



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SERVICIOS DE SALUD**



**PROCESOS LOCALES DE CONSTRUCCIÓN DEL SNIS:
ORGANIZACIÓN E INTEGRACIÓN DE EFECTORES
PÚBLICOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SALTO,
URUGUAY, EN EL PERÍODO 2010/2015**

Autor:

Lic. Esp. Leticia Benelli Rodríguez

Tutor:

Prof. Mg. Fernando Bertolotto

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2017

Autor: Lic. Esp. Leticia Benelli Rodríguez

**“Tesis para la obtención del título de Magister en Gestión de Servicios de Salud en
el marco del Programa de la Maestría de Gestión de Servicios de Salud de la
Facultad de Enfermería de la Universidad de la República”**

Tutor: Prof. Mg. Fernando Bertolotto

Montevideo, junio 2017

AGRADECIMIENTOS

A mi amada Ernestina que con su corta edad, supo entender mis ausencias.

A mi gran amor y compañero Guillermo que siempre me alentó y apoyó.

A mis queridas, Yolanda y Marta por cuidar a mi pequeña en mis ausencias.

A mi tutor, Fernando Bertolotto, por su constante y alentador acompañamiento desde lo académico y desde lo humano.

A mis compañeras/os de trabajo, que cada uno de una u otra manera supieron ayudarme:

Didier, Andrea, Luján, Victoria, Maximiliano, Soledad, Georgina, Gonzalo, Fátima, María José, Stella, Elián y Raquel.

A todas las personas que aceptaron ser entrevistadas y participar de esta investigación, porque sin ellos, este proceso no hubiera sido posible.

RESUMEN

El tema de estudio seleccionado refiere a los procesos de organización e integración local de servicios de salud públicos, que se reconocen en la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud, política pública que se crea en artículo 741 de la ley presupuestal número 18.719 de diciembre de 2010, con el objetivo de reducir la fragmentación de los servicios de salud, organizando a los prestadores públicos de salud en una Red Integrada de Servicios de Salud.

Con el principal objetivo de: Describir y analizar la organización y el proceso de integración de los efectores públicos, para la provisión de servicios de salud, que se reconocen en la "RIEPS", del departamento de Salto, Uruguay, en el período 2010-2015.

Se realizó con un diseño cualitativo, utilizando el método comparativo constante para la construcción del análisis de la misma, que se apoyó con programa Atlas.ti 7, para la codificación, agrupación y vinculación de los datos.

A modo de conclusión final, buscando dar respuesta a la pregunta de investigación: "¿Cómo el proceso de integración y los resultados alcanzados por los servicios que se reconocen en la "RIEPS" del Departamento de Salto, contribuyen al desarrollo del modelo organizacional en RISS y a los objetivos funcionales previstos en el proyecto central de la RIEPS y del SNIS?"

Se puede aportar que la experiencia estudiada considerando los discursos de los entrevistados, tiene fortalezas humanas y de infraestructura que están encaminadas hacia los

objetivos del SNIS, con un fuerte atravesamiento del modelo tecno asistencial-médico centrado, que esculpe el accionar de cada uno de los integrantes del equipo sanitario. Y una sólida fragmentación en los microprocesos de trabajo que se desarrollan diariamente en los efectores, para prestar atención de salud a la población usuaria.

Lo que plantea la necesidad de desarrollar estrategias encaminadas a buscar transformar la micropolítica de la organización del proceso de trabajo (Merhy y Franco 2003), para verdaderamente ir transitando hacia un modelo de atención y de gestión, humanizado, integral e integrado, que tenga como eje estructurante la salud como un derecho humano fundamental.

Palabras Claves: Prestación Integrada de Atención de Salud, Coordinación entre Servicios de Salud, Funcionamiento en Red.

SUMMARY

The selected study topic refers to the processes of local organization and integration of public health services, which are grouped in the Integrated Network of Public Health Officers. This public policy is created in article 741 of budget law number 18,719 of December 2010, in order to reduce the fragmentation of health services, organizing public health providers into an Integrated Health Services Network.

The main purpose of this research was: To describe and analyze the organization and the integration process of the public effectors, for the provision of health services, recognized in RIEPS, department of Salto, Uruguay, in the period 2010-2015.

This research was carried out using a qualitative design, applying the constant comparative method for its analysis. Atlas.ti 7 was the software used to code, group and link the data.

Seeking to answer the research question: "How do the integration process and the results achieved by the services recognized in the RIEPS of the Department of Salto contribute to the development of the organizational model in RISS and to the functional objectives foreseen in the central project of the RIEPS and the SNIS?", it can be concluded that the studied experience, considering the interviewees speeches, has human and infrastructure strengths that are aimed to achieve the SNIS purposes. However it also reveals a strong

interference of the techno-centered medical care model, which shapes the actions of every health team member, and a solid fragmentation in the work's micro processes that are daily performed in the effectors to provide health care to the user population.

All this shows the need to develop strategies aimed at transforming the micro policy of the working process organization (Merhy and Franco 2003), in order to truly move towards a humanized, integral and integrated model of care and management which structural axis must be health as an essential human right.

.
Key Words: Integrated Health Care Delivery, Coordination between Health Services, Networking.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	4
SUMMARY	6
LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS	11
CAPÍTULO I	14
1. INTRODUCCIÓN	14
1.1 OBJETIVOS	31
1.1.1 Objetivo General:	31
1.1.1.2 Objetivos Específicos:	31
CAPÍTULO II	32
2. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	32
CAPÍTULO III	54
3. METODOLOGÍA	54
3.1 Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y unidades de observación.	54
3.1.1 Universo de estudio:	54
3.1.2 Selección y tamaño de la muestra	54
3.2 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos utilizados y métodos para el control de calidad de los datos.	59
3.3 Plan de análisis de los resultados	64
3.3.1 Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables:	64
3.4 Procedimientos realizados para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos	67
CAPÍTULO IV	69
4. RESULTADOS	69
4.1. Organización de los Efectores Públicos de Salud.	70
4.1.1 Organización de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud en Uruguay.	70
4.1.1.1 Procesos de construcción en la RIEPS Central en el período abril 2012 a diciembre 2014	74
	8

4.1.1.1.1 Proceso de construcción de agenda colectiva...	74
4.1.1.1.2 Proceso de construcción de Reglamento del Consejo Honorario de la RIEPS...	76
4.1.1.1.3 Proceso de construcción del Plan Estratégico de la RIEPS...	77
4.1.1.2.1 Temas en debate y disputa en la RIEPS Central en el período 2012-2014	78
4.1.1.2.1.1 Discusiones acerca del Modelo de Atención	78
4.1.1.2.1.2 Discusiones acerca del Modelo de Gestión para la RIEPS	80
4.1.1.2.1.3 Sistema de Información para la RIEPS	82
4.1.1.2.1.4 Discusiones acerca del Modelo de Financiamiento para la RIEPS	83
4.1.1.2 Productos generados en el proceso de desarrollo de la RIEPS Central período 2012-2014	84
4.1.2 Organización de los Efectores Públicos de Salud de Salto.	87
4.2 Los Usuarios	97
4.2.1 Consecuencias sobre el Usuario de los servicios de Salud	106
4.3 Primer Nivel de Atención	106
4.4 Coordinación entre efectores públicos de Salud de Salto	109
4.4.1 ¿Coordinación INTER niveles?:	109
4.4.1.1 Referencia y Contrareferencia INTER niveles	115
4.4.2 Coordinación INTRA primer nivel de atención	119
4.4.3 Algunas barreras para la Coordinación	120
4.5 Gestión en los efectores públicos de Salud de Salto	122
4.5.1 Gobierno Servicios de Salud Público Departamental.	122
4.5.2 Estilos de gestión a nivel estratégico en Red de Atención Primaria de Salud de ASSE	124
4.3.1.1 Dispositivos utilizados por equipo de gestión de la RAP de ASSE en el período 2010/2015	128
4.5.3 Gestión operativa en la RAP	131
4.5.3.1 Gestión de sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico en efectores públicos de Salud de Salto	132
4.5.3.1.1 Gestión de sistema de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre: Acceso a la paraclínica por parte de los usuarios.	133
4.5.3.1.2 Gestión entre RAP y farmacia:	137
4.5.3.1.3 Sistema Agenda Electrónica en la RAP de ASSE	140
4.5.3.1.4 Historia Clínica en efectores públicos de Salto	141
4.5.2.1.4.1 Sistema Informático de Escritorio Médico Basado en la Red Asistencial	144

4.5.4 Gestión del Recurso Humano	146
4.5.5 Algunos logros de la gestión 2010-2015 en la RAP	153
4.6 Financiamiento entre efectores públicos	154
CAPÍTULO V	158
5. DISCUSIÓN	158
5.1 Organización de los efectores Públicos de Salud	158
5.2 Los Usuarios	160
5.3 Primer Nivel de Atención	164
5.4 ¿Coordinación entre Efectores Públicos de Salud de Salto?	166
5.5 Gestión en los efectores públicos de Salud de Salto	171
5.6 Financiamiento entre efectores públicos	186
CAPÍTULO VI	189
6. CONCLUSIONES	189
CAPÍTULO VII	194
7. REFERENCIAS	194
CAPÍTULO VIII	200
8. NOTAS AL FINAL	200
CAPÍTULO IX	213
9. ANEXOS	213
9.1 ANEXO 1	213
PAUTAS DE ENTREVISTA	213
9.2 ANEXO 2.	236
HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACIÓN DENOMINADA:	236
9.3 ANEXO 3.	240
CONSENTIMIENTO INFORMADO	240
9.4 ANEXO 4	242
EJEMPLO DE REGLAS DE TRANSCRIPCION	242
9.5 ANEXO 5	249
AUTORIZACIÓN COMITÉ DE ÉTICA	249

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AB: Atención Básica

AE: Atención Especializada

APS: Atención Primaria de Salud

ASS: Análisis Situación Servicios de Salud

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

BSE: Banco de Seguros del Estado

CAHD: Consejo Asesor Honorario Departamental

CASIM: Centro de Atención Sanitario de Interior y Montevideo

CASMU: Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay

CASS: Centro Asuntos Sociales Salto

CCVU: Centro Cardiovascular Universitario

CDH: Consejo Directivo Honorario

CHLCC: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer

COGRUMECA: Cooperativa Grupo Médico de Canelones

CTI: Centro de Tratamiento Intensivo

CTT: Composición Técnica del Trabajo

CUDIM: Centro Uruguayo de Imagenología Molecular

DIGESNIS: Dirección General Sistema Nacional Integrado de Salud

DNSFFAA: Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas

DNSP: Dirección Nacional de Sanidad Policial

ETAF: Equipo Técnico Asistencia Familiar

FEMI: Federación Médica del Interior

GC: Gestor Central

GD: Gestor Departamental

HC: Historia Clínica

HCUD: Historia Clínica Única Digital

HIV: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

HRS: Hospital Regional Salto

IMAE: Instituto de Medicina Altamente Especializada

JUDESA: Junta Departamental de Salud LE: Licenciadas en Enfermería

MCC: Método Comparativo Constante

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social

MNUSPYP: Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAD: Profesionales de Atención Domiciliaria

PE: Plan Estratégico

R/C: Referencia y Contrareferencia

RAP: Red de Atención Primaria de Salud

RAS: Red de Atención a la Salud

RIEPS: Red Integrada de Efectores Públicos de Salud

RISS: Red Integrada de Servicios de Salud

RISS-R: Red Integrada de Servicios de Salud Regional

RRHH: Recursos Humanos

SAYSS: Servicios Asistenciales y Sociales de Salto

SIEMBRA: Sistema Informático de Escritorio Médico Basado en la Red Asistencial

SÍFILIS: Enfermedad Infecciosa de Transmisión Sexual

SINFORIEPS: Sistema de Información RIEPS

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

SSS: Situación Servicios de Salud

SUS: Sistema Único de Salud

TICS: Tecnología de la Información y la Comunicación en Salud

TM: Trabajo Muerto

TV: Trabajo Vivo

UBA: Unidad Básica Asistencial

UCC: Uruguay Crece Contigo

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La reforma sanitaria implementada en Uruguay a partir de la creación del SNIS, ha tenido una definición muy fuerte desde la norma, para hacer una transformación del modelo de atención a la salud, con centralidad en las necesidades de salud de la población, la que es conceptualizada como un derecho humano fundamental. Lo que generó el planteamiento a nivel de la principal ley de reforma y muchas de las subsiguientes, de transitar hacia una organización de los servicios de salud, basada en el funcionamiento en Red, como estrategia para contribuir a superar la fragmentación existente.

Lo que sustenta la creación de la RIEPS como una política pública, en el marco del SNIS (Ley 18.211, 2007), con el objetivo de reducir la fragmentación de los servicios de salud, organizando a los principales prestadores públicos de salud en una Red Integrada de Servicios de Salud (Ley 18719, 2010).

El tema de estudio seleccionado refiere a los procesos de integración local de servicios de salud públicos en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), iniciados en el año 2007 en el marco de la reforma del sistema de salud (Ley 18.211) y de su organización en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) según modelo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010).

Considerando el contexto de distribución nacional desigual de los servicios públicos integrados a la RIEPS, que la comprensión de los efectos de estos procesos es una tarea de interés siempre vigente y que el estudio de esta experiencia puede contribuir a mejorar el desempeño de los servicios públicos de salud, son los elementos que fundamentan el interés particular de esta propuesta.

Investigación propone describir y analizar la organización y el proceso de integración de los efectores públicos, para la provisión de servicios de salud, agrupados en RIEPS, del departamento de Salto, Uruguay, en el período 2010-2015, con la finalidad de responder a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo el proceso de integración y los resultados alcanzados por los servicios de la RIEPS del Departamento de Salto, responden al modelo organizacional y a los objetivos funcionales previstos en el proyecto central y por el SNIS?

Durante la etapa de recolección de datos a nivel departamental, los actores seleccionados no mostraron sorpresa ante el objeto de investigación y existieron relatos que hablaban de esta política como naturalizada para ellos. Lo que se opuso a el discurso del gestor central, que manifestó que la RIEPS en el período que el la coordinó, fue construida y pensada para desarrollarse en Montevideo, para la que plantearon como un plan piloto en la zona Metropolitana para generar su expresión territorial. Lo que deja en evidencia que estaba estudiando un objeto, “RIEPS de Salto”, que no tenía una existencia orgánica con la RIEPS central, pero que por las declaraciones de los entrevistados locales, sí tenía una expresión territorial a través de sus prácticas cotidianas.

Motivo por el cual la pregunta de investigación evolucionó a partir del momento en que se

clarificó el estatuto original de la experiencia en Salto. A partir de este momento, la pregunta sería: "¿Cómo el proceso de integración y los resultados alcanzados por los servicios que se reconocen en la "RIEPS" del Departamento de Salto, contribuyen al desarrollo del modelo organizacional en RISS y a los objetivos funcionales previstos en el proyecto central de la RIEPS y del SNIS?"

En la bibliografía revisada queda en evidencia que a pesar de las distintas estrategias implementadas por los diferentes países de la región de las Américas, la fragmentación en el funcionamiento de los servicios de salud se continúa manteniendo.

Los que han señalado como principales causas de la fragmentación las siguientes: - Segmentación institucional del sistema de salud; - Descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención; - Separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas; - Modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria; - Debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria; - Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos; - Deficiencias en la definición de roles, nivel de competencias, mecanismos de contratación y disparidades en los salarios del personal de salud; - Multiplicidad de instituciones pagadoras y de mecanismos de pago de servicios; - Conductas de la población y de los proveedores de servicios que son contrarias a la integración; - Trabas jurídicas y administrativas; y - Prácticas de financiamiento de algunos organismos de cooperación/donantes internacionales que promueven los programas verticales. (OPS, 2010, p. 7)

Algunas de las dificultades que coinciden con García, Tavares y Duarte (2014), sobre las que plantean posibles estrategias para poder superarlas, los que revelan que:

Gran parte de las dificultades y limitaciones evidenciadas están relacionadas con la organización de los procesos de trabajo, la gestión y la capacidad instalada. En este sentido, el sector salud tiene como actuar en la mejora de estas cuestiones, pues posee el conocimiento técnico para superar varios de los obstáculos señalados en el estudio, pero depende de la disponibilidad de recursos financieros y apoyo político para implementar los cambios organizativos necesarios. Las inversiones relativamente simples en capacitación y cualificación profesional pueden propiciar transformaciones hacia un servicio más universal, integral y equitativo. (p.2186)

Y en la investigación realizada en el marco de Doctorado en Enfermería denominada: Grado de Integración de la Atención Primaria a la Salud en la Red de Servicios de Salud en Municipio de Pequeño Porte-Belo Horizonte/Brasil, incorporan otras causas de fragmentación, afirmando que:

El grado de integración de la APS (Atención Primaria en Salud) en la RAS (Red de Atención a la Salud) en el municipio de pequeño Porte estudiado fue evaluado como incipiente. La fragmentación revelada estuvo relacionada con los problemas que afectaron el fortalecimiento de la coordinación del cuidado en el primer nivel de atención, la escasa

organización de los flujos para la atención a la salud en los diferentes niveles de atención, la fragilidad de los instrumentos de integración y las barreras que limitan el acceso a los servicios especializados. (Rodrigues, 2015, p.88)

En investigación llamada: Estrategias de coordinación de cuidados: Fortalecimiento de la atención primaria a la salud e Integración entre niveles asistenciales en grandes centros urbanos de Río Janeiro/Brasil, se identifican algunas iniciativas que colaboran con la integración y plantean desafíos a superar.

