y destrezas.

“Los recursos humanos no pueden dissociarse de los problemas que presenta el mercado laboral, el aumento de la conflictividad laboral, la articulación entre la formación, el entorno social y los servicios de salud, la dinámica de las profesiones, los nuevos roles que asumen las corporaciones profesionales y los gremios, la calidad de la formación y desempeño de los trabajadores de la salud y la educación permanente...” ¹⁵

¹⁴ OMS (1978) “Declaración de Alma Ata”, (APIS y APSS)

¹⁵ Novick et al en “Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud. 2005 – 2015

Antecedentes en la región

Para hablar sobre los recursos humanos (en adelante RRHH) que necesita el nuevo modelo de salud, es necesario referirse a las políticas de RRHH en salud o personal de la salud¹⁶ – según la construcción ideológica del término - promovidas por agencias internacionales y regionales como la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (en adelante OMS/OPS).

Con la Declaración de la Década de los RRHH en Salud 2005-2015¹⁷, la OPS/OMS colocó el tema en la agenda de las naciones, destacando la importancia de los RRHH en los servicios de salud y se formulan políticas y estrategias para su desarrollo.

Desde la creación del Observatorio de los RRHH en salud¹⁸, se realiza un seguimiento de la gestión del desempeño del personal de la salud en las Américas, con el objetivo de optimizar la productividad y calidad del desempeño de los recursos humanos en los servicios de salud.

Incluye intervenciones para la gestión de desempeño propiamente dicho (formas de organización del trabajo, gestión de la tecnología, desarrollo de equipos de trabajo, uso de los sistemas de incentivos) y *modos de evaluación* del mismo¹⁹

¹⁶ Rovere, M. (2012) en “Congreso de Medicina Social y Salud Colectiva”, Mvdeo

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (2005); Llamado a la Acción de Toronto: Hacia una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas: 2006-2015; Ontario, Canadá

¹⁸ Se lanza la propuesta en 1999. En 2001 el 43 Consejo Directivo de la OPS aprobó la Resolución CD43.R6 por la cual se instaba a los Estados Miembros a que participen activamente en la iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos facilitando en cada país la constitución de grupos intersectoriales e interinstitucionales para el análisis de la situación, la producción de información esencial y la formulación de propuestas en materia de políticas como regulación y gestión de recursos humanos.

¹⁹ Los Recursos Humanos de Salud- Retos Fundamentales para la Región de las Américas: Mesas Redondas; Washington D C ; 2006, la 27 Conferencia Sanitaria Panamericana: Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud, 2007-2015; Washington D C 2007, el Taller para el Proyecto de fortalecimiento de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, Bello Horizonte, Brasil, Abril 16-18 de 2007, Segundo Encuentro

En la primera evaluación que realizó la Unidad de Desarrollo de RRHH de OPS/OMS ²⁰, se expresa que “persisten a nivel de Las Américas, problemas de gestión y evaluación del desempeño de la fuerza laboral, adiestramiento inapropiado, centralizado y de repercusión dudosa, falta de motivación, ausentismo y baja participación de trabajadores en la toma de decisiones...”; “debilidad técnica de la función de gestión de RRHH...escasa prioridad política, ausencia de políticas nacionales de recursos humanos ...”...” falta de coordinación en la planificación entre el sector salud y el de educación, ”formación y capacitación reproductora con problemas de calidad.” Y ello dificulta la *alineación* del desarrollo de los recursos humanos con las metas de salud.

También se señala la necesidad de establecer políticas claras y comprometidas en relación a dotación de personal, educación y capacitación, *evaluación del desempeño* y condiciones de trabajo, dado que se observa *insuficiente gestión de desempeño (productividad, calidad) y deficiente evaluación del mismo.*²¹

En las Líneas de Acción de Toronto ²² se plantean cinco desafíos a los cuales debían responder los países en el lapso 2006-2015, de acuerdo con las Conclusiones y Recomendaciones de la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos humanos en Salud, Octubre 2005: “1. Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlas en práctica y

²⁰ OPS/OMS Observatorio de Recursos Humanos en salud en las Américas 1999-2004: Lecciones aprendidas y expectativas para el futuro. Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos.,

²¹ *Destacques en cursiva pertenecen a la autora.*

²² Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (2005) ; Llamado a la Acción de Toronto: Hacia una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas: 2006-2015; Ontario.

revisarlas periódicamente. 2 *Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados*, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población. 3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud, de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población. 4. Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promuevan ambientes de *trabajo saludables* y permitan el compromiso con la misión institucional de *garantizar buenos servicios de salud* para toda la población.; y 5. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad.”²³

Dichos lineamientos – entre otros - justifican la presente investigación, así como las metas establecidas para su medición, como la referida a que todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad, con competencias de salud pública e interculturales, competencias de carácter ético. Se requiere cooperación entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud para la reorientación de la formación, incorporando formación interprofesional, y se propiciará su acreditación^{24, 25}.

²³ Op cit. Textual en “Líneas de Acción de Toronto” Canadá.

²⁴ Fuente: Metas mencionadas en el documento de Toronto. Cabe acotar a este respecto que el Estado uruguayo ha comenzado a trabajar sobre estas metas a partir de 2005, fundamentalmente en lo que refiere a capacitación para el cambio de modelo.

²⁵ OPS.(1999) Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 22. Especialidades médicas en América Latina: Análisis de su disponibilidad e institucionalidad en 8 países seleccionados.

Es decir que, a nivel regional se constató un desajuste entre el perfil profesional y el ocupacional en las profesiones de la salud, con severas carencias en su desempeño en el primer nivel de atención. Se señala una formación fragmentada, centrada en aspectos biológicos (herencia del Informe Flexner ²⁶), sobre-especializada, de predominio intrahospitalario y con una comercialización creciente. El modelo de súper-especialización condicionó el desarrollo de especialidades a nivel de complejidad intensiva. Sin embargo, con el tiempo se ha logrado comprender fundamentadamente que el desempeño en el primer nivel de atención constituye también un área de especialidad de complejidad extensiva.

Uruguay se sumó a esta línea de política de formación de RRHH en salud con la creación de su propio Observatorio en 2012 con el objetivo de socializar la información ya existente en materia de recursos humanos en salud e incentivar la creación de nueva información, a través de la investigación y el intercambio de información con los países de la región para el fortalecimiento de la planificación y la articulación del Observatorio Recursos Humanos en Salud del Cono Sur.²⁷

Por otro lado, en relación a la Estrategia de la Atención Primaria²⁸ de Salud la Ministra de Salud salvadoreña Dra. María Isabel Rodríguez²⁹ realizando un análisis de

²⁶ Informe Flexner: Se refiere al Informe realizado en 1910 por el educador y profesor secundario Abraham Flexner en Estados Unidos a partir de la "Fundación Carnegie para el Avance de la Enseñanza" con la finalidad de mejorar la calidad de la formación médica. El mismo es de carácter descriptivo y crítico proponiendo una serie de recomendaciones entre las cuales, entre otros aspectos, se establece la necesidad de la formación médica mediante práctica en el ámbito hospitalario con énfasis en la formación clínica. Fuente: Goic, Dr. Alejandro, Presidente de la Academia Chilena de Medicina, consulta web 2010

²⁷ <http://www.observatoriorh.org/> y <http://www.observatoriorh.org/uruguay/> consultado 26 enero 2013

²⁸ Se refiere a la conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata (ex URSS) el 12 de septiembre de 1978, donde se expresa la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, de proteger y promover la salud para todas las personas del mundo. De ésta surge la Declaración "Salud para todos en el año 2000", teniendo como leitmotiv el repudio a la desigualdad en el acceso a la salud.

los documentos básicos sobre APS³⁰ publicados por la OMS y sus contenidos relativos al personal de salud, destaca que a partir de Alma Ata, se ha avanzado en normativas, exhortando al compromiso con el logro de la meta por medio del fortalecimiento de los ministerios de salud, en la reorientación del RRHH hacia el primer nivel de atención, la articulación entre las Universidades y el sistema de salud, siendo el personal reconocido como elemento clave de la infraestructura de salud, *estableciéndose que sin personal adecuadamente capacitado los demás recursos son subutilizados*”.³¹

A esta preocupación de la Dra. Rodríguez, se suma que no habiéndose cumplido la meta Salud para todos en el año 2000 – SPT 2000 - , se recurrió a la Declaración de los 8 Objetivos del Milenio³², que suponen una meta a ser alcanzada en el 2015 “con metas menos ambiciosas y una visión del mundo más economicista e independiente que la visión de Alma Ata.”³³; ³⁴.

En el evento ”Estrategias para el desarrollo y fortalecimiento de equipos de APS - Asunción Paraguay 2009 ³⁵ se trabajó sobre el desarrollo de estrategias para la construcción de capacidades profesionales de los equipos de APS en los países de

²⁹ Barten, F., Rovere, M. y Espinoza E. (compil) (2009) “Salud para todos una meta posible. Pueblos movilizados y gobiernos comprometidos en un nuevo contexto global. Construyendo prioridades para la investigación en APS con la Sociedad Civil” IIED-América Latina Publicaciones, Bs.As.

³⁰ Declaración de Alma Ata (1978), , Formulación de estrategias para alcanzar Salud Para todos en el año 2000, 1979, Estrategia mundial de SPT en el año 2000, 1981; Preparación de indicadores para vigilar los programas realizados para el logro de la meta SPT 2000, 1981; Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud, 1981; Evaluación de los programas de salud, normas fundamentales, 1981; Plan de acción para aplicar la estrategia mundial de SPT, 1982; 7mo programa general de trabajo de la OMS, 1984-1989, 1982; “Octavo Programa General de Trabajo para el período 1990 – 1995”, 1988.

³¹ Los destacados en cursiva pertenecen a la autora.

³² OPS/OMS (2000) Objetivos del Desarrollo del Milenio, Declaración del Milenio

³³ Beaumont, G. F.(2009) , “Desarrollo de competencias para brindar atención integral a la salud comunitaria” en Barten, F., Rovere, M. y Espinoza E. (compil) “Salud para todos una meta posible. Pueblos movilizados y gobiernos comprometidos en un nuevo contexto global. Construyendo prioridades para la investigación en APS con la Sociedad Civil” IIED-América Latina Publicaciones, Bs.As

³⁴ Op cit Rodríguez M.I. “La Atención Primaria en Salud , la OMS, la Universidad y las instituciones formadoras de personal de salud”

³⁵ OPS (2009)Asunción, Paraguay September 12 - 14, 2009 Regional Office of the World Health Organization 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, United States of America

Chile, Costa Rica, Cuba, Canadá y Brasil, tomando como referencia los modelos de atención, de gestión y de financiación y las políticas de salud, y se trabajó especialmente sobre los avances en el desarrollo de estrategias para la *construcción de capacidades profesionales de los equipos* de APS y lecciones aprendidas de las experiencias de *Uruguay*, Argentina, Brasil, Costa Rica, Honduras, entre otros.

Los equipos de salud en Uruguay

Siguiendo las recomendaciones de la OPS/OMS se ha iniciado un proceso de desarrollo de las competencias de los equipos para el trabajo en el PNA, definiéndose “el desempeño exitoso y las buenas prácticas como comportamientos observables si se actúa con competencia, para lo que es necesario tener conocimientos (saber), habilidad para poner en práctica los conocimientos (saber hacer), estar motivado y tener actitud (querer hacer) y disponer de los medios y recursos necesarios (poder hacer).³⁶

En el país se buscó avanzar sobre ello desde el Observatorio en el Ministerio de Salud Pública y en articulación con el sector educativo, para el desarrollo de estas competencias establecidas desde la OPS/OMS y acordes con el nuevo modelo de atención que propuso la Reforma de la Salud; específicamente para el desarrollo de *competencias* – conocimientos, habilidades y destrezas - específicas para el primer nivel de atención, intentando comprometer a los integrantes de los equipos de salud así como a los gestores del primer nivel de atención en un proceso de “co-conducción del

³⁶ Organización Panamericana de la Salud (2008) “Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS” Ed. Biblioteca Sede OPS Washington, D.C.: OPS, © 2008 - ISBN 978-92-75-33262-7 - Electrónico

sistema y su reforma”³⁷. Tanto desde ASSE como de la Dirección de Salud de las Intendencias, especialmente la de Montevideo, y previamente a la asunción del Gobierno en las comisiones de trabajo partidarias en 2004, se ha trabajado en la elaboración de documentos para la orientación de los diferentes profesionales que integran los equipos de salud en el primer nivel de atención.

En la RAP como Unidad Ejecutora (UE) de ASSE funcionó una estructura llamada URMA – Unidad de Reconversión del modelo de atención como un equipo interdisciplinario, integrado por profesionales vinculados a diferentes disciplinas y áreas de conocimiento como Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Odontología, Obstetra-Partera, Economía, Psicología, Psiquiatría, Nutrición, y especialidades médicas en Medicina Familiar, Geriatría y Adolescencia.

Esta Unidad constituyó desde los inicios del cambio de Gobierno, un motor impulsor del cambio vinculado al diseño y ejecución de Programas Priorizados e integró grupos de trabajo interinstitucionales, particularmente con la DIGESA e IM³⁸ en un proceso no separado de los actores directos de los equipos de salud y los usuarios.

En su origen, su constitución y funcionamiento como equipo se propuso como referente de un *modelo de trabajar con otros que asume la diversidad, la tolera, la integra y la convierte en elemento potenciador de las propias capacidades, inspirando con ello a los equipos de salud del nivel operativo*; y acompañando esto con una

³⁷ La formación universitaria en salud se ha anticipado al cambio normativo, y en los últimos 20 años, en el nivel terciario público y privado, ha incluido en la currícula el desarrollo de capacidades para un nuevo modelo sanitario con énfasis en el primer nivel de atención.

³⁸ Benia, W. Dr. (2008) “Construyendo una red continente. Primer Nivel en el Cambio de Modelo de Atención” en Creciendo en Salud, Jornadas de Atención Primaria de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel, pág 25, Mvdeo,.

política de recursos humanos que incluye entre otros aspectos la capacitación permanente. El encuadre dentro del que se iba trabajando fueron los sucesivos documentos de la OPS y otros organismos internacionales de referencia para la Salud Pública como la Iniciativa “La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción”³⁹ documento que a su vez surge como consenso entre diferentes propuestas en torno a las Funciones Esenciales de la Salud Pública, colocándose un énfasis muy relevante en la formación y medición del desempeño del recurso humano en salud, tomando además la *evaluación por competencias como herramienta de gestión* para el cumplimiento de las 11 funciones.

En tal sentido, uno de los productos del trabajo de esta Unidad es un documento que luego fue desarrollado y difundido en sus contenidos centrales en Jornadas realizadas en 2008, sobre los roles de cada disciplina y funcionamiento del equipo de salud, que constituye un antecedente para la elaboración de los Mapas de Competencias.

En el mismo se describe la integración del equipo de salud para el primer nivel de atención y sus respectivas funciones y responsabilidades. Se deja establecido que el aspecto esencial del trabajo de un equipo interdisciplinario se asume, no de acuerdo a la función de cada disciplina o especialidad, sino atendiendo a las necesidades de la personas, grupo o población que la práctica interdisciplinaria facilita y potencia el desarrollo de una atención más adecuada de los problemas de salud, facilitando la anticipación a los mismos, que en las personas promueve un cambio de actitud,

³⁹ Organización Panamericana de la Salud (2002) La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción, Washington, D.C.: OPS, © 2002. Publicación Científica y Técnica No. 589 ISBN: 92 75 31589 2

reconociendo al equipo como parte de la red social de la comunidad, generando compromiso en el autocuidado de su salud e integración al equipo de salud. Brinda a los integrantes del equipo de atención mayor motivación profesional y compromiso con la tarea, aumentando el intercambio y el enriquecimiento personal.⁴⁰ Luego se comienza a trabajar a nivel de la Dirección de la RAP-ASSE en la elaboración de los mapas de competencias como punto crítico para el reperfilamiento del colectivo de funcionarios. (Benia 2011 y RAP 2013)

A su vez, a nivel de las Intendencias como la de Montevideo desde el año 1991 se ha apostado a un cambio de modelo de atención con énfasis en la APS, ejecutado a través de su red de policlínicas.

También los contratos de gestión de reciente implementación, han llevado a “presionar” a los efectores, para que se generen resultados en determinadas áreas definidas como prioritarias por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), fijando metas asistenciales que no necesariamente contribuyen a mejorar la acción colectiva de los equipos de salud, sino a generar algunos resultados esperados que son generalmente cuantificables y producto del incremento del rendimiento de cada uno de los técnicos y profesionales de los servicios en el PNA así como de la toma de decisiones de gestión en cada Institución. El Ministerio de Salud Pública publica regularmente los Boletines de las nuevas Metas Asistenciales que van siendo aprobadas por la Junta Nacional de la Salud.

⁴⁰ MSP, ASSE – SSAE (2005) Unidad de Apoyo a la Reconversión del Modelo de Atención,

El cumplimiento de las metas incrementa un complemento en la cuota FONASA⁴¹ que recibe cada prestador integral. Con el establecimiento de estas metas, se pretende ir modelando el sistema de prestaciones según la estrategia de APS con estímulo al trabajo en primer nivel y en equipo interdisciplinario involucrando a médicos y a todo el equipo de salud.⁴²

En lo formativo, los planes de estudio de grado y de posgrado en las carreras de la salud⁴³ se van adaptando para lograr un egresado con otro perfil (caso de Enfermería, Medicina⁴⁴ y⁴⁵, Psicología) y también en algunas profesiones sociales como la Licenciatura en Trabajo Social.

El caso del cambio del Plan de Estudios de la Facultad de Medicina resulta paradigmático ya que no sólo acelera su aprobación en 2008 por razones de acreditación institucional al presentarse voluntariamente al Mecanismo Experimental de Acreditación MERCOSUR (MEXA) de carreras de grado de Medicina en el año 2005, sino por auténtica vocación de adaptar la formación al nuevo modelo de atención. En un artículo dedicado al nuevo Plan de Estudios publicado en la Revista Médica Uruguaya Nro. 24 de diciembre 2008 se expresa: *“El médico es un trabajador social cuyo rol consiste en contribuir a la conservación, la promoción y la protección de la Salud de las personas, las*

⁴¹ Fondo Nacional de Salud a través del cual se financia el SNIS, según Ley 18211 de 2007_ NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN.

⁴² Metas prestacionales. Nuevo SNIS en www.msp.gub.uy

⁴³ Facultad de Medicina (Escuela de Graduados, Escuela Universitaria de Tecnología Médica, Escuela de Nutrición y de Parteras), Facultad de Odontología, Facultad de Química, Facultad de veterinaria, Facultad de Enfermería, Facultad de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Facultad de Humanidades, Facultad de Ciencias, Ucedal – (1985), Univ. De Montevideo (1997) ; Institutos universitarios: ClaeH Medicina – 1997, INSADE – 1997, CEDIIAP – 2001.

⁴⁴ Comentario al plan de estudio 2008 de Medicina

⁴⁵ Curso de Reperfilamiento 3000 médicos para el cambio de modelo y el un curso a distancia.

familias y los conjuntos sociales, o a su recuperación cuando es necesario, actuando en equipo con otros profesionales y con la propia población y sus componentes. Su legitimidad ante la sociedad depende no tanto de su capacidad técnica avanzada de atender la patología compleja, como de *su habilidad para relacionarse positivamente con las personas, las familias y los grupos, incluido el propio equipo de Salud, para comprender sus interacciones, sus problemas y para manejar los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, con fuertes competencias en la esfera humanística, ética y de comunicación interpersonal.*”⁴⁶

Precediendo este avance se crea en 2007 el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria con notoria perspectiva interdisciplinaria e intersectorial, teniendo a su cargo la enseñanza, asistencia, extensión e investigación en el primer nivel de atención, del individuo, la familia y la comunidad, contribuyendo a formar a los estudiantes de medicina en centros del primer nivel de atención.

A ello hay se agregar la formación del personal de Enfermería Comunitaria Profesional que dispone de una vasta red de campos de práctica pre-profesional a nivel de los servicios de la RAP, IM, BPS, CASMU y del propio Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” – entre otros - en Montevideo, así como en otros servicios de ASSE a nivel nacional y recientemente creó la Sociedad Uruguaya de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Se ha trabajado también en coordinación con el sector educativo y otros actores en la Comisión Técnica de Residencias Médicas, Grupo de Trabajo Interinstitucional

⁴⁶ Revista Médica Uruguaya.(2008) Nro. 24 dic.. *Cursiva de la autora.*

Permanente para el Desarrollo Profesional Médico Continuo, Comisión Mixta con Facultad de Medicina – Hospital Clínicas, Programas de internado (medicina, parteras, enfermería), actualmente los EFI – Espacios de Formación Interdisciplinaria – así como la política de favorecer la presentación de proyectos interservicios e interdisciplinarios a nivel de las Comisiones centrales de la Universidad vinculadas a Extensión, Actividades en el Medio, Investigación, y otros espacios de integración curricular y extra-curricular de tipo horizontal, que reflejan la intención de promover el diálogo y el entendimiento operativo entre las disciplinas de la salud. Existen también el “Programa para la Formación y Fortalecimiento de los Recursos humanos de los Prestadores Públicos de Servicios de Salud” ASSE – UDELAR; existiendo una política de convergencia en desarrollo con el sector educativo, como objetivo estratégico en una política nacional de RRHH en salud, involucrando a los diversos ámbitos existentes de participación social, de usuarios, profesionales, trabajadores y otros actores institucionales, en los procesos de toma de decisión.

Otro horizonte esperanzador a nivel de la formación terciaria en salud surgió en el seno de la Comisión Sectorial de Enseñanza en la Universidad de la República,⁴⁷ donde se ha conformado un grupo de trabajo abocado al estudio de una adecuación de la modalidad de enseñanza en las áreas de la salud y la demanda del nuevo modelo de atención así como del mercado de trabajo.⁴⁸

⁴⁷ CSE UDELAR (2009) “Dilemas de la flexibilización curricular en la formación de profesionales de la Salud Humana” en “Jornada reformas curriculares en el área salud” 17/09/2009, Facultad de Enfermería UDELAR, Mvdeo,

⁴⁸ Lo mismo sucede a nivel de la Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio con la promoción de proyectos interservicios.

Con tal fin, se ha planteado la uniformización de un ciclo básico o inicial para las carreras del área, lo cual presupone un diseño curricular basado en una estructura inicial común que permita la adquisición de competencias generales comunes (a las que llaman “competencias para la vida”), habilidades sociales y de comunicación, el desarrollo de rasgos de personalidad: emprendimiento, flexibilidad, responsabilidad, creatividad, sensibilidad social, tolerancia a la incertidumbre, y competencias genéricas (directamente relacionadas con la formación): capacidad de resolver problemas del campo académico o profesional específico, así como una formación más aplicada y orientada a la práctica y el desarrollo de la capacidad de realizar abordajes interdisciplinarios.

En este sentido, se destaca que la academia estaría perfilándose hacia un “producto” *con perfil generalista que esté capacitado para el manejo de la problemática más prevalente para un desempeño competente en el primer nivel de atención* a través de abordajes individuales y colectivos, con un mínimo común en la formación.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de las Instituciones, la sociedad civil a través de varias de sus organizaciones ha debido apoyar la capacitación de profesionales, técnicos y promotores de salud y/o agentes comunitarios de salud que contribuyeran a la construcción del nuevo modelo desde sus diferentes roles.⁴⁹

⁴⁹ ALAMES, MYSU, PIDHDD, entre otras.

Se han revisado trabajos a partir de la década del 90, mencionándose los antecedentes más recientes. Un breve apunte sobre los clásicos de la administración nos lleva a citar a Mariño ⁵⁰ quien señala que “los cambios requieren energía para anticiparse, seguir y adaptarse al cambio y mantener sus estándares de calidad, ya que estos producen en la mayoría de los casos *un efecto desarticulador con su pasado y un dislocamiento en la cultura y capacidad administrativa de la Institución.*

En relación a los registros de desempeño en los servicios de ASSE se ha podido constatar la utilización sistemática de registros orientados a la contabilización de acciones *individualmente realizadas por cada profesional*, fundamentalmente relacionados con la medición de su productividad (número de consultas/hora, número de exámenes paraclínicos indicados/mes, número de actividades extramurales, relacionados con el manejo presupuestal y no con la demanda) así como indicadores de resultado valorados indirectamente (descenso de la morbi- mortalidad en la población de influencia) lo cual no está exclusivamente relacionado a la intervención de la salud.

Se ha rastreado un número importante de propuestas sobre estándares para la medición del desempeño, sin embargo éstos se pierden en propuestas sobre estándares de calidad generales que proponen un sinnúmero de indicadores como es el caso del análisis participativo de la calidad en la medicina intrahospitalaria y en servicios ambulatorios y territoriales y puestos centinela ⁵¹,

⁵⁰ Mariño, H.(1993) “Planeación estratégica de la calidad total”. 3er Mundo Editores, Bogotá

⁵¹ D’Andrea Luciano et al (fotocopia sin fecha) , “Manual técnico del Análisis Participado de la Calidad” CERFE – Laboratorio di scienze della cittadinanza – ASDO Coordinación operativa. Síntesis..