Las iniciativas más exitosas fueron aquellas que buscaron ampliar la accesibilidad, consolidar la función de puerta de entrada, aumentar su capacidad resolutoria y articular medidas de salud pública, vigilancia y asistencia (...). Sin embargo, la ausencia de regulación y de flujos formales para la atención hospitalaria hace incompleto el proceso de integración de la red. La casi ausencia de contra-referencia también minimiza las posibilidades de coordinación de los cuidados por el equipo de APS. La necesidad de establecer objetivos comunes, de modo que el cuidado en salud tenga el usuario como centro y sea organizado de acuerdo con sus expectativas personales y necesidades en salud, componentes del atributo de la coordinación, apunta algunos caminos para la construcción de un Sistema Único de Salud más equitativa, de mejor calidad y orientado a las necesidades de salud de la población. (Fidelis de Almeida, 2010, p: vii-viii)

El artículo titulado: Redes de atención a la salud: contextualizando el debate, que tuvo como objetivo buscar referencias en la literatura y la experiencia internacional que puedan

contribuir al debate de la constitución de redes en el SUS, afirma que:

En los sistemas nacionales de salud operan redes con poblaciones definidas geográficamente por qué la salud es entendida como bien público y el sistema es universal y equitativo. Las redes son el instrumento de garantía del derecho, ampliando el acceso y disminuyendo las desigualdades. La regionalización y la constitución de redes se entienden en sus dimensiones técnica y política. Al mismo tiempo que son la única forma de garantizar el acceso a la atención integral de forma igualitaria, implican disputas de poder y requieren decisiones de política pública que ciertamente hieren intereses. La región es institucionalizada y tiene mando único, por que, sin institucionalidad, no es posible garantizar el derecho y, sin mando único, no es posible cobrar la responsabilidad sanitaria. (Kuschnir y Chorny, 2010, p. 2314)

La investigación que estudió el acceso a Hospitales Regionales de Urgencia y Emergencia: considerando la voz de los usuarios para el itinerario y los obstáculos a los servicios de salud, en Zona da Mata, Agreste y Sertão de Brasil, realizada por Santos, Freese y Felisberto (2013), afirma que:

Los resultados revelan un escenario en que el hospital permanece como eje central de la asistencia a la salud, indicando la necesidad de fortalecimiento de la red de salud integral, con miras a la reducción de las inequidades sociales en el ámbito regional. (p.345)

Otro estudio de caso cualitativo que tuvo el objetivo de analizar cómo se organiza el sistema de salud, desde la perspectiva de los profesionales de atención domiciliaria (PAD), identificando las dificultades y las oportunidades para articular con otros servicios sanitarios, revela que:

(...) para la efectividad, integración, articulación y funcionamiento de la RAS se hace necesaria la superación del actual modelo de atención a la salud en el SUS. Así, la lógica de organizaciones jerárquicas rígidas debe ser sustituida por redes estructuradas en tesis flexibles y abiertas de compartimentos e interdependencias en objetivos, informaciones, compromisos y resultados. (Andrade et al, 2013, p.113)

Además, fue posible conocer las dificultades y oportunidades que permean la construcción de un trabajo en red. Entre las dificultades se destaca principalmente el desconocimiento predominante del papel del PAD, demostrando la necesidad de superación de la actuación fragmentada en el ámbito del sistema de salud. Es importante resaltar la necesidad de construcción y divulgación de saberes acerca de las actividades desarrolladas y que pueden ser implementadas por los profesionales del PAD. En lo que se refiere a las posibilidades de avances de la red de atención se ha revelado en este estudio la articulación efectiva del PAD con la APS, pero con necesidad de mejora en los requisitos de capacitación y compartir información para alcanzar una real actuación en red. (Andrade et al, 2013, p.116-117)

Investigaciones del último quinquenio reafirman lo planteado por OPS (2010), que las reformas sectoriales de los años ochenta y noventa no consideraron las características propias de cada país, sino que más bien tendieron a adoptar modelos estandarizados y centrados en cambios financieros y de gestión, en la desregulación del mercado laboral, la descentralización, y la promoción de la competencia entre los distintos proveedores y aseguradoras de la salud. Estas reformas tampoco promovieron la indispensable

articulación y sinergia de las funciones de los sistemas, con lo cual se descuidaron sus complejas interrelaciones y se aumentó la fragmentación de los servicios de salud. En los últimos años, se ha observado una tendencia a abandonar la competencia e introducir políticas que favorezcan la colaboración entre los proveedores de salud como una forma de mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención de salud.(...) A pesar de los esfuerzos en algunos países, los mecanismos e incentivos para promover la integración clínica y el desarrollo de redes integradas todavía están poco desarrollados, y necesitan ser considerados en los desarrollos futuros de los sistemas de salud”. (OPS, 2010, p.25-28).

Lo que es reforzado por investigación realizada por Magalhães y Pinto (2014), que plantean que en el caso en estudio, en el marco del SUS:

En primer lugar, hemos visto que, por un lado, la AB (Atención Básica) es la principal puerta de entrada del sistema, pero, por otro, necesita todavía ser organizada, preparada y empoderada para convertirse en la principal ordenadora. El acceso a la RAS (Red de Atención a la Salud) y para tener condiciones, tanto de gestionar el cuidado del usuario atendido exclusivamente por ella y de asumir un papel más importante en la coordinación del cuidado cuando el usuario recorre la RAS. Reforzamos que nuestra comprensión de que el sistema debe ser acogedor y responsabilizarse por la coordinación del cuidado del usuario exige que cada servicio deba organizarse y articularse para ello, aunque el papel de la AB en este contexto deba ser destacado según lo debatido arriba. En segundo lugar, como consecuencia de la observación anterior, es necesario que la política de AE

(Atención Especializada) sea cualificada no sólo en términos de ampliación y optimización de oferta, sino también en lo que se refiere a su modelo de cuidado y de relación en red. Que se implementen dispositivos tales como: territorialización y regionalización, referencia y apoyo matricial a las UBS (Unidades Básicas de Salud) vinculadas, decisión y gestión compartida con la AB de flujos, criterios y modos de cuidar, comunicación, información y regulación compartida, equipos encargados de analizar, monitorear y gestionar el acceso, la calidad y la continuidad del cuidado en AE - en especial, de usuarios con alto riesgo y necesidad de cuidado continuado -, con la asignación de transferir el vínculo a las AB siempre que sea posible y mejor para el usuario. (...) para la AB avanzar en los atributos necesarios, es preciso, además de contar con todo lo que se ha dicho, tener AB movilizadas, motivadas, con capacidad de realizar y gestionar esos, en la micropolítica (MERHY, 2002) cotidiana del proceso de trabajo de cada uno de esos servicios. Por último, no son pocos los estudios que perciben y refuerzan el papel cada vez más importante de los usuarios que vienen responsabilizándose e intentando coordinar su propio cuidado, haciendo elecciones entre servicios, construyendo pactos y compartiendo informaciones con diferentes profesionales, cambiando flujos y dibujando caminos en las redes. Así, pensar en la coordinación del cuidado, cada vez más, significa invertir en la autonomía de los usuarios; tener equipos que tengan, el diálogo, el hacer pedagógico y la co responsabilización por el proceso de cuidado, como elementos centrales de su actuación. Y todo ello sin perder el compromiso de que cada equipo, servicio y sistema tiene que buscar ser el más responsable posible por la coordinación del cuidado del usuario, aunque se invierta en su autonomía, esa coordinación debe ser compartida entre equipos, servicios

y usuarios / profesionales. (p. 25-26)

La descripción realizada anteriormente de la situación de los sistemas sanitarios de América Latina, es similar a la de Uruguay también, país que tiene algunas de las siguientes características sociodemográficas y epidemiológicas, que generan una necesidad imprescindible de superar la fragmentación entre los servicios, para poder responder a las mismas con una prestación continua y de calidad.

El aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población Uruguaya, los cambios demográficos que inciden fuertemente sobre el perfil epidemiológico de la población, y por ende en la demanda de los servicios de salud. Lo que ha conllevado a un aumento de las patologías crónicas y de la comorbilidad que desafía la capacidad de respuesta de los servicios actuales, lo que requiere una mayor integración entre el cuidado del primer nivel de atención, con el segundo y tercer nivel de atención. Coexistiendo problemas asociados de pobreza y exclusión social (ej. Enfermedades contagiosas y la malnutrición), al mismo tiempo que enfrentan nuevos desafíos tales como el VIH/SIDA, estilos de vida poco saludables, y el incremento de la violencia, accidentes y problemas mentales (OPS, 2010).

Este perfil epidemiológico del país y los determinantes sociales que afectan la salud de la población, representan un conjunto de componentes a los cuales debe responder el proceso de Reforma y consolidación del SNIS. Por ello se ha definido a las RISS como una política pública, desarrollan la RIEPS, así como las RISS-R de ASSE y el modelo de complementación público-privado, basados en una lógica de funcionamiento en red, se

espera puedan constituirse en elementos contributivos a generar las respuestas a éstos desafíos. Uno de los problemas a superar es la fragmentación de los servicios y programas, que a pesar del proceso de reforma mantenido en el país desde 2007, aún persisten, siendo necesario superar la lógica de funcionamiento aislado y desarticulado, para poder brindar respuestas a la realidad demográfica y epidemiológica del país. Estas problemáticas complejas con un enclave en los determinantes sociales exigen implementar y consolidar un modelo de atención innovador en una lógica de redes basadas en la Atención Primaria en Salud, centrada en la territorialidad, longitudinalidad, accesibilidad, integralidad, continuidad y con un enfoque de derechos.

La reforma de la salud en Uruguay ha logrado disminuir la segmentación del sistema basándose en un modelo de financiamiento que asegura el acceso a los servicios de salud independientemente del poder adquisitivo de las personas. Ha dado pasos fundamentales en la ampliación de la cobertura mejorando la accesibilidad a los servicios. En muchos análisis del proceso de reforma del sector salud y de la implantación del SNIS señalan que el componente en el que se registran menores avances, es en el cambio de modelo de atención según Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE, 2014).

Actualmente el desafío del sistema y de los prestadores que lo integran es avanzar en la construcción de un modelo que mejore la integralidad, continuidad y calidad asistencial y superar la fragmentación, entendida como la “coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial” (OPS, 2010, p.66), que es un problema que preocupa a todos los países de la región y se manifiesta como la falta de

coordinación de los servicios, duplicación de recursos en algunos casos y vacíos en otros, prestaciones asistenciales en el lugar menos indicado, percepción del usuario de falta de continuidad en su atención y escasa congruencia entre profesionales y servicios. La experiencia internacional indica que la fragmentación de los servicios genera dificultades en el acceso, baja calidad de los servicios, uso ineficiente de recursos, aumento de los costos e insatisfacción de los usuarios (OPS, 2010).

En el proceso de elaboración del Plan Estratégico de ASSE llevado adelante en 2011, en el cual participaron más de 100 integrantes de los niveles de dirección y gestión de la institución, se planteó que a pesar de los importantes avances obtenidos, persistían dificultades de articulación y coordinación de la atención. A continuación se detallan varios aspectos estructurales y culturales presentes en ASSE, que se valoran pertinentes presentar aquí ya que éste es el principal prestador público, de mayor cobertura en el país y además que tiene el rol de coordinar la prestación de asistencia entre los integrantes de las RIEPS.

Identificándose la existencia de:

- Un modelo de atención centrado en el abordaje de la patología aguda con un enfoque biologicista e individual, que se desarrolla fundamentalmente en el ámbito hospitalario basado en la hiperespecialización médica. (ASSE, 2014, p.52).

Aspecto que concuerda con lo expresado en investigación realizada en el marco del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, en el que autora plantea que:

El SUS, de la forma como está estructurado, se muestra hoy más preparado para el manejo clínico de las condiciones agudas presentes en ese cuadro de necesidades que

para el manejo clínico de las condiciones crónicas, ya que ello se constituye en un proceso que implica el desarrollo de prácticas de autocuidado, enfoques multiprofesionales y garantía de continuidad asistencial, lo que sólo puede obtenerse a través de sistemas integrados. (Lavras, 2011, p. 871)

- Dificultades en la organización y coordinación de la atención a la salud. Su dimensión, su extensión y dispersión geográfica son importantes fortalezas de la institución, pero, dada la escasa coordinación y planificación de desarrollo conjunto de sus unidades asistenciales, se produce superposición de servicios en algunas regiones del país y carencia en otras, lo que genera fragmentación e inequidad en la atención a la salud de sus usuarios. (ASSE, 2014, p.52).

Concordando con apreciaciones realizados en una investigación a nivel país, en la cual Sollazzo y Berterretche (2011) afirman que:

Se han definido acciones que apuntan a superar la segmentación del sistema y la fragmentación de los cuidados. Sin embargo a nivel operativo la segmentación presente antes del SNIS, así como el bajo nivel de coordinación de los cuidados no se han modificado aún. Esto se relaciona con la capacidad de gestión y factores organizacionales. La falta de recursos humanos adecuados para la implementación de la estrategia de APS, se identifica como factor relevante. (p.2829)

- Cultura burocrática con escasa definición de procesos internos y alta dependencia del **nivel**

central para resolver los temas asistenciales y administrativos, generan lentitud e ineficiencia. (ASSE, 2014, p.52). Es necesario transitar un camino para ir superando esas dificultades, porque según Apollonia (2014):

(...) es imprescindible la mayor autonomía posible a nivel local para que se realicen acuerdos de integración sustentables, así lo demuestra la historia que aquí se relata, pero con todo el apoyo del nivel central que sea necesario para legitimar y controlar la experiencia. (p.97)

- Escasos mecanismos de desarrollo, motivación y gestión de los recursos humanos. (ASSE, 2014, p.52).

Problemática que tiene semejanza con la encontrada en la siguiente investigación en el marco del SUS.

Entre los desafíos abordados, se destacan los relacionados a la insuficiencia de recursos derivados del bajo financiamiento público, a los procesos de formación y educación y sus reflejos en la disponibilidad de los profesionales para el sistema público y las dificultades inherentes a la descentralización de acciones y servicios de salud. El artículo concluye que, además de esfuerzos para enfrentar estos desafíos, la organización de redes regionalizadas e integradas en el SUS depende de perfeccionamiento en la gestión intergubernamental en las regiones de salud para calificar la asunción de responsabilidades entre las esferas de gobierno y de calificación de la atención primaria a la Salud para coordinar el cuidado y ordenar su continuidad en los otros niveles del sistema. (Fernández, 2011, p: 2753)

Para lo cual es pertinente considerar una de las lecciones aprendidas en la investigación realizada sobre el Sistema Sanitario Uruguayo, en Young, en que Apollonia (2014) afirma que:

(...) debe ocupar un lugar primordial la comunicación y la participación de los trabajadores de la salud de las organizaciones que se integran, a los efectos de que estos puedan participar del proceso, realizar sus aportes y alinearse con los objetivos estratégicos que se buscan alcanzar. (p.97)

- Distribución del presupuesto por gasto histórico (ASSE, 2014, p.52).

Sin duda que el trabajo colaborativo en lógica de red, la descentralización, el desarrollo de herramientas profesionales de gestión, la participación de actores sociales en la construcción de los servicios, entre otros, enfrentan a ASSE a una cantidad de interrogantes y a un largo proceso de cambios por emprender. (ASSE, 2014, p.52).

Entre esos cambios y desafíos que se plantea ASSE emprender hay que considerar los aportes de Lavras (2011) que afirma que:

Estas iniciativas, apoyadas en la APS, deben necesariamente contemplar: la adecuación de la infraestructura física y tecnológica de las unidades de salud ya existentes; la construcción de nuevas unidades donde sea necesario; la implantación de mecanismos de valorización y programas de desarrollo de sus profesionales; el perfeccionamiento del proceso gerencial en todas las unidades básicas de salud existentes; la implantación de protocolos clínicos consensuados con las demás unidades componentes de RAS y la incorporación permanente de dispositivos

relacionados a la gestión del cuidado en salud, con miras a favorecer la integración de las prácticas profesionales y garantizar la continuidad asistencial. (p.872-873)

En búsqueda de superar esos desafíos es que el SNIS se plantea un conjunto de principios rectores, entre los que se destacan: -Promoción de salud / Orientación preventiva e integral, -Intersectorialidad, -Cobertura universal, -Equidad, continuidad y oportunidad de prestaciones. Calidad de atención, -Respeto a derechos, -Participación social de trabajadores y usuarios, -Solidaridad en el financiamiento.

Y en el capítulo IV hace referencia a la RED de Atención en Salud planteando que el SNIS se organizará en REDES por niveles de atención, en base a la estrategia de APS y con prioridad en el Primer Nivel de Atención (Ley 18211, 2007).

Una de las estrategias adoptadas por el directorio de ASSE en diciembre de 2012, para contribuir a dar cumplimiento a los principios del Sistema, fue la creación del proyecto de Red Integrada de Servicios de Salud de base Regional (RISS-R), propuesta que plantea un cambio profundo en la organización de los servicios de la institución. Se enmarca en una política de gobierno nacional que impulsa la regionalización y la descentralización del estado como forma de potenciar el desarrollo equitativo del país y la eficiencia en el uso de los recursos. Ofrece una estrategia para operativizar el cambio de modelo de atención basado en los valores y principios de atención primaria y superar la fragmentación de la atención (ASSE, 2014).

Otra propuesta a nivel país encaminada a contribuir en la disminución de la fragmentación

de los servicios de salud y para dar cumplimiento al artículo 741 de la ley 18719, promulgada en diciembre de 2010 crea la RIEPS, en la cual se define la integración, la constitución de un consejo honorario y los cometidos de la misma, que tendrá que elaborar un plan estratégico y un reglamento, contando con un presupuesto propio, a partir de 2011. Con la finalidad de coordinar los diferentes servicios a intercambiar y programas a desarrollar entre los prestadores estatales que la integran, procurando alcanzar los máximos niveles de accesibilidad, calidad y eficiencia, evitando superposiciones y/o duplicaciones. Se formalizó así un marco normativo para crear una nueva institucionalidad en el ámbito del Sistema Nacional Integrado de Salud, y generar una herramienta operativa para dar cumplimiento al artículo 4° literal B de la Ley 18.161 de 2007 que crea el Servicio Descentralizado ASSE y le asigna la competencia de la coordinación de los demás organismos del Estado que presten servicios de salud. Como lo define la ley de creación de las RIEPS uno de los cometidos del Consejo Directivo de la misma es elaborar un Plan Estratégico (PE). Ese proceso se inició en abril de 2013, con la participación de las más altas autoridades de las instituciones que integran las RIEPS para profundizar en la articulación entre las instituciones y diseñar y ejecutar el PE 2014-2020, que permita profundizar una dinámica de redes, superar la fragmentación entre sus instituciones y ámbitos de atención, asegurando la integralidad y continuidad de la atención (RIEPS, 2014).

Experiencia que este estudio pretende describir y analizar, con el énfasis de su expresión en el departamento de Salto.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo General:

Describir y analizar la organización y el proceso de integración de los efectores públicos, para la provisión de servicios de salud, que se reconocen en la “RIEPS”, del departamento de Salto, Uruguay, en el período 2010-2015.

1.1.1.2 Objetivos Específicos:

1.1.1.2.1 Identificar las características claves de la organización y del proceso de integración de los efectores públicos de Salto, durante el período 2010-2015.

1.1.1.2.2 Conocer la apreciación de los principales actores de los efectores públicos de Salto, que se reconocen en la “RIEPS” de Salto, en cuanto al proceso de integración conseguido en el marco de esta organización.

1.1.1.2.3 Apreciar la contribución en la provisión de servicios de salud de los efectores públicos del departamento de Salto, que se reconocen en la “RIEPS”, al proyecto de organización del SNIS en redes.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

El enfoque de redes solo prospera cuando se supera la idea de los servicios compitiendo entre sí, para comenzar a promover su cooperación.

(Tobar-Anigstein)

En el marco de esta lógica de funcionar en red, una de las decisiones adoptadas, en Uruguay fue crear la RIEPS, como una red de redes, que nuclea a todos los efectores estatales que prestan servicios de salud, en búsqueda de complementación y cooperación entre ellos, para evitar la superposición, para mejorar la continuidad y calidad de la atención dirigida a la población con cobertura pública.

La creación de la RIEPS en el marco del SNIS (Ley 18.211, 2007), responde al objetivo de reducción de la fragmentación de servicios de salud, organizando a los principales prestadores públicos de salud en una RISS (Ley 18719, 2010).