Según Chiavenato⁵² es posible afirmar que *si el equipo de salud no se evalúa como tal, sino que cada profesional es evaluado individualmente, ello pondría en evidencia la falta de desarrollo de una política orientada a estimular el trabajo en equipo interdisciplinario*⁵³.

Asimismo, algunos académicos y gestores de salud en Uruguay sostienen que el proceso de los grupos humanos no sería equiparable al del equipo de salud, debido a que los roles y responsabilidades en los equipos tienden a quedar fijos por estructura administrativa. Ello dificultaría la autorregulación que se produce naturalmente en los grupos de composición horizontal, en los que los liderazgos surgen de forma natural. En los equipos, en cambio, las líneas de mando muchas veces no coincidirían con el liderazgo grupal y otros roles que espontáneamente se definen en el proceso de grupo, entre otros aspectos.⁵⁴

En una investigación desarrollada por Veronica Brandes y Carolina Giorello⁵⁵ desde un enfoque de racionalidad económica y de gestión, para monitorear la satisfacción del usuario se toman en cuenta el tiempo promedio en ser atendido por el funcionario, tiempo promedio en la ejecución de la consulta asistencial, trato brindado por el personal/ servicio médico, puntualidad del médico, consultas específicas/ consultas totales, comodidad durante la espera, quejas, higiene y condiciones del sector, cantidad de consultas por usuario, porcentaje de re-consultas por usuario, cantidad de recetas

⁵² Chiavenato, I. (1993) "Administración de Recursos Humanos" Ed. Mc Graw-Hill de México.

⁵³ Chiavenato, (1997):262. Destacado en cursiva pertenece a la autora.

⁵⁴ Sosa, Dra. Alicia . Subdirectora de la RAP-ASSE. Entrevista realizada en 2007.

⁵⁵ Brandes, V. y Giorello, C.(2013) "Uso de herramientas de gestión en la red de atención del primer nivel AP-ASSE" Monografía Facultad de Ciencias Económicas, UdelaR en www.ccee.edu.uy/bibliote/monografias/2013/M-CD4539.pdf

expedidas por usuario, cantidad de recetas por consulta, tiempo promedio de espera para obtener el resultado del estudio, cantidad de estudios indicados por usuario, cantidad de tratamientos indicados por usuario, porcentaje de estudios solicitados al 2do y 3er nivel; para monitorear motivación del personal se considera la cantidad de profesionales especializados, la rotación de personal, promociones (ascensos) dentro de la RAP, porcentaje de variación de salario de un médico en la RAP, cantidad de programas de capacitación, investigación y desarrollo.

Las investigadoras concluyen que “En donde coinciden todos los directores es en que *evaluar es la función a la que menos tiempo dedican*⁵⁶ y la planificación es aquella función a la que deberían dedicar más tiempo del que actualmente emplean” (*textual*).

En una reciente publicación de la Universidad Javeriana de Colombia⁵⁷ se presenta un estudio sobre las competencias requeridas por los profesionales para llevar adelante la APS renovada⁵⁸. Las principales conclusiones fueron que “los profesionales de los equipos de salud requieren competencias que incluyen tanto conocimientos técnicos y científicos para llevar a cabo intervenciones apropiadas, como capacidad para *trabajar en equipo y habilidades para comunicarse con los otros miembros del equipo y con la comunidad*. “

Se menciona asimismo la experiencia que el Gobierno Federal de México viene llevando desde hace 18 años basada en el estímulo al personal de salud, acompañada por

⁵⁶ Destacado en cursiva de la autora.

⁵⁷ Rey-Gamero, A.C. y Acosta-Ramírez, N. (2013) “El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura” en Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 12 (25): 28-39, julio-diciembre

⁵⁸ OPS/OMS (2007) “La Renovación de la Atención de la Salud en las Américas”. Documento de Posición. Washington, D.C: OPS, © 2007

una Evaluación del desempeño denominada de “360 grados”, ya que incluye la recolección de información de múltiples fuentes (jefe inmediato, evaluado, compañeros, usuarios...), lo que permite apreciar de manera integral el resultado de su desempeño, competencias, habilidades necesarias para dar calidad a los servicios.⁵⁹

Como trabajo científico de comparación con los resultados del presente estudio en relación a los indicadores de evaluación propuestos por los usuarios, se revisó el artículo “Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros” publicado en la Revista Ciencia & Saúde Coletiva ⁶⁰ sobre satisfacción del usuario, donde se pueden apreciar indicadores prácticamente idénticos a los relevados en esta investigación, mediante un instrumento que da cuenta del relacionamiento y la comunicación, los cuidados médicos, la información y el apoyo, la continuidad de la atención y cooperación y la organización de los servicios, cada uno de ellos desglosado en varias variables.

Pero sumamente completo y destacable es el estudio “Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública” cuyo objetivo consistió en identificar las competencias actuales y las necesarias para el futuro de los directivos y técnicos de salud pública en Catalunya, el cual describe en detalle las competencias profesionales transversales y específicas que necesitan los profesionales en

⁵⁹ Arellano, J. y Hernández, J.(sin dato) Programa de estímulos a la calidad en “La calidad de la Atención en México a través de Instituciones. 12 años de experiencia” Secretaría de Salud Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Lieja núm. 7 Col. Juárez, C. P. 0660 Delegación Cuauhtémoc, MÉXICO, D. F.

⁶⁰ Giovanella, L. et al (2013) “Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros” en la Revista Ciencia & Saúde Coletiva 18(1):103-114, 2013 . El instrumento EUROPEP (*European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care*) es un instrumento de evaluación de la calidad en APS, específico para la medición de la satisfacción de los usuarios de servicios médicos de medicina general y familiar en Europa.

el campo de la salud pública. Se trata de un producto sumamente acabado que constituye un aporte que legitima y enriquece el presente trabajo.⁶¹

El problema

Se define como área problema la capacidad científico-técnica de los equipos del primer nivel de atención en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Se analiza y problematiza el concepto de capacidad científico-técnica que manejan los efectores de salud con el fin de contribuir a facilitar la adecuación entre los requerimientos del nuevo modelo de atención y el modelo de evaluación del desempeño que utilizan, dado que la evaluación puede operar como factor modelizador de las prácticas de los evaluados.

La pregunta central de investigación es: *“La evaluación del desempeño del equipo de salud en los servicios del primer nivel de atención en Uruguay ¿contribuye a la construcción de la capacidad científico-técnica que requiere el nuevo modelo de atención?”*

Justificación

El país se encuentra en una fase de transición entre el modelo de evaluación participativo que se pretende promover en el primer nivel de atención, y la forma y categorías que predominan al momento de evaluar el desempeño de los equipos, predominando el enfoque conductista centrado en resultados y de evaluación individual.

⁶¹ Rodríguez D, et al. (2012) Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública. Gac Sanit. 2012. SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.10.005>

En relación al *rol modelador de la evaluación* en los equipos del primer nivel de atención, existen avances pero no con el contenido que este estudio asigna a la capacidad científico-técnica para todos los integrantes del equipo de salud en el primer nivel de atención.

Con este panorama y el telón de fondo del nuevo modelo de atención a la salud, la evaluación del desempeño de una capacidad científico-técnica adecuada, deberá realizarse a partir de una clara explicitación del soporte conceptual que la sostiene.

Se hace necesario precisar aquello que ya se ha venido definiendo desde los organismos internacionales, como desde el propio Ministerio y la Academia, como capacidades necesarias en el primer nivel de atención, dado que más allá del avance conceptual nacional, regional- mundial, y de la definición de políticas sanitarias, no han podido constatarse grandes avances prácticos en los servicios o unidades ejecutoras (o se ven avanzando muy lentamente), que contribuyan a forjar un sistema de monitoreo de cumplimiento con las competencias profesionales, fundamentalmente la referida a idoneidad para trabajar con otro/as al interior del equipo de salud y con poblaciones.

Es de interés de la autora, realizar un aporte a los auténticos esfuerzos que se vienen realizando para la definición de la modalidad de evaluación de la práctica profesional en estos equipos, entendiendo que la evaluación a través de sus categorías e instrumentos, puede ejercer una fuerza modeladora para la construcción de las competencias que requieren los equipos, y puede asociarse directamente al impulso o al

bloqueo de procesos creativos en su interior⁶², aún en un contexto social que presiona hacia la cultura que sostiene el capitalismo global.

Se trata de una dinámica que permita protagonizar el rol instituyente en relación a lo ya instituido⁶³ tendiendo a *conjugan los intereses de todos los actores*. En este sentido, importa la opinión de los protagonistas y promover su reflexión en relación a indicadores de evaluación de su trabajo. Además, en relación al *equipo interdisciplinario en el primer nivel de atención a la salud* incursionar en la temática también puede contribuir desde un espacio más a la deconstrucción del modelo individualista, característico de la época. El ejercicio profesional no está ajeno a ello sino que lo reproduce.

Se ha identificado que los equipos interdisciplinarios no parecen funcionar como tales de forma espontánea, tienden a reproducir la conducta histórica, el contexto organizacional y los modelos promovidos desde la formación profesional. Las categorías conceptuales utilizadas para la evaluación del desempeño de los profesionales podrían estar aún rutinizando el quehacer, desmotivando al personal y con ello desestimulando su creatividad y compromiso. Podría ser interesante motivarlos en la construcción de indicadores que sientan que valoran su trabajo.

⁶² Samaja, J., (2001) Curso de Epistemología , Centro de Posgrado, Facultad de Enfermería, 2001.

⁶³ Loureau, René. Sociólogo, discípulo de Henri Lefebvre, fue fundador de la corriente de intervención institucional llamada Socioanálisis , que busca poner de manifiesto los implícitos institucionales.

Este estudio irá emergiendo desde y con los involucrados dado que *la experiencia protagónica es un organizador cognitivo u objeto modelizante*⁶⁴ y quizás se aporte en la construcción del perfil de cargos y el desempeño de cada profesional.

Róvere dice que es necesario incluir a los evaluados en el proceso de construcción del modelo de evaluación con el cual será evaluado su trabajo ya que “los modelos de atención son un sistema de legitimación que no se sostiene sin el soporte estatal y *sin el imaginario legitimador social, es sobre ambos que hay que introducir las modificaciones*”⁶⁵ En este sentido el trabajo intentará aportar también a este nivel de legitimación.

En base a los antecedentes recabados hasta el momento es posible concluir que los conocimientos están disponibles y son suficientes pero que aún no se han logrado poner en práctica. Por ello esperamos que los resultados del estudio puedan ser de utilidad en la *etapa de profundización del cambio de modelo* en el sector salud.

⁶⁴ Samaja, 2001

⁶⁵ Rovere, M. (2006) “Planificación estratégica de recursos humanos en salud”. 2da Edic. OPS,.

MARCO TEÓRICO

Aportando a la reflexión sobre las estructuras de pensamiento en la construcción de la realidad.

Posicionamiento epistemológico.

El filósofo y militante comunista francés Louis Althusser ⁶⁶, fundamentalmente en los años 60 y 70 del s. XX ⁶⁷ se vincula teóricamente con el psicoanálisis y a partir de ello elabora su noción de ‘inconsciente ideológico’ como un conjunto de normas que se expresan en la praxis concreta de las personas pero de manera inconciente. Pero, si bien se lo vinculó conceptualmente con el psicoanálisis y con el estructuralismo no se relacionó con ninguna de las dos corrientes. Y tiene un claro enfoque de clase.

Marx y Engels habían escrito en el *Manifiesto Comunista* y en *La ideología alemana* que las ideas de una sociedad son siempre las ideas de la clase dominante concibiéndolas como ‘falsa conciencia’, como un enmascaramiento de las condiciones reales de existencia y de la dominación de clase. Althusser, por su parte, sostenía que la ideología es inconsciente. Realizó una re-teorización de la ideología, ‘no como “falsa conciencia”, sino como “ilusión necesaria”’.

El ‘inconsciente ideológico’ es algo práctico, vivido por las personas y la sociedad en su conjunto. La ideología vive a través de sus enunciaciones y prácticas. Representa la relación imaginaria de los individuos con sus condiciones reales de existencia; y existe en

⁶⁶ Filósofo argelino del s. XX. La línea de trabajo más conocida de Althusser tiene que ver con sus estudios de la ideología. Su obra más polémica es *Ideología y aparatos ideológicos de Estado*, 1969.

⁶⁷ La principal creación de Althusser es su teoría de la ideología, que se puede considerar como un dispositivo teórico clave en la teoría crítica contemporánea porque expresa la fuerza de la ideología como instrumento de dominación en las - llamadas por su discípulo Poulantzas- *formaciones sociales*.

un aparato, en su práctica o prácticas. En este sentido habla de los aparatos ideológicos del Estado. Sin embargo, Althusser planteó la posibilidad de de-construir los discursos, las prácticas “inconcientemente” ejecutadas, y con ello contribuir a dismantelar el aspecto ideológico de la dominación, sin abordar las relaciones de producción.

Esta perspectiva es útil para analizar y dismantelar los aspectos ideológicos basados en el modelo de mercado y del estatus de las profesiones liberales de mayor antigüedad que se encuentran presentes en las prácticas de los profesionales de la salud – de aquéllos que realizan la atención, de aquéllos que gestionan el servicio - así como de los usuarios, que pueden afectar la construcción de un accionar colectivo y solidario comprometido realmente con la transformación de las condiciones de existencia.

Otro autor a mencionar porque interpela lo global desde lo concreto/singular ha sido René Loureau ⁶⁸, quien en su obra “Análisis Institucional” ⁶⁹ presenta a la Institución como lugar de conflicto entre fuerzas instituyentes y fuerzas instituídas, en un permanente juego de fuerzas como un proceso dinámico.

Díce que las instituciones se han utilizado para designar la cosa establecida, las normas vigentes, *el estado de hecho* confundido con el estado de derecho. De esta manera, en el concepto de institución se fue intencionalmente perdiendo, una de sus instancias primitivas, la de instituir en el sentido de fundar, crear, romper con un orden antiguo y crear uno nuevo.

⁶⁸ Loureau, René. Sociólogo, discípulo de Henri Lefebvre, fue fundador de la corriente de intervención institucional llamada Socioanálisis, que busca poner de manifiesto los implícitos institucionales.

⁶⁹ _____, (1975)El análisis institucional, Ed. Amorrortu, B.A

Cuestiona tanto al enfoque de las sociologías del sistema – del cual es crítico – como al marxismo clásico. Dice que éste también reduce la institución a su dimensión de estructura y función bajo un análisis sincrónico cuando solamente destaca su función ideológica como superestructura del statu quo, perdiendo la mirada de proceso, lo diacrónico.

Loureau propone tomar las instituciones no como invariantes, contenedoras de racionalidad y consensos sino como formas singulares aprehendidas en las relaciones de fuerza, las relaciones de clases, las relaciones de producción. Por ello, la institución refiere simultáneamente a lo instituido y a lo instituyente⁷⁰.

En relación al análisis institucional señala que la institución casi nunca se ofrece de manera inmediata a la observación, ya que emite mensajes falsos directos mediante su ideología, y mensajes verdaderos en código mediante su tipo de organización.

Por lo tanto el análisis institucional debe captar la acción social en su dinamismo y tratar de *poner en evidencia dónde está la institución*, es decir, las relaciones entre la racionalidad establecida (reglas, formas sociales, códigos) y los acontecimientos, que se apoyan implícita o explícitamente en la racionalidad establecida y/o la cuestionan.⁷¹

⁷⁰ Samaja, J. Op cit y curso cit.: “procesos de resignificación o regulación -hacia abajo-. Y procesos de constitución -hacia arriba-

⁷¹ Y en relación a las intervenciones institucionales, propone un enfoque de raíz analítica utilizando determinados instrumentos de análisis que contribuyan a tales fines.

Grupos e interdisciplinariedad

Un área de conocimiento de impacto en el trabajo grupal ha sido desarrollada por la Educación Popular a partir de los trabajos del educador brasileño Pablo Freire⁷² y del educador y filósofo José Luis Rebellato⁷³.

Lo central de esta escuela radica en la experiencia liberadora originada en el acto del aprender. La comunicación es la herramienta central, generadora de diálogo respetuoso entre las partes implicadas en la relación educativa. A partir de los intereses emergentes de la cotidianidad de las personas, surgen los contenidos a discutir y analizar, en el desarrollo de conciencia política.

A pesar de las diferencias culturales que se materializan en la cultura de las diferentes disciplinas intervinientes en los equipos de salud, así como en relación a la cultura de la población usuaria, es posible construir diálogo de saberes, en una práctica sustentada en la ética de la esperanza. Frente al pesimismo neoliberal que anuncia el fin de la Historia, Rebellato construye la contracultura de la esperanza, liberadora de la ignorancia y democratizadora.

En relación a la interdisciplina, advierte sobre la reproducción de relaciones de asimetría, dominación, concentración de poder – que responden a la lógica del sistema – en los espacios alternativos, como el del primer nivel de atención.

Sabemos que para participar el sujeto debe poner en juego un sistema de vínculos interpersonales, de cuya eficacia depende la comunicación, y eventualmente, el diálogo entre las personas. Resulta un desafío problematizar la consideración de que la

⁷² Freire, P. pedagogo brasileño de La década Del 60, creador de Pedagogía Del Oprimido.

⁷³ Rebellato, J.L., Educador y teólogo uruguayo del siglo XX

participación real se encuentre limitada desde la estructuración de la subjetividad como una *no discriminación de alteridad*.⁷⁴

El enfoque desde la Educación Popular propone la horizontalidad de los saberes como punto de partida y de llegada, la ética de la autonomía y de la heteronomía. Seguidor de la Escuela del interaccionismo simbólico del sociólogo norteamericano Herbert Blumer⁷⁵, coloca la mirada en la *interacción* en los equipos de trabajo, en particular en la comunicación y la motivación para el accionar en conjunto, poniendo en evidencia las subjetividades que están en juego.

Este bagaje conceptual permite tomar en cuenta la subjetividad – el universo simbólico - en la opinión de las personas, pero sabiendo que la misma es producto de una historia real, de una vivencia protagónica que está contextualizada, en una organización social regulada por el modo y las relaciones de producción.

Concepto de salud

Los desarrollos conceptuales de la Salud de las poblaciones se han constituido en un desafío para los diseñadores de la política de salud y administradores de servicios, a partir de la Declaración de Alma Ata en 1978 sobre la estrategia de Atención Primaria de Salud con énfasis en el primer nivel de atención.

Se les plantea el reto de adaptarse creativamente, trabajando en conjunto con las poblaciones – siguiendo los componentes de participación y atención integral a la salud

⁷⁴ Galende, E. (2002) “Curso Salud Mental Comunitaria”, Maestría en primer nivel de atención, Centro de Posgrado, Facultad de Enfermería,

⁷⁵ BLUMER, Herbert. (1982). El Interaccionismo simbólico, perspectiva y método. Barcelona Hora D.L.

que involucran tanto a las áreas biológicas como a las sociales, así como la acción local vinculando redes sociales, sectores e Instituciones.

En relación a ello, este trabajo toma el concepto del Dr. Floreal Ferrara⁷⁶: “la salud se expresa correctamente cuando el Hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental y/o social en la que vive o modificarla, de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones; de tal forma que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad que surge de la actuación del Hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos”.

La adhesión a esta conceptualización de salud, refleja confianza en las personas para reaccionar ante las adversidades, aprender a resolverlas y hacerlo. Las personas protagonizan un rol activo en la realización de su propia existencia.

Organización de la atención en salud.

“Se define Niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de una población, escalones de complejidad en los que se organiza la actividad asistencial”.⁷⁷ El Primer Nivel forma parte de la organización por niveles del sistema de atención a la salud; estos niveles se dividen arbitrariamente teniendo en cuenta la complejidad de menor a mayor; quedando configurados dos tipos de complejidad.

⁷⁶ Ferrara, F. médico argentino especializado en medicina social; docente, investigador, dos veces Ministro de Salud de La Provincia de Buenos Aires, fallecido en 2010

⁷⁷ Barrenechea, C. (2008) “Niveles de atención. Primer nivel de atención a la salud” en Actualización en Salud Comunitaria y familiar: Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención.” Ed. CSEP, Univ. República, Mvdeo.

Complejidad intensiva: tiene en cuenta las variables recursos, tecnología, infraestructura. Y la *Complejidad extensiva*: por la complejidad de la problemática social que constituye un desafío para la atención integral movilizando una variada gama de cuerpos disciplinarios y profesiones, fundamentalmente sociales.

Se define entonces como primer nivel de atención a la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población determinada, y que deben ser accesibles a la población. Es la base del sistema de salud, se puede desarrollar con recursos sencillos. Teóricamente se podrían resolver allí entre el 70 y 80% de los problemas de salud de la población.

Las características que definen el primer nivel de atención son: área geográfica delimitada, población asignada definida, donde la gente nace, vive, estudia, se desarrolla, trabaja y muere, distribución de recursos de acuerdo a las necesidades, actividades realizadas con un enfoque de atención integral y preventiva, con enfoque de riesgo o gestión de riesgo; trabajo en equipo, sin confundir con diversidad de profesionales que trabajan en un mismo lugar, con participación social, en coordinación con los otros sectores, en coordinación con los otros niveles de atención, aplicando el sistema de referencia y contrarreferencia.⁷⁸

La estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, promovida por la Organización Panamericana de la Salud, aboga por los Sistemas de Salud Basados en APS, un enfoque integral para la organización y operación de sistemas de salud con el

⁷⁸ Etchebarne, L. (coord.) (2001) "Temas de Medicina Preventiva y Social". Oficina del Libro FEFMUR, Mvdeo,

objetivo principal de alcanzar el nivel de salud más alto posible en la población, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad.

El Dr. Mario Rovere en *Saúde em Debate* de julio/set.2012⁷⁹ dedica un capítulo a analizar las diferentes interpretaciones que se le han dado a la APS, basado en dos totalmente opuestas. Dice que al decir *Atención primaria* en lo lingüístico, el término *primario* tiene diversas y hasta contrarias acepciones como “referirse a lo primitivo, poco civilizado” o a “lo principal o primero en orden o grado”. Y entiende que fue más sencillo adoptar la primera acepción, a pesar de que la Declaración habla claramente de que “...forma parte integrante tanto de los sistemas nacionales de salud como del desarrollo social y económico global (en su sentido multisectorial y no mundial) y que es la función central y el núcleo principal de todo el sistema.” No fue nunca una parte aislada del sistema ni mucho menos circunscrita a la atención más periférica y de bajo costo para los pobres.

De acuerdo al texto originario, no cabría duda de que se hacía alusión a que no hay atención primaria sin involucrar a los sistemas nacionales de salud incluyendo el desarrollo social y económico. Este enfoque coincide con la mirada del Movimiento de la Medicina Social, el cual pone el énfasis en la determinación social de la salud-enfermedad-atención.⁸⁰ Representante de este movimiento, el médico epidemiólogo ecuatoriano Jaime Breilh nos convoca a dirigir la mirada a la relación entre estructura y salud y, a partir de ello, diseñar acciones colectivas sobre los procesos sociales mientras que simultáneamente se realizan las acciones asistenciales sobre las familias y las

⁷⁹ *Saúde em debate*. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, ISSN 0103-1104, v.36, n. 94, Rio de Janeiro

⁸⁰ Breilh, J.(2012) en XII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva. Montevideo,

personas. La APS originaria puede ser una herramienta que contribuya en este sentido. Sin embargo, surgió una APS selectiva y un sinnúmero de reduccionismo más hasta casi confundirla con “primeros auxilios”.

El Prof. Oscar Feo⁸¹ en la misma publicación, citando a Rivero⁸² sugiere que hay un problema de traducción, que “Primary Health Care” no significa Atención Primaria en Salud y sugiere que el término que debió haberse usado es “*Cuidado Integral de la Salud*”, mediante el cual se reflejaría mejor la condición de estrategia, mientras que el término “atención” redujo la APS a simple atención a la enfermedad.

Debido a estos cuestionamientos es que Rovere habla de un vaciamiento de sustancia en la declaración de Alma Ata . Quizás sea ésta una de las razones de que los equipos también se acoten a funciones básicas de tipo asistencial. Pero en todas sus modalidades de interpretación, desde la APS se enfatiza la integración de servicios de salud en redes, con una población y territorios definidos, donde exista un primer nivel de atención bien desarrollado que actúe como puerta de entrada al sistema, con poder resolutivo, con unidades especializadas desempeñando una función de soporte al primer nivel y con sistemas de coordinación ágiles y fluidos que permitan la atención de las personas en el lugar idóneo en el momento oportuno.

Según este enfoque, el nivel de contacto debe dar respuesta efectiva y eficiente a la gran mayoría de los problemas de salud que se presenten, haciendo énfasis en las actividades de promoción de la salud y prevención a nivel individual, familiar y comunitario. Ello requiere un alto nivel de preparación de sus profesionales, quienes

⁸¹ Especialista en Salud Pública y Salud de los Trabajadores. Profesor Titular de la Universidad de Carabobo, Venezuela

⁸² Rivero, D.T. (2004) Alma Ata: 25 años después. Perspectivas de Salud. Washington, v.13, n.2, p. 51-54

deben recibir formación integral desde las perspectivas técnica y humanística y deben conocer cómo manejar los problemas más frecuentes de su población de referencia, sin descuidar y “hacer algo” sobre las causas de las causas en el proceso salud-enfermedad. Y éste es el enfoque que originariamente ha inspirado la creación del nuevo modelo de salud.

Dentro de la concepción de organizaciones en red, *los equipos de salud* son unidades de impacto social transdisciplinarias, intersectoriales, que se convocan de acuerdo a las características del problema a resolver, con modalidades rotativas de poder, que evolucionan con la movilidad del problema social y se disuelven una vez aplicados los cambios deseados.

El equipo de salud.

En relación al equipo de salud en el marco de la APS, lo multiprofesional se refiere a la presencia de varias profesiones las que no necesariamente trabajan articuladamente unas con otras.

La interdisciplina en cambio, se refiere a un diálogo entre los corpus teóricos disciplinarios. En este caso las personas analizan situaciones y eventos de su realidad desde los esquemas conceptuales, referenciales y operativos de cada uno enriqueciendo de esta manera el análisis y la toma de decisiones.

La transdisciplina se corresponde con un enfoque, una mirada y no con una práctica. El encuentro se da en la aproximación al objeto/sujeto de estudio/intervención intentando confluir desde el ser a los efectos de aprehender sus cualidades y poder analizarlo desde los bagajes conceptuales disciplinarios, pero con una apertura que permita crecer en esa experiencia protagónica, enriqueciendo en ello, el corpus parcelado

de cada disciplina, para elaborar marcos operativos desde el hacer, los cuales no tienen por qué agotarse en esa instancia, sino que pueden ir creando teoría válida y permanente.

Ello está relacionado con el carácter funcional de los equipos de salud que, pueden reagruparse de distintas formas para dar respuesta a los diferentes problemas que afronta la comunidad. Por ello, los gobiernos que afrontan procesos de cambio en sus sistemas de salud deberán considerar la inversión en los recursos humanos como un aspecto fundamental para la mejora de los resultados de los servicios.

La organización de los servicios tiene enorme repercusión sobre la calidad. Así, la orientación de un sistema de salud hacia la atención primaria de salud contribuye a aumentar la efectividad y la eficiencia de todo el sistema debido al impacto que produce sobre otros servicios y niveles de atención a la salud.

La definición clara de perfiles profesionales por competencias, aporta elementos interesantes para revisar los ámbitos de responsabilidad de las distintas profesiones de la salud, desde la perspectiva del servicio al ciudadano y de la conformación de equipos interprofesionales e incorporar nuevos contenidos en su formación. A la vez ofrecen una respuesta metodológica para la gestión del desempeño de los profesionales formados que pasa a formar parte del talento de una organización específica.

Independientemente de los conocimientos específicos sobre las situaciones de salud-enfermedad-atención de mayor prevalencia en el PNA, todas las profesiones actoras en el escenario comunitario necesitan desarrollar destrezas y habilidades específicas para el trabajo en equipo, para la comunicación con las poblaciones, para el diálogo horizontal

de saberes que asegure el respeto por las diferentes configuraciones culturales y aspectos éticos que se desprenden de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Como ya se mencionara, el nuevo modelo de salud se dirige entre dos líneas políticas opuestas: 1, la administración de pobres en una salud de mercado y 2. la salud como derecho, la universalización de la educación y Derechos Humanos y promoción de ciudadanía.

La adscripción a esta segunda opción va de la mano de inquietudes como la que se plantean, en relación a problematizar algunos dispositivos de control/educación como la evaluación, a los efectos *de empoderar a los equipos de salud* para que construyan ellos mismos el accionar colectivo agudizando las miradas transdisciplinarias y generando – personas mediante – “*diálogos humanos*”⁸³ entre las diferentes disciplinas implicadas en el campo concreto (síntesis de lo diverso) donde se planifica, se realiza y se evalúa la atención de salud de la población usuaria en los servicios de primer nivel de atención,

Calidad de la atención.⁸⁴

Calidad es el grado en que los servicios brindados aumentan la probabilidad de lograr los resultados deseados y reducen la probabilidad de resultados no deseados.

Calidad de atención (o nivel de calidad) es el grado en que el servicio prestado se aproxima al prototipo entendido por tal, el modelo óptimo de asistencia que debería prestarse, cuyos atributos son más que la atención médica y que también incluyen la satisfacción del usuario. Puede medirse colocando el estándar como denominador y lo

⁸³ Freire y Rebellato. Ibid.

⁸⁴ Alfaro-Lefevre, R., (1999) “Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso”. 4ta ed. Ed. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona,

observado, por ejemplo el desempeño con su correspondiente capacidad técnico-científica en el numerador.

Como puede advertirse, la minuciosa selección, disponibilidad y formato de las fuentes de datos, son la base del éxito en el monitoreo. Cuáles de estos datos son relevantes para construir la descripción del desempeño de los equipos de salud en el PNA por ejemplo, y cuáles no, cuánto de ellos son necesarios y cómo se cruzarán entre sí y con los estándares. *Como todo sistema clasificatorio, la riqueza de la información que arroje la medición dependerá del marco referencial conceptual a partir del cual se construyan los descriptores, tanto como de la precisión y congruencia de los instrumentos de medición.*

Con ello el resultado de las observaciones expresadas en los indicadores permiten no solamente sólo visualizar el funcionamiento de una unidad de atención, sino construir y aportar nueva evidencia al marco referencial que hasta el momento utiliza la organización,

Mejora de la calidad abarca estudios continuados y diseñados para identificar formas de promover el logro de los resultados esperados, a tiempo y con un coste efectivo, a la vez que disminuyen los riesgos de los resultados no deseados a nivel de políticas, procedimientos inadecuados, mala comunicación entre departamentos, etc.

Gestión de calidad es la gestión que promueve el logro de resultados deseados. Todo el proceso se basa en la medición mediante indicadores, así como controlar, evaluar y actualizar las llamadas “vías críticas” en el servicio. Se habla *de gestión de calidad total* como una estrategia de mejora de la calidad de los servicios, mejora continua de la calidad. Para ello los estándares deben ser monitoreados y evaluados periódicamente,

aplicando indicadores, para saber si se está asegurando la calidad. Se propone superar la Evaluación de la Calidad (el producto final) por la Gestión de la Calidad (monitoreando los productos intermedios en todos los niveles y áreas)⁸⁵

El gran desafío está *en combinar análisis transversales que dan cuenta del atravesamiento de determinantes estructurales en las organizaciones de trabajo/atención con una posible actividad instituyente, autopoyética transformadora.*

La evaluación.

La evaluación juega un rol transductor entre el modelo y la realidad que intenta describir o cambiar. Se entiende por *evaluar* la emisión de un juicio de valor sobre una actividad o tarea como resultado de comparar la situación observada y un patrón predeterminado. Para ello se utilizan indicadores. El indicador es una variable diseñada y empleada para valorar cuantitativa o cualitativamente el grado de cumplimiento de una actividad; así como medir total o parcialmente un comportamiento. Expresan en términos de logros y deficiencias el resultado de un aprendizaje-acción, que se manifiesta a través de conductas concretas, medibles y observables. La medición se realiza a través de instrumentos. Éstos deben estar en correspondencia con lo que se va a evaluar, los métodos que se deben emplear y dónde se va a realizar.

En relación a los sistemas evaluativos, el conocimiento científico a nivel del área educación se encuentra en permanente actualización. Diversas corrientes pedagógicas han

⁸⁵ Estructura de un programa de gestión de calidad: los componentes, la dimensión o variable de la calidad en la que se pondrá énfasis, la unidad de estudio, casos a incluir, relación temporal de la evaluación con la acción, tipo de datos, la fuente, el tipo de revisión, el tipo de criterios y medidas correctoras previstas. Maestría Primer Nivel de Atención, op cit.

dado origen a diferentes conceptos del proceso enseñanza-aprendizaje, como el enfoque conductista (educación como sinónimo de cambio de conducta y de estudiante pasivo), y el constructivismo (el aprendizaje basado en problemas, el aprendizaje participativo) en el cual se transforma la persona y el estudiante es activo en el proceso de aprender.

Estos diferentes enfoques pedagógicos responden a ideologías diversas proporcionando, consecuentemente, modelos acordes de evaluación del aprendizaje en las personas y grupos humanos.⁸⁶ Existen por lo tanto, diferentes concepciones teóricas, metodológicas e instrumentales que han demostrado *el rol formativo de la evaluación*, en detrimento de la concepción comúnmente asociada a control y sanción.

En acuerdo con Ausubel⁸⁷, el aprendizaje humano no sólo implica pensamiento y actuación, sino afectividad y sólo cuando se consideran estos tres factores conjuntamente, se está en condiciones para capacitar al individuo para enriquecer el significado de su experiencia. *La concepción constructivista del aprendizaje* proporciona junto al conocimiento tradicional, capacidades motrices, de equilibrio personal y emocional, de inserción social y relaciones interpersonales. Se es activo en el proceso, el aprendizaje es el resultado de una construcción personal con aporte de agentes culturales.

En este enfoque, *la evaluación es un proceso de ayuda para conocer las formas y grados en que el estudiante construye y da significado a sus aprendizajes*, se trata de aprender a aprender, aprendizaje con sentido (significativo), basado en experiencias

⁸⁶ Sobrino, E. (1987) "Las ideologías pedagógicas". Ed. Humanitas, Buenos Aires

⁸⁷ AUSUBEL-NOVAK-HANESIAN (1983) .Psicología Educativa: Un punto de vista cognoscitivo .2º Ed. TRILLAS México

previas. *Desde esta misma complejidad se construye la interdisciplina*, por lo cual este enfoque se constituye en un referente conceptual para el diseño de sistemas evaluativos de los equipos en el primer nivel de atención. Las personas aprenden desde sus ideas/experiencias previas y a partir de éstas, en interacción con otros, construyen nuevas prácticas o se resisten a ello.

La forma de evaluar entonces es un asunto muy delicado, ya que tanto la modalidad en que se realiza como las categorías que indaga o pretende indagar, pueden o no, responder a aspectos significativos, sentidos, por parte de aquéllos a ser evaluados en su quehacer cotidiano, y a su vez, expresan un modelo basado en valores que se pretenden estimular y otros que se esperan desestimular desde el nivel institucional al interior de un conflictivo campo de fuerzas.⁸⁸

La evaluación en una concepción de aprendizaje significativo, ofrece un modelo alternativo a las tradicionales posturas tecnológicas y conductistas que se orientan a comprobar productos (típico sistema que evalúa rendimiento). Se orienta a garantizar las condiciones óptimas para que las personas desarrollen sus capacidades cognitivas, afectivas y sociales que les permitan construir sus aprendizajes (conocimientos, habilidades y destrezas).

Evaluación de los equipos de salud

El objeto de estudio se enmarca en la gestión de los recursos humanos en salud, la cual es definida como “el conjunto de procesos y actividades que ponen en

⁸⁸ “la institución como lugar de conflicto entre fuerzas instituyentes y fuerzas instituidas, en un permanente juego de fuerzas como un proceso dinámico” Loureau, R. op cit..

funcionamiento, desarrollan y movilizan a los trabajadores que las organizaciones de salud necesitan para alcanzar los objetivos sanitarios establecidos”.⁸⁹

El proceso de gestión de recursos humanos en salud involucra a todos los miembros activos de la organización, entendiéndose por tales: la dirección, los funcionarios y las asociaciones de trabajadores, para lo cual se hace necesario contar – entre otros - con instrumentos administrativos, reglamentarios e instrumentales que garanticen la adecuada gestión de los recursos humanos en salud.⁹⁰ Se enfatiza en la importancia de atender las cuestiones de la educación y del trabajo en salud, a las diversas formas de intervención como la regulación, planificación, gestión, negociación y evaluación de las prácticas técnicas y sociales..⁹¹

Los fundamentos de la calidad del trabajo en salud, están dados por *la interrelación de la evaluación de la capacidad científico-técnica o competencia, la educación en salud y el desempeño profesional acompañado del monitoreo y la evaluación de sus resultados, a través de su impacto en el servicio.*⁹²

La evaluación puede ser considerada como una herramienta práctica de planificación, gestión y toma de decisiones en APS y promueve la reflexión crítica

⁸⁹ Novick, M. Rosales, C. (2006) “Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud. 2005 – 2015” OPS, Washington

⁹⁰ Novick, M. op cit

⁹¹ Novick, M. op cit

⁹² Extraído de Dr. *Ramón S. Salas Perea*. Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico y Medios de Enseñanza, Línea e I, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.

sobre el desempeño de los servicios, con el fin de producir innovaciones y procesos de mejora.⁹³

La gestión del desempeño tiene por objetivo optimizar la productividad y calidad del desempeño de los recursos humanos en los servicios de salud. Incluye intervenciones para la gestión de desempeño propiamente dicha (formas de organización del trabajo, gestión de la tecnología, desarrollo de equipos de trabajo, uso de los sistemas de incentivos) y modos de evaluación de dicho desempeño, desarrollo y capacitación de los recursos humanos.

Asegura que todos los recursos humanos de un sistema de salud estén adecuadamente calificados y motivados. Comprende intervenciones que van desde la identificación continua de necesidades educacionales, definición de competencias laborales, desarrollo curricular, diseño institucional, realización de acciones de educación en las modalidades más efectivas y adecuadas a los objetivos que se buscan y la evaluación de la competencia adquirida⁹⁴

En relación a los sistemas de evaluación en salud, existen referentes de conocimiento en varias áreas, por ejemplo la evaluación de políticas, de planes nacionales, de programas, proyectos y/o la evaluación en servicio o efectores de salud. Como ya fuera mencionado, el área problema ha sido tradicionalmente estudiada teórica y operativamente desde la gestión de los servicios de salud, la Administración Científica, administración de recursos humanos, su vinculación con la gestión de calidad y su aplicación al ámbito de la

⁹³ Yavich, N. (2014) Diplomatura en Gestión de servicios latinoamericanos de APS. CapacitaSalud, Rosario

⁹⁴ : <http://www.observatoriorh.org/esp/competencias.html> , 12/10/ 2009

administración en salud. Son referentes de ello los trabajos de Donabedian, A., Cuesta Gómez y Vuori,

Capacidad científico-técnica.

La evaluación del desempeño de los integrantes de equipos de salud debería contribuir a conformar una propuesta de *competencias profesionales específicas*, en particular la referida a la idoneidad para trabajar con otro/as al interior del equipo de salud y con poblaciones.

En el ámbito laboral, el carácter modelador de la evaluación puede asociarse a control jerárquico y ser rechazada en su instrumentación; las categorías de evaluación deben construirse participativamente desde el terreno y ser resultado de una amplia consulta y discusión entre profesionales, técnicos, expertos, así como con la población.⁹⁵

En cambio, Cuesta Gómez citando a Vuori y Donabedian, dice que el trabajo con otros integrantes del equipo de salud entra dentro del *componente social* de los tres atributos de la calidad de la asistencia hospitalaria (calidad absoluta, calidad individualizada y calidad social), pero la fundamentación que presenta refleja el modelo biomédico predominante, “ya que viene condicionada por la relación interpersonal entre el médico y *los demás profesionales* que prestan asistencia al paciente”, y lo refieren como *la parte de arte* que compone el ejercicio profesional.⁹⁶ *Esto significa que según los autores clásicos de la administración, el componente capacidad científico-técnica no incluye el relacionamiento entre profesionales porque éste no sería ciencia sino arte.*

⁹⁵ Rovere, M. op cit.

⁹⁶ Cuesta Gómez, A. (1986) “La calidad de la Asistencia Hospitalaria”. Edit. Doyma S.A. España

Lejos de pensar que esta concepción es antigua, constituye hoy uno de los mayores desafíos que se le presenta a la gestión de recursos humanos en el primer nivel de atención desde la estrategia de Atención Primaria.

Resumiendo, en la evaluación clásica del desempeño se toma en cuenta el item cooperación relacionado con actitud, también la calidad del desempeño es medida por “exactitud y orden en el trabajo”. En todos estos aspectos influye la cultura organizacional y el estatus de las profesiones involucradas.

La *evaluación* clásica del desempeño de los profesionales de la salud para el trabajo en primer nivel por la exigencia que los contextos sociales comunitarios le presentan a las disciplinas, requiere de su progresiva adaptación y actualización, fundamentalmente para el accionar en equipo interdisciplinario.

La *evaluación del desempeño* de los profesionales de la salud está comprendida en el marco de los indicadores de proceso, específicamente los referidos a productividad y desempeño.

Cabe destacar que en cuanto a los atributos de la calidad asistencial y sus componentes, es necesario relativizar la literatura, ya que éstos dependerán del concepto de salud-enfermedad y de calidad de vida que se sostenga. Es necesario adaptar estos atributos a la luz de la referencia teórica incorporada en el presente capítulo, así como de las características del nuevo modelo de atención a la salud en el Uruguay.

Consecuentemente, en el primer nivel se considerarán y medirán aspectos *diferentes a los del Hospital* para pensar en la praxis comunitaria con enfoque de Salud Colectiva y desarrollar formas de avanzar en el terreno de la determinación social.

En relación a las fuentes de información para la evaluación, se ha destacado la importancia de la planificación y el establecimiento de objetivos, los cuales permiten organizar cada paso de la atención, así como los estándares esperados. Por esto se plantean priorizar objetivos mensurables. En este marco, *el registro* de actividades es un elemento clave. Por otro lado, la evaluación del trabajo de los equipos de salud en el primer nivel de atención no puede desprenderse del monitoreo de la política sanitaria de la mano de la Atención Primaria en Salud en su sentido más progresista.

Los investigadores Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, Van der Zee J, Groenewegen⁹⁷,⁹⁸ realizaron una revisión sistemática sobre la evidencia científica que soporta el postulado según el cual la APS es el eje de una atención en salud efectiva.

En la misma se incluyeron 85 estudios, en inglés y publicados en revistas indexadas en un periodo que va del 2003-2008. Los autores identificaron 10 dimensiones de la APS que sustentan su complejidad y dentro de cada una de ellas identifican algunas características a pensar para la presente propuesta.

Estas dimensiones están agrupadas según la clásica aproximación de la evaluación de estructura, proceso y resultados. En cada una de las dimensiones, los autores presentan la evidencia encontrada. En el mismo se orienta hacia los criterios de evaluación de la puesta en práctica de la política de APS, que concordantemente pueden considerarse *orientadoras para la valoración del desempeño en los términos del presente trabajo*.

⁹⁷ en The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services Research, 2010; 10:65 citado por Red APS EurosociAL Salud

⁹⁸ Animador Red APS EurosociAL Salud, Edwin R González, Coordinación Técnica Ligia Giovanella, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-Fiocruz), Gestión Financiera Fundación para la Cooperación y Salud Internacional del Sistema Nacional de Salud de España

Por ejemplo a nivel de la **Estructura** una de las dimensiones que se toman es el desarrollo de la fuerza de trabajo, en particular *el perfil de los profesionales que hacen parte de la fuerza de trabajo en APS y la posición que tienen dentro del sistema salud – su perfil, educación y retención, asociaciones profesionales, etc.*

En relación al nivel del **Proceso** en la dimensión Coordinación del Cuidado se menciona la *estructura del equipo*. Otra dimensión es la *Integralidad* (a los servicios disponibles para atender las necesidades en salud de las personas), mencionándose como indicadores la disponibilidad de equipos médicos, la resolutividad del primer contacto, el tratamiento y seguimiento, procedimientos técnicos (médicos) y atención preventiva, atención a la madre y el niño y en salud reproductiva, la promoción de la salud.

Y a nivel de **Resultados**, se establecen bajo la dimensión *Eficiencia del cuidado* como indicadores, entre otros, la *eficiencia técnica y la eficiencia en el desempeño de la fuerza de trabajo*.

El fundamento teórico que antecede es propuesto siguiendo el mandato ético de la incorporación de usuarios y comunidades en la toma de decisiones en relación a la calidad del proceso de atención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, y fundamentalmente en las acciones de promoción de la salud, con la finalidad de favorecer el ejercicio de la participación de todos en la *gobernanza*, entendida como “visión y direccionamiento de la política de salud que ejerce influencia a través de regulación, abogacía, recolección y uso de la información”.

La capacidad científico técnica para el PNA

A los efectos del presente estudio, se sostiene que las competencias de un profesional en el primer nivel deben especificarse desde las siguientes tres dimensiones⁹⁹ :

a. Conocimientos: Saber diagnosticar y atender en equipo las necesidades de salud de mayor prevalencia con enfoque preventivo e integral manteniéndose actualizado en su campo de conocimiento, contribuyendo a garantizar la continuidad de la atención al interior del sistema e intersectorialmente.

b. Habilidades: Promover el derecho a la salud y la calidad de vida, crear espacios de participación con usuarios/as y organizaciones comunitarias en el conocimiento y búsqueda de soluciones a sus problemáticas de salud-enfermedad.

c. Destrezas: trabajar en equipo con capacidad de escucha, humildad, generando iniciativa al diálogo, habilitándole espacios y valorando otras perspectivas, las del “otro”.

Este último punto se corresponde con lo que generalmente viene pautado como ACTITUD. Sin embargo, al momento de los cortes evaluatorios la actitud aparece como algo inmaterial, de difícil objetivación. Por ello es que en este trabajo se ha optado por darle sustancia nombrando algunos de sus componentes.

Sin embargo, esperamos que sean los propios entrevistados quienes contribuyan a construir un marco conceptual respecto de esta dimensión de *la capacidad científico-técnica para el PNA* y *cómo ésta es evaluada*. .

⁹⁹ Taller sobre Objetivos de Aprendizaje. (2000) Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina

Además, se ha fundamentado que todas las luces enfocan hacia la *evaluación formativa* como marco pedagógico de la gestión del personal de la salud en los servicios del PNA.

A partir de las herramientas conceptuales mencionadas, se han construido las unidades de análisis a investigar.

Diseño metodológico. Materiales y Métodos

Propósito y Objetivos

Los objetivos del estudio orientaron la selección del método así como las categorías a relevar, los recordamos:

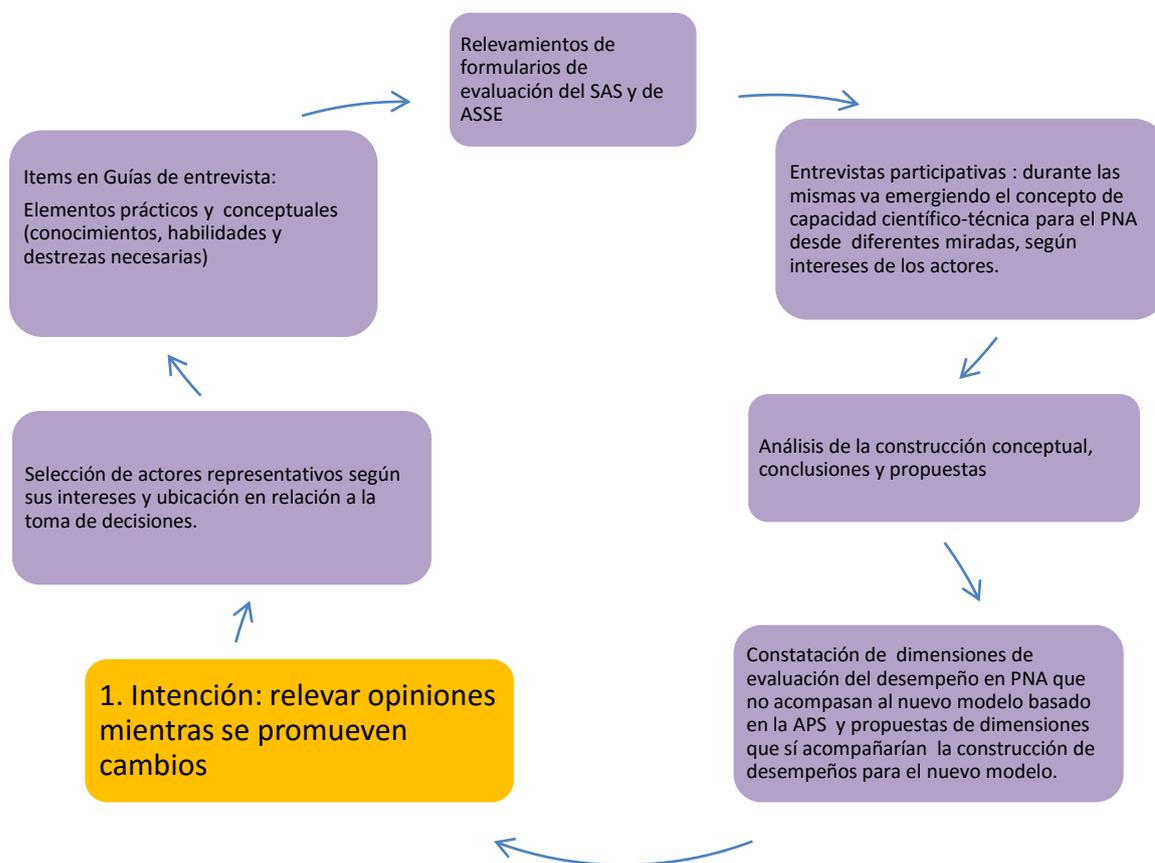
Propósito:

Contribuir a la problematización de la evaluación de la capacidad científico-técnica en el primer nivel de atención a la salud.

Objetivos:

- Describir los indicadores de evaluación del desempeño de los profesionales del equipo del primer nivel de atención.
- Identificar en la perspectiva de los sujetos involucrados qué elementos de la evaluación de desempeño se refieren a la capacidad científico-técnica para el PNA en el nuevo modelo de atención.