El nivel de investigación y evidencias en materia de integración de servicios de salud es todavía limitado, particularmente en los países de bajos y medianos ingresos. No obstante lo anterior, diversos estudios sugieren que las RISS pudieran mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial; mejorar la

eficiencia global del sistema; evitar la duplicación de infraestructura y servicios; disminuir los costos de producción; y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas. (OPS, 2010, p. 33)

En este estudio se han seleccionado tres referenciales teóricos sobre el funcionamiento en red, considerando el Modelo de RISS de OPS, ya que es el que la RIEPS ha elegido, Tobar & Anigstein por ser autores Latinoamericanos, con los que se comparten muchas de las barreras y debilidades en la atención a la salud, además por la actualidad del libro que data de 2013. Y Mario Rovere que ha publicado la tercera edición en 2016 de su libro: Redes en Salud, el que tiene un enfoque de teoría-práctica-reflexión, que intenta en un Rosario de encuentros, ir recreando los distintos niveles de construcción en red, para que los equipos sanitarios se sensibilicen y se animen a construir colectivamente esta forma de funcionamiento.

Tobar y Anigstein (2013) afirman que existen 10 elementos claves para organizar y hacer funcionar una red de servicios de salud, muy similares a los planteados por OPS. Pero ninguno de ellos plantea como lograr alcanzar a funcionar en red, lo que significa un salto cualitativo muy grande, porque implica cambiar el modelo organizacional y el modelo de atención a la salud. Los que son construidos por cada uno de los integrantes de los equipos sanitarios y de los usuarios del Sistema de Salud. Lo que requiere pasar de una organización jerárquica a una heterárquica, monárquica a poliárquica, piramidal a multinivel, de competencia a colaboración, cooperación y asociación. De posicionamientos lineales, simplistas a posicionamientos complejos, heterogéneos y colectivos. Implica hacer un giro sustancial en el modelo de atención a la salud, del hospital como centro a un modelo

metacéntrico donde el foco no está adentro de los servicios sino afuera, de enfocarse en la atención de las enfermedades a centrarnos en la promoción de la salud y las necesidades de las personas. La prioridad en esta propuesta es construir y mantener vínculos solidarios entre quienes integran la red. Considerando la atención a la salud como un derecho humano fundamental, donde el eje estructurante de la misma son las necesidades de salud de la población.

Concepto que Cecilio (2006) analiza considerando dos de las contribuciones de Stotz (1991), una, es que las necesidades de salud son sociales e históricamente determinadas/construidas, sólo pueden ser captadas y trabajadas en su dimensión individual. Y la otra contribución es la exigencia de adoptar alguna taxonomía de necesidades de salud, como un concepto normativo que pueda ser descripto y operacionalizado. Cecilio y Mastumoto (1999), plantean una taxonomía organizada en cuatro grandes conjuntos de necesidades:

- 1- Buenas condiciones de vida que pueden ser entendidas tanto en el sentido más funcionalista, que enfatiza los factores del "ambiente", "externos", que determinan el proceso salud-enfermedad (Leavell y Clark son paradigmáticos con su Historia Natural de la Enfermedad), como en las formulaciones de autores de extracción (Berlinguer, Castellanos, Laurell y Breilh, por ejemplo) que enfatizan los diferentes lugares ocupados por los hombres y mujeres en el proceso productivo en las sociedades capitalistas como las explicaciones más importantes para los modos de enfermar y morir.
- 2- Necesidad de tener acceso y poder consumir toda tecnología de salud capaz de mejorar y prolongar la vida. La re conceptualización necesaria, aquí, es partiendo de

los conceptos de tecnologías leves, leve-duras y duras (Merhy, 1997) abandonar cualquier pretensión de jerarquizar estas tecnologías, cuestionando así la idea prevalente de que las tecnologías duras, aquellas basadas en la producción de procedimientos dependientes de equipo serían más "complejas" y aquellas más relacionales, del tipo leve, serían menos "complejas". Con la idea de que el valor de uso (Campos, 1992) que asume cada tecnología de salud es siempre definida a partir de la necesidad de cada persona, en cada singular momento que vive.

- 3- Necesidad insustituible de creación de vínculos efectivos entre cada usuario y un equipo y / o un profesional. Vínculo como referencia y relación de confianza, algo así como el rostro del "sistema" de salud para el usuario. La re conceptualización aquí es reconocer que el vínculo, más que la simple adscripción a un servicio o la inscripción formal a un programa, significa el establecimiento de una relación continua en el tiempo, personal e intransferible, calurosa: encuentro de subjetividades.
- 4- Necesidad de que cada persona tenga grados crecientes de autonomía en su modo de vivir la vida. La re conceptualización de esta necesidad es que la información y la educación en salud son sólo parte del proceso de construcción de la autonomía de cada persona. La autonomía implicaría la posibilidad de reconstrucción, por los sujetos, de los sentidos de su vida y esta re significación tener peso efectivo en su modo de vivir, incluyendo allí la lucha por la satisfacción de sus necesidades, de la forma más amplia posible. (p.116-117)

Considerando esa conceptualización de necesidades de Salud, Cecilio (2006) afirma que:

Es posible adoptar la idea de que la integralidad de la atención necesita ser trabajada en varias dimensiones para que sea alcanzada de la forma más completa posible. En una primera dimensión, la integralidad debe ser fruto del esfuerzo y confluencia de los diversos saberes de un equipo multiprofesional, en el espacio concreto y singular de los servicios de salud, sean ellos un centro de salud, un equipo de Programa de Salud de la Familia (PSF) o, un hospital. Podríamos denominarla de "integralidad focalizada" en la medida en que sería trabajada en el espacio bien delimitado (focalizado) de un servicio de salud. En este encuentro del usuario con el equipo, tendría que prevalecer siempre el compromiso y la preocupación de hacer la mejor escucha posible de las necesidades de salud traídas por aquella persona que busca el servicio, presentadas o "travestidas" en alguna (s) demanda (s) específica (s). Podríamos trabajar con la imagen de que, cuando alguien busca un servicio de salud, está trayendo una "cesta de necesidades de salud", que cabría al equipo tener la sensibilidad y preparación para decodificar y saber atender de la mejor forma posible. Todo el énfasis de gestión, de la organización de la atención y de la capacitación de los trabajadores debería ser en el sentido de una mayor capacidad de escuchar y atender necesidades de salud, más que la adhesión pura y simple a cualquier modelo de atención dado apriorísticamente. La demanda o pedido explícito, hay que traducirlo a las necesidades más complejas del usuario. En realidad, la demanda es, en buena medida, las necesidades modeladas por la oferta que los servicios hacen. La demanda puede ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realización de exámenes (las ofertas más tradicionalmente percibidas por los usuarios); las necesidades pueden ser otras. Las necesidades de salud, como hemos visto, pueden ser la búsqueda de algún tipo de respuesta

a las malas condiciones de vida que la persona vive o está viviendo (del desempleo a la violencia en el hogar), la búsqueda de un vínculo afectivo con algún profesional, la necesidad de tener mayor autonomía en el modo de andar la vida, o, incluso, de acceder a alguna tecnología de salud disponible, capaz de mejorar y prolongar su vida. Está todo allí, en la "cesta de necesidades", precisando ser, de alguna forma, escuchado, traducido, por el equipo. Así, la integralidad de la atención, en el espacio singular de cada servicio de salud, podría definirse como el esfuerzo del equipo de salud de traducir y atender, de la mejor forma posible, tales necesidades, siempre complejas pero, principalmente, teniendo que ser captadas en su expresión individual. El resultado de esta "integralidad focalizada" ha de ser el resultado del esfuerzo de cada uno de los trabajadores y del equipo como un todo. La atención de cada profesional, debe estar comprometida con la mayor integralidad posible, siempre, pero también, realizada en la perspectiva de que la integralidad pretendida sólo será alcanzada como fruto del trabajo solidario del equipo de salud, con sus múltiples saberes y prácticas. Mayor integralidad posible en el enfoque de cada profesional, mayor integralidad posible como fruto de un trabajo multiprofesional. El doble desafío que ha de ser tratado en el proceso de gestión de los servicios, en particular en los procesos de conversación y comunicación -entendido para acción- que se establecen entre los diferentes trabajadores de salud. La máxima integralidad posible de atención pautada por la mejor atención posible a las necesidades de salud portadas por las personas: una síntesis de las pretensiones de la integralidad en el espacio de la micropolítica de salud. (p. 117-118)

Para poder hacer ese giro sustancial en el cambio de modelo de atención, considerando como concepto estructurante en la lucha por la integralidad y equidad en la atención a la salud, es necesario comprender e intervenir en la micropolítica de la organización del proceso de trabajo como proponen Merhy y Franco (2003):

Partimos del supuesto de que el trabajo en salud es siempre relacional, porque depende de 'trabajo vivo' en acto, es decir, el trabajo en el momento en el que se está produciendo. Estas relaciones pueden ser de un lado, sumarias y burocráticas, donde la asistencia se produce centrada en el acto prescriptivo, componiendo un modelo que tiene en su naturaleza el saber médico hegemónico, productor de procedimientos. Por otro lado, estas pueden dar relaciones intercesoras establecidas en el trabajo en acto, realizado en el cuidado de la salud (MERHY, 2002). A estas, las llamamos tecnologías leves, por su carácter relacional, que la coloca como forma de actuar entre sujetos trabajadores y usuarios, individuales y colectivos, implicados con la producción del cuidado. Las tecnologías inscriptas en los instrumentos, las identificamos como tecnologías duras, porque ya están estructuradas para elaborar ciertos productos de la salud, y al conocimiento técnico, identificamos una parte dura (estructurada y otra leve, que se refiere al modo singular como cada profesional aplica su conocimiento para producir el cuidado (MERHY, 1997). Históricamente, la formación del modelo asistencial para la salud estuvo centrada en las tecnologías duras y leve-duras, ya que éste, se dio a partir de intereses corporativos, especialmente de los grupos económicos que actúan en la salud. En el plano de la organización micropolítica del trabajo en salud, este modelo produjo una organización del

trabajo con flujo volcado a la consulta médica, en que el saber médico estructura el trabajo de otros profesionales, quedando la producción del cuidado dependiente de tecnologías duras y leve-duras. Observando el hacer cotidiano de un trabajador de la salud, en su microespacio de trabajo, en especial, la micropolítica que allí se desarrolla, hemos constatado que, al realizar el cuidado, él opera, en su proceso de trabajo, un núcleo tecnológico compuesto de 'trabajo muerto' (TM) y 'trabajo vivo' (TV) (FRANCO, 2003). En el caso, del 'trabajo muerto' son los instrumentos, y se define así porque sobre ellos ya se ha aplicado un trabajo previo para su elaboración. "Trabajo vivo" es el trabajo en acto, campo propio de las tecnologías leves (MARX, 2001; MERHY, 2003). Este encuentro en TM y TV en el interior del proceso de trabajo refleja una cierta correlación entre ellos, en el núcleo tecnológico del cuidado. A esta correlación la llamamos Composición Técnica del Trabajo (CTT), es decir, la CTT, que es la relación entre TM y TV. De ahí que la composición técnica del trabajo, cuando es favorable al 'trabajo muerto', refleja un proceso de trabajo, con tecnologías duras, volcadas a la producción de procedimientos y cuando, por el contrario, hay predominancia del 'trabajo vivo' en acto, la producción del cuidado será centrado en las tecnologías leves. (...) cuando el modelo asistencial se caracteriza como médico-hegemónico, productor de procedimientos. El cambio del modelo asistencial presupone impactar el núcleo del cuidado, componiendo una hegemonía del 'trabajo vivo' sobre el 'trabajo muerto', la que se caracteriza por una 'transición tecnológica', que en el concepto aquí trabajado, significa la producción de la salud, basada en las tecnologías leves, relacionales, y la producción del cuidado de forma integral, operando en líneas de cuidado por toda la extensión de los servicios de salud, centrado en las necesidades de los

usuarios. (p.316)

Para lograr construir redes para y no redes en sí, como plantea Rovere (1999), es necesario recorrer caminos distintos, lo que significa que hay que crearlos, recrearlos, recorrerlos, en forma colectiva, utilizando nuevos dispositivos y estrategias, animarse a innovar, a cambiar, a dejar el sedentarismo de los servicios de salud, dejar la comodidad del hacer cotidiano y repensarnos con otros.

A continuación se relacionarán dos de los referenciales teóricos partiendo de una síntesis de sus principales componentes, los que tienen grandes similitudes, pero también diferencias, lo que permite que puedan ser comparados.

Tabla 1

Síntesis comparativa entre dos propuestas de Funcionamiento en Red de los Servicios de Salud

Atributos esenciales de las redes integradas de servicios de Salud. OPS	Modelo para conceptualización del funcionamiento en Red. Tobar y Anigstein
Gobernanza y Estrategia	Gobierno de la Red
Un sistema de gobernanza único para toda la red	Desarrollar un plan Estratégico de la red y de cada servicio.
Participación social amplia	Evaluar y monitorear el funcionamiento de la red.
Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud	Construir espacios de gestión participativa.
Organización y Gestión	Capacitación permanente.

Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico

Implementación de compromisos de gestión.

Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red

Implantación de dispositivos de comunicación y referencia y contrarreferencia.

Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes

Autonomía de la red y financiamiento, descentralización.

Gestión basada en resultados

Modelo de Atención

Población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.

Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de

Gestión Clínica

Programación de la atención.

Desarrollo de líneas de cuidado sobre

promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública.

Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.

Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios

Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud

condiciones de salud y enfermedades priorizadas en la red.

Incorporación eficaz de tecnologías de la información y comunicación en salud.

Gestión Territorial

Nominalización de la población a cargo de la red y designación de responsables primarios por su atención.

Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

Financiamiento

Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red

Clasificación de la población por niveles de riesgo.

Programación de servicios y de acciones extramuros.

Construcción del mapa sanitario.

Capacitación territorial y comunicación popular.

Participación: Consejo Municipal de Salud, Consejos Locales de Salud.

Se continúa presentando los conceptos que cada uno de los autores plantea para el funcionamiento en Red de los Servicios de Salud y luego se realiza un análisis comparativo de los modelos presentados sintéticamente en la tabla N°1.

OPS (2010) conceptualiza a las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), o Sistemas Organizados de Servicios de Salud, o Sistemas Clínicamente Integrados, u Organizaciones Sanitarias Integradas, como: “Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve. (p. 70)

Tobar y Anigstein (2013), no plantean un concepto para el funcionamiento en red de servicios de atención a la salud, pero si postulan la visión, misión y las funciones fundamentales que debería desarrollar la misma, afirman que la visión que asume una red de salud es extender los cuidados captando al paciente antes y acompañándolo con los cuidados hasta después de lo que harían los servicios funcionando en forma aislada. A su vez, la misión, consiste en lograr extender los cuidados planteando una continuidad entre la promoción, la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. A partir de estas definiciones de misión y visión hay tres funciones que una red de servicios de salud debe satisfacer con algún nivel de desarrollo: gobierno de la red, gestión clínica y gestión territorial. (p.10).

El concepto de funcionamiento en red que al parecer del autor de esta investigación, se desprende, luego de la lectura y síntesis del libro de Rovere (1999), es el siguiente: Son

heterogeneidades organizadas, integradas por personas que trabajan de forma cooperativa y asociativa. Constituyéndose como unidad básica, el vínculo entre sujetos. Para lograr comportamientos cooperativos/asociativos es necesario construir la necesidad de funcionamiento en red, que resuelva de forma solidaria los problemas de los usuarios y genere sentido de pertenencia de los equipos sanitarios. La autonomía es la base de las redes. Rovere, propone seis niveles de vínculos para construir el funcionamiento en red, con una secuencia en que cada uno sirve de apoyo al siguiente, comenzando por el reconocimiento, luego conocimiento, colaboración, cooperación y asociación.

Considerando el documento de OPS que define atributos esenciales para las RISS y la propuesta de funcionamiento en red de Tobar&Anigstein, las que tienen gran sintonía en cuanto a los grandes lineamientos y se complementan, ya que esta última propone algunos dispositivos concretos para conseguir construir el funcionamiento en red de los servicios de salud. Lo que ha motivado a que a continuación, se describa el marco teórico de esta investigación, haciendo dialogar las dos propuestas.

Ambas comparten que el funcionamiento en red se construye, es un proceso y coinciden también en que debe existir un gobierno para toda la red. El que deberá definir las políticas, misión, visión, objetivos, estrategias, asegurar una financiación adecuada para la red y lograr la coordinación de los diferentes servicios que la constituyen, con un monitoreo del funcionamiento de la misma. Para poder llevar a cabo una visión hacia afuera del servicio es necesario mapear la oferta y las necesidades de las poblaciones, mencionan Tobar&Anigstein.

Desde el modelo de OPS plantean que este gobierno puede ser centralizado con un único órgano que gestiona la red o descentralizado con múltiples órganos. Tobar&Anigstein plantean que es necesario pasar de un modelo muy centralizado de gestión de recursos a tener un presupuesto propio, con cierta autonomía para manejar los recursos de la red. Lo que implica un cambio de paradigma en la gestión, pasar de un modelo de gobierno monárquico a uno poliárquico, conformado por una red multicéntrica, con muchos puntos de coordinación horizontal y su articulación desde el primer nivel de atención, como un modelo metacéntrico. Marcando una diferencia éstos últimos autores, al hacer una propuesta concreta de gobierno para la red, la que es contrahegemónica e innovadora.

Tobar y Anigstein (2013) plantean constantemente la necesidad de cambio y transformación en la organización y funcionamiento de los servicios de salud, para poder realmente constituirse como una red. Plantean fuertemente la necesidad de legitimar el funcionamiento en red, lo que no se logra únicamente con leyes, decretos, reglamentos y el involucramiento de algunos actores en el proceso. Es vital que todos los actores (usuarios, trabajadores y directivos), sean parte este proceso, en la búsqueda de esa tan preciada legitimidad, que genere el orgullo de ser parte de esa red que resuelve solidariamente los problemas de la gente.

El trabajo en red no se consolida solo desde la norma. Hace falta construir su aceptación, consolidar y validar su identidad. Hace falta disponer de herramientas para planificarlo y medir los avances, así como de incentivos para estimular su desarrollo. Construir el gobierno de la red implica definir qué debe y qué no debe hacer cada servicio, pero en

especial conseguir que los actores reconozcan y acepten ese nuevo modelo de división del trabajo médico sanitario. (Tobar y Anigstein, 2013, p.12)

Lo que implica la implementación de espacios de gestión participativos, que involucren no sólo a los directivos de las instituciones, sino a los trabajadores y a los ciudadanos. Para ello es imprescindible equipar a todos de nuevas conceptualizaciones, vivencias y herramientas entorno al trabajo en equipo, comunicación, negociación, solución de conflictos y funcionamiento en red, los que podrían ser algunos de los temas necesarios según los autores para, contribuir a un cambio en la cultura organizacional en pro de la construcción colectiva, la solidaridad y la cooperación.

Que estos espacios sean los que construyan un plan estratégico de la red y de cada servicio que la integra, con una lógica de planificación deductiva, es decir que del plan estratégico de la red, se deriven los lineamientos que cada servicio debe hacer y asumir como objetivos y metas.