Esquema del proceso metodológico



Se utilizó el modelo de **stakeholders analysis**. El *análisis de los interesados o análisis de actores* trata sobre la selección de casos en función de su posición e intereses en relación a la institución o programa que se está estudiando. Se seleccionó este método porque permite conocer la mirada sobre el tema desde la mayor cantidad posible de puntos de vista. Hay actores más cercanos y otros más lejanos, los hay en posiciones de poder y en otras subordinadas. Unos por ser directivos, otros por ser usuarios, otros por ser quienes diseñan o gestionan.

Se optó por realizar un estudio evaluativo mediante entrevistas semi-estructuradas y revisión de documentos, donde se recogió información sobre la evaluación del desempeño y algunos ítems referidos a la capacidad científico-técnica de los integrantes del equipo de salud y la percepción de la participación de los sujetos involucrados dentro del sistema.¹⁰⁰

La muestra es intencional y por conveniencia. Se diseñaron matrices en las que se insertaron, según pautas, los discursos explicitados por los entrevistados. Se reconoce que hubo intención en la selección de los actores y en la clasificación de sus relatos.

Inicialmente se pensó tomar Montevideo y un Depto del Interior, y un grupo de actores del sector público y otro del sector privado. Luego de evaluar las fortalezas y ventajas potenciales de realizar un estudio tan amplio se optó por el Primer Nivel de Atención de ASSE y de la Intendencia de Montevideo.

La muestra se mantuvo abierta, incluyéndose más casos hasta que los conceptos y opiniones comenzaron a reiterarse. En la investigación cualitativa la saturación de información se considera criterio de validación. Esto es porque la información no consiste en una suma de variables aisladas que coinciden en un espacio muestral, sino que son representativas del grupo que fue intencionalmente seleccionado por el investigador. Añadir unidades no aumenta la calidad de la información sino que puede ser redundante e incluso contraproducente al bloquear la capacidad de conocimiento razonable ya que la nueva información puede tener un carácter marginal en el conocimiento general de la investigación.

¹⁰⁰ Pauta de entrevista según actor. Anexo 1



Fuente: <http://claudiavallve.com/2013/07/18/la-saturacion-de-la-informacion/>. Consulta 19 de octubre 2015

Se elaboraron 3 pautas de Entrevista: para gestores, profesionales y usuarios. Éstas incluyen un listado de temas orientados a dar respuesta a la pregunta de investigación. A partir de dichos temas las opiniones se agruparon para su análisis, y se cotejaron con las fichas de evaluación que utilizan la RAP/ASSE y el SAS de la Intendencia de Montevideo.¹⁰¹

Siguiendo las pautas de entrevista, la escucha activa durante la misma permitió acercarse a la percepción de los diferentes actores y el análisis posterior de su discurso a partir de las variables seleccionadas.¹⁰²

Se planteó entonces inicialmente realizar 27 entrevistas de acuerdo a la siguiente distribución de actores:

Importancia/influencia	Comprometidos con el nuevo modelo	No comprometidos con el nuevo modelo
Jerarcas decisores	3	0
Profesionales de equipos de salud	5	5
Usuarios	7	7

¹⁰¹ Fichas de Evaluación. Ver anexos 2

¹⁰² Pauta de entrevistas. Ver anexos 1

Se entendió que un entrevistado estaba “comprometido con el nuevo modelo” si apoyaba directamente sus principios, y no necesariamente su operacionalización. Por el contrario, si no apoyaba sus principios aunque apoyara su operacionalización se consideró “no comprometido”.

Se presentó una nota de respaldo institucional del Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería que fue presentada a los entrevistados dependientes de las Instituciones al momento de solicitar su colaboración con la entrevista. En el caso de los usuarios, salvo que ésta nota fuera solicitada, la solicitud de cooperación y su asentimiento fueron expresados verbalmente.¹⁰³

Caracterización de los/as entrevistados/as

A medida que se fue trabajando, el número se amplió a 29, incluyéndose un gestor más. Los cuatro gestores fueron 2 médicas, una Lic. En Enfermería y una Lic. T. Social. 6 médicos uno comprometido con el cambio de modelo y cinco no. (2 de éstos de género masculino). 3 Lic. En enfermería, una de ellas no comprometidas con el cambio de modelo. 2 Lic. En Trabajo Social femeninas comprometidas con el cambio de modelo. Y una Lic. En Psicología comprometida con el cambio de modelo.

De los usuarios, 6 usuarios comprometidos con el cambio de modelo, uno masculino; y 7 no comprometidos con el cambio de modelo, todas femeninas. Del total de entrevistados tenemos 16 comprometidos y 13 no comprometidos con el cambio de modelo.

¹⁰³ Aval de Centro de Posgrado. Anexo 3.

3 entrevistados de 29 pertenecen al sexo masculino; del total la edad promedio son 53 años, 21 personas de las 29 entrevistadas alcanzaron el nivel terciario o universitario de instrucción formal; mientras que 8 de los usuarios entrevistados alcanzó el nivel Primario; 9 presentaron un nivel socioeconómico bajo y los 20 restantes nivel medio, 10 son jubilados/as o pensionistas entre los usuarios,

Los *gestores* se seleccionaron del sector público ya que son quienes lideran el proceso de la reforma.

En relación a *los equipos de salud*, se buscó intencionalmente incluir médicos dada la influencia que tiene esta profesión en los equipos de salud. La impronta biologicista flexneriana de la práctica médica que fuera asimilada desde comienzos del sXX por los centros de formación no es compatible con el cambio de modelo, por lo que, tanto en esta profesión como en la de Licenciados/as en Enfermería se buscó encontrar elementos que pudieran bloquear el proceso de transformación.

Los equipos de salud del PNA no existen prácticamente sin la figura del médico en cualquiera de sus especialidades; pueden encontrarse sin embargo, auxiliares de enfermería en el lugar del Lic en Enfermería o Enfermería Profesional, pero no siempre se incorporan profesiones sociales.

En este estudio, dentro de la medicina se tomaron las especialidades medicina general, pediatría, psiquiatría, ginecología. Es de destacar una médica formada en Medicina Familiar y Comunitaria cuyo discurso evidenció una reflexión diferente en todos los ítems indagados.

De los profesionales del área social, Trabajo Social y Psicología, surgen los aportes más “aventurados”, digamos, poniendo el acento en el trabajo con las poblaciones, comunitario, en la escucha, en el diálogo interdisciplinar, procesos que según manifiestan, no se logran aún.

Las entrevistas se desarrollaron en el período comprendido entre Enero 2012 y Enero 2013. No se realizó un análisis comparado entre las opiniones y el momento coyuntural del país en el que fueron realizadas las entrevistas, contexto que evidentemente fue modificándose en relación a la implementación del modelo, al proceso de fortalecimiento del sector usuarios y al ingreso de nuevas generaciones de profesionales con algún grado de capacitación para desempeñarse en el nuevo enfoque.

Las entrevistas se realizaron mayoritariamente en los espacios del servicio de atención o de trabajo, se registraron directamente por escrito y en su mayoría fueron puestas a consideración de los entrevistados antes de ser consideradas definitivas.

Luego se analizaron y clasificaron los contenidos en función de las categorías que se crearon y conformaron las matrices, de acuerdo con el propósito y objetivos de la investigación.

Las categorías seleccionadas para los *gestores* fueron: características y función del primer nivel de atención; conocimientos, habilidades y destrezas necesarias; rol de los usuarios; concepto sobre interdisciplina y trabajo en equipo; procedimiento, indicadores y fuentes de evaluación del personal; indicadores que proponen.

Para los integrantes del *equipo de salud* fueron las mismas, agregándose “si se sienten valorados, si están motivados”.

Las categorías seleccionadas para *los usuarios* fueron: función del primer nivel de atención; rol de usuarios y comunidad; composición del equipo de salud, características, competencias; el usuario en el equipo; lo que no se da en los equipos; relación usuario/equipo de salud; indicadores que proponen para evaluarlos.

Se fueron resaltando aquéllas respuestas que presentaban algún grado de originalidad despegándose de las de mayor frecuencia que en su mayoría reiteraban conceptos académicos o respuestas esperadas.

Luego se realizó un resumen de los contenidos por entrevistado, por actor, por disciplina. También se realizó un resumen por categoría o ítem temático y grupo de actores.¹⁰⁴

Paralelamente, se cotejaron las respuestas vinculadas con el método, variables e indicadores de evaluación, con los formularios e instructivos que nos fueron entregados.

A partir de estas condensaciones se realizó el análisis desde el marco conceptual tratando de responder a la pregunta de investigación: *“La evaluación del desempeño del equipo de salud en los servicios del primer nivel de atención en Uruguay, ¿contribuye a la construcción de la capacidad científico-técnica que requiere el nuevo modelo de atención en el segundo quinquenio de iniciada la reforma?”*

¹⁰⁴ Estas construcciones pueden verse en Anexos.

Resultados

El estudio tomó como área problema *la evaluación del desempeño de los equipos del primer nivel de atención en el Sistema Nacional Integrado de Salud y el concepto de capacidad científico-técnica* a partir del cual los efectores la realizan.

Se planteó como pregunta de investigación si *la evaluación del desempeño del equipo de salud en los servicios del primer nivel de atención en Uruguay contribuye a la construcción de la capacidad científico-técnica que requiere el nuevo modelo de atención.*

Los resultados que se presentarán a continuación intentarán informar sobre cómo es evaluada la práctica de los profesionales, describir los componentes que se consideran en la capacidad científico-técnica y qué aspectos obstaculizan y cuáles facilitan la construcción del trabajo interdisciplinario y el trabajo comunitario como principios del modelo - y del SNIS por su carácter sistémico -.

Sistematización de contenido

A partir de las opiniones expresadas durante las entrevistas se elaboró un cuadro descriptivo general¹⁰⁵ que recoge la opinión de los entrevistados sobre todos los temas indagados. Se presenta a continuación una síntesis descriptiva sobre los temas indagados por grupo de actores.

¹⁰⁵ Anexo 4. Cuadro descriptivo general.

Opinión de los gestores ¹⁰⁶

Con respecto al *PNA* pueden distinguirse dos tendencias, una desde un enfoque de gestión orientado a resolver los problemas del sistema, a dar respuesta también cuando el sistema ya no tenga soluciones para ofrecer, como en el caso del morir; y otra tendencia que ve en el primer nivel de atención un espacio de construcción de la participación comunitaria sin la cual su objetivo no se puede cumplir.

Se visualiza este nivel de atención como puerta de entrada y de salida en la población, así como instrumento regulador de todo el sistema, el que permite la prestación de una atención longitudinal evitando la fragmentación. En un caso se aventura un posicionamiento en cuanto a que este nivel debiera ser único y estatal, una única Unidad Ejecutora por departamento con presupuesto propio, como un espacio de participación comunitaria y que se constituyera como el gran articulador en lo local de la inter-institucionalidad.

Hay consenso en que el PNA aporta además de lo establecido, la resolutivez y enfatiza en el abordaje familiar integrado. Esta visión estandarizada convive con la apreciación de que cada servicio es único e irrepetible ya que cada población y espacio geográfico, socio-cultural son únicos y la gente es la que hace al servicio, “sin participación de los usuarios no habría construcción ni funcionamiento del PNA”.

En cuanto a *los conocimientos, habilidades y destrezas* que hacen a la capacidad científico-técnica de los equipos que se desempeñan en el PNA, parecerían esbozarse dos tendencias. Un grupo realiza una aproximación que, si bien contempla el discurso oficial,

¹⁰⁶ Se citarán, entrecomilladas, frases textuales de entrevistados/as.

ofrece una visión de tipo tecnocrático, es decir que con algunos ajustes dentro de la formación del recurso humano y algunos cambios en la gestión podrían alcanzarse los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para acompañar el cambio.

Tal es el caso cuando se señala que es necesario “saber diagnosticar y atender *en equipo* las necesidades de salud de mayor prevalencia de manera integral y garantizando la continuidad de la atención”. Se dice que no alcanza la formación clínica sino que también es necesaria “la formación social” expresado también como que son necesarias las disciplinas que trabajan con aspectos del entorno y de abordaje de lo familiar y social, siendo necesarias también algunas especialidades médicas o la posibilidad de realizar interconsultas con especialistas en relación a enfermedades prevalentes, para su prevención primaria y secundaria mediante su detección precoz con manejo y disponibilidad de tecnologías de diagnóstico. Asimismo sería necesario conocer y partir del perfil epidemiológico del área, manejar la epidemiología y también la informática.

Otra línea de aproximación parece menos convencida, el “*PNA es una especialidad en sí*” con un rol central del médico de familia”. Se entiende que los procesos de transformación de las personas son únicos y que no pueden apurarse, que las deficiencias en la formación médico-céntrica y hospitalaria no son rápidamente subsanables; que la construcción de las disciplinas y una Universidad elitista han generado distancias entre las disciplinas entre sí y entre las comunidades y que el manejo del poder sería un obstáculo muy difícil de remover.

No obstante ello, se apuesta a creer en las diferencias y aceptar la verdad en los otros: “es necesario entender cómo circula el poder en las redes, y en ellas ser uno más”

para ello se sugiere como referentes teóricos los trabajos de la antropología, de la sociología, los conceptos de cultura, grupo, de la salud colectiva, poder entender los grupos, por qué las personas actuamos como actuamos, si queremos cambiar estilos de vida. Si nos enfocamos desde el concepto de concientización de Pablo Freire se requiere entender lo que es equidad.

En cuanto a *habilidades* (derecho a la salud – calidad de vida – participación) se mencionan trabajar desde la salud, desarrollar acciones comunitarias de promoción de la salud, contribuir a que la persona (usuarios, comunidades) pueda desde su propia subjetividad adquirir conocimientos y genere cambios para su vida cotidiana y no para los que el equipo de salud desea, promover su empoderamiento; esto requiere “estar preparado para que tu saber y tu praxis sean cuestionados”, “el vecino es como una lupa cuando estas tan cerca del vecino, el vecino te mira, cuando no aceptamos la crítica, la vemos como negativa y al conflicto como una derrota se hacen inviables los procesos de transición desde un modelo médico hegemónico” y se indica que dentro del equipo de salud no sólo los médicos tienen dificultad en ese sentido sino también los profesionales de la odontología, de obstetricia, de enfermería. Esto se plantea como consecuencia de la formación universitaria que inculca el rechazo por el saber que no es técnico y sobre todo el del vecino/a que es un saber más doméstico, pero que a la hora de construir es el que más se necesita para las grandes transformaciones.

En cuanto a *las destrezas: (trabajo en equipo, escucha, diálogo, apertura a otras perspectivas)* se entiende que en general el trabajo interdisciplinario, el trabajo en equipo es difícil, que requiere capacidad de ponerse en la piel del otro, bajarse del

pedestal, escucha, humildad y motivación: “le tiene que gustar, debe estar enamorado de lo que se está haciendo, tiene algo de militancia, de compromiso ideológico, moral y ético, basado en una metodología pedagógica de apertura y aceptación de los esquemas interpretativos de los otros”.

Entender que no todos somos iguales, “aceptar la diversidad es una cosa riquísima”, “no se entiende que el que piensa o actúa distinto no es un enemigo”, “el que piensa distinto a vos no es tu enemigo, es el otro.”

Son necesarias destrezas comunicacionales - saber intercambiar saberes, no realizar una transmisión vertical, el vínculo debe ser respetuoso, hay que saber trabajar con la gente, trabajar en red, trabajar los espacios de participación.

Se menciona que en la formación de los profesionales de la salud las currículas tienen que adaptarse pero van desfasadas en relación a las necesidades del cambio de modelo. El gran debe sería formar equipos de gestión realmente con formación en la gestión en el primer nivel, que no se parecerían en absoluto a los equipos de gestión del 2do y 3er nivel. Esta falta de formación haría que en los centros de salud, se repitiera - en el microespacio- el mismo modelo hospitalario biologicista que llevará tiempo cambiar. Se encuentra que algunas profesiones tienen incorporada la transdisciplina en sus curriculums, pero otras no.

En cuanto al *rol de los usuarios* en el sistema, una tendencia destaca el apoyo que puede significarle al servicio la participación del usuario en los dos niveles: comunidad y cogestión. Otra tendencia destaca su rol como cuestionador de las relaciones de poder establecidas, no sólo al interior de la Institución y equipos, sino en el ejercicio

de derechos ciudadanos y aprendizaje para el cuestionamiento de la estructura social y reivindicación de equidad.

Por un lado se menciona que aún no comprenden el cambio de modelo de atención y sus procesos y que “muchos se quedan en la queja”. Habría dos tipos, unos con perfil comunitario que contribuyen con la promoción de la salud (como multiplicadores) y otros con perfil de cogestión participando parcialmente en la toma de decisiones, en comisiones de usuarios, trabajadores y directores.

Se entiende que deberían ser parte de la toma de decisiones que tienen que ver con su vida, si bien a veces solamente opinan, o solamente les permiten opinar siendo que sólo con los técnicos no se lograrán las mejoras. Deben mejorar su conocimiento de programas y normas vigentes.

Por otro lado, se establece que la mirada del usuario es importante, muestra si se trabaja intersectorialmente ; debería proteger en relación a la atención, ser el que mide la continuidad del servicio, si se concreta o no lo que se propone.

Cuando se empodera se ubica más en un lugar de comprensión que de queja; pero puede ser que esté perdiendo la representatividad en relación a sus pares, como que no reclama sus intereses y necesidades. Cuando los vecinos opinan desde la acción y la teoría eso genera inseguridad en los equipos. La participación tiene que molestar dice una entrevistada, “ *lo difícil es tener la espalda para sostener esa participación*”.

En cuanto a *trabajo en el equipo de salud y la interdisciplina*, que se profundizó un poco más, además de considerarlo en las habilidades y destrezas de los equipos, un grupo reitera el enfoque en aspectos de gestión como la incorporación de más disciplinas

para mejorar los diagnósticos, que no se trabaje por separado, que el abordaje se realice con una mirada desde diferentes enfoques disciplinarios. Se sigue reconociendo el valor de las profesiones sociales para el abordaje comunitario, e incluso se llega a proponer una profesión como organizadora del equipo y de su trabajo. Se menciona Enfermería para este rol.

Específicamente se describe el equipo básico, más los administrativos, los que llevan el archivo médico y el personal de servicios generales, otras disciplinas que se mencionan son educación física, educadores de la comunicación, tecnología educativa y de estadística; lo relacionado con la integración del trabajo para la medición, de práctica y de resultados. Dentro de las especialidades médicas se señalan medicina general, comunitaria, ginecología y pediatría. Se debe ajustar los equipos de acuerdo a características demo-epidemiológicas. Se expresa que la RAP sigue medicalizada y que las especialidades no acompañan el cambio de modelo aún. Aún falta estimulación desde la dirección por medio de la construcción y utilización de modelos de evaluación cualitativa que contemplen esta actividad.

Desde otra línea se insiste en que hay que superar las determinaciones del poder, de la soberbia intelectual y superar la dificultad de trabajar con otros, reconocerse y aprender a comunicarse. Y los técnicos a veces no saben comunicarse con sus pares, no es que no quieran, *sino que no saben*, según varios de los entrevistados.

Mientras no se supere, difícilmente pueda darse el trabajo interdisciplinario. Esto requiere aceptar los saberes del otro, compartirlo, que llegue a abordaje a una familia en conjunto y entender que a veces el que tiene más afinidad con las personas a veces no es

el que se pensaba, requiere humildad, *"Juegan en contra el poder y la soberbia intelectual."*

Se trataría de un asunto de actitud y también de cultura que se moldeó mediante la distribución histórica de los poderes de cada profesión y que la sociedad – los usuarios - le ha atribuído y reconocido determinados conocimientos sólo a la profesión médica. También se menciona en un caso que algunos profesionales se guardan el conocimiento para cuidar su puesto.

En cuanto a *la evaluación* de los equipos según se plantea prevalece la evaluación cuantitativa mediante un sistema de puntajes que lleva a que sea altamente frecuente la sobreevaluación. La asistencia es un indicador básico. Se mencionan los compromisos de gestión que firman las profesiones orientándose a determinadas metas como herramienta valiosa pero que recién se están empezando a utilizar.

Los informes de gestión por unidad de servicio incluyen cantidad, número de recursos, horas de dedicación; en relación a actividad científica se toma en cuenta cantidad de actividades en las que se participó, el número de horas que insumió, si fue integrado/a en redes y actividades grupales, qué cantidad de recursos se involucraron, horas dedicadas. Por ello *el indicador por excelencia es la asistencia.*

Esto es así en los servicios de la IM, donde se pondera asistencia, rendimiento y relacionamiento. Al final se pone un concepto, sin embargo existe consenso sobre que la evaluación es muy poco formativa, que sólo tendría valor para los ascensos.

En la RAP-ASSE, si bien se reconoce que debiera ser formativa, aparentemente fue concebida inicialmente para serlo utilizándose la autoevaluación y la evaluación grupal, sin embargo no se encuentran los tiempos para hacerla de este modo.

En general entre los gestores entrevistados hay afinidad con *la evaluación por objetivos* mediante instrumentos que permitan ver si se avanzó en la interdisciplina, en la intersectorialidad y priorizando prevención. Los indicadores estarían alineados con los objetivos, tomándose cumplimiento de horario en consultorio y en actividades comunitarias en grupo como equipo e indicadores de impacto como por ej. si bajó la mortalidad infantil. El éxito asociado a trabajo colectivo se plasmaría en la captación de todos los niños, también que el total de niños de una escuela tengan antropometría hecha, boca sin caries, si se pesquisó violencia doméstica. El trabajo individual se refleja en la evolución de los pacientes, pero el resultado en población refleja el trabajo de equipo y en red. Como otro indicador interesante a promover se menciona la producción científica colectiva, lo que obligaría a que los equipos que se reunieran a discutir casos por ejemplo.

Los gestores de ASSE sostienen una visión participativa de la evaluación, “que sea bi, tri o cuatridireccional dependiendo de los actores porque desde un modelo verticalista no se puede generar un cambio, porque no permite que el otro crezca en sus capacidades y desde ellas porque sería desde un modelo que marca el otro”.

Si bien reconocen que aún predomina la evaluación cuantitativa, y que de hecho lo que sucede hoy sería evaluable con los métodos tradicionales; y hasta que puede dudarse del profesionalismo de quienes realizan la evaluación, ya que se trata de un mismo instrumento para todas las disciplinas.

Además, en dos casos se expresa que a nivel institucional aún no se visualiza la importancia de la evaluación. Pero la resistencia es porque moviliza y perturba incluso al evaluador, predominando la verticalidad.

En relación *a metodologías* se sugiere un proceso de entrevistas personalizadas, la práctica de la autoevaluación y de la evaluación grupal o entre pares; se propone evaluación formativa. A su vez se considera que el buen uso de la herramienta compromiso de gestión que se está usando en la RAP y en las UDAS podrían aportar a un desempeño colectivo. La participación de todos los implicados sería necesaria: “tiene que haber un usuario participando que sepa cómo funciona dentro y fuera, y un trabajador para ver cómo el equipo interactúa con ellos”, se dice que es necesario *tomar el proceso no la foto*. La diferencia pasaría por la *ponderación* que se hace de los indicadores y de la definición a la que se le de más valor, a lo cualitativo o a lo cuantitativo. De hecho, viendo los formularios (ver anexos), grandes diferencias no existen.

El mayor obstáculo parecería provenir de la actitud. Se insiste en que hay que creer en las personas. El rol del evaluador sería “*buscar las luces en las personas y fortalecerlas*”, “*El poder está en que los otros hagan lo que saben hacer y así la propuesta crece*”. Una gestora transmite convicción al sostener que hay que estar por encima de la mezquindad, de la envidia, de la ignorancia, ya que de esa forma no puede dedicarse y crecer él mismo con la proximidad del otro.

Desde otro lado se sostiene que falta madurez para la autoevaluación y la evaluación grupal. Aparecen expresiones que asombran por la competencia existente entre

trabajadores al momento del período de evaluaciones: “se arrancan los ojos” o “hay personas peligrosas que te pueden llevar a juicios”.

En relación a *indicadores* se sugieren: asistencia, porque si no están presentes no se construye el trabajo de equipo, capacidad para trabajar en equipo, la capacidad para articular en territorio, la capacidad en la toma de decisiones, la creatividad, midiendo si es afín al perfil que debe tener y si se adecua esa persona, hay un perfil para cada profesión.

En síntesis, se percibe una tendencia que - siempre desde la crítica hacia la evaluación tradicional- propone indicadores y señala la dificultad de evaluar de manera formativa, si bien los indicadores no se cuestionan mucho, a excepción de los referidos exclusivamente a rendimiento. Asimismo, se mencionan dificultades en los evaluadores que se asienta en la posible reacción de los evaluados como acciones y conflictos que los trabajadores podrían generar ante su disconformidad con su evaluación.

Otra tendencia, no solamente sostiene la necesidad de reformular la metodología de evaluación para que no sea una especie de trámite sino que contribuya al crecimiento del profesional como persona y como técnico, y al desarrollo de indicadores que permitan evaluar las acciones colectivas como equipo, sino que además pone en tela de juicio a los evaluadores, su perturbación ante la tarea y el mal manejo de la distancia afectiva, la verticalidad desde “un modelo que te marca otro”. Es elocuente asimismo, que se diga que “lo que se hace hoy es evaluable con los métodos tradicionales” y que en la Institución aún “no se visualiza la importancia de la evaluación”.