Para construir el gobierno de la red es necesario avanzar hacia un proceso de Planificación Estratégica Situacional, que incluya la elaboración de Análisis de Situación de Salud (ASS) locales y regionales, cuya síntesis valorativa y priorización de los problemas sean producto de un amplio consenso con la ciudadanía. En forma complementaria, se propone la organización de Salas de Situación de Salud (SSS) locales y regionales, que son espacios físicos y virtuales, donde se analiza la información sistematizada para caracterizar la situación de salud de una población y apoyar la gestión. De este modo las SSS se convierten en un instrumento para la gestión institucional, la negociación política, la

identificación de necesidades, la movilización de recursos, el monitoreo y la evaluación de las intervenciones en salud. (Tobar y Anigstein, 2013, p.53-54)

De esta forma se podrán elaborar planes estratégicos ajustados a las necesidades de las poblaciones, los que habrá que dotarlos de los recursos humanos suficientes tanto en calidad como en cantidad para que sea posible abordar esas necesidades identificadas de la población a cargo. Lo que habrá que monitorear y evaluar permanentemente, utilizando la gestión basada en resultados que expresan Tobar y Anigstein (2013) es congruente con la asignación de recursos a través de compromisos de gestión.

Por lo tanto su implementación podría ser un poderoso motor de cambio en el modelo de atención y gestión, para con la red en su totalidad..., con cada uno de los servicios y con el personal en forma individual. Lo que permite la elaboración de planes Operativos Anuales, definición de metas, la evaluación del desempeño del personal en forma individual, y la implementación de incentivos grupales e individuales para fortalecer el trabajo de la Red. (Tobar y Anigstein, 2013, p.55)

Ello podrá contribuir al atributo esencial planteado por OPS (2010), que dice: “Recursos Humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la Red”. La existencia y funcionamiento de un sistema de información integrado que vincule a todos los miembros de la red, donde cada uno pueda tener acceso a información sobre algunas características relevantes de la población de cada nodo, que haga posible la coordinación sin interferencias con los distintos sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico. Al decir de Tobar y Anigstein (2013):

pasar de un modelo unidimensional de comunicación para la referencia y contrareferencia..., a otro multidimensional que utilice la tecnología de punta disponible en información y comunicación, y que permita organizar centrales reguladoras, centrales de turnos y oficinas integrales de redes que incorpora la comunicación entre los profesionales de la red, la telemedicina y la capacitación. Además de garantizar el transporte adecuado de las personas. (p.55)

La propuesta de OPS, agrega como atributo esencial, la acción intersectorial y abordaje de los determinantes de salud y la equidad en salud. No hace mayor énfasis en la integración de los trabajadores de los servicios de salud en la construcción de la red.

En cuanto a la propuesta de financiamiento, dicen los autores que es adecuada cuando los incentivos están alineados con las metas de la red, lo que hace imprescindible una asignación presupuestal que potencie el logro de resultados colectivos, producto de la integración y coordinación de los servicios. En desmedro de los logros e incentivos individuales, que desarticulan y fragmentan la organización de los servicios. Un posible dispositivo, para lograr lo mencionado anteriormente, OPS (2010) afirma que “para el abordaje del problema de salud en el lugar más apropiado dentro del continuo asistencial, ha sido por ejemplo el pago per cápita ajustado por riesgo” (p.50).

Haciendo referencia al modelo de atención de la red, ambas propuestas están sustentadas por la salud como un derecho humano fundamental, con un enfoque de la atención primaria en salud con un primer nivel de atención como puerta de entrada, que debe resolver la mayoría de las necesidades de la población que tiene a cargo. Considera al usuario como

un ser integral (biológico, psicológico, social y espiritual), desde un enfoque de derechos. Prioriza la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, privilegia la atención a las comunidades en las cercanías de su contexto social y medioambiental. Planteándose como un gran desafío en cuanto al modelo de atención a la salud, superar la fragmentación de las instituciones y la segmentación de los cuidados entre los servicios.

La propuesta de OPS (2010), plantea seis atributos esenciales para llevar a cabo el modelo asistencial en una red, definiendo éstos la estructura y prestaciones que debe asegurar la red, la definición poblacional y territorial de la misma con amplio conocimiento de las necesidades de la población. Priorizando la resolución de los problemas de salud, fuera del ámbito hospitalario, accediendo al mismo quienes realmente lo necesiten. Con un primer nivel de atención como puerta de entrada con las características definidas por la APS, considerando al usuario como un ser integral y desde un enfoque de derechos. Implementando mecanismos de coordinación entre todos los nodos de la red, para asegurar el continuo asistencial. Tobar y Anigstein (2013), plantean dos funciones centrales para llevar adelante la prestación de asistencia en la red: a) gestión clínica y b) gestión territorial. La gestión clínica, o gestión operativa de la red requiere orientar las decisiones, de forma progresiva, hacia soluciones integrales para los pacientes. “Para ello, la coordinación y la evaluación requieren una orientación creciente hacia resultados y el enfoque debe superar la respuesta a demandas para orientarse a las necesidades de la población” (Tobar y Anigstein, 2013, p.56). Las competencias centrales para llevar a cabo esta gestión clínica son: Predominio de Atención programada en red, a punto de partida de las necesidades de la población a cargo. Desarrollo de líneas de cuidado sobre condiciones de salud y

enfermedades priorizadas en la red, donde cada servicio se compromete y cumple su función, de acuerdo a su capacidad de respuesta, con una atención humanizada que pueda ser evidenciada a través de los registros clínicos. Siendo necesarias la puesta en marcha de líneas de cuidados, para que quede definida tanto la atención como la derivación de los usuarios, lo que no queda pautado en las guías de práctica clínica. Como última competencia proponen la incorporación eficaz de tecnologías de la información y comunicación en salud (TICS), las que podrían facilitar la gestión clínica de la red ya que permiten la cooperación intrainstitucional e interinstitucional.

Por ejemplo, la progresiva incorporación de TICS permitiría: a) disponer de una Historia Clínica Unificada y Digital en todos los nodos (HCUD), b) poder digitalizar estudios y vincularlos a la HCUD, c) la conexión de equipamientos y monitores remotos junto a otros dispositivos de telemedicina, d) potenciar ateneos clínicos y la participación en actividades de capacitación a distancia. (Tobar y Anigstein, 2013, p. 56)

Y la gestión territorial en salud, es para Tobar&Anigstein (2013), “tomar decisiones poniendo como centro el cuidado continuo, integrado e integral de la salud de todas las personas que viven y transitan el territorio” (p.57).

Considerando al territorio no sólo como el área de influencia, como una categoría espacial, sino como una categoría política. Para hacerla efectiva proponen las siguientes herramientas: Nominalización de la población a cargo de la red y designación de responsables primarios por su atención. Incorporar un enfoque que permita la gestión de riesgos. Programación de servicios y de acciones extramuros. Construcción de mapa

sanitario. Capacitación territorial y comunicación popular y Participación (Tobar y Anigstein, 2013).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

La investigación se realizó con un enfoque cualitativo, descriptivo y analítico de la organización y proceso de integración de efectores públicos de salud de Salto, que se reconocen en la “RIEPS”.

Se trata de un estudio retrospectivo, que toma en cuenta el proceso de desarrollo de la RIEPS de Salto en el periodo que va del 1° de enero de 2011 (la RIEPS es creada a nivel nacional el 27 de diciembre de 2010, a través del decreto N° 392/012); al 8 de febrero de 2017 (fin del trabajo de colecta de información). Se utilizan las normas APA (Asociación Psicología Americana) para la redacción de este Informe Final de Investigación.

3.1 Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y unidades de observación.

3.1.1 Universo de estudio:

Actores involucrados en la creación e implementación de la RIEPS de Salto.

3.1.2 Selección y tamaño de la muestra

Cabe recordar que la metodología de trabajo cualitativa no permitía determinar a priori el número final de personas que serían efectivamente entrevistadas, puesto que la muestra final

quedaría definida por el principio de saturación de las entrevistas que fueran siendo realizadas a las diferentes categorías de actores. Considerando esta orientación general para la comprensión y apreciación de la muestra que sustenta el presente estudio, los pasos siguientes guiaron la construcción de la misma:

Paso 1- Partiendo del análisis de documentación y de observaciones empíricas realizadas previamente, se identificaron dos escenarios pertinentes para el estudio de nuestro objeto de investigación, desde la perspectiva de sus actores calificados, entendidos como aquellos actores que jugaron un rol determinante en el proceso estudiado y pueden ser considerados “imprescindibles” para el estudio (R. Hernández Sampieri et al). Así los escenarios considerados fueron:

1.1 por un lado, el Consejo Directivo Honorario (CDH) de la RIEPS Nacional, en tanto organismo rector del proyecto instituido por el decreto N° 392/012(11), a partir del cual se conformará la RIEPS de Salto (es allí que elaboraron el reglamento de funcionamiento del CDH, el plan estratégico y las políticas de la RIEPS);

1.2 y por otro lado, la propia RIEPS de Salto, diferenciando en este caso tres categorías de actores, considerados informantes calificados por haber estado particularmente implicados en el proceso estudiado:

1.2.1 los que ocuparon cargos de dirección en los tres prestadores públicos integrales de Salto (ASSE, Sanidad Militar y Sanidad Policial).

1.2.2 los profesionales que asumieron roles claves en la operacionalización del proyecto (responsables de la gestión operativa en la Red de Atención Primaria de Salud y en el Hospital

Departamental de Salto de ASSE, en Sanidad Militar y Sanidad Policial);

1.2.3 y los usuarios que se beneficiaron de este dispositivo (Representantes de asociaciones de Usuarios de de Salto).

Paso 2- La identificación de las personas a incluir en la muestra, se realizó realizando una lista de personas, con ayuda de las lecturas e intercambios previos al estudio con actores de los efectores públicos de Salto.

Paso 3- Establecidas las listas de posibles actores a entrevistar, se procedió a la toma de contacto con los mismos. Se obtuvo así una agenda de entrevistas que, a medida que fueron siendo realizadas y su contenido analizado para determinar la saturación de la información colectada, generaron la muestra del estudio.

La muestra final de estudio está compuesta por 15 personas entrevistadas, que tienen el siguiente perfil:

- Un responsable político de la RIEPS nacional durante el período 2012/2014;
- Cuatro gestores con responsabilidades a nivel estratégico implicados en la operacionalización de la RIEPS de Salto: directores de RAP y HRS de ASSE de Salto, las Encargadas de Sanidad Militar y Centro de Atención Social de Salto del período 2010/2015;
- Dos representantes de usuarios del departamento de Salto en el período 2010/2015: un integrante del Espacio Participativo y un integrante del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada;
- Ocho Licenciados en Enfermería de la RAP y de Emergencias de ASSE y de Centro

Asistencia Social de Salto, que son quienes tienen responsabilidad de la gestión operativa y quienes asumen funciones para contribuir a la coordinación e integración de las acciones en la prestación de asistencia a la población.

Los actores que rechazaron más frecuentemente nuestra solicitud de entrevista fueron Licenciadas en Enfermería y Responsable político de la RIEPS Nacional a partir del año 2015.

Las principales causas de no aceptación de la propuesta de entrevistas fueron cuestiones de agenda personales a excepción del representante nacional, que no se logró obtener respuesta ante los distintos medios de comunicación utilizados: llamadas telefónicas, mensajes de texto y correos electrónicos.

Cabe señalar que la selección de Licenciadas en Enfermería privilegió aquellas que tenían responsabilidad de gestión a nivel de las diferentes efectores sanitarios públicos de Salto, considerando que son un colectivo diferenciado con respecto a la función que cumplen respecto de la propia profesión donde asumen funciones de coordinación y articulación, así como con los otros actores que ocupaban cargos a nivel político y estratégico en estas instituciones, que en su totalidad eran médicos. El conocimiento que tienen estas profesionales del funcionamiento de la gestión operativa de cada efector, aportó una visión enriquecedora del proceso estudiado, lo que ayudó a profundizar en la descripción y análisis del fenómeno en estudio.

La inclusión de los Licenciados en Enfermería del servicio de Emergencia del HRS, fue decidido luego de realizadas las primeras entrevistas, que mostraron que en el proceso de

trabajo diario en las policlínicas de primer nivel de atención, se realizan derivaciones de usuarios de los tres efectores públicos integrados a la RIEPS a este servicio, con una frecuencia casi diaria, sobre todo en ASSE.

3.1.3 Unidad de Análisis y Unidades de Observación

Siguiendo las orientaciones de Omar Barriga y Guillermo Henríquez (2011), definimos la Unidad de Análisis como (un concepto abstracto/teórico/tautológico, representa una *categoría analítica*, no un caso concreto) y la Unidad de Observación como (pasa a ser el caso concreto, representante de la categoría analítica de interés, sobre el cual efectivamente deseamos realizar observaciones). De esta manera, las unidades de análisis y de observación utilizadas en esta investigación fueron las siguientes:

Unidad de Análisis: Organización y Proceso de Integración de efectores públicos que se reconocen en la “RIEPS” de Salto en el período 2010-2015; considerando el análisis del proceso de la RIEPS central como una unidad secundaria que permite contextualizar e identificar los determinantes centrales del proceso a nivel departamental.

Unidades de Observación: Actores claves del organismo de coordinación institucional de la RIEPS (Integrantes del Consejo Honorario), Actores claves de los efectores públicos de Salto que se reconocen en la “RIEPS” (Directores Departamentales, Licenciadas en Enfermería) y Actores claves de agrupaciones de usuarios (Representantes de Usuarios de los efectores de Salto).

3.2 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos utilizados y métodos para el control de calidad de los datos.

El diseño tuvo cuatro fases, que se fueron afinando en el transcurso del proceso investigativo, se consideró a la fase de recolección de datos como la guía de las demás etapas.

Fase 1: Revisión y análisis de bibliografía e investigaciones sobre el tema.

1.a: Se revisó y analizó bibliografía existente sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), o Sistemas Organizados de Servicios de Salud, o Sistemas Clínicamente Integrados, u Organizaciones Sanitarias Integradas(OSI), a nivel Latinoamericano (Uruguay, Argentina y Brasil) y mundial(España) en idioma español y portugués.

1. b: Se realizó búsqueda de investigaciones en la Biblioteca Virtual en Salud de Enfermería, publicadas del período 2010-2015, utilizando los siguientes descriptores:

Descriptor Inglés: Integrality in Health
Descriptor Español: Integralidad en Salud
Descriptor Portugués: Integralidade em Saúde
Sinónimos Español: Integralidad de la Salud
Descriptor <i>Inglês</i> : Systems Integration
Descriptor <i>Espanhol</i> : Integración de Sistemas
Descriptor <i>Português</i> : Integração de Sistemas
Descriptor <i>Inglês</i> : Delivery of Health Care, Integrated

<p>Descriptor <i>Espanhol</i>: Prestación Integrada de Atención de Salud</p> <p>Descriptor <i>Português</i>: Prestação Integrada de Cuidados de Saúde</p>
<p>Descriptor Inglés: Health Systems</p> <p>Descriptor Espanhol: Sistemas de Salud</p> <p>Descriptor Português: Sistemas de Saúde</p>

Revisando todo lo que ofrecían con cada descriptor la base de datos de OPS y LILACS.

Fase 2: Se revisaron fuentes documentales de la RIEPS en Uruguay, que permitieron al investigador conocer con ellas parte de la realidad en estudio.

2.a: Se consideraron como fuentes secundarias de información, incorporándolos al programa Atlas.ti, junto a las entrevistas transcritas, los siguientes documentos: RIEPS Comunica 2, 3, 4, 5 y 6, entrevista realizada a Dr. Wilson Benia en página 50 a 55, publicada en Revista N°2 de ASSE. El compromiso con todos, todos los días. Setiembre 2014, año 1.

Fase 3: Se realizaron entrevistas semiestructuradas a informantes calificados de las RIEPS Central y a nivel departamental.

Se realizó una entrevista semiestructurada a cada uno de los informantes calificados seleccionados, con una pauta preelaborada que guio la realización de la misma (Anexo N°1).

El proceso para la realización de las entrevistas fue el siguiente:

- Pacto de la entrevista: Entendido como el conjunto de acciones tendientes a lograr un acuerdo con el entrevistado sobre las condiciones de la técnica.

Contactación, con los entrevistados a través de vía telefónica y/o de correo electrónico, a

cada uno de los informantes, con una justificación de la entrevista. En el cual se le consultaba sobre la voluntad para la realización de la entrevista, explicando que se le iba a solicitar consentimiento informado escrito, informando sobre el compromiso de mantener el anonimato y el uso científico de lo producido. Se coordinó lugar a realizar la misma, mencionando duración aproximada y condiciones de registro.

Localización: Los lugares donde se desarrollaron las entrevistas, fueron los que los entrevistados eligieron, desde el domicilio particular, consultorios de servicios, oficinas de trabajo y por vía Skype con entrevistado del departamento de Montevideo. En todos los lugares, las interferencias que existieron donde las hubo, no interfirieron con el desarrollo de la entrevista, a excepción de uno de los casos que luego de un llamado se tuvo que discontinuar la entrevista y retomarla para completarla otro día.

Duración de la Entrevista: Promedió en la mayoría de los casos los 60 minutos, con algunas excepciones que la mínima duración fue de 30 minutos y la máxima duración de 157 minutos.

Condiciones de registro: Se solicitaba permiso para poder grabar la entrevista a todos los actores, a excepción de un caso que prefirió no ser grabada, los demás no tuvieron inconvenientes en que fuera grabada la entrevista.

Pauta de entrevistas

Se construyó la pauta de entrevista considerando el problema de investigación y el modelo de RISS propuesto por OPS, que es el acordado por integrantes de la RIEPS como modelo de organización de la misma. Se le hicieron algunos ajustes, para los diferentes grupos de actores. Con una primera parte en la misma que introducía sobre el estudio a realizar y la

confidencialidad y usos de los datos.

En anexo 1 se adjunta Pauta de Entrevista para los diferentes grupos de informantes calificados seleccionados.

- Así se ejecutó el desarrollo de cada entrevista considerando las siguientes especificidades para cada momento:

Inicio: En primer lugar se culminó de conformar el pacto, solicitando autorización para registrar la entrevista, para tomar notas y llevar a cabo el consentimiento escrito (en el caso del entrevistado por Skype, se le envió vía correo electrónico el consentimiento informado, quien lo devuelve con su firma escaneado por correo electrónico). Se reiteró el propósito de la misma, la confidencialidad y el uso científico de lo producido.

Desarrollo: Luego de que cada informante firmaba el consentimiento informado, se le solicitaban datos demográficos y laborales, para poder caracterizarlos. Todas las entrevistas se desarrollaron sin dificultades, con una gran apertura y disponibilidad de los entrevistados para responder a las preguntas.

Cierre y Pos-entrevista: Se le preguntaba al entrevistado/a si tenía algo para agregar o alguna duda sobre la realización de la misma y su justificación. Se culminó cada entrevista agradeciendo y reiterando lo que se hará con los datos recolectados, especialmente el carácter anónimo y el uso científico de las informaciones.

Después de la entrevista: Se realizó revisión y reajuste de la pauta, considerando el diálogo mantenido, realizando comentarios que el investigador consideraba relevantes de cada encuentro. Y luego se realizó una evaluación de la entrevista considerando a Hernández

Sampieri (Sexta edición 2014), página 408, tabla 14.3, que plantea el siguiente formato:

¿El ambiente físico de la entrevista fue el adecuado?

¿La entrevista fue interrumpida?, ¿con qué frecuencia?, ¿afectaron las interrupciones el curso de la entrevista, la profundidad y la cobertura de las preguntas?

¿El ritmo de la entrevista fue adecuado al entrevistado o a la entrevista?

¿Funcionó la guía de entrevista?, ¿se hicieron todas las preguntas?, ¿se obtuvieron los datos necesarios?, ¿qué puede mejorarse de la guía?

¿Qué datos no contemplados originalmente emanaron de la entrevista?

¿El entrevistado se mostró honesto y abierto en sus respuestas?

¿El equipo de grabación funcionó adecuadamente?, ¿se grabó toda la entrevista?

¿Evitó influir en las respuestas del entrevistado?, ¿lo logró?, ¿se introdujeron sesgos?

¿Las últimas preguntas fueron contestadas con la misma profundidad de las primeras?

¿Su comportamiento con el entrevistado o la entrevistada fue cortés y amable?

¿El entrevistado se molestó, se enojó o tuvo alguna otra reacción emocional significativa?, ¿cuál?, ¿afectó esto la entrevista?, ¿cómo?

¿Fue un entrevistador activo?

¿Estuvo presente alguien más aparte de usted y el entrevistado?, ¿esto afectó?, ¿de qué manera?

Luego se realizó la transcripción de cada entrevista, utilizando software de audio Winamp y documento de texto de Word 2013, donde se escribía la misma inspirándose de las reglas de transcripción propuestas por el Prof. Francisco Javier Mercado en su investigación sobre la Enfermedad Renal Crónica en América Latina (Fase 1) del curso de Experto a la Investigación Cualitativa en Salud, Unidad de Investigación – Centro de Posgrados de la Facultad de Enfermería, noviembre de 2016. Anexo N°4

3.3 Plan de análisis de los resultados

3.3.1 Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables:

La metodología utilizada fue Teoría Fundamentada o Método Comparativo Constante, se utilizó como herramienta de apoyo al proceso de análisis el Programa Atlas-ti 7.

Programa al que también se le cargan los siguientes documentos: RIEPS Comunica 2, 3, 4, 5 y 6, entrevista realizada a Dr. Wilson Benia en página 50 a 55, publicada en Revista N°2 de ASSE. El compromiso con todos, todos los días. Setiembre 2014, año 1. y del libro: Levcovitz E, Fernández Galeano M, Benia W, Anzalone P., Harispe E., coord. Perfil del sistema de salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio. Montevideo: OPS, 2016. 119 p. página 77 y 78.

Se crea una Unidad Hermenéutica denominada RIEPS, iniciando luego a través de la lectura de cada entrevista, la asignación de códigos a cada uno de las frases de cada entrevista.

Luego se procede a revisar cada código e incluirlo en las categorías de análisis consideradas en esta etapa que se desprendían de los objetivos específicos de la investigación, creando con esas categorías con sus respectivos códigos, cuatro familias, que es una herramienta del programa que permite agrupar los códigos, poder tener una visión en red de la familia con sus respectivos códigos.

Luego se procede a realizar la vista de co-ocurrentes para cada código, lo que implicó volver a leer cada una de las entrevistas, pero con sus respectivas citas clasificadas según código.

Luego se procede a realizar el primer paso propuesto por el procedimiento definido por la Dra. María Teresa Sirvent, que reconoce siete pasos en este método, que son los siguientes:

Primer paso: se comenzó realizando una lectura detenida, profunda e intensiva de las entrevistas y documentos recogidos de la realidad.

Segundo paso: se realizó un registro a tres columnas en documento de Microsoft Excel 2013, a saber:

Registro	Comentarios	Análisis

En la columna de “registro” se completó con cada una de las entrevistas realizadas y transcritas.

En la segunda columna de “comentarios” se destinó para que el investigador registre las valoraciones que le suscita la realidad indagada.

La columna de análisis, se completó durante el tercer paso.

Tercer paso: consistió en extraer de la columna de registro las citas o fragmentos de sentido, considerados emergentes por el investigador en etapa previa a iniciar la utilización del método Sirvent, las que ya tenían un código asignado, el que se revisaba. Este proceso comparativo continuó hasta la lectura, análisis y revisión de cada cita con el código que ya tenía asignado.

Cuarto paso: se reconocieron los temas recurrentes, se revisaron y reformularon las categorías o grupos de categorías más relevantes y frecuentes, a partir del análisis de los conceptos emergentes en la tercer columna.

Quinto paso: se crea un nueva Unidad Hermenéutica en Atlas.ti, cargando en la misma cada una de las categorías de análisis a saber: Atención a la Salud en la RIEPS, Gestión en la RIEPS, Financiación en la RIEPS, con sus respectivas citas, a las que se le asignaron los códigos revisados y los comentarios que se tenían de cada una de ellas del paso 1.

Sexto paso: consistió en la comparación de los incidentes contenidos en las familias o categorías de análisis, buscando elementos comunes y no comunes, y atributos diferentes entre los incidentes de una misma categoría, como: concepción, componentes, dimensiones, características, procesos, consecuencias, causas y logros. Estos nuevos conceptos, de menor nivel de abstracción, se los consideraron como las propiedades de las categorías. El proceso continuo buscando propiedades de las categorías, hasta saturar ese proceso con la comparación y revisión constante.

Séptimo paso: consistió en crear redes de comentarios de las categorías, iniciando la escritura de pequeños memorándum (memorias teóricas) donde se registraron los avances que se iban

obteniendo en la teorización.

Este proceso comparativo se detuvo cuando el investigador consideró que se alcanzó la “saturación teórica” de las categorías, que los datos analizados ya no producían información adicional sobre la categoría en cuestión con la cual identificar nuevas propiedades. Ayudado por la creación de patrones de comentarios en programa Atlas.ti.

Programas a utilizar para análisis de datos:

Se utilizó ATLAS-TI 7, como programa de análisis de datos cualitativos, asistido por computadora, basado en la Teoría Fundamentada: este permitió almacenar, organizar la información en categorías y la búsqueda de datos, favoreció así la elaboración de teoría. Permitted: (a) asociar códigos o etiquetas con fragmentos de texto, (b) buscar comentarios de patrones; y (c) clasificarlos. El que se constituyó en una herramienta de apoyo al procesamiento y análisis de los datos con el método comparativo constante.

3.4 Procedimientos realizados para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos

Arroyo, Cortina y Torralba (como se citó en Leyva, 2008) “describieron cuatro principios éticos que siempre deben respetarse en un trabajo de investigación: no maleficencia, autonomía, beneficencia y justicia” (p 3). Con respecto al principio de no maleficencia no se generó en ninguna de las entrevistas sentimientos de ansiedad o culpabilidad o tensión en los participantes. En todas las entrevistas cada participante leyó la hoja de información sobre la investigación (Anexo N°2) y el consentimiento informado escrito (Anexo N°3), firmándolo,

registrando nombre y cédula de identidad, procedimiento que asegura el cumplimiento del principio de autonomía, el cual implica respetar los valores y decisiones de los participantes.

Durante las entrevistas se utilizaron nombres propios, informándose a los participantes que se emplearían códigos en lugar de sus nombres reales. Se diseñó un sistema de numeración de los cuestionarios en el que desapareció el nombre del participante, asignándole los siguientes códigos: Representante de Usuario- código RU, Licenciada en Enfermería-código LE, Gestor Departamental-código GD, Gestor Central-código GC, asignándole luego de las letras un número del 1 al 8. De este modo, se salvaguardó la confidencialidad.

Solo el autor de esta investigación tuvo acceso al material de audio, transcripciones de las entrevistas o cualquier otra información relacionada con los participantes, asegurando así la confidencialidad y respetando así los principios de beneficencia y justicia

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

En este capítulo se plasmaron los resultados obtenidos a través de los discursos de los 15 actores entrevistados que tenían vínculo laboral u otro, como los representantes de usuarios con los efectores públicos de Salud de Salto y un actor de la RIEPS a nivel central. También se consideraron como materiales para este capítulo, los documentos denominados: RIEPS Comunica 2, 3, 4, 5 y 6, una entrevista realizada a Dr. Wilson Benia en Revista de ASSE (2014).

El mismo se desarrolló iniciando una descripción de la organización de la RIEPS a nivel país, proceso de construcción, concepciones en disputa y se sintetizan en una tabla los productos alcanzados durante el período 2012-2014. Y luego se presentó la Organización de efectores públicos de Salud de Salto, profundizando en cada prestador, utilizando los discursos de los entrevistados. Se continuó con la presentación de los relatos de los entrevistados del departamento de Salto, agrupándolos en la Atención a la Salud, considerando los discursos que hacían referencia al posicionamiento de los usuarios de los servicios de salud, algunas características relevantes del funcionamiento del primer nivel de atención y la coordinación interniveles e intra primer nivel de atención. Seguido por las características de gestión a nivel estratégico, operativo y de recursos humanos. Finalizando este capítulo con la lógica de

financiamiento que existe entre los efectores y las concepciones que subyacen de las citas textuales de los entrevistados.

4.1. Organización de los Efectores Públicos de Salud.

4.1.1 Organización de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud en Uruguay.

La RIEPS es creada en el artículo 741 de la ley presupuestal del período 2010-2015, N°18.719, se reglamenta a través del decreto 392/012.

Ese marco normativo definió una nueva institucionalidad procurando fortalecer el eje público dentro del SNIS. Dicha coordinación apuntó a la articulación de servicios y programas de salud entre los prestadores públicos para lograr los mayores niveles de accesibilidad, calidad y eficiencia, evitando superposiciones. (OPS/OMS, 2016, p.78)

La misma tiene como sustento el capítulo IV de la Ley 18.211 que: "...plantea que el SNIS se organizará en REDES por niveles de atención..." y a través de la ley 18.161 que crea el Servicio descentralizado ASSE, en su artículo N° 4° literal B, le asigna la competencia de la coordinación de los demás organismos del Estado que presten servicios de salud.

Constituida por ASSE que es el principal prestador público, que tiene además el rol de coordinador de los organismos del estado que prestan servicios de salud, Banco de Previsión Social (BPS), el Hospital de Clínicas, la Dirección Nacional de Sanidad Policial (DNSP), la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas (DNSFFAA), el Banco de Seguros del Estado (BSE) y las Intendencias Municipales que realizaban prestaciones de salud a la

población, con la normativa general que la sustenta,

La mayoría de los prestadores públicos se rigen por un marco normativo construido con anterioridad a la Reforma, determinando que contenga elementos que no facilitan una dinámica de integración en redes... , entre otros se hace necesario hacerle ajustes a la Ley 18.211 para despejar ambigüedades respecto a que todas los prestadores estatales pertenecen al SNIS sin perjuicio de que solo ASSE se vincula al Seguro Nacional de Salud, hasta la propuesta de asumir una forma de gobernanza basada en la dinámica de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que propone OPS/OMS. (Benia en Revista ASSE, 2014, p.53-54)

A continuación se presenta en una tabla, que muestra los distintos momentos por los que pasó la RIEPS Central, desde que inició su funcionamiento en 2011 hasta 2015, construida a partir del discurso de quien la coordinó durante uno de los períodos.

Tabla 2

Proceso de construcción e implementación de la RIEPS a nivel central, en el período 2011-2015

Períodos	Coordinación RIEPS	Comentarios relevantes de cada período
01-08/2011	Alicia Rossi	<i>“Primeras búsquedas de por dónde ir”. (GC 1)</i> <i>“...tenía muchas menos potestades para el desarrollo de la RIEPS de las que tuve yo. Ella convocaba, reunía a la gente, planteo algunas iniciativas como por ejemplo la gestión de métodos anticonceptivos y generó un espacio de interlocución con el Ministerio de Salud Pública, con el área de Salud de la Mujer, porque se compraban métodos anticonceptivos en UMPA y se distribuían entre los prestadores públicos y ella generó ese espacio de intercambio, pero no con una visión más política de ¿por dónde se arma? toda la red...”. (GC 1)</i>
09/2011 a 03/2012	¿?	<i>“...y ahí no quedó una sustitución, ... no hubo una referencia clara, si</i>

bien hubo gente que hizo cosas, como siempre...”. (GC 1)

04/2012 a 12/2014	Wilson	<p><i>“Entonces el 2012 se nos fue en devolverle credibilidad a la rieps, porque ellos habían iniciado un proceso, en agosto había quedado acéfalo, no habían sido convocados, entonces los convocamos y ahí se hizo presente Beatriz Silva y Alicia Rossi para decirles, ¡miren que ahora, vamos y vamos!. Y fuimos, ¿no? y la gente engancho y se armó una agenda para el 2012 y se evaluó el 2012”. (GC 1)</i></p>
01/2015 a 12/2015	¿?	<p>Se intentó por distintos medios, coordinar entrevista con quien tengo entendido es quien Coordina RIEPS desde 2015, no fue posible conseguir una respuesta.</p>

“...durante el período 2010-2011, hubo algunos avances pero me animaría a decirte que fueron, he-e, avances lentos”.

“En el 2012 cuando cambia el directorio de ASSE y asume la presidencia Beatriz Silva, la institución adopta distintas líneas de acción, pero hace una apuesta muy fuerte al funcionamiento en redes, ASSE, ¿no?, tal es así que define la regionalización en base a redes integradas de servicios de salud con base regional y ahí empieza a consolidarse la regionalización de ASSE”. (GC 1)

4.1.1.1 Procesos de construcción en la RIEPS Central en el período abril 2012 a diciembre 2014



Figura 1. Procesos de construcción de la RIEPS Central en el período abril 2012 a diciembre 2014.

4.1.1.1.1 Proceso de construcción de agenda colectiva...

“Y nosotros ahí iniciamos un proceso que era por un lado, consolidar el Consejo Directivo Honorario, entonces nos reunimos con cada institución, con el bps, con policial, con militar, pidiendo que definieran sus delegados, el banco de seguros, y hubo un fuerte compromiso de las instituciones que se fue plasmando con el tiempo, en, he, generar una agenda común, en esa agenda común empezaron a meterse los temas que iban preocupando a las instituciones, había que hacer un convenio con esto, un convenio con bps, un convenio con el policial por el cti pediátrico, había que monitorear aquel convenio que se había firmado en 2010 entre banco de seguros y ASSE por toda la experiencia del Conchillas con UPM y

la cobertura de los trabajadores que estaban allí,...". (GC 1)

"Este, he, y así fuimos, en la agenda se fueron metiendo las preocupaciones que tenían las instituciones pero a su vez en la agenda estaba, consolidar el Consejo Directivo y cumplir lo que nos mandaba la ley que era, desarrollar un Plan Estratégico y un reglamento de funcionamiento de la RIEPS, que nosotros le hicimos como un recorte que era el reglamento de funcionamiento del Consejo Directivo y eso nos llevó muchísimo trabajo". (GC 1)

"La agenda que más costó unificar porque venía de antes, fue la agenda del Clínicas con ASSE, porque ahí había una Comisión de seguimiento de aquel convenio..., que hay un convenio por 80.000 dólares que ASSE le transfiere al Clínicas todos los años, por la prestación de algunos servicios, que son operaciones, puerta de emergencia, que se yo, entonces ahí había un grupo de gente, entonces yo hice un enorme esfuerzo porque hubiera una sola agenda, que finalmente lo logré, lo logré hablando con la dirección del Clínicas, con ..., con..., con después, ... y con el apoyo de la Gerencia General de ASSE y de la Gerencia Asistencial de ASSE y con la dirección regional de Montevideo de zona Metropolitana de ASSE, que lo que había que discutir para el Clínicas se discutiera en la RIEPS, ¿me explico?, porque si no era como imposible aquello, lo mismo pasó con Sanidad Policial, lo mismo pasó con Sanidad Militar, este, nosotros empezamos por ejemplo en ese marco a reformular los convenios que habían entre ASSE y el Policial, y ASSE y Sanidad Militar, que eran convenios que tenían algunos como dos décadas, vetustos, espantosos, pero formamos grupos de trabajo para ver esos convenios y revisar el aspecto asistencial, el

aspecto legal y el aspecto económico y es en ese proceso estábamos cuando llegó fines de 2014 y cambió el mundo, ¿me explico?”. (GC 1)

4.1.1.1.2 Proceso de construcción de Reglamento del Consejo Honorario de la RIEPS...

“...yo recibí unas carpetas que había dejado... en su computadora y traté de enganchar en toda la previa que había y encontré rudimentos de lo que podía haber sido un reglamento del Consejo Directivo, que a partir de esos rudimentos y de todo eso que ella había avanzado yo traté de ir, de ahí para adelante...”. (GC 1)

“...se arrancó 2013 ya trabajando fuertemente en el reglamento...”. (GC 1)

“...un reglamento de funcionamiento de la RIEPS, que nosotros le hicimos como un recorte que era el reglamento de funcionamiento del Consejo Directivo y eso nos llevó muchísimo trabajo. Porque lo implantamos mediante..., lo que llamamos la sala de abogados, que pusimos abogados de ASSE, por eso ahí entró la asesoría legal del directorio de ASSE, abogados del policial, del militar, del bps, del banco de seguros, todos los abogados juntos, ¿te imaginas lo que era eso!, era como una especie de ¡aquellarre!, ¿no?, tratando de ver qué puntos en común, como se podía, entonces hicimos una filigrana de reglamento interno, que fue lo que salió publicado ..., que es un librito celestito chiquito, ¿no?”. (GC 1)

“Eso pauta cómo funciona el Consejo Directivo Honorario de la RIEPS, todos los puntos,

cuando hay quórum, la discusión por el quórum fue agotadora, la discusión si te obligaba o no te obligaba, porque acá había un, abajo, había un tema que era, ¿cómo se hacía para articular los efectores públicos, bajo la presidencia de ASSE, en ese momento, sin vulnerar las autonomías institucionales?”. (GC 1)

4.1.1.1.3 Proceso de construcción del Plan Estratégico de la RIEPS...

“Ese acuerdo de ¿qué es el interés general?, fue el punto de partida para armar el plan estratégico, entonces en el Plan Estratégico están todas las cosas que son de cada uno, que le interesan a todos...hay cositas del militar, del policial, del banco de seguros, del bps, que le llamamos, en un momento descubrimos eso que era tanpreciado a cada uno, que lo había desarrollado y que podía ser puesto al servicio de la red, y que le llamamos servicios estratégicos. Entonces los servicios estratégicos hay un poquito de cada uno para que todos se sientan que, su, ¡núcleo delirante!, está allí. Entonces por eso ese largo capítulo en el Plan Estratégico de los servicios estratégicos, que te diré que en el caso de ASSE había que acotar el campo de identificación de servicios estratégicos, porque si no cada director de hospital iba a querer que un pedacito de su hospital estuviera ahí, lo cual era como abrir la caja de pandora hasta el infinito, entonces hicimos una cuestión de decantación, en alguna discusión ahí, como una especie de tormenta de ideas acotada de lo que podía ir de ASSE en esa publicación, ¿no?...”. (GC 1)

“...en el primer semestre hicimos una primera reunión de cúpula del más alto nivel, donde

estuvo la Directora de ASSE, la Ministra, este, las máximas autoridades del Militar, Policial, BPS y del Banco de Seguros y definieron lineamientos para el plan estratégico, que después se trabajó entre el 13 y el 14 en el plan estratégico, y en algún momento del 14, no sabría decirte en qué fechas, volvimos a hacer una reunión de cúpulas, para decir, es más o menos esto lo que creemos y lo afinamos hasta octubre de 2014, que es cuando se firmó el plan estratégico por todas las autoridades”. (GC 1)

4.1.1.2.1 Temas en debate y disputa en la RIEPS Central en el período 2012-2014

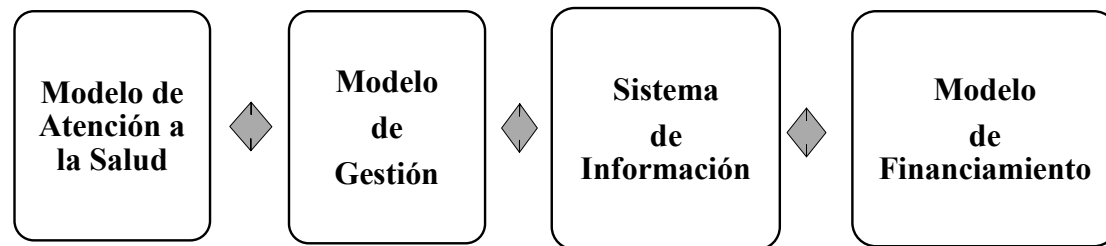


Figura 2. Temas en debate y disputa en la RIEPS Central en el período 2012-2014

4.1.1.2.1.1 Discusiones acerca del Modelo de Atención

Un logro importante a nivel de la RIEPS Central fue el acuerdo colectivo y consensuado por todos los actores, de tomar el modelo de OPS para toda la red y que ello quede plasmado en

el plan estratégico. Lo que generó como consecuencia que todos los convenios de complementación que se concretaron en ese período, se enmarcaron en la lógica de colaboración y solidaridad, buscando así contribuir al proceso de integración de la RIEPS. El que fue un paso central y muy auspicioso para esta política pública.