Hay coincidencia en mejorar los indicadores orientándolos más hacia la medición de logros colectivos y en la búsqueda de metodologías participativas de evaluación y de construcción – también de logros colectivos -, se propone un cambio de actitud en los evaluadores, tratando de ejercer una especie de rol docente, promotor de fortalezas para que todos crezcan y con ello contribuir a que crezca la propuesta.

Opinión de los profesionales

Médicos

La mayoría de los médicos describen el *PNA* de acuerdo con el concepto previo a la reforma sanitaria, sin embargo se escucharon también expresiones alineadas con la del nuevo modelo de atención. Se ha definido al *PNA* como “es estar con la gente, entre la gente, es la gente”; “no es algo abstracto sino algo que se mete en la comunidad y es la comunidad”.

Sobre los *recursos humanos* por lo general se menciona al equipo básico; excepcionalmente se agregan especialidades. En cuanto a conocimientos, habilidades y destrezas se menciona la necesidad de “un cierto saber más social”, conocimiento de la zona, de las familias, saber escuchar para captar la complejidad de cada paciente para dar respuesta, se señala que la demanda es continua. Una médica buscando transmitir las condiciones en las que se trabaja dice: “acá patean la puerta para que los atiendan”. Se menciona que se debe salir, conocer los tiempos de esa comunidad e ir de a poco, que es necesaria la resiliencia y tener capacidad de respuesta, saber apoyarse en el grupo de trabajo que es el que sostiene. Se valora el rol de los agentes comunitarios ya que

“conocen a la comunidad” admitiéndose en algún caso incluso que deben integrar el equipo de salud, ser más valorados y remunerados como lo son en Brasil. Se les reconoce un rol de líder comunitario - líder natural de la zona y también de mediador entre el centro asistencial y la comunidad.

En *cuanto a formación* se hace una continua referencia a que “la Facultad no prepara para esto”, que se requiere saber educar; aparece un manifiesto desgaste ya que se trataría con población que no reacciona, que “tienen el espíritu dormido”. Y hay una abrumadora coincidencia en que para abordar estas problemáticas es necesario el trabajo en equipo.

En relación al rol de *los usuarios*, un grupo de médicos consultados cree que deben participar en la gestión ya que ellos “son los dueños del servicio” mientras otros creen que no deben co-gestionar. También se expresa que los usuarios designados parecen equipos de militantes sociales que no necesariamente son referentes naturales comunitarios, y que en su lugar se debería integrar a los referentes naturales ya que estas comisiones en la Institución pueden bloquear la participación de la comunidad. En algún caso sólo se los asoció a ser pacientes y su participación se restringiría al buzón de sugerencias¹⁰⁷.

En lo relativo al *trabajo en equipo*, la mayoría de los entrevistados dice que éste no está protocolizado, y que las tareas no están descriptas, si bien esta opinión no es unánime. La mención a *la interdisciplina* es recurrente y asociada a la complejidad de las situaciones a abordar (“para que sirviera la interdisciplina tendría que funcionar la

¹⁰⁷ Se planteó en una policlínica de salud mental.

educación de la población, porque no tienen noción de nada, acá estamos en un nivel educativo como África, y están totalmente enajenados por los valores transmitidos por programas que ven en la TV”. Y entienden que para viabilizar la interdisciplina las profesiones deben hacer dialogar a sus respectivas disciplinas, que lo central es el diálogo, la comunicación, que cada técnico desde su área debería trabajar con otros viendo a la comunidad como un conjunto integrado del ser humano desde lo biopsicosocial. Sin embargo, hay visiones críticas, como la que plantea que “la interdisciplina está en pañales; que hay falta de escucha. Se entiende que el tiempo en sí mismo es terapéutico y que lo difícil es tener un buen vínculo. Asociar trabajo en equipo a la disponibilidad de tiempo es algo recurrente y siempre bien fundamentado. Sin embargo, cuando se hace referencia al liderazgo dentro del equipo surge que el médico especializado en Salud Familiar y Comunitaria es quien en el PNA conoce el trabajo en redes, gestiona y arma el equipo, gestiona además de realizar la consulta y las visitas domiciliarias. Si bien se potenciaría con otras profesiones sería quien “contribuye a una mejor atención porque potencia las miradas diferentes de cada uno.”

En relación a *evaluación* no todos saben si hay descripción de funciones; expresan que se prioriza la asiduidad y puntualidad, que es un dato fundamentalmente cuantitativo; también se mencionan las reuniones entre técnicos de los centros como contribuyentes con la evaluación.

Es frecuente que afirmen desconocer los indicadores con los que son evaluados. Un entrevistado dice que las metas asistenciales constituyen más burocracia que no mejora la atención mientras en otro caso se considera adecuado evaluar en base a las

metas y a la descripción de funciones que cada profesional tiene. Un entrevistado expresó que si bien se espera trabajo comunitario *no lo hace porque no le gusta*.

En general coinciden en que el evaluador es el gestor, y que al gestor lo evalúan “de más arriba” y que se realiza de acuerdo con los resultados de gestión esperados para el servicio para alimentar las políticas macro. En algún caso se manifiesta que no se generan reuniones entre pares para evaluarse; en algún centro hay reuniones mensuales de médicos en las que “se hace catarsis y se hace el informe de novedades”, mientras que en la reunión anual sí participan todos. Se asocia la evaluación con el llenado de formularios, con papeleo que se exige y que para hacerlo hay que dejar la atención.

Las fuentes mencionadas serían los partes diarios y la observación del director; para la evaluación cuantitativa los números se sacan de los partes y de las planillas donde se registran las visitas domiciliarias; cuando se realizan actividades inter-institucionales se registran mediante informe.

En cuanto *a la metodología de evaluación e indicadores* la totalidad de los entrevistados responde que no se les ha solicitado opinión. Se proponen como *indicadores* la satisfacción del usuario para evaluar calidad de la atención y la observación de la evolución del paciente. En un caso no se cree que mejore la evaluación porque participen los usuarios. Se sostiene que debería escucharse la clínica, el vínculo médico/paciente durante la consulta, que sin esa observación directa la evaluación carece de fundamento.

En general los médicos consultados se sienten valorados, están motivados y dicen que se los estimula; salvo en una policlínica ubicada en una zona de extrema

complejidad social donde se siente falta de reconocimiento, frustración e impotencia, y donde las remuneraciones tampoco acompañan. ("Cada uno debe hacer un gran esfuerzo por mantener la permanencia del usuario en los controles y tratamientos. Lograr esto en estas condiciones se considera un buen indicador".)

Lic. Enfermería, Trabajador Social y Lic. Psicología

Estos profesionales asocian *el PNA* inmediatamente a educación, prevención, promoción de la salud, con la capacidad de resolver la mayoría de las situaciones asistenciales; especificando continuidad de la atención a lo largo de la vida, enfoque de salud familiar y comunitario, educación para el auto-cuidado, promoción de ciudadanía en lo referente a la participación real de las personas en el cuidado de su salud y la participación en las políticas. Sin embargo, se cuestiona la falta de dotación médica para atender salud mental y violencia, y otras prácticas como recetar hormona tiroidea, demandas éstas cada vez más frecuentes. Deberían mejorarse horarios, tiempos de espera, tecnologías diagnósticas, laboratorio. Es el nivel donde se da más el cara a cara con más tiempo para conocerse entre los técnicos y el ciudadano, vecino, la persona, el usuario. En el cual los equipos de salud se relacionan con la comunidad, necesita la mirada interdisciplinaria.

"Acá hay que aprender a trabajar desde los márgenes"... "tenés un encuadre pero si sos rígido no podés intervenir" expresa una psicóloga. Agrega que es necesario un buen soporte conceptual y una cuota de interacción con lo humano, que no se puede trabajar como un robot frío que calcula en base al objetivo conceptual. Dice que cada integrante

debe hacer aproximaciones diferentes desde su propia profesión. Confía en que la intervención social permite realmente transformar la realidad, que los cambios son graduales y que se puede incidir en el cambio trans-generacional e intrafamiliar hacia el futuro.

En cuanto a *conocimientos, habilidades y destrezas* es fundamental contar con un concepto actualizado y científicamente respaldado sobre salud comunitaria, familias, en todas las etapas de desarrollo de la persona desde el nacimiento hasta la muerte, conocer cómo hacer un diagnóstico de salud colectiva desde lo psicológico, biológico, social y espiritual, conocer el contexto sociocultural y las fortalezas sociales de la zona. Saber promover y trabajar con la participación ciudadana, saber reconocer liderazgos comunitarios que “garanticen los vasos comunicantes con el barrio” y dé cabida a la comunidad en el servicio; investigar en las diferentes metodologías. Ser humilde, respetar al otro, tener vaivén, poner afecto en el trabajo, transmitir alegría, la alegría y la esperanza son necesarias. Saber establecer una relación horizontal y la capacidad de empatía (que se reitera como carencia), conocer de educación popular, de determinantes sociales, de las patologías más frecuentes, promoción de salud y metodología de abordaje de los diferentes grupos de la población, la salud y el trabajo. Se destaca la importancia de contar con cabeza abierta a la diversidad, de enfoque de derechos sobre todo con niños y adolescentes que es una carencia, ya que no se respetaría la confidencialidad ni el derecho a decidir del niño, de respetar los tiempos del otro. También se menciona esto en relación al adulto mayor.

Los usuarios deben ser activos en la detección de problemas en su entorno, entender el concepto de salud, sus derechos y obligaciones, no aferrarse sólo a la policlínica y a la ambulancia. Deben formar parte de las decisiones, ser multiplicadores, integrándose a las comisiones de salud y de participación. Si no se insertan no aprenderán a pensar, opinar y decidir sobre los programas en una relación horizontal con los técnicos. Sin embargo, algunos entrevistados opinan que aún se jerarquiza lo que tiene que ver con la ejecución y poco con la planificación y un poco el control. Creen que aún no deberían incidir en la evaluación de los técnicos, ya que les falta objetividad. Se los define como *demandantes pero no empoderados*, “aún no comprenden las causas más allá de la falta de personal”.

Sobre *interdisciplina y trabajo en equipo*, se expresa que prevalece la multidisciplinaria, y la definen como “el usuario rebotando por derivación”. En general se identifica más una dificultad con el poder y la conformación de grupo que con la disciplina. El equipo se construye a través del proceso integrado de atención a las personas, en base a un estudio permanente del diagnóstico de salud de un área y de las necesidades y problemas de salud existentes. Se entiende que las disciplinas no deberían definirse de antemano sino dependiendo del perfil demo-epidemiológico y geográfico. Se recomienda conformar equipos con una medicina con preparación integral, Enfermería para promoción de salud y prevención no tanto para curaciones, psicólogos que sepan trabajar con grupos y comunidad, trabajador social y el odontólogo para prevención. Se reitera la visión del profesional médico sobre que el trabajo en equipo interdisciplinario requiere tiempo.

Se dice que a veces se mezclan las acciones, pero si el objetivo es común, a la larga se complementan. “Es fundamental que haya sistemas de registro que permitan el trabajo de equipo”. Hay programas que tienen descritas las acciones a realizar en conjunto. Se necesita que exista un plan de salud y que exista una definición concreta de las responsabilidades/actividades de cada uno en ese plan. Por la complejidad de lo que es el proceso salud-enfermedad y sus determinantes, el trabajo en equipo mejora la calidad de la atención. “debe haber un acuerdo de intervención en el cual vos desde el vamos planteas qué hacer, lo hacemos y lo evaluamos interdisciplinariamente”, pero se percibe que este proceso no se da por el poder que ejerce el profesional médico.

Sobre *evaluación* se la valora como estímulo al trabajo si se hiciera bien, pero – expresan - de la forma como se hace parecería que estimula la competencia. En la Intendencia los ítems son iguales para todos los funcionarios, y algo diferentes para los cargos de conducción. Se propone combinar la evaluación general del servicio con la individual. Que la evaluación se realice por alguien de la propia profesión. Se expresa que *la metodología* falla: un puntaje en un formulario, sin diálogo, sin evaluación de pares. Se propone una combinación de la autoevaluación, evaluación grupal, entrevista, mediante una frecuencia anual cuándo termina el año. Asimismo se cuestiona que por lo general los juicios no son objetivos. Otra debilidad señalada es que los trabajadores no pueden evaluar al coordinador.

En ASSE la evaluación sería competitiva, individualista, no pensada para la producción colectiva en el trabajo con la comunidad, etc. Se espera que se atienda mucho más en consultorio, no hay registro de actividades comunitarias, se evalúa la producción

y ésta medida por número de consultas. Esto se expresa en los indicadores como rendimiento, calidad de trabajo, responsabilidad, iniciativa y creatividad, trabajo en equipo y cooperación, relaciones interpersonales, disciplina, asiduidad y permanencia, reuniones con grupos comunitarios, número de actividades de educación para la salud a nivel comunitario por mes, número de adultos mayores vulnerables del Programa, etc. Plantean que lo que no aparece en la evaluación es el cómo, cómo se hicieron estas acciones.

Se proponen *como indicadores* manejar aspectos que den cuenta de la solidez científica y conceptual con que se trabaja, incluso si se conoce el modelo de atención y el PNA, conceptos de interdisciplina, de diagnóstico, qué priorizar y hacerlo en base a recursos humanos y materiales, sobre cuándo y en qué incluir la participación y en qué no, en la interacción con otros servicios, en el intercambio regional, la actualización en conocimientos. En este sentido se sugiere no enfocarse en la medición de la cantidad de instancias en las que se participa, si no en algo más cualitativo; generar instancias de información y luego hacer un seguimiento para que se cumplan; alguien expresa que “hay que inducir acciones que no promuevan la competencia en el equipo sino la cooperación”, se destaca la evaluación de la comunicación, pero también el cumplimiento del horario, el compromiso con la tarea y el control del ausentismo. También se mencionan aspectos éticos, y el desarrollo de algunas cualidades para el trabajo en equipo como la generosidad y la tolerancia a la frustración, hacer talleres en equipo, pensar en conjunto, saber escuchar, ser permeable y sensible; evaluación colectiva en el equipo; incluir el producto; variables específicas para cada profesión por ejemplo en enfermería

sería *calidad del cuidado de enfermería*, en cuántas reuniones participó enfermería, con cuántos integrantes del equipo realizó la actividad comunitaria.

Habría un problema con las *fuentes de información* para nutrir la evaluación, por ejemplo se basan en cuadernos de asistencia donde se firma hora de llegada y salida (que en algunas situaciones se acomodarían), planillas, historia clínica, observación directa; informes de Enfermería en el avance de los Programas a su cargo. Se marca que sería deseable contar con la participación directa de los coordinadores en las actividades de campo con el evaluado.

También hay una queja reiterada en relación a la *motivación*, que está afectada debido a la falta de suministro de recursos para el trabajo y porque quien evalúa no está presente viendo todo lo que se realiza.

En síntesis, se observa un reclamo de participación del profesional médico al trabajo integrado, ya que se percibirían algunas prerrogativas que gozarían estos profesionales. Hay miradas coincidentes en relación a la falta de actualización en conocimientos teóricos claves para el trabajo en el PNA, y fundamentalmente presencia y permanencia para planificar y accionar en conjunto, así como generar equipos que se auto-sostengan ante la complejidad de las situaciones que se viven a diario en ese nivel de atención. No se acuerda con la metodología de evaluación ni con los ítems que se utilizan, las fuentes de información para hacerla tampoco se consideran suficientemente válidas. No visualizan a los usuarios con fortaleza para participar en la evaluación del equipo de salud, sin embargo se destaca su rol de conector entre éste y la comunidad.

Opinión de los usuarios

En relación al *PNA* es frecuente que se mencione el rol de dar contención y realizar acciones de prevención, el acercarse a la gente mediante visitas domiciliarias y ocuparse de la salud de la comunidad. También es jerarquizada la policlínica como puerta de recepción de emergencias y urgencias durante las 24 hs, sobre todo en barrios en los que la locomoción pública y las condiciones socioeconómicas constituyen una traba para el traslado al hospital. Desde lo que falta destacan la necesidad de un menor tiempo de espera para consultas e interconsultas así como para estudios y paraclínica, la conformación de los equipos con todas las profesiones e incluso con algunos especialistas y el cumplimiento del horario. Algunos usuarios/as evidenciaban formación o información en cuanto al concepto de la reforma sanitaria definiéndose el PNA como “conjunto de recursos y procedimientos tecnológicos, organizado para resolver las necesidades básicas de la problemática, realizando promoción y prevención específica. Brindar atención con criterios de integralidad, oportunidad, accesibilidad, calidad, continuidad y equidad con un modelo con enfoque interdisciplinario... “Esta rama de la medicina es muy importante pues es el que tiene una visión integral de la persona, no sólo los síntomas sino que te ve como un ser total” y se dice que “tiene que estar muy integrado a la comunidad.” Aunque también se filtra una visión restringida que limita el PNA a una policlínica.

Los *usuarios* participarían en reuniones, realizando tareas de construcción de la planta física, integrando comisiones de usuarios en los centros de salud y en asambleas comunitarias. También se auto-perciben como garantes de la calidad de la atención

“observar, educar, mediar, proponer, apoyar en las acciones comunitarias”, haciendo de bisagra entre equipos de salud y la comunidad. También se definen como agentes comunitarios “para fortalecer que se use el PNA”. Sin embargo, en general expresan que su participación en el servicio es limitada y que no opinan en la evaluación de los técnicos. Reconocen que ha comenzado un cambio en la modalidad de acercamiento a familias y comunidad fundamentalmente del sector no médico. Lo han planteado pero refieren falta de apoyo y de comunicación con su delegado en ASSE.

Algunas de las intervenciones señalan que el *usuario* debería participar de forma organizada para que su voz sea escuchada, y que hay que *educarlos* para saber exigir. Se expresa que a veces son muy pasivos y demandantes, y que no está esa cultura de cuidarse. La comunidad tendría obligación de participar, pero también estarían “los sumisos a quienes les cuesta reclamar”. Entonces es también difícil para el profesional entender lo que necesita. Éste debería contribuir más a generar un vínculo y enseñarles a expresar sus necesidades de salud; indican que la población que se asiste en este nivel tiene muchas barreras que los profesionales deben reconocer y facilitarles vencer, sin embargo esto no sucede habitualmente. Falta paciencia con las personas mayores y esto en todo el personal.¹⁰⁸ A nivel de la toma de decisiones en el servicio aun siendo la participación activa y real, no se les permite. Hay lugares en los que se toman en cuenta

¹⁰⁸ “Hay gente mayor que vienen y preguntan por algo y les gritan. Hay gente mayor que está muy sola, hay que volver a tratarlos como niños. Debería ser más como médico de cabecera, que uno confíe. La gente tienen muchos problemas, no le dan el tiempo para explicar más”. “Hay miedo, y muchas veces las personas salen llorando de la consulta y es porque se sienten maltratadas.” Expresiones textuales de personas entrevistadas.

las sugerencias de los usuarios, como donde funcionan las comisiones de participación y consejos consultivos, e incluso es así en el sector privado. Expresan con beneplácito que estarían por empezar a funcionar las comisiones de participación en las policlínicas. Este hecho sería importante porque permitiría ver las fortalezas y las debilidades que ha demostrado el sistema y ahí están representados todos los actores, dicen. Y que debería ser un lugar constructivo, en el que el usuario tenga una acción propositiva. Así como se encuentra esta elaboración del rol del usuario, se encontraron opiniones que reducen su lugar al de *recibir el tratamiento*.

Según los usuarios entrevistados el *equipo* estaría conformado por médico clínico, asistente social, enfermería, pediatría, ginecología o partera, medicina general, geriatría, diabetología, psicólogo para niños y adolescentes con una interacción entre ellos; vacunador, farmacia, laboratorio, también especialidades como reumatología, urología, psiquiatría de niños y adolescentes, sociólogo, gastroenterólogo, oftalmólogo, odontólogo aunque sea 3 veces al año, que esté más presente la salud mental no tanto por la medicación sino por adicciones, agentes comunitarios; emergencia con horario más amplio más fin de semana al menos un médico de medicina general sábado y domingo y con derivación a especialistas. Asimismo se demanda la figura de retén de zona o región para hacer la suplencia cuando falta el médico a la consulta en cualquiera de los centros de atención, así como la disponibilidad de ecógrafo.

Es reiterado e insistente el reclamo de Trabajadores Sociales y también de profesores de educación física, estudiantes de Enfermería, Pediatría y de Trabajo Social.

En relación a la actitud del personal es reiterado el planteo sobre que a muchos médicos les falta conciencia e integralidad en la atención, capacidad de escucha, ya que “no se trata de”, dicen, “solamente hacer la receta o ver si le subió la presión, sino de conversar con la persona sobre qué le pasó, por qué puede haberle subido la presión”. “Los médicos escuchan poco, están apurados”. “No miran al paciente” Dicen que el médico de medicina general o de familia tiene otro vínculo con las personas, una relación más real y cercana; dicen que debe conocer de su área, saber tratar a la gente, relacionarse, trabajar en grupo, ya que según expresan mayoritariamente, no estarían preparados para el trabajo en equipo. No saldrían a la comunidad, salvo excepciones en que sale el área social con pediatría. En el desempeño juega el stress, es difícil con el apuro establecer lazos con los otros médicos y los funcionarios. Es un problema cuando se juntan los nuevos y los de antes. “Los nuevos pueden venir mejor pero cuando los juntás se pueden traspasar los vicios”. Faltaría integralidad en la atención y humildad en el desempeño. “Los dos grandes obstáculos son las chacras y el poder”. Además hay que tener “vocación de servicio”, según expresan no se trata de asistir por un salario o por la ventaja de tener un empleo público, que les permite sostener su multiempleo. En relación a la *evaluación de los integrantes del equipo*, en general entienden que podrían participar en la evaluación del personal pero aún no han dado el paso. Y los más organizados insisten en que no llegan con peso político al Directorio de ASSE como para solicitar ayuda y ser escuchados.

Si tuvieran la oportunidad de *evaluar a los integrantes del equipo* observarían: *el trato con la gente*, que sepa escuchar, la manera de expresarse, que llegue temprano, que

trabaje bien, que atienda bien, el buen humor, el trabajo en grupo, el trabajo en equipo, que confíen en la mesa de usuarios, saber trabajar con los usuarios, “en la consulta que se siente, pregunte, examine, se preocupe, tiene que tener algo de humanidad”; visitas a las familias en el lugar donde viven, primeros auxilios que no se hacen ni en la calle si no es usuario del servicio. Expresan que deben comprometerse más, que estén ubicados en la zona, que conozcan el barrio. También deberían integrarse al equipo todos los funcionarios “*porque hay que aunar a ese equipo para cambiar la mirada y reconectarse con su profesión*”; tiene que haber una evaluación conjunta de las situaciones, hasta la limpiadora, el que da los números y los agentes comunitarios, realizar seguimiento domiciliario, ir a la casa de la gente, que en la visita domiciliaria se tome en cuenta toda la situación familiar, la relación usuario/técnico, el compromiso, “debe atenderte como persona, como un ser, integralmente en el contexto comunitario y ver los determinantes sociales también. Lo vincular es tan importante como lo técnico-científico”, Que haya realmente equipos de salud, “no un grupo de personas que no saben trabajar juntos, que tienen miedo y defienden su chacra. Que puedan resolver en conjunto las complejidades que se le presentan diariamente”.

En cuanto a la relación usuario/equipo se insiste en las dificultades ya que los profesionales no están preparados para una relación constructiva con los usuarios y pacientes. Hay opiniones en el sentido de que no cuenta la opinión de los usuarios para la evaluación de los equipos, que ni siquiera hay un buzón de sugerencias.

En general podría decirse que se relevó opinión de dos tipos de usuarios, unos ya con experiencia organizativa y conocimiento en relación a la reforma sanitaria que son

sumamente críticos con el trabajo médico a excepción del especialista en medicina familiar y comunitaria, tanto como con sus representantes a nivel del directorio de ASSE y que sostienen que no se les da desde la Institución el lugar para participar en la función de co-gestión, siendo además parte evaluadora de los equipos de salud. Y por otro lado, usuarios que no se encuentran empoderados, demandantes, que reclaman más y mejor atención en términos de carga horaria, accesibilidad, menor demora, más servicios, enfatizando bienes concretos que el servicio de salud debiera poner a disposición de la comunidad. Ellos no se visualizan aún como posibles evaluadores de los técnicos.

Síntesis por líneas-guía y grupo de actores

A los efectos de enfocar el análisis de la información relevada se presentan a continuación tres cuadros de síntesis siguiendo las principales líneas-guía de este estudio, con el fin de orientar el contenido del relevamiento hacia la respuesta a la pregunta central y objetivos de la investigación.