“como modelo de atención..., te diría que fue un esfuerzo en dos bandas, ¿no?, uno fue, en el plano de lo político lograr que todas las instituciones aceptaran que en el marco conceptual del plan estratégico de la RIEPS se asumiera el funcionamiento de redes integradas de servicios de salud,..., o sea que las instituciones al firmar el plan estratégico, asumieran como propio la lógica de redes integradas, eso fue en el plano político-conceptual, diría yo, y eso logramos, de hecho todos firmaron el plan estratégico”. (GC 1)

“Asumir la lógica de redes integradas, era asumir el marco conceptual que tenía OPS para RISS, y eso tiene consecuencias, por ejemplo que las unidades asistenciales tengan territorio y población asignado, lo cual es muy difícil, y todo lo demás que tú tenes en los atributos de RISS,... eso era un objetivo político-institucional y yo te diría que: ¡lo logramos!, ¿no?, tal es así que si la RIEPS hubiera continuado con las características que tenía, uno hubiera podido, he, opinar sobre determinadas iniciativas, diciendo: pero eso no contribuye a una lógica de redes, porque eso no se hace, eso duplica, eso no es coordinación entre nodos de una red”. (GC 1)

“Y en el plano operativo, nosotros quisimos tener una experiencia de funcionamiento en red en un pedazo del territorio, que fu eso que aparece ahí, como Jardines del Hipódromo y Casavalle, no, donde hicimos, bueno, tomemos un territorio y veamos que hay ahí de ASSE,

del Policial, del Militar, de la Intendencia y del BPS, y pongámoslo a funcionar en red, habíamos articulado la noción de puerta de entrada común al primer nivel, que es un atributo de las RISS, y lo queríamos plasmar ahí, y empezamos a trabajar en ese sentido, pero bueno, también ese proceso quedó trunco, ¿no?”. (GC 1)

“Entonces en cuanto a modelo de atención yo te diría que se avanzó en el plano político-conceptual, que las instituciones al más alto nivel de conducción aceptaran que el modelo era de Redes Integradas de Servicios de Salud y en lo operativo que las instituciones se involucraran en una experiencia piloto de funcionamiento en redes hasta las últimas consecuencias, que fue lo que intentamos hacer en Jardines (en Piedras Blancas y Casavalle es lo que está en el libro de Plan Estratégico de RIEPS 2014-2020) y ... Casavalle, está en el plan estratégico...” (GC 1)

4.1.1.2.1.2 Discusiones acerca del Modelo de Gestión para la RIEPS

Uno de los temas en disputa a nivel de la RIEPS Central, fue como proponen las RISS, una gobernanza compartida respetando las autonomías individuales y que estas respondan al interés colectivo. ¿Este modelo de gestión a quienes beneficiaba? ¿A quiénes no beneficiaba?

“Esa fue la gran discusión, ¿cómo se hace?,..., para una gobernanza compartida respetando las autonomías, es una tensión continua que tuvo momentos muy críticos, como por ejemplo el IMAE Militar... “¡Por suerte! el entonces rector había articulado la noción de “autonomía vinculante”, que me fue de extrema utilidad, para decirle a la gente, muy bien, autonomía

sí, pero siempre y cuando no se vulnere el interés general, usted es autónomo sí, pero dentro de éste cuadrado, que es ¡lo razonable!, ser autónomo no es hacer lo que a usted se le canta, es hacer lo que sirve al interés general, entonces acordemos cual es el interés general". (GC 1)

“Nosotros pudimos empezar a hablar del IMAE Militar en la RIEPS, sólo en el año 2014 cuando ya teníamos dos años de maduración. Sin perjuicio que los mismos actores teníamos reuniones ad hoc, para ir trabajando el IMAE Militar y darle un contexto de racionalidad en una cosa que en aquel momento no era racional, respondía a intereses institucionales sin contemplar los intereses del conjunto por eso en esas reuniones estuvo involucrado el vicepresidente del directorio de ASSE como convocante, concurrieron autoridades del más alto nivel del hospital militar, del policial, de ASSE, de la sociedad honoraria de la lucha contra el cáncer, que se yo, porque había que darle un continente a aquella discusión por el IMAE Militar que no estaba en la agenda compartida de la RIEPS, pero estaba puesta a prepo en la agenda política del país, entonces era extremadamente difícil y conflictivo, porque estaban involucrados asesores de Ministro de Defensa, Ministro de Defensa con el cual tuvimos que ir a discutir, y que en su momento hubo que explicitar que el IMAE Militar no estaba en los servicios estratégicos de la RIEPS porque no era una figura de consenso de todos los actores, porque hay un conflicto de intereses con el IMAE público del Hospital de Clínicas. ¿Me entendés?, entonces esas tensiones fueron muy fuertes, este, pero hubo que administrarlas”. (GC 1)

4.1.1.2.1.3 Sistema de Información para la RIEPS

“Se dio en el sentido, de que en la letra del artículo fundacional decía que íbamos a tener un sistema de información. El SINFORIEPS, fue una grifa, (risa), que inventamos ya en el último año, para poner a pensar a gente de las distintas instituciones, en ¿qué tendría que tener un sistema de información, común a todos los prestadores públicos?”. (GC 1)

“Y lo que pasa que, si bien estaba en la letra del artículo que dio origen a la RIEPS, era imposible pensar una cosa..., del tamaño de un sistema de información que articulara a ASSE, Policial, Militar, Intendencias, Banco de Seguro y que se yo, sin tener claro a donde estaban dispuestas a llegar las instituciones políticamente y en cuanto a red de servicios, en su vinculación, era como poner la carreta delante de los bueyes”. (GC 1)

“Entonces, lo último que nosotros llegamos a plasmar, que creo está ahí en el plan estratégico, que íbamos a hacer una acuerdo con salud.uy, para que salud.uy en diálogo con una contraparte de informáticos de las distintas instituciones, armaran los pliegos de la licitación, más allá de ahí no llegamos. Porque era imposible, porque además eso es, ¡mucha plata!, vos podrás diseñar un software, pero anda a implantarlo a toda la red”. (GC 1)

Sanidad Policial y ASSE continúan con la implementación de un piloto de complementación en Teleimagineología en el marco del Proyecto SALUD.UY. Con foco en Tomografías programadas se vienen reuniendo Jefes de Servicio y Equipos de Gestión de ASSE, el Hospital Policial, y referentes técnicos de SALUD.UY. Desde ASSE ha iniciado este proceso el Hospital de Fray Bentos, y se sumarán los Hospitales de Artigas y Flores. (RIEPS COMUNICA 5, 2014, p.2)

4.1.1.2.1.4 Discusiones acerca del Modelo de Financiamiento para la RIEPS

“Ahí nosotros entrábamos en una gran discusión, sin entrar en cómo se financiaba la RIEPS, porque quedaba claro que la RIEPS se financiaba con el modo que se financiaba cada institución que la integraba, cada uno tiene presupuesto propio, es autónomo, hay dos bancos, el efector público más grande del país, del sector público de salud, toda sanidad militar, toda sanidad policial, cada uno con su financiamiento por rendición de cuentas, por incisos separados, ¿no?”. (GC 1)

“El asunto era cómo se manejaba lo económico en la relación de los nodos de la red, cuando eran de incisos distintos y de efectores distintos. Y ahí nuestra gran discusión era, ¿nos vamos a cobrar y facturar entre prestadores públicos?, es decir vamos a introducir la lógica de mercado, de compra-venta dentro del estado o vamos a generar otra lógica que no sea de compra-venta, no vamos a permitir que la lógica de mercado entre dentro del estado uruguayo en un gobierno progresista, ¿esa es la gran discusión!”. (GC 1)

“Que si vos lees atentamente el plan estratégico, eso subyace y sobrevuela, porque habíamos quienes decíamos que había que superar la lógica de mercado, si lo que queríamos era generar una articulación entre prestadores públicos, entonces el estado uruguayo no le puede comprar y vender al estado uruguayo. Entonces como hacemos la medición del valor de lo que se intercambia, y ahí, en esa discusión estuvimos mucho tiempo, pero yo te diría que no la saldamos, no tengo el final de la película, porque la película se cortó”. (GC 1)

“Llegamos a reunir a nuestros contadores, lo mismo que armamos la sala de abogados,

tuvimos una sala de contadores, pero nos equivocamos, porque...necesitamos una sala de economistas para que lograran imaginar algo que no fuera comprar y vender...”. (GC 1)

“...para eso distinto a comprar y vender habíamos acuñado una entelequia que era un sistema de cuentas corrientes (risa), le llamamos, entonces eso es lo que tú encontrás en el texto, un sistema de cuentas corrientes, donde se hace una estimación de costos y no sé qué cosas, pero lo que estábamos tratando de zafar, era del único diseño posible, yo te hago 150 tomografías, cada tomografía vale 100 pesos por lo tanto tú me pagas 150 por 100, ¿no puede ser que un organismo del estado, le facture a otro organismo del estado!, de hecho sucede y así funciona, pero nosotros queríamos superar esa lógica, pero no lo logramos”.

(GC 1)

4.1.1.2 Productos generados en el proceso de desarrollo de la RIEPS Central período 2012-2014

Tabla 3

Complementación en el marco de la RIEPS

Fecha de la publicación RIEPS COMUNICA	Efectores	Territorio al que beneficia la complementación.
27/12/2013	RAP ASSE-Intendencia	San José
27/12/2013	ASSE-MIDES	Uruguay

31/03/2014	UCC-RIEPS	Uruguay
31/03/2014	ASSE-BSE	Uruguay
28/04/2014	RAP Metropolitana ASSE- Intendencia-BPS-Sanidad Militar- Sanidad Policial-CHLCC	Montevideo
27/05/2014	DNS FFAA-Intendencia-ASSE- COGRUMECA-CASMU-MSP	Canelones
08/09/2014	ASSE-CUDIM	Uruguay
08/09/2014	ASSE-DNSP	Flores
08/09/2014	BPS-ASSE	Montevideo
08/09/2014	ASSE-CCVU del Hospital de Clínicas	Montevideo

Fuente: Elaboración propia.

Tabla que muestra las instituciones que estuvieron involucradas en convenios de complementación, el territorio al que beneficia cada convenio y la fecha de publicación de cada convenio en RIEPS COMUNICA. Lo que evidencia que desde septiembre de 2014, en que se publicó RIEPS COMUNICA 6, no se han encontrado otras ediciones de este documento hasta la actualidad.

El mismo muestra la multiplicidad y heterogeneidad de convenios realizados, en el marco de ese período tan corto pero potente e intenso de la RIEPS como política pública a nivel central, como lo expresa el siguiente discurso:

“¡fue un enorme esfuerzo lograr que en el Consejo Directivo Honorario confluyeran las agendas bipartitas institucionales, que todo lo público se discutiera ahí! Porque todo lo público se venía discutiendo en muchos ámbitos, entonces ir todos al pie y el pie es el Consejo Directivo Honorario de la RIEPS que se reúne una vez por mes, ¡fue muy difícil!, pero yo te diría que en el segundo semestre de 2014, difícilmente se tomara alguna decisión en algún organismo del estado sobre salud, que no tuviera conocimiento y no se hubiera, por lo menos tomado conocimiento y discutido en la RIEPS, en el Consejo Directivo, porque se ponía el grito en el cielo. Alguien decía, “pero como esto no pasó por acá”, “o qué horror no se discutió”, ¿no?”. (GC 1)

4.1.2 Organización de los Efectores Públicos de Salud de Salto.

Salto es uno de los 19 departamentos de la República Oriental del Uruguay, ubicado al norte del Río Negro, teniendo como fronteras el departamento de Artigas al norte, el departamento de Paysandú al sur, al este con Rivera y Tacuarembó y al oeste con la provincia de Entre Ríos de Argentina.

Según Censo del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2011) hay un total de 124.861 habitantes, de los cuales el 51%(63.806) son mujeres y un 49% (61.055) son hombres. En el período 2011-2013 nacieron en Salto, un promedio de 2244 niñas/os por año, correspondiendo al 4,6% de nacimientos del país. La tasa de mortalidad neonatal precoz fue de 5,9, la neonatal tardía 2,3, la pos neonatal de 5, la tasa de mortalidad infantil de 13,2, en todos los casos es por 1000 nacidos en el año 2012.

La mortalidad por grupo de causas en el período 2005-2010 se ha distribuido en el departamento, con un porcentaje que osciló en los seis años con un mínimo de 64,00% y un máximo de 66,11% para las Enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. En cuanto al porcentaje de muertes por éstas causas, Salto se ubica en el cuarto lugar en 2010, luego de Río Negro, San José y Cerro Largo. Seguido por el porcentaje mínimo de 20,70% y máximo de 22,86% en los seis años, para los accidentes de tránsito y otras causas externas. Llevándose un porcentaje que osciló en un mínimo de 5,56% y un máximo de 7,75% en el período, para las Enfermedades infecciosas y parasitarias, maternas, perinatales, desnutrición, influenza y neumonía (MSP, 2010, p.8).

La red de servicios de salud en Salto está compuesta por, el subsector público y el subsector privado.

El sub sector privado está compuesto por tres emergencias móviles, dos de ellas dependientes de FEMI. Y un prestador de FEMI que brinda servicios de primer, segundo y tercer nivel de atención, para todos los grupos etarios. Contando con servicio de emergencia y centros de diálisis y todos los servicios de apoyo necesarios, algunos son propios y otros contrata en el departamento, como laboratorios y centros de imagenología. Cuenta con una policlínica de primer nivel de atención descentralizada urbana y con siete policlínicas descentralizadas rurales.

El sub sector público está integrado por una policlínica de Sanidad Militar dependiente del DNFFAA, una Centro de Asuntos Sociales de Salto del Ministerio del Interior y servicios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

ASSE es un organismo descentralizado del Ministerio de Salud Pública por la ley 18161 y se constituye como un prestador integral del SNIS. Entre sus cometidos está el de “Organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de la salud en su modalidad preventiva y tratamiento de los enfermos”. Es el principal prestador público de servicios de salud del Uruguay, con 1.266.034 usuarios a los que da cobertura por medio de la mayor red instalada con más de 800 puntos de atención, en la que se destaca la gran extensión del primer nivel con centros de Salud y policlínicas en todo el territorio nacional”.(ASSE, 2014, p. 29)

Tiene como Misión Institucional la siguiente:

“Somos el principal prestador estatal de atención integral a la salud, con una red de

servicios en todo el territorio nacional, que contribuye a mejorar la calidad de vida de sus beneficiarios y lidera el cambio del modelo asistencial de acuerdo a los postulados del Sistema Nacional Integrado de Salud. Atención Integral a la Salud: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno y rehabilitación. Y como Visión Institucional: Ser la organización referente en atención a la salud en nivel nacional que promueve una atención humanizada, de acceso equitativo y que brinde un servicio de excelencia”. (ASSE, 2014, p. 53)

En Salto cuenta con una Red de Atención Primaria a la Salud (RAP), que se ha organizado realizando una división geográfica del departamento, con cinco Áreas de Salud en la zona urbana y suburbana, existiendo siete Unidades Básicas Asistenciales con la responsabilidad total del área asignada, y contando con otras siete policlínicas de menor complejidad con territorios más pequeños, dentro de las áreas. Contando con treinta y cinco policlínicas rurales, de las cuales funcionan con personal médico y de enfermería permanente siete de ellas y el resto de las policlínicas rurales trabaja en régimen de Giras médicas (pediatras, ginecólogos) y parteras.

El Hospital Regional Salto posee policlínicas de atención ambulatoria de todas las especialidades médicas, áreas de internación para todos los grupos etarios, servicio de emergencia, block quirúrgico, hospital de día, cuidados paliativos y cuidados intensivos para niños y adultos; para todos los usuarios con cobertura pública del departamento. Contando con todos los servicios de apoyo necesarios para dar respuesta al proceso de atención en salud de los usuarios, de diagnóstico, tratamiento, traslado y los necesarios para áreas de internación. Presta servicio de diálisis contratando el mismo al subsector privado del

departamento. Con un total de 72.286 (ASSE, 2013, p.32) usuarios con cobertura de ASSE en Salto a diciembre de 2013.

“Segundo nivel todo, tercer nivel tenes CTI de niños, CTI de adultos, este y ahí todo. En segundo y tercer nivel todo. Y ademas regional...” “...CTI de adultos recibe un 25% aproximadamente en el año de pacientes la región o de fuera del hospital. Y el CTI de niño, a veces un poco más y ahora más todavía que no está el privado. En su momento nosotros hacíamos toda la fibroscopía digestiva de Bella Unión y de Artigas, porque no tenían fibroscopio, ni técnicos. Después lo incorporaron y fue disminuyendo. Internación psiquiátrica en Bella Unión Psiquiátrica no hay, vienen todos para acá. Las mamás con embarazos complicados, vienen las mamás a parir acá, por el tema de (...), se las puede trasladar muy fácil. El banco de leche es regional, porque se justificó por el CTI de niños, si no, no tendríamos el banco de leche”. (GD 2)

Otros servicios pertenecientes al sector público en Salto, que aún no están incluidos en el SNIS son: una policlínica de Sanidad Policial actualmente denominada Centro de Asuntos Sociales de Salto (CASS), el que es dependiente del Departamento llamado Centros Asistenciales Sanitarios del Interior y Montevideo (C.A.S.I.M), que depende de la Dirección Nacional de Asuntos Sociales, que es un servicio especializado dependiente del Ministerio del Interior, que tiene como cometidos la prevención, protección y recuperación integral de la Salud en todos los niveles del personal policial en actividad y retiro, pensionistas, núcleo familiar, control sanitario y certificación de licencias por enfermedad; y una Sub Dirección Nacional de Asistencia y Seguridad Social Policial, la que tendrá como cometidos gestionar, tramitar, proponer y servir los retiros, pensiones, subsidios y demás prestaciones de seguridad

social. (Decreto N° 153/016). Y la “Misión Institucional explícita es brindar atención médica ambulatoria y de internación a todo el personal policial y familiares con derecho a la misma”. Que en el departamento presta atención de salud ambulatorio a los familiares directos de policías, a los administrativos de la institución y a pensionistas. Contando actualmente con 2200 historias individuales activas, con prestaciones de Medicina General, Pediatría, Ginecología, Odontología, Urología, Otorrinonaringología, Cardiología, Medicina Interna, Equipo de Enfermería, con dos Licenciadas en Enfermería, Psicólogas y Trabajadora Social. Con una pequeña farmacia para sus usuarios, para acceder a otros fármacos, o a estudios diagnósticos e inmunizaciones, ante la necesidad de internación tienen cobertura del Hospital Regional de Salto u Hospital Policial en Montevideo. La institución queda ubicada en la zona centro de Salto, con un horario de 7 a 18 horas de lunes a viernes.

Y una policlínica de Sanidad Militar, que es un servicio desconcentrado dependiente del Ministerio de Defensa Nacional. El mismo tiene como cometido dar apoyo a las Fuerzas Armadas “protegiendo o recuperando la salud de sus integrantes, servicio que se hará extensivo a los familiares de éstos”. Presta asistencia a través del Hospital Central de las Fuerzas Armadas (Hospital Militar), de los Centros de Atención Permanente (C.A.P), Policlínicas y un sistema de Consultas Programadas con Médicos Itinerantes. Llega a un total de 149.021 usuarios a nivel país.

Tiene como Misión dar apoyo a las mismas protegiendo o recuperando la salud de sus integrantes, servicio que se hará extensivo a los familiares de estos. Y como Visión se define por una fuerte Vocación del Servicio que haga posible que nuestra Institución esté en un

constante crecimiento para satisfacer las necesidades de nuestros usuarios, visualizando fortalecer sus pilares básicos que son: La atención a sus usuarios, la constante actualización tecnológica y la mejora de la infraestructura edilicia.

En Salto Sanidad Militar, cuenta con *“una policlínica de primer nivel de atención. La atención es a través de citas coordinadas previamente, dejando algunos lugares para posibles consultas de situaciones agudas. “Atiende a todas las patologías que puede atender la atención primaria”. Y por exámenes e internación asisten al Hospital “Si precisan CTI van a Hospital Central”,...O en caso que necesiten algunos especialistas consultan allá también. En la policlínica se cuenta con dos Licenciadas en Enfermería (1 es licenciada pero tiene cargo de Auxiliar de Enfermería), tres Auxiliares de Enfermería, un doctor en medicina general, un gastroenterólogo, un reumatólogo, una hematóloga, un pediatra, dos odontólogos, una fisioterapeuta, una partera, un ginecólogo que realiza control de embarazo y PAP, una psicóloga(que a partir de 2017 se trasladó a otro departamento), 1 ayudante en Odontología, un idóneo en farmacia, un escribiente y pasantes de higienista dental. Tenemos farmacia que el 70% de los medicamentos no tienen costo para los militares y sus familiares y se vacuna contra la gripe”. “Atiende a todos los militares activos y retirados, a sus familias, incluyendo: esposa, hijos, padres y madres, llegando a asistir a un total de 1280 personas, de los cuales 695 son niños, existen 700 historias clínicas individuales activas, un promedio de 27 pacientes consultan por día en la misma. Cuenta con médicos en medicina general, pediatría, odontología, ginecología, psicología, reumatología, farmacia, vacunaciones, extracciones de sangre”.* (GD 4).

En Clínica Municipal de la Intendencia de Salto, se realizan trámites para carné de salud para trabajar, para conducir profesional y amateur. Certificaciones Médicas a funcionarios municipales, validación de trámites para otorgamiento de coches adaptados a minusválidos, según Ley de M.S.P.Nº 13.102, y validación de trámites para la exoneración de la patente de según lo dispone la misma Ley. Y registro de Empresas Alimentarias y de locales que elaboran, fraccionan, envasan y/o depositan alimentos e inspecciones bromatológicas de alimentos. Intendencia de Salto (IS, 2016) “Porque allí, empieza a participar la Intendencia..., firmándose algunos convenios en donde están volviendo a hacer el aporte logístico, mejorando las condiciones de algunos lugares estratégicos elegidos para que los médicos pudieran quedar, haciendo un complemento salarial para que pudieran radicarse, y aportando vehículos para el lugar, no ambulancias, sino vehículos para que el médico pudiera hacer la gira y desplazarse. Eso se concreta en el periodo entre el 2005 y el 2010 se mantiene hasta ahora”. (GD 2)

Del *Banco de Seguros del Estado* en el departamento no hay consultorios, los usuarios del mismo reciben atención en el prestador de la Federación Médica del Interior (FEMI).

Con respecto al *Banco de Previsión Social*, no se realiza prestación de asistencia sanitaria en el departamento.

De toda esta red de servicios, la investigación se enfoca en prestadores públicos del departamento que son los que forman parte de la RIEPS, a saber participaron del mismo actores calificados de CASS, Sanidad Militar, de ASSE y representantes de las dos

agrupaciones de usuarios existentes en el departamento, considerando los discursos de los entrevistados es que se continúa desarrollando este capítulo.

Tabla 4

Responsables de la gestión y eventos relevantes a nivel departamental en el período 2010-2015.

Efectores	Dirección o Encargatura	Eventos relevantes en el período
RAP de ASSE	Dr. Juan José Leal	La RAP pasa a ser una Unidad Ejecutora independiente del HRS, con presupuesto propio y regularización de los cargos principalmente de Enfermería.
HRS de ASSE	Dr. Juan Pablo Cesio	Logran concretar a 2015 que todo el proceso de atención a los niños estuviera informatizados, sin conexión con la RAP. <i>En algunos momentos y cuando empezó a haber en el cuartel acá dentro del equipo técnico del cuartel había una fisioterapeuta que estaba especializada en atender a niños prematuros y durante un muy buen tiempo se le permitió que ella</i>

trabajara parte de su horario en el CTI de niños del hospital. Lo cual dio unos excelentes resultados en la recuperación respiratoria de los niños. (GD 2)

Policlínica Sanidad Militar	Dra. Gloria Spinelli	Menciona que no ha habido cambios en el período.
CASS	Dra. Marina Vinci/Dra. Virginia Orssi	Se comienza a construir un convenio de complementación entre RAP de ASSE y CASS.

Existe un común denominador en las respuestas de los entrevistados, en cuanto a que no han existido a nivel departamental encuentros con la finalidad de constituir la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud de Salto, lo que coincide con el discurso del Gestor Central que manifestó que nunca se pensó la posibilidad de una RIEPS en “base19”, por la compleja y fuerte coordinación que ello requeriría con la heterogeneidad de quienes integraban la misma.

Tabla 5

Convenios de complementación público/privado en Salto que involucran a ASSE, sub sector privado y a Intendencia de Salto.

Policlínicas de zonas rurales como Belén, Constitución e Itapebí.

Giras rurales de equipo sanitario y servicio de farmacia.

Mamógrafo móvil.

Unidad Básica Asistencial N°3.

Como un antecedente de complementación fuerte en la zona rural que existió durante mucho tiempo en Salto, fue Servicios Asistenciales y Sociales de Salto (SAYSS). *“Eso tuvo una participación de ASSE, el Ministerio de Salud Pública en ese momento, la mutualista local, la Intendencia y organizaciones como el Ministerio del Interior, Primaria, ... y gente que se vinculaba a eso. Eso había generado que la mayoría de las policlínicas del sector rural, básicamente porque esto atendía en el sector rural... funcionaban a través de la visita, de las gira de estos médicos... y tenían socios”.* (GD 2)

4.2 Atención a la Salud en los servicios de ASSE de Salto

Con respecto al modelo de atención a la salud, se presentarán en este subcapítulo, relatos que hacen referencia a los usuarios, al primer nivel de atención y al proceso de coordinación que existe entre efectores estos efectores de salud de Salto.

4.2 Los Usuarios

En cuanto a población y territorio a cargo en los servicios de primer nivel de atención, se visualiza a través de los discursos de los entrevistados, que conocen y tienen clara la delimitación geográfica del área de referencia de la policlínica, la cantidad aproximada de personas que residen allí, pero ante la pregunta sobre las necesidades de salud de la población, en todos los casos las respuestas hacían referencia a la demanda de los usuarios en los servicios.

En tabla a continuación, se presentan los servicios y programas que prestan los efectores y lo que demandan los usuarios en palabras de los entrevistados, lo que muestra una congruencia entre oferta/demanda.

Tabla 6

Oferta y Demanda en los efectores de la RIEPS de Salto a los que pertenecen los entrevistados.

Servicio/Programas	Demanda o Pedido
Uba N°1	
<p><i>“...programa niñez y género y el programa de salud de la mujer...programa ampliado de inmunizaciones”, “...toda la parte de salud sexual y reproductiva en todo lo que refiere a la interrupción voluntaria del embarazo y la planificación de las mujeres usuarias de acá...Y ¡bueno! Se trabaja desde el usuario sano ¿no?, atención de la prevención y promoción en salud y después la parte de rehabilitación con el adulto mayor más bien”. (LE 4). (LE 5)</i></p>	<p><i>“La gran demanda está en niño en embarazada... y bueno en realidad de adultos también...”. (LE 5)</i></p>
Uba N°3	
<p><i>“...es la única institución integrada..., RAP ASSE Salto, ..., CAM, ...o sea el sistema privado, la mutualista y la Intendencia, esto es un convenio hecho en junio-julio de 2006”. (LE 2)</i></p>	
<p><i>“Se trabaja con el programa mujer y género, control de la embarazada..., la parte de inmunizaciones...programa de niñez y adolescencia. El de adulto</i></p>	<p><i>“Lo que más demanda, es pediatra la gente y de salud sexual y</i></p>

mayor, o sea los programas prioritarios se trabajan. En realidad lo que se han hecho son subprogramas, ¿viste?, para trabajar y poder cumplir con las metas, aterrizar un poco esos programas tan grandes”. “Nosotros trabajamos con las buenas prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño, que fuimos acreditados, en noviembre de 2015, ..., entonces se trabaja mucho con lo que es embarazada y con niñez, como lo que más se enfatiza, con el programa niñez”. “O sea se tocan ¡todos los programas!”. (LE 2)

Uba N°6

“...un médico de medicina familiar que ve a adultos...y medicina general..., dos ginecólogos,...y actualmente dos parteras, las cuales además de los controles del embarazo hacen pap..., Un pediatra...”. (LE 1)

“Los lunes está la clínica adolescente...”. (LE 1)

“Entonces tenes mucho adulto mayor, ¡y!, por las características de la población, adolescente y niños, embarazo adolescente...”. (LE 1)

Uba N°7

“Los programas, están todos, lo que es niñez, lo que es adolescencia, mujer... y género. Porque en ese quedó incluida salud sexual y reproductiva que ahora también va con diversidad,violencia, todo lo que es la embarazada “...Lo de

“...los niños como te digo, el embarazo adolescente”

“Tenes hipertensos, tenes

adolescente es bien integral también. Se trabajó pila en adolescente. Adolescente diabéticos...”. (LE 3)
venimos desde el 2010, ...Después el adulto, que hace, ya hace... 2012, el adulto joven y medio...”

“Después, ... adulto mayor, ... en el 2008, Viste, después por ejemplo con el adulto mayor que se hizo eso de las caminatas con los gurises, trabajábamos allá en San José, ...”. (LE 3)

Centro de Asuntos Sociales Salto

“...lo que se hacen mucho son los controles de niño, los controles sí, porque las pediatras están hasta el tope...”. (LE 8)

“La doctora..., tiene una población, imagínate cardióloga, tiene una población de 60, 70, para arriba, siempre tiene muchísimas pacientes, de 10 a 15 por consulta”. (LE 8)

“Sería medicina general y pediatría es lo que más se mueve y ginecología como está la ginecóloga desde inicios del 2016 se mueve ahora más”. (LE 8)

Demanda en servicio de Emergencia del Hospital Regional Salto

“...en tres días tuvimos 699 consultas, un promedio de 180-200 por día, un 70% adultos y un 30% niños. De esas consultas como te decía, un 80% es verde-azul, 18% amarillo, 2% naranja y un 1% roja”. (LE 7)

“¿En niños?, no, tampoco, ahora 7:45 me avisaron que ya no habían más números en policlínica de niño, que hace un tiempo no tenía eso, el niño ahora consulta primero en la emergencia, ahora en este momento si te muestro la computadora tengo 10-15 niños sólo para ver en policlínica, en éste momento, 7:45 me avisan que no hay más consultas para niños”. (LE 7)

“Niños vienen menos, ¡mucho menos!, sí, sí, sí, mucho menos”. (LE 6)

“Dolor abdominal y cardíaco, después claro eso cefalea...”. (LE 6)

“Los motivos de consultas más relevantes son banales, ¿no?, ¡teniendo un 80% verde!”. (LE 7)

Los usuarios de Sanidad Militar y de CASS, son atendidos en HRS y en UBAs:

“... es un usuario de ASSE, se anota, no lo ves, en la hoja de triage no te queda si es de sanidad militar o sanidad policial, si la admisión lo dejó pasar ya está, todo el equipo de enfermería y médico hace todo el proceso que tiene que hacer sin importarle si es de sanidad militar o sanidad policial”. (LE 6)

“De sanidad militar tengo, habitualmente ellos vienen y los traen al usuario y tenemos también la ventaja que el doctor..., que trabaja en Sanidad Militar, también trabaja con nosotros acá, entonces habitualmente lo deriva él, te llama, “te mando un paciente así, así”, los mismos enfermeros militares se comunican con él, él llama al médico que esté, por lo general llaman sí. Y con el Policial también, porque que pasa, el jefe que es el doctor..., que trabaja en el policial, lo llaman, le dicen, “mira que lo vamos a mandar así, así, también”. (LE 7)

“Claro, un pase por ejemplo si iba a levantar medicación era una orden que iba a levantar medicación, si se iba a atender con alguien, era una orden de atención, ¿no?, que me acuerdo que nos dijeron que reclamáramos esa boleta, que después lo teníamos que mandar a recursos humanos, que era, la manera de, como de controlar, o algo así, de cobrar, pero después eso terminó. Acá todo usuario que venga, se atiende, teniendo cobertura, ...”. (LE 1)

“... con Sanidad Policial, también porque ahora por ejemplo empezaron a aparecer en padrón pero hubo un momento que no te aparecía en padrón. Entonces vos ponías tu cedula y no te permitía seguir en la maquina..., ahora se resuelve, entonces vos llama y coordinabas con Sanidad Policial a ver si estaba allá para que le diera el alta. Bueno ahora (...) me dijo que ya estaba saliendo en padrón, se ve que a partir del convenio este, cruzaron las bases de datos, como quien dice”. (LE 3)

La mayoría de las respuestas dicen que el modelo de atención a la salud viene mejorado en Salto, lo que se evidencia en los siguientes párrafos:

"para mí, que es una muy buena atención, en general, te digo, en general, porque en realidad la gente que viene se le intenta dar siempre la solución, independientemente de los problemas, de los baches que haya, siempre la gente, se le da una solución, sea por consulta, sea por un problema...". (LE 2)

“...tengo muchas cosas para con el sistema pero que el modelo hemos mejorado, hemos avanzado, hemos pensado más que son personas lo que tengo delante... "(LE 3)

"... si vos vas a los principios y cómo debería ser el modelo, no estamos tan lejos, seguimos en la misma, caemos en el mismo pozo devuelta, en la falta de recursos. Porque es, es continuo, es longitudinal, estamos a lo largo de todo el ciclo de la vida, estamos trabajando como te digo desde que nació, desde la embarazada, desde que nació. Viste que ahora se

agregó también con la mujer en climaterio, también tenemos otro enfoque, el adulto mayor.

Como que hay toda esa continuidad...". (LE 3)

"a mí me gusta el modelo, o sea, no, no, está tan mal". (LE 4)

"El agregado es que el sistema está funcionando, mejor que antes, fundamentalmente en el hospital, se ve que hay cambios y cambios importantes...". (RU 2)

"Antes teníamos todos los usuarios parados para sacar un medicamento. Se consiguió que se pusieran asientos y se dio número. El tiempo es igual, pero no tenes que estar parado, estas más cómodo". "se mejoró el, el CERENAP, ... A nuestra manera de ver ha mejorado. No un 100%, pero un 50 ha mejorado". (RU 1)

"Eso costó mucho, primero porque hay que romper una barrera que desde el punto de vista del funcionamiento de muchos años, el modelo de atención hay que cambiarlo, es difícil. A veces, justamente el ingreso de médicos de, este de familia, con médicos de atención comunitaria, con otra formación, es posible que pudieran realizar eso". (GD 1)

Ante una pregunta directa sobre el modelo de atención a la salud que ofrece su servicio, la mayoría contestan que está pensado para la población, pero al continuar con el diálogo, cuando se profundiza y se desarrollan otros temas, los discursos van haciendo visible que la organización real de los servicios para la prestación de asistencia, sobre todo en la RAP se

realiza, considerando al médico como el centro del proceso.

"los doctores vienen, los ven como loco, los ven en el menor tiempo y se van...". "...y le están brindando, ¿qué?, ¿accesibilidad al médico?, para que haga que, una consulta a las corridas, cuando vos tenes ¡todo para brindar una consulta de calidad!, ¡todo!, tenemos ¡todo!, y no lo podemos hacer, pero tenemos las herramientas para brindarla, la tenemos..., pero parece que no podemos obligar a hacerlo, no sé, es como que acá hay que ver a lo, rápido a lo corriendo". (LE 4)

"Y el modelo de atención sigue siendo el médico el centro de la atención". Enfermería y todos los funcionarios de la RAP son importantes, para una buena atención sanitaria, pero todo gira en torno al médico". (LE 5)

"también el contacto con el usuario que no ha cambiado mucho la forma de presentación del profesional en general de toda la salud con el usuario, muchas veces no se lo trata bien, ¿no?, en la emergencia y todo eso hay problema". (RU 2)

"se ha mejorado el relacionamiento médico-paciente, médico-usuario, que era una de las cosas más complicadas que había, no se ha solucionado del todo todavía, pero, va en camino de solucionarse... la atención ha mejorado". (RU 1)

4.2.1 Consecuencias sobre el Usuario de los servicios de Salud

La desconexión, desarticulación y falta de comunicación entre otras cuestiones han generado que usuarias no reciban el tratamiento que necesitan en tiempo y forma, en casos con HIV y SÍFILIS. En lugar de proteger a ese feto y a esa mujer, el funcionamiento del sistema obró para que no recibiera el tratamiento necesario en tiempo y forma. Sin dudas que estas situaciones son casos extremos que van en contra totalmente de los objetivos de los servicios de salud, de la RIEPS y del SNIS.