Cuadro de síntesis en relación a capacidad científico-técnica para el PNA

LACRENCIAS IDENTIFICADAS ¹⁰⁹	FORTALEZAS IDENTIFICADAS ¹¹⁰	CONCLUSIONES
Gestores: <ul style="list-style-type: none"> - formación médico-céntrica y hospitalaria - Universidad elitista ha generado distancias entre las disciplinas entre sí y entre las comunidades, - Las relaciones de poder conspiran contra la complementariedad de la mirada multidisciplinar 	Gestores: <ul style="list-style-type: none"> - reconocen que los procesos de transformación de las personas son únicos y no pueden apurarse, - es necesario creer en las diferencias y aceptar la verdad en los otros Médicos: <ul style="list-style-type: none"> - trabajar en la comunidad, - entender los tiempos, ir de a 	El punto central es “saber trabajar en el PNA”, que no hay suficiente formación, hay temas actitudinales como falta diálogo desde la medicina, siendo que se reclaman las profesiones sociales. No se sabe trabajar en equipo. La realidad es muy impactante y se necesita el espacio grupal para sostenerla y mantenerse actualizado en conocimientos

¹⁰⁹ percibidos por los entrevistados

¹¹⁰ percibidos por los entrevistados

<p>Médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la gestión se ha burocratizado - falta conocimiento para resolver las demandas concretas relativas a las condiciones de vida de la gente - no hace trabajo comunitario “porque no le gusta” - la mayor parte de las veces es inútil lo que se hace, no es científico”....población dormida - necesario recurrir a profesiones sociales. <p>ic. Enfermería, Psicología y T.social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - generar condiciones tecnológicas y en recursos humanos según el lugar de desempeño, - carencias en el trabajo interdisciplinario, falta de diálogo, de escucha desde la medicina hacia los técnicos y profesionales del área social, - reclaman mayor humildad y respeto - los representantes de los usuarios militantes actuales no serían los representantes naturales en el servicio y esto no contribuye al empoderamiento de las comunidades <p>os usuarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lo vincular es tan importante como lo técnico-científico - dificultad en el trato con la gente - no encuentran receptividad a sus opiniones - viven situaciones cotidianas de maltrato - carencias comunicacionales, sonreír, el buen humor, saber trabajar con los usuarios 	<p>poco</p> <ul style="list-style-type: none"> - adaptarse y ser resiliente, - mantener al personal unido para sostenerse. <p>ic. Enfermería, Psicología y T.social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dar mayor científicidad al trabajo en todas las áreas <p>os usuarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - atender a una persona integralmente en el contexto comunitario valorando los determinantes sociales, - evaluación conjunta de las situaciones en equipo, - realizan abordaje comunitario todas las profesiones para conocer realmente a los pacientes y los determinantes sociales que inciden en sus vidas - valoran la reforma y los espacios surgidos para su participación en los efectores de salud. 	<p>científicos, pero la realidad de las personas no depende del servicio de salud.</p> <p>Faltan recursos en el servicio. Falta formación también para representar a la comunidad y hay maltrato hacia el usuario.</p>
--	---	--

Cuadro de síntesis específico sobre el equipo interdisciplinario en salud

OBSTACULOS ¹¹¹ a la construcción del trabajo interdisciplinario	FACILITADORES ¹¹² a la construcción del trabajo interdisciplinario	CONCLUSIONES
<p>Gestores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - no valorar a las profesiones sociales para el abordaje comunitario, - no superar las determinaciones del poder, de la soberbia intelectual, la medicalización - dificultad de trabajar con otros, de reconocerse y aprender a comunicarse <p>Médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “la interdisciplina está en pañales”, ..” lo difícil es tener un buen vínculo”, - demanda, la dinámica del servicio como obstáculo al tiempo necesario para el diálogo de equipo, - faltan profesiones - la medicalización pervive cuando se concibe al médico como coordinador del equipo <p>En las profesiones Lic. Enfermería, en Psicología y T.Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - los equipos no se conforman en base a la realidad de cada área de influencia del servicio, a sus características y problemas específicos - No existe una mirada común - Falta cumplimiento del horario y la asiduidad, porque es en el hacer donde se va procesando la construcción del equipo. - compartir el nuevo modelo, ser permeable, sensibilidad. - el usuario debe integrar el equipo. - el apoyo mutuo como sostén, - “miedos” a trabajar con otros; - el trabajo de equipo no está pautado y respaldado por registros específicos ni indicadores de producción 	<p>Gestores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajar con otros es el desafío <p>Médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - trabajo en equipo sobre todo para el análisis de los casos, para el abordaje comunitario, - la mirada social - para brindarle sostén al equipo. - Reconocer que el sector salud no puede dar respuesta a factores que están fuera de su área de competencia como la educación de la población, el trabajo y la mejora de las condiciones de vida. <p>Lic. Enfermería, en Psicología y T.Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - compartir el nuevo modelo, - ser permeable, sensibilidad - generosidad, tolerancia a la frustración - relacionamiento, - apoyo mutuo como sostén, - el superar lo de “no te metas en mi campo”, <p>Los usuarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No faltar y cumplir horario, vocación - capacidad y dedicación a la escucha y habilidades comunicacionales, - la relación más cercana y abordaje más integral, - los profesionales deben comprender las barreras culturales y ayudar al usuario a empoderarse. - Habilitar al usuario a participar en la evaluación del equipo de salud . 	<p>El trabajo de equipo ya aparece como una dificultad desde aspectos actitudinales. Cuando se introduce a éste la tarea de funcionar entre diferentes disciplinas se incrementa. Se mencionan aspectos de poder médico y pervivencia del paradigma de la medicalización. Cuando se reclama asiduidad y puntualidad hay un reclamo de permanencia en el servicio para dar tiempo a interactuar. Aparece un reclamo al gestor de que el trabajo en equipo sea obligatorio, que se registre y se exija. A su vez, facilitaría que los equipos se conformaran según las características del área y población en la cual se inserta, siendo necesarias otras profesiones además del equipo básico e incluso se reclama la incorporación de usuarios al mismo.</p>

¹¹¹ percibidos por los entrevistados

¹¹² percibidos por los entrevistados

<p>colectiva.</p> <p>Usuarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - además de la integración básica, éste deberá adecuarse a las características de la zona y sus usuarios. - demandan la figura del retén, estudiantes del área de la salud tanto como de áreas sociales y de educación física y recreación. - multiempleo y el “tarjeteo”, - el apuro no permite el relacionamiento ni con los pacientes ni con los integrantes del equipo y resto del personal del servicio. - “... las chacras y el poder”. 		
---	--	--

Cuadro de síntesis en relación a Evaluación, su metodología e indicadores

OBSTACULOS ¹¹³ para promover una evaluación del desempeño adecuada al PNA	FACILITADORES ¹¹⁴ para promover una evaluación del desempeño adecuada al PNA	Metodologías propuestas	Indicadores propuestos
<p>Gestores:</p> <p>Falta evaluación formativa</p> <p>Los indicadores no se cuestionan mucho, a excepción de los referidos exclusivamente a rendimiento.</p> <p>A los evaluadores les perturba la tarea y no manejan la distancia afectiva,</p> <p>Evaluación desde la verticalidad, desde “un modelo que te marca otro”</p> <p>“lo que se hace hoy es evaluable con los métodos tradicionales”</p> <p>“no se visualiza la importancia de la evaluación”</p> <p>Los evaluadores le temen a posibles reacciones de los evaluados.</p>	<p>Gestores</p> <p>necesidad de reformular la metodología de evaluación que no sea una especie de trámite sino que contribuya al crecimiento del profesional como persona y como técnico, desarrollo de indicadores que permitan evaluar las acciones colectivas como resultado del trabajo del equipo.</p> <p>Médicos:</p> <p>Usuario opine por buzón de sugerencias</p> <p>estudiar la calidad del vínculo y de la atención</p> <p>Lic. Enfermería, en Psicología y T.Social:</p> <p>Autoevaluación, evaluación grupal y</p>	<p>Gestores:</p> <p>un cambio de actitud en los evaluadores, tratando de ejercer una especie de rol docente, promotor de fortalezas para que todos crezcan y con ello contribuir a que crezca la propuesta</p> <p>proceso de entrevista autoevaluación y evaluación grupal o entre pares,</p> <p>evaluación formativa</p> <p>compromisos de gestión es buena herramienta</p> <p>“tiene que haber un usuario participando que sepa cómo funciona dentro y fuera y un trabajador para ver cómo el equipo interactúa con</p>	<p>Gestores:</p> <p>Asistencia, porque si no están presentes no se construye el trabajo de equipo, capacidad para trabajar en equipo, la capacidad para articular en territorio,</p> <p>la capacidad en la toma de decisiones, la creatividad, si es afín al perfil que debe tener y si se adecua esa persona, hay un perfil para cada profesión</p> <p>Médicos:</p> <p>la satisfacción del usuario, la evolución del paciente.</p>

¹¹³ percibidos por los entrevistados

¹¹⁴ percibidos por los entrevistados

<p>Falta madurez para la autoevaluación y la evaluación grupal El mayor obstáculo proviene de la Actitud. Hay que creer en las personas</p> <p>Médicos:</p> <p>no cree que mejore la evaluación porque participen los usuarios. No proponen indicadores nuevos .</p> <p>Lic. Enfermería, en Psicología y T.Social:</p> <p>la metodología y los indicadores de la evaluación no son adecuados. La evaluación no contribuye mucho a guiar el hacer, es realizada por superiores que no están presentes para conocer el desempeño de los evaluados Evaluador es de otra profesión, Subjetividad en éstos, condiciones de realización que no contribuyen a la formación del evaluado, es vertical e individual, se carece de registros suficientes para dar cuenta del trabajo, a menudo no es presencial, sino por llenado de un formulario con puntajes, los indicadores refieren más a rendimiento y cumplimiento de metas institucionales que a calidad y fidelidad con los principios del modelo. desconocimiento de los criterios a partir de los que se evalúa ya que</p>	<p>entrevista formativa</p> <p>Usuarios: Valorar si “sabe trabajar en el PNA”</p>	<p>ellos tomar el proceso no la foto. La diferencia pasa por la ponderación que se hace a los indicadores y de la definición a qué se le da más valor, a lo cuali o a lo cuanti, <i>buscar las luces en las personas y fortalecerlas, “El poder está en que los otros hagan lo que saben hacer y así la propuesta crece”</i></p> <p>Médicos:</p> <p>se estudie la manera de evaluar el vínculo con los pacientes que se da en la clínica. Fuente para evaluar la calidad de la atención la opinión de usuarios y la observación del trabajo en la clínica,</p> <p>Lic. Enfermería, en Psicología y T.Social:</p> <p>evaluación por alguien de la propia profesión, evaluación colectiva en el equipo. qué realizaron juntos para lograr el producto; autoevaluación, evaluación grupal, entrevista, frecuencia anual cuando termina el año, fuera de instancias de ascensos, participación directa de los coordinadores en las actividades de campo con el evaluado, opinión de usuarios,</p>	<p>Lic. Enfermería, en Psicología y T.Social:</p> <p>qué realizaron juntos para lograr el producto; opinión de usuarios, la cooperación</p> <p>Usuarios: asiduidad, cumplimiento de horario, vínculo, relacionamiento al interior del equipo, aspectos comunicacionales como sonreír, el buen humor, el trabajo en grupo, saber trabajar con los usuarios, trabajo comunitario</p>
--	--	---	--

<p>faltaría descripción de los cargos. promueve la competencia en lugar de la cooperación, no evalúa el trabajo enfocado colectivamente. no apunta a motivar al recurso humano.</p> <p>Usuarios : Los usuarios organizados desean participar en la evaluación de los integrantes del equipo de salud.</p>		<p>hay que inducir acciones que no promuevan la competencia en el equipo sino la cooperación</p> <p>Usuarios recomiendan la evaluación conjunta</p>	
--	--	--	--

Tanto gestores como profesionales y usuarios demandan puntualidad y asiduidad, trabajo colectivo y cooperación, buen vínculo, buen humor, conocimiento del usuario y dónde éste vive, evaluaciones colectivas formativas, compromiso del evaluador (rol docente, creer en las personas) y mayor explicitación de qué se espera por perfil profesional. Además, se es muy crítico en relación a las prerrogativas que goza el profesional médico y de su distancia en relación a lo grupal y lo comunitario, a excepción de la especialidad de medicina familiar y comunitaria.

El contexto social incide tanto en la vida de los usuarios, que los resultados de las intervenciones en individuos no serían un buen indicador, tal como plantea algún profesional de la medicina al proponer como indicador “la evolución del paciente”.

La evaluación de la capacidad científico-técnica de los equipos de salud en las Instituciones de la muestra

Salvo excepcionales impulsos desde los niveles de gestión del Servicio de Atención a la Salud (SAS) de la IM y desde la RAP-ASSE, aún se planifica y ejecuta a partir de enfoques tradicionales y no parecen haberse encontrado los criterios de evaluación del desempeño que logren estimular el moldeamiento de la interdisciplina a partir del quehacer cotidiano, tal como lo han planteado los entrevistados y entrevistadas.

Si bien es altamente valioso el hecho de que el MSP (2008) haya actualizado la base de datos del personal de la salud, no se cuenta aún con información discriminada por nivel de atención a nivel nacional. Incluso se adolece todavía de información disponible en relación a los profesionales y técnicos no médicos, a excepción de Enfermería.¹¹⁵

En los servicios de ASSE no se ha desarrollado un sistema de evaluación del desempeño acorde a la matriz teórica que es referencia para los equipos del primer nivel de atención¹¹⁶ sino que a pesar de algunos intentos relevados en las entrevistas, la evaluación del personal se realiza con los instrumentos aplicados en el modelo anterior¹¹⁷.

Como ya se adelantara, en la IM existen avances en este sentido a la luz de los años recorridos (1991-2009), dado que se utiliza un formulario de evaluación de

¹¹⁵ Un avance en este sentido se ha dado en Montevideo, departamento en el que se cuenta con información de la RAP - Red de Atención del Primer Nivel - y la IMM.

¹¹⁶ Fuente ASSE-RAP, 2009

¹¹⁷ Anexo 2: Formulario de evaluación de ASSE usado por la Oficina de Servicio Civil

desempeño con su correspondiente instructivo, en el cual se toman en cuenta los siguientes indicadores - o factores, según reza en el formulario - : rendimiento, calidad de trabajo, responsabilidad, iniciativa y creatividad, trabajo en equipo y cooperación, relaciones interpersonales, disciplina, asiduidad y permanencia.

A pesar de ello es necesario señalar dos tipos de problemas en la evaluación que realiza la IM. El primero es que si bien se incluyen aspectos de relevancia como la creatividad e iniciativa, trabajo en equipo y cooperación, relaciones interpersonales que apuntan al desarrollo de aspectos que requiere el nuevo modelo, los mismos reciben menor ponderación que el factor rendimiento^{118, 119}.

Otra dificultad radica en cómo es interpretado el instrumento por parte de quien debe aplicarlo en las diferentes regiones, ya que de acuerdo a diversas fuentes del nivel de gestión consultadas con anterioridad a la investigación, intervienen factores de la subjetividad de cada evaluador, por lo cual no proporciona un dato fidedigno del desempeño del profesional o técnico evaluado, ni de los equipos en su conjunto.

Como fuera mencionado, en la mayoría de los servicios del sector privado, se manejan sistemas de categorización para el monitoreo del accionar médico que fueron trasplantados del área hospitalaria y siguiendo pautas del modelo de atención que se quiere superar.

Los indicadores para la evaluación del desempeño – en caso de que se apliquen - a excepción de puntualidad y asiduidad, no son comunes a todos los integrantes del equipo básico de salud.

¹¹⁸ Indicador de proceso que se construye relacionando el tiempo de trabajo y número de usuarios atendidos.

¹¹⁹ Anexo 2: Formulario de Evaluación del Desempeño. Instructivo Evaluación del desempeño. 2006, IM

Ello además de generar conflictos innecesarios al interior de los equipos, subestima el valor modelizante que la evaluación del desempeño tiene en la construcción de la forma de trabajar y refuerza la idea del desempeño del personal de salud como un elemento en los procesos de producción de los servicios de salud orientados principalmente al incremento de productividad y competitividad como forma de racionalizar el gasto.

Como fuera señalado al comienzo del capítulo, el recurso humano en salud no puede abordarse como objeto de estudio sin contemplar el sinnúmero de factores del contexto que lo determinan en mayor y menor grado. Ni la educación ni las decisiones políticas por sí solas, pueden hacer los cambios.

Los aspectos de la organización del trabajo, el atravesamiento ideológico y la vocación mercantil de las Instituciones sanitarias, las características institucionales de cada una de las disciplinas implicadas, la subjetividad puesta en juego a la hora de trabajar con “otros” constituyen otros aspectos que deberán ser estudiados, a los efectos de intentar comprender por qué aún persiste el problema del desfasaje entre discurso y el desempeño mediado por la capacidad científico-técnica del personal de la salud.

Discusión

Se discutirán los relatos aportados en las entrevistas y sustentados en las fichas de evaluación de manera de poder realizar una aproximación a la pregunta de investigación: *“La evaluación del desempeño del equipo de salud en los servicios del primer nivel de atención en Uruguay, ¿contribuye a la construcción de la capacidad científico-técnica que requiere el nuevo modelo de atención?”*

¿Qué obstáculos operan desde la evaluación del desempeño?

Los gestores señalaron como obstáculos a la evaluación del desempeño del equipo de salud en los servicios del PNA que no se entiende la importancia de la evaluación, falta de evaluación formativa, herencia de una Universidad elitista marca distancias entre el saber técnico y el popular así como entre las profesiones, los indicadores no se cuestionan mucho, a excepción de los referidos exclusivamente a rendimiento, a los evaluadores les perturba la tarea y no manejan la distancia afectiva, evaluación desde la verticalidad, desde “un modelo que te marca otro”, “lo que se hace hoy es evaluable con los métodos tradicionales”, “no se visualiza la importancia de la evaluación”, los evaluadores le temen a posibles reacciones de los evaluados, falta madurez para la autoevaluación y la evaluación grupal, el mayor obstáculo proviene de la actitud, hay que creer en las personas.

Los médicos no creen que mejore la evaluación porque participen los usuarios, y no propone nuevos indicadores.

Los Lic. En Enfermería, en Psicología y en Trabajo Social señalaron como obstáculos a la evaluación del desempeño del equipo de salud en los servicios del PNA la metodología y que los indicadores de la evaluación no son adecuados, la evaluación no contribuye mucho a guiar el hacer, es realizada por superiores que no están presentes para conocer el desempeño de los evaluados, evaluador es de otra profesión, subjetividad en éstos, condiciones de realización que no contribuyen a la formación del evaluado, es vertical e individual, se carece de registros suficientes para dar cuenta del trabajo, a menudo no es presencial, sino por llenado de un formulario con puntajes, los indicadores refieren más a rendimiento y cumplimiento de metas institucionales que a calidad y fidelidad con los principios del modelo, desconocimiento de los criterios a partir de los que se evalúa ya que faltaría descripción de los cargos, promueve la competencia en lugar de la cooperación, no evalúa el trabajo enfocado colectivamente, no apunta a motivar al recurso humano.

Los usuarios con más experiencia en acción social manifiestan deseos de participar organizadamente en la evaluación de los integrantes del equipo de salud, el obstáculo sería que esto no sucede.

¿Qué facilitadores operan desde la evaluación del desempeño?

Los gestores señalaron como facilitadores a la evaluación del desempeño la reformulación de la metodología, que no consista en una especie de trámite sino que contribuya al crecimiento del profesional como persona y como técnico, el desarrollo de indicadores que permitan evaluar las acciones colectivas como equipo.

Los médicos señalaron como facilitadores a la evaluación del desempeño que el usuario opine por buzón de sugerencias y estudiar la calidad del vínculo y de la atención.

Los Lic. Enfermería, en Psicología y T.Social señalaron como facilitadores a la evaluación del desempeño la autoevaluación, evaluación grupal y la entrevista formativa.

Los usuarios señalaron como facilitador que esté formado para trabajar en el PNA.

¿Qué metodologías se proponen para la evaluación del desempeño?

Los gestores señalaron como metodologías de evaluación a ser utilizadas un cambio de actitud en los evaluadores, tratando de ejercer una especie de rol docente, promotor de fortalezas para que todos crezcan y con ello contribuir a que crezca la propuesta, realizarla en un proceso de entrevista, con autoevaluación y evaluación grupal o entre pares, que sea una evaluación formativa, valoran los compromisos de gestión como una buena herramienta, que “tiene que haber un usuario participando que sepa cómo funciona dentro y fuera y un trabajador para ver cómo el equipo interactúa con ellos, tomar el proceso no la foto, ponderar los indicadores, definir si se le dará más valor a los aspectos cualitativos o a los cuantitativos, buscar las luces en las personas y fortalecerlas, ya que si se trabaja con las sombras difícilmente se pueda generar la luz en el otro; y que el poder está en que los otros hagan lo que saben hacer para que de esta manera la propuesta se despliegue. Esto es, contribuyendo a generar una construcción del cambio de modelo de atención y evaluación del desempeño.

Los médicos señalaron como metodologías de evaluación a ser utilizadas que se estudie la manera de evaluar el vínculo con los pacientes que se da en la clínica, encontrar la fuente para evaluar la calidad de la atención, y la opinión de usuarios.

Los Lic. Enfermería, en Psicología y Trabajo Social señalaron como metodologías de evaluación a ser utilizadas la evaluación por alguien de la propia profesión, la evaluación colectiva en el equipo, tomar en cuenta qué realizaron juntos para lograr el producto, la autoevaluación, evaluación grupal, entrevista, frecuencia anual cuando termina el año, participación directa de los coordinadores en las actividades de campo con el evaluado, la participación de los usuarios, que hay que inducir acciones que no promuevan la competencia en el equipo sino la cooperación.

Los usuarios recomiendan la evaluación conjunta.

¿Qué indicadores se proponen para la evaluación del desempeño?

Los gestores señalaron como variables a contemplarse y eventualmente generar indicadores para su medición la asistencia, porque si no están presentes no se construye el trabajo de equipo, la capacidad para trabajar en equipo, la capacidad para articular en territorio, la capacidad en la toma de decisiones, la creatividad, si es afín al perfil que debe tener y si se adecua esa persona, que haya un perfil para cada profesión

Los médicos señalaron como variables a contemplarse y eventualmente generar indicadores para su medición la satisfacción del usuario y la evolución del paciente.

Los Lic. Enfermería, en Psicología y T.Social señalaron como variables a contemplarse qué realizaron juntos para lograr el producto, la opinión de usuarios, la cooperación.

Los usuarios propusieron como variables para la evaluación la asiduidad, el cumplimiento de horario, el vínculo, el relacionamiento al interior del equipo, los aspectos comunicacionales como sonreír, el buen humor, el trabajo en grupo, saber trabajar con los usuarios, el trabajo comunitario.

Discutiendo la evaluación del desempeño enfocando la capacidad científico-técnica.

¿Se percibe movimiento instituyente?

Se trata de identificar las relaciones entre la racionalidad establecida (reglas, formas sociales, códigos) y los acontecimientos o el desempeño tanto de técnicos como de los evaluadores. Es posible visualizar algunos movimientos pero a su vez mucha resistencia aferrada a los códigos implícitos arrastrados del viejo modelo de atención a la salud y de concepción de las profesiones en el contexto comunitario del PNA.

La situación respecto de la metodología e indicadores es diferente entre el SAS y la RAP-ASSE. Efectivamente, la IM tiene más tiempo construyendo su red del primer nivel de atención en base al concepto de APS. En las fichas que utiliza la RAP¹²⁰ no aparecen claramente percibidos por los actores los estándares mínimo y máximo que son referencia para su desempeño, y los indicadores previstos en términos de rendimiento, por lo menos, confunden en cuanto a lo que podría esperarse de un equipo de salud en

¹²⁰ Ficha RAP. Adj. Nro.2

este nivel de atención. De todos modos, tampoco habría una especificidad por profesión en la IM, ya que el formulario de evaluación es igual para todos los funcionarios de la Institución.

En esta Institución tan grande y que desarrolla un sinnúmero de funciones diferentes para la ciudad de Montevideo, las fuerzas de lo instituido limitan los cambios. Podría pensarse que la burocracia tiñe el espacio de trabajo sin mayor explicación que la fuerza de la repetición, habiendo claramente borrado *las huellas de su origen*. Recordemos que las normas explicitan el deber ser y los códigos no visibles expresan lo que es.

El sector del SAS – como parte del Todo - podría intentar procesar cambios de forma independiente al resto del sistema institucional, promoviendo con ello el inicio de transformaciones modulares, más viables que lograr que el sistema de evaluación se modifique para todos los funcionarios de la IM.

La RAP aún no ha separado su forma de evaluación del personal de la establecida para los funcionarios del Estado, si bien existen algunos mecanismos y se está en proceso de elaboración de los mapas de competencias; y se abre una oportunidad para su concreción bajo el impulso de la participación de los usuarios y de evidencias científicas en el área como la presente sustentadas en la Ley que creó el SNIS.

“Hay un modelo que está más en las cabezas que en la norma, de rechazar el saber que no es el técnico” planteó uno de los gestores entrevistados, trayendo a un primer plano la dificultad mayor que enfrenta la Institución que representa, el ‘inconsciente ideológico’, conjunto de normas que se expresan en la praxis concreta de

las personas pero de manera inconsciente¹²¹ modelizando una forma de realizar la atención de la salud-enfermedad.

La herencia flexneriana fortalecida y guarnecida por la construcción histórica de las profesiones de apertura o cerramiento a algunas profesiones con el fin de mantener el control y garantizar el acceso a posiciones claves en la división del trabajo; en este caso la profesión médica de formación hospitalaria.

Si pensamos que Uruguay tiene más del triple de médicos que de Lic. en Enfermería¹²² cuando la relación debería ser inversa, se entiende la ferocidad de esta autodefensa como profesión. Probablemente, desde este punto de vista, estructural, demandas como “sonreír, que esté de buen humor, que escuche a los pacientes, que respete a los otros profesionales” no parecen tener posibilidad de ser recepcionadas con algún grado de seriedad, al menos no por el núcleo duro corporativo de la institución profesional médica, a pesar de que forman parte de la capacidad científico-técnica.

Pasar por el servicio, no interactuar, no permite la interacción necesaria entre los técnicos sobre problemas concretos. No se observa en absoluto alguna tensión en la posición del sujeto que cumple su rol en el servicio y las exigencias del sistema, cuando un médico puede decir que sabe que se espera que haga actividades en la comunidad pero que no las hace porque no le gustan. Ni siquiera la propia dinámica institucional tira lo suficiente de él como para sentir la mínima tensión. Está perfectamente ajustado a un modelo que ya no es el que rige por Ley, pero en su evaluación no consta que de alguna manera se está rebelando o resistiendo a cumplir

¹²¹ Althousser, Op cit.

¹²² INE, 2012

con la norma.

Lo que se pone en jaque entonces, es si la propia Institución ejerce algún tipo de presión para que el modelo se realice. Por ello a los efectos de la gestión, no resulta nada fácil orientar la organización del personal médico hacia el trabajo en equipo, a la acción comunitaria y promocional y que tiende a debilitar la dependencia con el mercado de las tecnologías y medicamentos.

Este panorama de relaciones de fuerza tampoco habilita la existencia de un diálogo formativo entre el nivel de coordinación y el de ejecución, hay aspectos estructurales de disponibilidad del personal que se ponen al descubierto, cuando un profesional puede negarse a hacer una actividad prescrita y no hay consecuencias. ¿Funciona la propuesta institucional cuando se puede optar por no realizar una función central de integración poblacional en el cuidado de su salud?

Los usuarios en su mayoría no se sienten integrantes naturales del equipo para evaluar a los técnicos, excepto en su relacionamiento con pacientes/usuarios. Sin embargo, desde la gestión se entiende que deberían hacerlo, “el vecino es como una lupa, cuando estás tan cerca del vecino, el vecino te mira, cuando no aceptamos la crítica, cuando la vemos como negativa y vemos el conflicto como una derrota, *se hacen inviables los procesos de transición desde un modelo médico hegemónico*”.

Los usuarios en las entrevistas señalaron que a los técnicos no les gusta el trabajo comunitario, que están poco en la Institución, que no intercambian con sus pares, que son pocos en cantidad y en especialidades, y que no promueven la integración de los representantes de usuarios en la gestión de las instituciones. Algunos

se animaron a plantear que los técnicos no están preparados para la tarea que exige el PNA. Dicen que apoyan más los estudiantes con sus docentes que los funcionarios de la Institución que tienen sus vicios ya: “Los nuevos pueden venir mejor pero cuando los juntás se pueden traspasar los vicios”. Y nuevamente aparece la puja entre las fuerzas instituídas y las instituyentes.

En cuanto al trabajo en equipo interdisciplinario, el trabajo de equipo ya aparece como una dificultad desde aspectos actitudinales. Cuando se introduce a éste la tarea de funcionar entre diferentes disciplinas se incrementa. Nuevamente se mencionan aspectos de poder médico y pervivencia del paradigma de la medicalización. Cuando se reclama asiduidad y puntualidad hay un reclamo de permanencia en el servicio para dar tiempo a interactuar. Aparece un reclamo al gestor de que el trabajo en equipo sea obligatorio, que se registre y se exija. Y también que facilitaría que los equipos se conformaran según las características del área y población en la cual se inserta porque hay necesidad de otras disciplinas según la zona, otras profesiones además del equipo básico e incluso se reclama la incorporación de usuarios al mismo.

A la luz de estos relatos, ¿se puede decir que es posible establecer una concordancia entre el concepto de PNA que se presenta y el planteado en la Ley que crea el nuevo modelo de atención a la salud? Sin duda, la tensión misma de la construcción de la realidad prevista en la Ley se encuentra atravesada por la sociedad y sus instituciones, a las que pretende cambiar. Sobre la calidad del trabajo en salud, ¿cómo valorarla? ¿Es posible medirla a partir de los autores clásicos de gestión de calidad, sobreponiéndose al

dilema entre proceso y resultados, y trascendiendo la burocracia administrativa? ¿Es posible ir contra el sistema que permea la organización del trabajo en salud? ¿Qué es revolucionario en ello? Los trabajadores de la salud vocacionales cooperando unos con otros para construir “el resultado”: una comunidad, un barrio, una ciudad, un país en el que la gente lleve una vida de calidad que habilite las condiciones para la salud. Esa llave que puede abrir la puerta a la revolución sanitaria, ¿es posible? ¿Los gestores están en condiciones de promover equipos de salud cuyos integrantes no se aferren al moldeado individualista, materialista y competitivo? Parece más un deseo que una posibilidad. ¿Habrá que creer, *confiar para que creen*, trabajar con las luces de las personas? ¿Estamos preparados para ello? ¿Cuál es la lógica institucional que subyace al discurso dándole estructura a las fuerzas en pugna que abrevan hacia la acumulación del capital?

Se percibe que hay capacidad para cumplir el rol que contribuye a su realización, pero quiénes, qué profesionales? No sólo las profesiones adolecen de división de clase, ¡también las personas que intentan ejercer a cabalidad su profesión! Mientras tanto, las reglas no juegan igual para todos.

¿Las condiciones de trabajo están dadas para que el discurso encarne? ¿Alcanza la modelización desde la gestión o hay que revisar las condiciones concretas de existencia en las Instituciones, la organización del trabajo, las relaciones de producción? ¿Es un tema de normas y de modelización? Como factores tan relevantes que no dan espacio al cambio de comportamiento de acuerdo a los requerimientos, ni le permite firmeza a los gestores para ejercer el rol modelizador.

Las miradas de varios médicos y de la mayoría de los gestores se asentaron en el

nivel de lo cotidiano, es decir, en la atención concreta a familias y personas. Más allá de alguna mención a la necesaria incorporación de los usuarios en la toma de algunas decisiones, entre ellas la de evaluación, solamente en dos casos se destacó algún vector central transformador o que habilitara la transgresión de lo instituído para contribuir a operar cambios a nivel de la estructura social, como lo sería si los usuarios y trabajadores efectivamente controlaran la respuesta de los servicios hacia las necesidades de la comunidad.

La incidencia en la estructura, no aparece claramente ya desde el lenguaje, que es tecnocrático y detalladamente controlador a través de los métodos de evaluación – pero que operan para algunos sí y para otros no -; de las exigencias en rendimiento y de la indiferencia ante la insistencia de algunos servicios en reclamar respuestas macro-sociales por fuera del servicio de salud. Tal es el caso de determinantes sociales como educación, vivienda, trabajo, y fundamentalmente educación.

¿Qué alternativas son posibles dentro de un sistema mercantilista en la salud?
¿Cómo construir otros valores? En la mayoría de las respuestas, en las tres categorías de actores se busca generar rupturas en torno a los hábitos de trabajo individual y competitivo, a la celeridad del pasaje por la Institución, a la mentira de “marcar tarjeta” y no estar, o a la verdad de faltar. Los factores mercantiles también se ven en la falta de recursos, en el caso que analizamos, la carencia de suplentes, o de la figura del retén zonal, o de la disponibilidad de algunas especialidades y el acceso a estudios urgentes que demoran meses...

El modelo mercantilizante y de abuso de poder - intergeneracional en el caso de pacientes adultos mayores - aparece también en la demanda de los usuarios cuando plantean que los médicos no los escuchan, no les tienen paciencia, *“a veces atienden como si les estuvieran haciendo un favor”*, cuando llegan a *“enseñarle al médico”* cómo a una persona le baja la presión si se la escucha, se le dedica tiempo para que pueda hablar sobre sus problemas. En la forma cómo se atiende en la consulta médica, según expresan los usuarios, se promueve solamente la atención en consultorio favoreciendo el consumo de medicamentos. No se le da opción a una alternativa diferente a la atada a la dependencia de medicamentos, de los cuales muchos de los profesionales médicos son también *“vendedores”* o tienen algún interés en su consumo.¹²³

En la generalidad de las propuestas de indicador recabadas se reclama una evaluación por logro alcanzado en equipo. La cooperación y el trabajo interdisciplinario es un punto del formulario de evaluación, pero no está destacado en la ponderación.

Los otros valores, que sin ellos, no hay ni habrá cambio de modelo son aquéllos que moldean el respeto sincero por lo que el Otro aporta, por los tiempos necesarios para entender juntos las situaciones que se deben resolver. *“El que piensa distinto a vos no es tu enemigo, es el otro.”* Esa íntima comprensión de la *“otredad”* contraviniendo el propio interés e igualmente legítimo, consagrado en derechos, exige una maduración de los técnicos y profesionales que no siempre va de la mano de la solvencia teórica. Constituye parte del proceso de *“civilizarse”*, de hacerse ciudadano en una sociedad de

¹²³ Es habitual que los laboratorios financien eventos.

derechos y también de construcción de la personalidad, del sometimiento del “yo” al “nosotros”. Una producción colectiva lleva a perderse en ese nosotros, abismo para muchos que asientan su identidad en la afirmación de su pertenencia a una élite social o corporación, sustento de reconocimientos y de acceso creciente a bienes materiales.

Todos los actores representados en el relevamiento han identificado como imprescindible la motivación, el gusto por el trabajo en el PNA, el compromiso, la empatía, la capacidad para trabajar en grupo y en equipo, el saber escuchar y reconocer los aportes de las diferentes disciplinas, y sobre todo estar convencidos de que las comunidades saben y de que son dueñas de su proceso salud-enfermedad. En esto se basa la propuesta del indicador de producción colectiva como medición del desempeño de los equipos en este nivel de atención.

De no encontrarse este tipo de movilizadores claramente explicitados para promover equidad en los equipos y trabajo conjunto, la mentada resolutivez del PNA reflejará aquéllo que se mida, nada más. Probablemente un indicador de morbimortalidad, y al evaluarse el desempeño insistiendo en separar la valoración de cada profesional de forma independiente, el resultado continuará siendo la competencia por número de pacientes atendidos en consulta, número de actividades educativas realizadas en las escuelas, número de reuniones a las que se asistieron, número de inasistencias...contribuyendo a la repetición y rutinización del trabajo.

Tampoco es posible aceptar las mismas categorías de evaluación para todos los funcionarios de la Institución, trabajen éstos en el archivo, en el mostrador, con

pacientes o con comunidades. Si bien los ítems podrían aceptarse, evidentemente la ponderación de cada uno deberá adaptarse a la función.

Por otro lado, está todo lo que influye en la salud-enfermedad y no es de responsabilidad directa del sector salud. A pesar de ello, aún se continúa enfocando todos los esfuerzos a un indicador y éste no sólo no se logra sino que entra en el ámbito de la discursividad, montando una narración de logros y metas alcanzadas donde no las hay, porque cualquier trabajador de la salud sabe que si se mantienen la desafiliación social a las instituciones de la sociedad, la violencia y la pobreza en todos sus sentidos, no se lograron resultados en salud.

Dice una profesional entrevistada: “la mayor parte de las veces es inútil lo que se hace, no es científico”...”la población está dormida”...” tiene el espíritu dormido”...“Todo el esfuerzo está en lograr que vengan y sostengan el tratamiento”. Evidentemente, el centro asistencial desperdicia sus recursos si no realiza un abordaje intersectorial asentado en el territorio y simultáneamente sigue un proceso de abogacía en relación a la realización de los Derechos Humanos de la población de su área de responsabilidad. Estas acciones también deben contemplarse en el proceso de evaluación del desempeño en un contexto social tan crítico que es celebrado como logro la sola posibilidad de que algunos/as usuarios/as sostengan el tratamiento.

En algunas intervenciones se consideran las metas prestacionales y compromisos de gestión como buenas herramientas para esta construcción práctica. Pero la meta la cumple el servicio, y dentro del mismo no necesariamente aportan todas las profesiones por igual, y tampoco lo hacen todos aquéllos que comparten una

misma profesión. Los compromisos de gestión que llevan a comprometerse con algunas metas, como Institución, constituyen un buen comienzo para pensarse como equipo trabajando colectivamente en torno a una meta común. Se podría discutir si la meta es la apropiada para la población usuaria del servicio, y si no habría que trazar estrategias de alcances intermedios que den participación y diálogo a trabajadores, gestores, usuarios y comunidades. “Pensarse en proceso” mencionó un entrevistado y no en foto, en construcción, en formación, requerirá también de la elaboración de indicadores de evaluación que hablen de los procesos intermedios, de las dinámicas en juego, desde cada disciplina y con la mirada informada y fiscalizadora del actor *usuarios*, usuarios formados.

Porque si las metas se definen en espacios de planificación centralizada, a distancia de los olores y sollozos cotidianos de sus destinatarios, no hay adaptación, y reina la tecnocracia, en una suerte de ingeniería de reorganización de la fuerza laboral de un servicio en aras del alcance de un producto que sólo una de las partes conoce. Otros quedan por fuera. No hay transformación de las personas que son esos recursos humanos. Y aparecen frases como “la interdisciplina está en pañales” o “no te metas en mi campo”. Allí es donde miran los usuarios y donde muchos usuarios que aún tienen mucho que aprender, “esperan que los llamen a participar” y se dicen a sí mismos “pacientes y clientes” de la policlínica, no usuarios, no dueños, como sí se consideran en otros centros asistenciales del PNA, gestionados con una metodología participativa que contribuyó a su empoderamiento.

Por otro lado, ¿cómo pueden las metas prestacionales generar el trabajo en

equipo si ni siquiera está escrito y visible para todos que esa modalidad de accionar colectivo es lo que se espera? O bien está explicitado y falta comunicación, ya que la mayoría de los técnicos entrevistados desconocía la existencia de una descripción del perfil esperado para su profesión y su rol en relación al producto esperado. Tampoco conocían que existiera descripción de competencias.

Desde los propios gestores viene el reclamo de un cambio en la modalidad de evaluación – entre pares, en entrevista – y fundamentalmente formativa. “Hay que creer en las personas” dice una gestora, y desde ese lugar hay que evaluar. “Hay que saber manejar la distancia afectiva para ser justo y realmente ayudarlo a crecer y que con él crezca la propuesta”, es decir, el nuevo modelo de atención integral, participativo, interdisciplinario, intersectorial, de enfoque colectivo- social y comunitario.

¿Cómo puede ser que si el evaluador le teme a las “represalias” del evaluado, no se esté corrompiendo el propio sistema de evaluación y la propia propuesta? Y el gestor, ¿también amenaza a sus directores a la hora de ponerle un puntaje de desempeño? Evidentemente, la resistencia a ser evaluado es fuerte, ahí se ven con claridad los obstáculos, las resistencias al cambio.

Y las sutiles pujas entre poderes e intereses, se transformarían en batallas, en las que los trabajadores, según se expresa, “se arrancan los ojos”. ¿Qué se puede esperar de una evaluación que despierta tales respuestas? ¿Cuál es la falla en el sistema de evaluación, en la Institución, en los actores implicados en la misma? Sin duda opera una resistencia al cambio, y sin duda la batalla pasa de la dimensión normativa o

cultural a una dimensión axiológica que refleja los anti-valores de la cultura mercantilista. Queda sobre este dilema mucho para pensar y ensayar si la intención de los gestores en el SNIS es también la formación en valores. En el sector salud también es posible cultivar la solidaridad.

De acuerdo con lo expresado, hay una construcción histórica de estructura de clases entre las disciplinas y profesiones desde una Universidad que se denuncia “elitista”, y esta impronta no parecería – a la luz de la percepción de los entrevistados – ser subsanable en el corto plazo.

Aspectos estructurales entonces, como la baja carga horaria asignada a los técnicos dando espacio al multiempleo parecerían sumar a la nombrada “arrogancia” de la profesión médica para descalificar el trabajo interdisciplinario. Los usuarios lo ven, y también valoran a aquéllos profesionales que realizan trabajo comunitario, que no lo consideran pérdida de tiempo, sino que, sostienen, permite realizar una mejor atención, más integral y probablemente apuntando a curación y no solamente al sostenimiento en el tiempo de una cronicidad, ya que se conoce al paciente en su entorno familiar y residencial de manera de buscar activar sus soportes de resiliencia.

Este sencillo movimiento de la recepción de la demanda en el consultorio hacia el contexto comunitario puede anclar el abordaje en los procesos sociales más que sobre el individuo aislado; es un abrir los ojos en todo sentido, en los factores causales o determinantes y también a la necesidad de encontrar y ocupar un lugar en ese contexto en el cual las soluciones se articulan entre diversas instituciones que responden a diversos sectores de competencia pública y privada, entonces el médico reconoce que es uno más

con otros, sumamente necesario, pero uno más para dar legitimidad a la demanda de soluciones que dependen de provisiones que los laboratorios no pueden proveer.

Desde el marco teórico hemos señalado la experiencia protagónica como el organizador cognitivo u objeto modelizante. En este punto son las profesiones sociales y los usuarios, algunos gestores también, “Generar experiencias a realizar juntos y luego evaluarlas de acuerdo a algunos ítems que, por ejemplo, vienen desde la psicología social como cooperación, capacidad de diálogo, sostén mutuo...” Somos lo que hacemos y cuánto más lo hacemos más somos; y se consolida una forma de ser persona y de ser profesional, usuario, compañero de trabajo, militante, vecino, madre, padre, hijo, abuelo, etc. No se puede cambiar un modelo trabajando igual que antes. El hacer diferente cambia la Historia.

Apelamos a Freire, Rebellato, Ausubel, trayendo el diálogo, la comunicación, la interacción comunicativa, la afectividad y el aprendizaje significativo que tanto se reclama desde otros técnicos del equipo y desde usuarios. El rol docente de los gestores y coordinadores de servicios es reclamado como crucial en la organización de esta experiencia protagónica modelizante, parándose siempre en el factor motivación, que es esencialmente afectivo, creando grupo, generando aperturas mutuas, asombros, descubrimientos entre las personas más allá de los roles profesionales o técnicos, promoviendo la creatividad, generando gusto por la permanencia frente a la tendencia a “cumplir y huir” o a faltar, escapando de una realidad demandante y que no puede darse vuelta porque la atención de la salud es sólo uno de los determinantes.

Cuando alguno de los consultados dice que el mejor indicador de evaluación del

profesional es “ver la evolución del paciente”, está por fuera del modelo. Los “pacientes” por hábito han sido pacientes, demasiado, y han seguido las prescripciones médicas que no comprendían hasta que algún/a enfermero/a, agente comunitario/a o estudiante se las explicó, pero por lo general, madrugan, hacen largas colas, esperan mucho, toleran la cancelación de consultas, y la incomprensible demora de los estudios y de los resultados de la paraclínica; asisten al servicio a tomarse la presión, a hacerse el hemoglucotest, a darse un benzetacil y a repetir la medicación. Y si les falta constancia con la dieta y el ejercicio, disponen de un equipo de profesionales que trabajan con ellos en los famosos grupos ODH¹²⁴, para sostener lo que desde la consulta médica no es posible sostener.

Muchos de los usuarios organizados tratan de revertir estas injusticias e ineficiencias, mimetizándose con los gestores en los grupos tripartitos de los servicios con la esperanza de que su presencia – en minoría – podrá hacer los cambios. Muchos de ellos se quejaron que su delegado en el directorio de ASSE no se acercaba, no los apoyaba. Pero lo peor es que no advierten lo que sí ven muchos de los profesionales de los equipos, que estos usuarios que *gratuitamente* trabajan todo el día en el servicio de salud, se van despegando de sus representados, y sin fuerza detrás, pierden poder. Y lo que es peor, pierden la posibilidad que el SNIS les dio de contribuir a la mejora de la calidad e la atención de sus pares comunitarios. Ellos tienen mucho para aportar en la evaluación del desempeño de los equipos de salud y en el desarrollo de su capacidad científico-técnica.

Sobre cómo aprender a realizar el nuevo paradigma de atención a la salud, u otro

¹²⁴ Grupos de apoyo y educación para obesos, diabéticos e hipertensos.

paradigma alternativo que pueda ir naciendo, todos los entrevistados aportaron ideas sobre los conocimientos, habilidades y destrezas o actitudes para las que debe capacitarse un profesional o técnico que pretende trabajar en este nivel de atención, y que coinciden con los estudios científicos referenciados en el presente trabajo.

Desde todos los grupos de actores, los aspectos específicos de cada profesión se dan por supuestos, y se centran en el trato, el vínculo, la comunicación, la humildad. También la resiliencia, que muchas veces es personal pero que además debe ser promovida desde lo grupal, el grupo de trabajo unido y sostenedor.

El rol de la coordinación es fundamental para revertir la falta de formación: *“El gran debe es formar equipos de gestión realmente con formación en la gestión en el primer nivel, que no se parecen en nada a los equipos de gestión del 2do y 3er nivel”* expresa una gestora. Acá deberá sondearse cuáles son los grados de libertad que permitan transitar con éxito los atravesamientos del sistema económico global dentro de la Institución sanitaria y sus efectores insertos en los territorios.

¿Se encontrarán los espacios? ¿Hay voluntades? Entender cómo resolver el dilema entre procesos y resultados puede proporcionar una brecha. En varios de los relatos y opiniones de profesionales no médicos aparece una queja (que no es mala en sí; sino que es la parte que habla del Todo). Hay profesiones que aún no se sienten motivadas y esto es por falta de reconocimiento y porque observan prerrogativas en las profesiones médicas – las ya mencionadas - que no se toleran con la misma facilidad en Lic. Enfermería, Lic. En Trabajo Social, técnicos, administrativos; y que por otro lado, afectan las bases de funcionamiento del modelo.

Consideremos el peso y margen de maniobra que tiene la profesión médica. Teniendo en cuenta que la profesión médica encuentra más atractivo el ámbito hospitalario-sanatorial o de consultorio, y que el salario es mejor, se trata de un recurso escaso para el PNA.

Por otro lado, sin esa profesión la atención de la enfermedad no es posible, que es la clásica demanda de los servicios, fundamentalmente en atención de adultos mayores, y especialidades como gineco-obstetricia, pediatría y salud mental, y para la atención en la tan solicitada puerta de emergencia. Hay coincidencia en general sobre que “sin los médicos el modelo no sale”. Los médicos tienen poder y esto es estructural, son años de Historia conformando los diferentes status entre las profesiones y la distribución del poder y la riqueza.

Nuevamente nos encontramos con factores estructurales que obstaculizan la construcción de la interdisciplina y flexibilizan la efectivización de las competencias necesarias para el PNA: corporativismos, condiciones de trabajo, salarios, reconocimientos y estímulos académicos. Será un enorme desafío de los gestores crear primero sinceramente en el lugar que deberá cumplir la medicina en el PNA junto al equipo de salud y la comunidad, y encontrar las formas de motivarlos. Para ello será necesario un intenso trabajo de abogacía a nivel académico y político, el cambio de modelo de la mano de la medicina es un obstáculo de los más duros, ya que cuenta con una suerte de inmunidad/impunidad a la hora de las exigencias y sanciones.

¿Habrá que esperar que vayan egresando las nuevas camadas formadas en medicina familiar y comunitaria como una especialidad que detenta la capacidad

científico-técnica y la sensibilidad necesaria para el nivel comunitario de atención?

Si la gestión necesita simplificación y claridad, ¿cómo complejizar estructuras para salvaguardar los espacios de libertad y creatividad, sin sacrificar la eficiencia? Es absolutamente contradictoria la gestión de los recursos humanos y las acciones “enredadas”, aparentemente desordenadas, del trabajo con muchos actores que no son subordinados al centro asistencial, pero sí lo son en interdependencia, y en una forma de articulación que permita el fenómeno de la sinergia.

Esto requiere al equipo, usuarios y gestores aceptar la incertidumbre, la imprevisibilidad y la conducción colectiva de procesos sociales a partir de la emergencia de liderazgos naturales y sobre todo evitando que la medicalización invada el territorio de la vida.

Es aceptar que no hay forma de vivir que no sea en cambio continuo, en confiar en que lo constante es el cambio y que aunque haya resistencia, si se permite la entrada de nuevos actores al juego eso es lo que sucederá.

Se planteó en dos oportunidades que así como las personas, los barrios, la gente no son iguales, hay que generar condiciones tecnológicas y en recursos humanos adecuados al lugar de desempeño, ningún servicio va a ser igual, eso es verse inmerso en la realidad, enredado en la complejidad de la vida de las personas, además de los equipos básicos habrá otras disciplinas que serán necesarias en algunos barrios y en otros no tanto, entonces la organización puede ser pasar de integrar un equipo específico en el lugar, a generar mecanismos de referencia o de interconsultas o de coordinaciones con distintas Facultades o

centros educativos, sindicatos, programas de otros ministerios, viendo la complejidad racionalizada, para cumplir con la necesaria eficiencia en el uso de los escasos recursos.

Entonces, cuando hablamos de la complejidad extensiva del PNA, es a esto a lo que nos estamos refiriendo. Gran desafío, gestionar la atención, la promoción de la salud, la intervención sobre los determinantes sociales, promover procesos de transformación estructural para actuar simultáneamente sobre la determinación social, sobre el modelo de acumulación de capital. Dejar las puertas del servicio abiertas para la gente, darles poder, habilitarlos a decidir, esto es pensamiento complejo: rigor metodológico, rigor y claridad en el pensamiento y apertura a la complejidad del mundo sensorial de la vida. No todo es racionalizable. Al fin de cuentas somos humanos.

Para ello es necesario poner en evidencia dónde está la institucionalidad, cuáles son las reglas ocultas, las verdaderas reglas.¹²⁵ Cuando se empieza nuevamente a estar al servicio del mercado generar alertas para no perder el rumbo de la reforma, porque hay una tendencia a consolidar el modelo asegurador, como el viable, aunque se diga - y realmente haya intención de hacerlo - que se construye un modelo de *derecho a la salud*.

El rol formador de la evaluación.

Es posible afirmar que a pesar de los esfuerzos de capacitación señalados, el trabajo de los equipos de salud aún no ha logrado acompañar los principios del SNIS. En este sentido, uno de los obstáculos identificados en este trabajo es que persiste la dificultad en la adaptación de los sistemas evaluativos para acompañar avances en la formación del personal de la salud para el primer nivel y sobre todo no parecen haberse

¹²⁵ Loureau, Op cit.

encontrado criterios de evaluación de modalidad constructiva en relación a la capacidad científico-técnica de los profesionales que integran los equipos de salud, explícitamente orientados a estimular el trabajo integral e interdisciplinario en la práctica, manteniéndose todavía la evaluación de tipo “control y punición” con diversos intentos de cierto grado de creatividad y aún sin evidencia como para evaluar su eficacia.

Resumiendo, al no ser uniforme el conocimiento sobre los principios y características del nuevo modelo de atención a la salud, las opiniones sobre cuál es la capacidad científico-técnica necesaria en el desempeño de los profesionales que integran los equipos de salud en el PNA y cómo evaluarla, deben tomarse como aproximaciones y amerita nuevos estudios con el fin de ahondar en algunos conceptos, tal vez podría generarse mayor evidencia de tipo cuantitativa, para ganar en representatividad y posibilidad de generalización.

Conclusiones

La década de los recursos humanos en salud finaliza este año y aún queda mucho para trabajar en el cumplimiento de las metas establecidas en Toronto. Según parece nos encontramos nuevamente en una situación similar a la que surgió con la Declaración de Alma Ata de “Salud para todos en el año 2000” y que generara nuevas iniciativas para mantenerla vigente. Seguimos luchando para evitar mayor deterioro...

El fin en relación a personal de la salud es ir hacia un “producto” con perfil generalista que esté capacitado para el manejo de la problemática más prevalente para un desempeño competente, resolutivo y sensible en el primer nivel de atención a través de abordajes individuales y colectivos, con un mínimo común en la formación de todas las profesiones involucradas.

A modo de conclusiones en relación a la pregunta de investigación: “La evaluación del desempeño del equipo de salud en los servicios del primer nivel de atención en Uruguay ¿contribuye a la construcción de la capacidad científico-técnica que requiere el nuevo modelo de atención?” es posible decir que las opiniones recogidas no variaron mucho entre los profesiones ni usuarios y tampoco tomando en cuenta si apoyaban o no la reforma. Las fuentes documentales como formularios y criterios de evaluación vigentes en la IM y en la RAP Metropolitana lo confirman.

En relación a la *evaluación de la capacidad científico-técnica* y del desempeño profesional la metodología utilizada adolece de escasa explicitación, la definición de perfiles y competencias esperadas es variable y poco difundido, se realiza de forma vertical, individual, no presencial, por puntajes, a destiempo, no es formativa, y genera falta de motivación y sobreevaluación en los trabajadores.

Las variables más frecuentemente analizadas son la puntualidad, asiduidad, rendimiento, iniciativa, relacionamiento interpersonal, trabajo en equipo y cooperación, integración de redes y actividades grupales.

Sin embargo existe conciencia en relación a que la evaluación actualmente realizada no contribuye en la construcción de capacidades, sugiriéndose la necesidad de

que los propios gestores deben formarse para gestionar el PNA, y valoran el uso de las herramientas compromisos de gestión, la evaluación de procesos, los aspectos cualitativos, la evaluación de pares, la entrevista personalizada precedida de autoevaluación, el promover trabajos basados en la cooperación y evaluar la producción colectivamente. Asimismo deberán pensarse *indicadores* que midan las competencias, habilidades y destrezas específicas para el PNA en todos los profesionales del equipo de salud con el mismo nivel de exigencia, y en los que el trabajo en equipo interdisciplinario y el trabajo comunitario tengan una ponderación preponderante.

En general existe interés en la necesidad de trabajar interdisciplinariamente, sin duda, las concepciones de lo interdisciplinario divergen según las personas y profesionales.

Como *obstáculos* a la construcción del trabajo interdisciplinario se consideran los factores estructurales como el modo de producción de acumulación de capital que hace de la salud una mercancía, la división del trabajo en profesiones con poder desigual, privilegios a médicos en relación a asistencia, permanencia, trabajo integrado con todos los técnicos y profesionales.

Hay desconocimiento o falta de comprensión en cuanto a la importancia de la incorporación de los usuarios al contralor del desempeño de los técnicos. De hecho persisten dificultades comunicacionales y de interacción, y el liderazgo de los equipos aún no se define adecuadamente según la capacidad, ya que falta formación en la capacidad científico-técnica para el PNA en el nuevo modelo de atención, y los usuarios carecen aún de la formación necesaria en el nuevo modelo de atención a la salud, tienen

carencias organizativas, les fallan sus representantes ante los Organismos del Estado, y salvo excepciones no disponen de espacios de decisión en los servicios de atención.

Como *facilitadores* a la construcción de las nuevas capacidades requeridas hay conciencia en los gestores de la necesidad de mejorar los sistemas de evaluación debido a su importancia y se está trabajando en una descripción de competencias. Asimismo, a nivel de la Academia se están formando especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria cuyo desempeño habrá que evaluar más adelante ya que se percibe un cierto perfilamiento hacia el ejercicio del liderazgo en los equipos del PNA. A su vez, otras profesiones como Enfermería Profesional, Psicología y Odontología desarrollan desde hace más de una década una formación consolidada en salud comunitaria y el PNA en el nivel de grado y posgrado con oferta de maestrías y especialidades.

Por otro lado, los usuarios se han empoderado en algunos servicios del PNA y si bien el proceso es lento, se encaminan hacia un punto medio entre la co-gestión sin perder el vínculo con sus representados de las comunidades.

Del presente estudio surge que las variables e indicadores pueden mejorarse, pero que *es la metodología de evaluación el gran reto para los gestores del PNA*.

La mayoría de los entrevistados coinciden en destacar factores humanos, que involucran la ética profesional, de valores, de relacionamiento, y pocos coinciden en que soluciones de tipo de gestión traigan la solución, algunos sin embargo apuestan con esperanza a la formación. Las excepciones las constituyen algunos médicos.

Sin embargo, ¿serán los actores quienes tomen la iniciativa en una sociedad que determina conductas de acuerdo al modelo de acumulación de capital? ¿Es posible el

cambio de modelo? ¿Habrá que admitir que mientras no cambie el modo de producción en la sociedad no es posible el cambio en el modelo de salud?

¿Cómo hacer que sea revolucionario el ir contra el sistema que permea la organización del trabajo en salud? Imaginamos trabajadores de la salud vocacionales cooperando unos con otros para construir “el resultado”: una comunidad, un barrio, una ciudad, un país en el que la gente lleve una vida de calidad que habilite las condiciones para la salud.

Esa llave que puede abrir la puerta a la revolución sanitaria, ¿existe o es creable? ¿Los gestores están en condiciones de promover equipos de salud cuyos integrantes no se aferren al moldeado individualista, materialista y competitivo? Alcanza la modelización desde la gestión o hay que regresar a la lucha por las condiciones concretas de existencia? ¿Las relaciones de producción constituyen un factor tan relevante que no dan espacio al cambio de comportamiento de acuerdo a los requerimientos del cambio de modelo, ni habilita firmeza a los gestores para ejercer el rol modelizador? Parece más un deseo que una posibilidad. O un desafío ético de la Humanidad.

Apostando a lo que aún no es

Del estudio emergen dudas sobre si el desempeño de los profesionales del PNA dependerá de ajustes en la gestión como mejor evaluación o de transformaciones estructurales en el sistema capitalista. Los aspectos éticos han sido fuertemente cuestionados. Éstos involucran valores que sustentan al modelo económico dominante.

A efectos de intentar responder algunas de estas preguntas y profundizar el trabajo presente, serán necesarias nuevas aproximaciones, ampliando la población de estudio y tal vez avanzar hacia el desarrollo de instrumentos que contribuyan con los mapas de competencias, en el servicio y saliendo de los muros de la institución sanitaria, dándole una opción a la participación ciudadana.

No obstante, este trabajo puede contribuir como aporte a los gestores del PNA, a la construcción del mapa de competencias de los equipos de salud del PNA, a las organizaciones de usuarios y con fines docentes.

Tal vez pueda avanzarse junto con el Observatorio de Recursos Humanos y con la Academia en relación a las metas de Toronto, especialmente en las referentes a la formación de equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes comunitarios de salud para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad, en la referida a que al menos el 70% de los trabajadores de Atención primaria de salud¹²⁶ tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables, a que el 30% del personal de salud en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades, a que al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las *de carácter ético*, en crear mecanismos de cooperación entre las instituciones de formación y los servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de

¹²⁶ Se refiere a personal del Primer Nivel de Atención

prestación de servicios y atención de buena calidad, que contribuya a las necesidades de salud de toda la población y que el 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional¹²⁷.

Quedan estas metas sonando como un desafío a la posibilidad de creer en lo que aún no es, para que efectivamente sea.

“La utopía que se ha sostenido en Uruguay, es que es posible construir un sistema de salud equitativo en el seno de una sociedad capitalista en su fase actual de consumismo acelerado. Quizás afianzados en la idea de una acumulación histórica de ciertos intentos de construcción y de ciertos fracasos de demolición de lo que comúnmente denominamos Estado de Bienestar”

ALAMES-URUGUAY - Octubre, 2007
Citada en <http://es.scribd.com/doc/6341539/Reforma-Salud>

¹²⁷ OPS. (1999) Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 22. Especialidades médicas en América Latina: Análisis de su disponibilidad e institucionalidad en 8 países seleccionados..

Bibliografía

Aguilar MJ, Ander-Egg E. Evaluación de servicios y programas sociales. Buenos Aires: Lumen; 1994.

Ahumada Acevedo P. La evaluación en una concepción de aprendizaje significativo. [Internet]. 2001. Disponible en: http://www.euv.cl/archivos_pdf/evaluacion.pdf [consulta: 10 dic 2010].

Althousser L. Ideología y aparatos ideológicos del Estado: Freud y Lacan. Buenos Aires: Mimeo; 1969.

Ander-Egg E, Follari R. Trabajo social e interdisciplinariedad. Buenos Aires: Humanitas; 1988.

Arellano J, Hernández J. Programa de estímulos a la calidad. En: México. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. La calidad de la atención en México a través de instituciones: 12 años de experiencia. [Internet]. 2012. p. 147. http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01B.pdf [consulta: 10 dic 2013].

Ausubel DP, Novak JD, Hanesian E. Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo. 2a. ed. México: Trillas; 1983.

Barrenechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crosa S, et al. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: Facultad de Enfermería, UdelaR; 2009.

ALCUEH. Salud para todos una meta posible: pueblos movilizados y gobiernos comprometidos en un nuevo contexto global: construyendo prioridades para la investigación en APS con la Sociedad Civil. Buenos Aires: IIED-América Latina Publicaciones; 2009.

Barnett R. Los límites de la competencia: el conocimiento, la educación superior y la sociedad. Barcelona: Gedisa; 2001.

Beaumont GF. Desarrollo de competencias para brindar atención integral a la salud comunitaria. En: ALCUEH. Salud para todos una meta posible: pueblos movilizados y gobiernos comprometidos en un nuevo contexto global: construyendo prioridades para la investigación en APS con la Sociedad Civil. Buenos Aires: IIED-América Latina Publicaciones; 2009. P. 77.

Benia W y Medina G. Construcción de una red continente. APS y primer nivel en el cambio de modelo de atención en Montevideo: Uruguay. 2005 – 2009. En: Levcovitz E,

Antoniol G, Sánchez D, Fernández Galeano M, de. Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo: OPS /OMS; 2011. p. 99-132.

Blumer H. El interaccionismo simbólico, perspectiva y método. Barcelona: Hora; 1982.

Borgia F, El caso uruguayo: Reporte de un derecho tan sobreentendido como esquivo. En: Torres M, Paredes N, Moyano G, Escudero JC, Maldonado AM, Menicucci de Oliveira E. et al. Derecho a la salud Situación en países de América Latina. Montevideo: PIDHDD, ALAMES; 2005. p.219.

Borgia F, Gularte A, Gabrielzyk I, Azambuja M, Soto J, Cornero M, et al. De la invisibilidad de la situación de las policlínicas comunitarias-rurales en Uruguay a la priorización de la salud rural como política pública. Saúde Debate [Internet] 2012; 36 (94): 421-35. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=es [consulta: 10 dic 2013].

Borgia F. La salud en Uruguay: avances y desafíos por el derecho a la salud a los tres años del primer gobierno progresista. Rev Medicina Social [Internet] 2008 ; 3(2); 130-47. Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/208/410> [consulta: 10 dic 2013].

Borgia F. ¿Cambiando la herencia de los gobiernos postdictadura? Los primeros pasos... hacia la utopía concreta: la mirada puesta en la indigencia y la inequidad en salud. [tesis]. Montevideo: Facultad de Ciencias, UdelaR; 2005.

Brandes V, Giorello C. Uso de herramientas de gestión en la red de atención del primer nivel AP-ASSE.[tesis]. [Internet]. Montevideo: Facultad de Ciencias Económicas, UdelaR; 2013.Disponible en: www.ccee.edu.uy/bibliote/monografias/2013/M-CD4539.pdf [consulta: 10 dic 2013].

Breilh J. Epidemiología, economía política y salud: bases estructurales de la determinación social de la salud. 7ª. ed. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Corporación Editora Nacional; 2010.

Brito Quintana P, Campos F, Novick M. Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud 2005-2015. Disponible en: http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/58642/mod_resource/content/1/desafios-gestion-rh-esp.pdf [consulta: 11 dic 2013].

Castel R. La gestión de los riesgos: de la anti-psiquiatría al post-análisis. Barcelona: Anagrama; 1984.

Castel R. La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado. Barcelona: Paidós; 1995.

Castells M. La era de la información: economía, sociedad y cultura: el poder de la identidad. 2a. de. México: Siglo Veintiuno; 2001. vol 2.

Castells M. La era de la información: economía, sociedad y cultura: fin de milenio. 2a. de. México: Siglo Veintiuno; 2001. vol 3.

Castell Florit Serrate P. La intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.

Clark B. El sistema de educación superior: una visión comparativa de la organización académica. México: UAM; 1983.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa de garantía de la calidad y acreditación de servicios de salud. Manual de estándares para la acreditación de servicios de enfermería. Montevideo: Ediciones de Enfermería; 2000.

Cuesta Gómez A, Moreno Ruíz JA, Gutiérrez M. La calidad de la asistencia hospitalaria [s.l.]: Doyma; 1986.

Chiavenato I. Administración de los recursos humanos. 2da. ed. Bogotá: Atlas; 1997.

Dabas E (comp). Red de redes-prácticas de intervención en redes sociales. Disponible en: <http://es.slideshare.net/adultosmayoresunam/red-de-redes-prctica-de-la-intervencion-en-redes-sociales> [consulta dic 2013]

Dieguez A (coord). Elaboración y evaluación de proyectos de intervención social. En: Dieguez A (coord). Diseño y evaluación de proyectos de intervención socioeducativa y trabajo social comunitario. Buenos Aires: Espacio; 2002. p. 13-73.

Escudero J. Stakeholders Analysis. Análisis cualitativo de la calidad de la relación. Disponible en: http://www.uv.es/relieve/v9n1/RELIEVEv9n1_1.htm [consulta: 2 enero 2014]

Fletcher A, Guthrie J, Steane P, Roos G, Pike S. Mapping stakeholder perceptions for a third sector organization. En: Journal of Intellectual Capital 2003; 4(4): 505 –27.

Frota Haguette TM. Metodologías cualitativas na sociologia. Rev. Bras. Est. Pedag. 1994; 19(179,180,181): 373-94.

Galende E. De un horizonte incierto: psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual. Buenos Aires: Paidós; 1997.

Garay M, Tuzzo R, Díaz A. Emergencias emocionales: abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención. Montevideo: FEFMUR; 2006.

Giovanella L, da Rocha Bastos A, Aguilera Campos C. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciencia Saúde Coletiva* 2013; 18(1):103-14.

González P, Etchebarne L, Bozzo E, Garay M. Programación participativa en salud comunitaria: PROPAS. Montevideo: Facultad de Enfermería, UdelaR; 2005.

González Dagnino A. Calidad total en atención primaria de salud. Madrid: Días de Santos; 1994.

Granda E, (comp). La salud y la vida. Quito: ALAMES, OPS, Universidad de Cuenca; 2011. v3.

Uruguay. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Uruguay en cifras 2012. [Internet]. Montevideo: INE; 2012. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uruguayencifras2012/uruguay%20en%20cifras%202012.asp> [consulta: 10 dic 2013].

Instituto Uruguayo de Normas Técnicas. Gestión de la calidad y elementos del sistema de la calidad. Parte 2 Directrices para servicios. Montevideo: UNIT - NM - ISO 9004. Disponible en: www.unit.org.uy/normalizacion/normas/cte/ [consulta: 14 nov 2012]

Jiménez Villa J. Programación y protocolización de actividades. Barcelona: Doyma; 1990.

Loureau R. Análisis institucional. Buenos Aires: Amorrortu; 1975.

Márquez M, Rojas Ochoa F (comp). Juan César García: su pensamiento en el tiempo, 1984-2007. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública; 2007.

Malagón Londoño G, Galán Morera R, Pontón Laverde G. Garantía de calidad en salud. Bogotá: Médica Panamericana; 1999.

Mariño Navarrete H. Planeación estratégica de la calidad total. Bogotá: Tercer Mundo Editores; 1993.

Martin Zurro A, Cano Pérez J. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. 3a. ed. Barcelona: Mosby Doyma; 1995.

Mondragón H. La estrategia del imperio: todo para el capital transnacional. Integratemas 4. Bogotá: Ántropos; 2007.

Moreno E, Crivelli V, Kestelman N, Malé M, Passarell N, Schapira E, et al. Calidad de la atención primaria: aporte metodológico para su evaluación. Tucumán: Facultad de Medicina, UNT; 1997.
<http://www.fundacionaequus.com.ar/biblioteca/elsamoreno-calidadatenci%C3%B3n.pdf> [consulta: 10 dic 2013].

Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 1990.

Muñoz MJ. La reunión sub-regional de representantes y directores de centro del Cono Sur y área Andina. [Internet]. 2006. Disponible en: www.scribd.com/doc/6341539/Reforma-Salud [consulta: 29 ene 2014].

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa de Garantía de Calidad y Acreditación. Manual de estándares e indicadores para la acreditación de servicios de salud. Montevideo: Multiplicidades; 1996.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Junta Nacional de Salud. Contrato de gestión: documento de circulación interna. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy> [consulta: 10 abr 2014].

Netto C. Redes sociales, salud y participación. Un análisis crítico. En: La salud de todos: desde el proyecto a la acción. La experiencia de Montevideo. Red Nro. 5 Programa URB-AL. Montevideo: IMM/ IDH; 2003.

Novick M, Rosales C. Desafíos de la Gestión de los recursos humanos en salud 2005 – 2015. Washington: OPS; 2006.

Organización Panamericana de la Salud. Análisis de las organizaciones. Washington: OPS; 1987.

Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C, Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica [Internet] 2007; 21(2/3): 73–84. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf> [consulta: 10 dic 2013].

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector de la Salud CD 43/9, 43 Consejo Directivo, 53ª Sesión del Comité Regional. Washington: OPS/OMS; 2001.

Organización Panamericana de la Salud. La gestión del recurso humano. En: Organización Panamericana de la Salud. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington: OPS; 2001. p. 223-56.

Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington: OPS; 2008.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Llamado a la acción de Toronto: hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas 2006-2015. Ontario: OPS/OMS; 2005.

Pasos Nogueira R. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Washington: OPS; 1997. (Serie Paltex Salud y Sociedad 2000; 4).

Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. 2a. ed. Barcelona: Masson; 1989.

Uruguay. Red de Atención Primaria. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Creciendo en salud. Jornadas de Atención Primaria de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel. En prensa. 2008.

Rebellato JL. Ética de la liberación. Montevideo: Nordan-Comunidad; 2000.

Recursos humanos en salud. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org> [consulta: 2 jul 2014]

Rey-Gamero A, Acosta-Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud: una revisión de literatura. Rev Gerenc Polit Salud (Colombia) [Internet] 2013; 12(25): 28-39. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol12_n_25/espacio_abierto_1.pdf [consulta: 10 dic 2014].

Ríos G. Estrategias para el desarrollo y fortalecimiento del equipo de Atención Primaria de Salud: experiencia Uruguay [diapositiva]. [Internet].Asunción: MSP; 2009. Disponible en: http://www.paho.org/hq/documents/events/asuncion09/APS_Uruguay.pps. [consulta: 10 dic 2014].

Rodríguez D, Berengüera A, Pujol-Ribera E, Capella J, de Peray JL, Roma J. Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública. Gac Sanit [Internet] 2013; 27(5): 388-97. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000500003&lng=es [consulta: 10 dic 2013].

Rosanvallon P. La nueva cuestión social. Buenos Aires: Manantiales; 1995.

Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington: OPS; 1993. (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud; 96).

Dr. Ramón S. Salas Perea,¹ Dr. Ramón Aneiros Riba,² Dr. Alberto Hatim Ricardo³ y Dr. Rolando Rey Bravo⁴. La inspección integral a la educación y práctica médicas: un factor promotor de la calidad. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21411997000100008&script=sci_arttext [consulta: 12 oct 2009]

Samaja J. *A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.

Samaja J. Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica. 3a ed. Buenos Aires: EUDEBA; 2001.

Samaja J, Ynoub R. Todos los métodos: el método de investigación como componente de la praxis profesional. 1999. Sin publicar.

Samaja J. Pasos para una perspectiva transdisciplinaria de la ciencia. A propósito de la salud y las dimensiones de la complejidad. 1999. Sin publicar.

Samayoa C. Recursos humanos para la salud de las Américas. [Internet]. Washington: OPS/OMS; 2004. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/carrera_sanitaria/documentos/PRESENTACIONES/Recurso%20humanos%20para%20la%20Salud.dr_samayoa.%20Costa%20Rica.pdf [consulta: 10 dic 2013].

Sánchez D, Bazzani R, Gómez S, coord. *Prioridades en la investigación de la salud colectiva en América Latina*. Montevideo: Trilce; 1998.

Sobrino E. Las ideologías pedagógicas: proposiciones teóricas, un modelo de análisis y su aplicación. Buenos Aires: Humanitas; 1987.

Uruguay. Movimientos de Usuarios de la Salud Pública y Privada. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Informe: foros departamentales de salud. [Internet]. Disponible en: <http://uss.org.uy/wp-content/uploads/2011/01/forosdoc2.pdf> [consulta: 26 ene 2013].

Vásquez E. Monitoreo y evaluación de impacto de programas sociales: el caso de algunas instituciones públicas, privadas y fuentes cooperantes. En: Gerencia social: diseño, monitoreo y evaluación de proyectos sociales. Lima: Universidad del Pacífico - Centro de Investigación; 2000. p. 159.

Vuori H. El Control de calidad en los servicios sanitarios. Barcelona: Masson; 1988.

Waitzkin H. Medicine and public health at the end of empire. Boulder: Paradigm Publishers; 2011.

World Health Organization. Human resources for health: overcoming the crisis. [Internet]. 2004. Disponible en: http://www.who.int/hrh/documents/JLi_hrh_report.pdf [consulta: 10 dic 2013].

World Health Organization. Reorientation of the education and practice of health providers other than doctors, nurses and midwives. Geneva: WHO; 1997.

Uruguay. Movimientos de Usuarios de la Salud Pública y Privada. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Informe: foros departamentales de salud. [Internet]. Disponible en: <http://usss.org.uy/wp-content/uploads/2011/01/forosdoc2.pdf> [consulta: 26 ene 2013].

Muñoz MJ. La reunión sub-regional de representantes y directores de centro del Cono Sur y área Andina. [Internet]. 2006. Disponible en: www.scribd.com/doc/6341539/Reforma-Salud [consulta: 29 ene 2014].

Reseña de Anexos

1 – Pautas de entrevista

2 - Fichas de evaluación del SAS/IM; Fichas de evaluación de la RAP/ASSE

3 - Nota de aval del Centro de Posgrado

4 - Cuadro Descriptivo General