“En algunos casos por..., esas barreras que ocurren, tuvimos algún problema que incluso hubo que auditar alguna historia en la cual fue detectado, que en ese momento la accesibilidad no fue buena, por lo tanto se retrasó: “venga la semana que viene”. La persona no viene y nadie más sigue si vino o no vino o si hizo el tratamiento. Y termina en el momento del parto, aparece como un VIH que no estaba tratado. Con eso ha pasado a nivel de VIH, a nivel de Sífilis”. (GD 1)

4.3 Primer Nivel de Atención

Haciendo referencia a la función de puerta de entrada del primer nivel de atención que debe integrar y coordinar la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población, se evidencian en los siguientes discursos las debilidades existentes:

“integrado no hay nada, el tema es la conexión, sí, la conexión por ejemplo con todos los entes públicos que proporcionan salud”. (LE 7)

El siguiente discurso agrega, que el hospital sigue siendo el centro de la atención a la salud:

“Sí, el 70% de la población que consulta debería resolverse en policlínica, entonces el primer nivel no es, el primer nivel no, no, no logra el cometido que tiene”. (LE 7)

“... te vuelvo a repetir, tenemos fallas en el primer nivel, entonces toda la demanda recae en la emergencia, se prioriza el usuario, de hecho la atención de los usuarios, pero hay una sobre demanda del servicio. Hay un déficit de personal y edilicio, a veces logístico inclusive también”. (LE 7)

*“... derivar un paciente, un niño a aspirar, que no tiene por qué venir a hospital a aspirarse”.
"Y no tienen cómo, no tienen aspirador, entonces, entonces eso que hace, me recarga la emergencia, todo eso recarga la emergencia, para dar un inyectable que de tarde no funcionan, vienen para la emergencia. Entonces pasa por ahí, no hay un vínculo, el relacionamiento está todo bárbaro, pero en los hechos, ¿en la parte práctica, no existe!, ¿qué quieres que te diga?”. (LE 7)*

"... Y hay que tratar de salir de ese, de los viejos sistemas centralizados ¿viste? Y que no quieren. Hay mucha gente que se resiste, a salir ¿no? hay otros que sí". (GD 1)

Haciendo referencia a un primer nivel que funcione a través de equipos multidisciplinares, integrado por diferentes profesionales con distintas miradas disciplinares, que aborden las complejas necesidades y/o problemáticas de los usuarios. En el único discurso que se evidencian prácticas que caminan hacia este enfoque, es el de la Licenciada de CASS, que plantea que ante algunos casos complejos, una de las Peditras se reúne con Psicóloga y Trabajadora Social para abordarlos juntas. Identificándose como una forma de trabajo contrahegemónica en este contexto. La multidisciplinaria implica trabajo en equipo, componentes indispensables para el funcionamiento de una RISS.

Una de las licenciadas plantea la incongruencia entre el pensar/decir/hacer, en cuanto al enfoque metodológico del trabajo en equipo, donde la construcción y logros son colectivos mientras no haya que transparentar y difundir lo producido públicamente.

"...hablo de equipo pero después quiero que, cuando presento una cosa va solo mi nombre, entonces eso destruye al equipo". (LE 3)

"Así, cuando tengo que hablar de la RIEPS puntualmente te voy a decir que lo veo cuando se trabaja en equipo, en las situaciones de emergencia, ¡tá!.., después volvemos a la cotidianidad y cada cual a su lugar de trabajo". (LE 4)

"Cuando debería ser siempre un trabajo en equipo, porque obviamente los especialistas son

necesarios y deben de trabajar en forma coordinada y conjunta con los médicos generales o médicos de familia". (GD 2)

¿Cuál es la multidisciplina necesaria para transformar el sistema sanitario, teniendo como centro las necesidades de salud de la población? ¿Multidisciplina o Interdisciplina?

4.4 Coordinación entre efectores públicos de Salud de Salto

En el siguiente subcapítulo se hace referencia a la coordinación inter niveles, intra niveles, a algunas barreras y consecuencias identificadas a partir de las respuestas de los actores entrevistados.

4.4.1 ¿Coordinación INTER niveles?:

Es un proceso que en el sistema sanitario se vuelve muy complejo, por todas las personas que involucra, usuarios y trabajadores de la salud con distintos saberes, culturas, valores, formas de ser y actuar e instituciones con sus propia cultuar organizacional.

A la interna de ASSE cotidianamente existen altas demandas de comunicación interniveles, para poder dotar a las UBAs de materiales y fármacos deben gestionarlo con Hospital, las distintas muestras de estudios solicitados a los usuarios, deben ser enviados a laboratorio de Hospital para su procesamiento y posterior emisión de resultados, que si bien no está

directamente involucrado el usuario, sin duda que todos estos procesos tienen repercusión sobre la atención que recibe.

Por otro lado está el proceso de derivación del usuario interniveles, donde el flujo de mayor densidad es el del primer nivel hacia el segundo nivel, ya que deben referirlo, si es preciso que lo vea algún especialista, si debe retirar fármacos que la policlínica no tiene, si debe ir a realizar algún estudio que no se hace en primer nivel, si requiere internación o si se evalúa que debe ser valorado por un profesional médico que en el momento de demanda del usuario en la policlínica, no hay.

El proceso de coordinación tiene algunas similitudes y también diferencias, cuando de referenciar al usuario a segundo nivel de atención, se trata. Hay quienes llaman al colega (Licenciado en Enfermería o Médico) de Emergencia para informarle a cerca de la derivación y hay quienes no lo hacen. Lo que todos si hacen es enviar al segundo nivel, la orden médica de derivación, con el motivo de la misma, mediada por una llamada telefónica previa entre los profesionales sanitarios, este procedimiento es común a todos los discursos tanto de las entrevistadas de primer nivel, como de los entrevistados de Emergencia. En cuanto a la utilización de un formulario de referencia-contrareferencia hay diferencias en los discursos, ya que hay Licenciadas de las UBAS que mencionan utilizarlo siempre que los usuarios tienen derivación a Hospital, mientras que ambos Licenciados de Emergencia entrevistados, dicen que nunca les llegó un usuario con un formulario de referencia-contrareferencia. Y hay Licencias de las UBAs que han manifestado que ese formulario no lo utilizan porque en hospital no lo consideran y porque nunca reciben la contrareferencia. En cuanto a la

referencia de CASS este funciona como una UBA, al decir de una de las entrevistadas, envían orden del médico para consulta en Emergencia, no utilizan mecanismos de referencia y contrareferencia de usuarios. Y Sanidad Militar además de enviar el pase médico, envía un formulario de referencia con los datos de afiliado, para que luego ASSE cobre los servicios prestados a DNFFAA.

A ese procedimiento heterogéneo, sin acuerdo colectivo se agrega que desde el 2015 en emergencia se realiza el triage, forma de organización de la prestación de asistencia, que no fue compartida con el equipo de salud de primer nivel. Y las entrevistadas mencionan que viene generando algunas dificultades en la derivación de usuarios al HRS. A ello se le agrega que mencionan que nunca se han reunido los equipos de ambos niveles e inclusive que no se conocen.

Siguiente relato describe en palabras de una Licenciada entrevistada, el problema planteado en párrafo anterior:

"... Entonces, la embarazada iba, hasta incluso vos le decías a la acompañante, viste que la embarazada iba a control, la doctora decidía internarla, llamabas a alguien que viniera con ella y le decías: bueno, ella con este papelito y el de la ambulancia la subía hasta la maternidad, vos vas con este papelito haces el ingreso o sea que la embarazada no tuviera que estar haciendo todo el trámite, haces el trámite en la admisión que simplemente ibas con eso y la cédula y entonces ingresa, para que esté ingresado en el sistema, que una persona ingresó al hospital. Y ta. Y volvía, o sea te daban la hojita y vos subías a la maternidad con esa hojita. Ahora se nos ha complicado, pero tampoco sé, como te digo, toco de oído. En

realidad no sé, ... ahora en febrero iré a ver como es y preguntar, interiorizarme más del tema porque sinceramente no sé". (LE 3)

Para ilustrar en palabras de los entrevistados la síntesis realizada, se incluyen aquí algunos discursos:

"A ver, básicamente el vínculo es bueno..., pero se hace a demanda, es decir y tenes que, no sé cómo decirlo, tenes que enfatizar y garantizarte por varios medios o ir o llamar por teléfono y asegurarte, no es algo tan fluido, para no generar que el usuario vaya, rebote, vuelva y vaya y vuelva, ¿viste?... "Entonces lo tengo que hacer para garantizar la coordinación...". (LE 1)

"Claro, en realidad eso es lo que no funciona mucho, la referencia y la contrareferencia, porque a veces por ejemplo, ven los niños que están internados, que se van para internación, embarazada o adulto, no tenemos, ... un feedback así que nos respondan, o nosotros, ho, no viene una hoja que tuvo internado o algo, no viene esa, esa".

"Porque siempre depende de la gestión de la ners que está, si vos coordinas bien, pero si no, no es una cosa que fluya..., nada fluye, no fluye si vos no coordinas, no llamas, no estás encima, este. Por ejemplo si alguien va a la maternidad, ponele a internarse, de la maternidad no me llaman, mira que tenemos una...". (LE 2)

"...llamo hablo con el licenciado de allá, o, no sé con el médico el pediatra o algo,

directamente, ¿viste?, o, por ejemplo si es pediatra la doctora mismo habla con su colega".

"Porque hemos probado de mandarle... escrito, con un registro y no, no, no, no tenemos mucho, entonces llamamos, nos aseguramos que hablamos con fulano de tal, de que le explicamos...". El registro vá. Porque es decir la indicación y la derivación eso vá, ¿tá?, el tema es que nos aseguramos que no vuelvas para atrás, llamando". (LE 1)

Los siguientes discursos de CASS, refieren que hospital es más accesible y más rápido para los usuarios, pero evidencian que no tienen un sistema de referencia y contrareferencia.

"En realidad no tenemos un sistema de referencia y contra referencia que digas, el médico va y vuelve". "Sí, en realidad, sí, si se ha notado que el hospital está más accesible, y está más rápido y te soluciona más cosas, porque antes buscabas un especialista y demoraba pila". "se tramita pero viste acá el hospital local, nos há solucionado bastante cosas y el hospital policial también, porque nosotros estamos más en contacto con Montevideo que con éste". "Sí, ellos van, demora un poco, pero ellos vuelven con el resultado". "Vuelven, de repente van y vienen porque necesitan una hoja especial, o en un estudio especial, que esté más detallado lo que necesita realmente, pero ellos, van, vienen, hasta que te traen el resultado". (LE 8)

"Lo que pasa es que nosotros, usamos como si fuéramos una UBA porque agarras la receta y haces y mandas al hospital, funciona igual". "No pero para los pases también, pases a emergencia para internación... no hay ningún problema". "Llamas al colega, mira que te

mando tal paciente... no sé, por lo menos yo hago eso calculo que todos hacemos lo mismo. Porque nosotros trabajamos todos en todos lados, que es la diferencia en Montevideo (GD 3)

Los discursos sobre coordinación si bien plantean las dificultades, además pareciera que es un proceso que siempre es responsabilidad de otro, que hay cierta naturalización de que así es y además como una invisibilidad del recorrido engorroso que debe realizar el usuario.

"Con sanidad, prácticamente, el vínculo es eso nomás, no tenemos idea cómo funciona el sistema de ellos y ellos tampoco el de nosotros. El vínculo tanto, con sanidad militar y sanidad policial, como que son totalmente, totalmente diferentes, entonces como que no hay vínculo, es más el nexos personal que halla con los médicos, tá y con las RAP, también el vínculo debería ser mejor, ¡de hecho!, porque te digo ellos se comunican conmigo si necesitan algo, por ejemplo, yo por ejemplo, me ha pasado, ponele..." (LE 7)

"Hay un componente, que por ejemplo antes los captaba el programa Aduana central nuestro, ahora no, la captación tiene un componente hospitalario, o sea tiene que hacer hospital y derivarlo... Estamos mal, mal, mal". (LE 3)

"No es que tengamos comunicación, con el hospital regional cero, con el hospital regional no tenemos ningún tipo de contacto". "No nada, no con el hospital nada". (LE 8)

"Vos sabes que si vos me preguntás, yo no noto mejora en el vínculo". (LE 2)

"Y cuando es necesaria la internación de un usuario va a emergencia de hospital, transita como un usuario de ASSE...El vínculo es el mismo de siempre, no ha cambiado a partir del SNIS, ni después de 2010". (GD 4)

"La coordinación entre los distintos prestadores de salud públicos en Salto,... se ha dado de forma, irregular". (GD 2)

4.4.1.1 Referencia y Contrareferencia INTER niveles

Los entrevistados le asignan diferentes características al sistema de referencia-contrareferencia (R/C) entre primer y segundo nivel de atención, como "difícil", "es uno de los fracasos", "hay fallas", "casi nunca se pudo poner en funcionamiento", "eso como que habría que aceptarlo", "no llega", "es difícilísimo", "cables cortados", "desconexión" y falta de un canal de comunicación único y unificado.

Con respecto a la referencia del usuario que deben realizar desde el primer nivel de atención, y específicamente la utilización de formulario ideado para ello, en la RAP de ASSE, se utiliza en algunas UBAs, no en todas. Y desde CASS no utilizan formulario de referencia y en Sanidad Militar hay un formulario de referencia distinto al de la RAP de ASSE.

En cuanto a la contrareferencia como una etapa de la coordinación entre servicios para garantizar la continuidad en el proceso de atención al usuario, se ha dado en situaciones excepcionales, sobre todo en la derivación de niños, en el plan de invierno y programa aduana, que al alta de la hospitalización se les entregaba un resumen de la situación y tratamiento del niño, para que el responsable del mismo lo lleve a la policlínica de primer nivel. En lo concerniente a la atención a toda la población restante nunca reciben una contrareferencia. Situación que evidencia la falta de comunicación de HRS al primer nivel de atención, obturando así la coordinación entre los equipos sanitarios e impactando directamente en la continuidad de la prestación de atención al usuario.

Los siguientes discursos mencionan la existencia en la RAP de un formulario para la R/C, y algunas características sobre el mismo:

“... esa comenzó como en el 2010 capaz, 2009, es una hoja de referencia y contrareferencia que está ahí, este, yo la aplico (risa), si vos me preguntás cuando mando ahí a hospital y a otro lugar, yo la aplico, la hoja era para ir y volver”. “Nunca vuelve, esa es la realidad, la cruda realidad. La hoja se instrumentó para que vaya a los servicios, porque va tiene todo un, tiene dos partes la hoja, todo porqué derivas, que pasó, todo, todo, si vos completas, te avala, para mí eso es un documento. Que te avala todo lo que vos le hiciste en el momento que lo enviaste, porqué lo enviaste. Y ¡más!, la uso cuando no tengo recurso médico, pero la uso si tengo recurso médico también, o sea en ambas opciones”. “No discrimino jamás, porque la hoja es, para mí como una historia clínica andante, o sea que, va a ir con datos

del paciente, con lo que le hicimos, con todo y debería de volver, nunca vuelve, no lo hemos logrado, este desde la cantidad de veces que he hecho derivaciones no he logrado que vuelva, nunca conectamos con el regreso del documento pa' que vaya a la historia clínica, sabiendo que es lo, y siendo que derivamos a diario, ¿no?, pacientes, porque.., y vos a diario mandas a alguien a internar, a diario". (LE 4)

"En realidad cuando yo llegué a la institución en el 2005... ya existía el formulario y... te vuelvo a repetir se había dejado de usar después se volvió a utilizar y bueno pero..." (LE 5)

"Si, hay. Nosotros tenemos formulario-". "Formularios, donde, además de la individualización del usuario, cuál es la patología, cuál es la orientación que se realiza y con eso iría con una hoja que es de este tamaño más o menos (indica el tamaño) y con un espacio primero para el médico que lo dirige, cuál es su orientación, por qué lo está enviando. Y por debajo un espacio para que escriba el médico que lo recibe. Este, después es un resumen. Que esa hoja volvería devuelta al sistema ¿no? ...". (GD 1)

"... también vencer la posibilidad de lo que es la referencia y contra referencia. Que es la otra cosa que hay que ser muy claro. Cada vez que se envía un paciente al segundo nivel tiene que ser con la hoja de referencia, cosa de que cuando llegue uno tenga bien claro que es lo que puede tener el paciente o cual es la orientación que tiene. Y una vez que se, está, que es dado de alta ¡también! Desde el segundo nivel, enviar hacia el médico, la respuesta de cuál fue el tratamiento, cual fue la orientación y cuál va a ser el seguimiento posterior".

(GD 1)

Relato de Licenciada de otra UBA, mencionando que ellas lo utilizan solo en caso de derivación a otro departamento del país.

“Sí, nosotros tenemos, tenemos el sistema de referencia y contrareferencia..., sólo en casos que viajen, que vos coordines, coordines un estudio, coordines algo, que viaja el paciente, que se va, si no, no se hace”. (LE 2)

Los dos Licenciados de Emergencia ante la pregunta si reciben formulario de R/C desde la RAP, el que se agrega al pase médico, responden que nunca lo recibieron:

“No, eso no, nunca vi”. (LE 6)

Respondiendo a quien elaboró el instrumento de R/C, las Licenciadas de UBA 1 responden:

“...en realidad seguramente el equipo de enfermería con dirección... está con... con el logo de ASSE”. (LE 5)

“Ahí hay una hoja de referencia y contrareferencia, que fue impuesta, instrumentada, no sé ni quien elaboró eso, yo al menos no sé quién la elaboró...”. (LE 4)

Con respecto al a contrareferencia, se dejan los siguientes discursos, que confirman que esta etapa del proceso no se realiza:

"No, muchas veces ni se la aceptaban. Que eran pavadas de nosotros... entonces no se, como que fue un acuerdo... entre directores pero no se bajaron ordenes me parece. ... nos bajó la orden a nosotros, pero de hospital no se bajó la orden. Porque no tenía sentido... El sistema de referencia y contra referencia difícilísimo es". (LE 3)

"Los otros servicios ninguno (se refiere a áreas de Internación del HRS), no te manda materno, no te manda adulto, no esperes de ninguno". (LE 4)

"... y no está muy no está muy bien aceitado si bien es algo que existió siempre que se lo dejó de usar un tiempo y se lo ha vuelto a usar no está bien aceitado la referencia y contrareferencia por ahí no tenemos una ¡contrareferencia!". (LE 5)

4.4.2 Coordinación INTRA primer nivel de atención

Por relatos de las entrevistadas de la RAP de ASSE, refieren un relacionamiento diario y fluido entre Licenciadas de la RAP, utilizan teléfono, correo y whatsapp para agilizar y desburocratizar algunos procesos, siempre manteniendo la vía formal en paralelo. Y de esa forma también sortean algún déficit de recursos y demoras. Se comunican por interconsultas y para compartir información, consultas y dudas.

"... porque como me pasa en en la Tablada con las embarazadas y el odontólogo, yo sé que simplemente es mandarlas, y las van a aceptar, ¿me entendés?, eso sí ya está planificado y no tengo que llamar para asegurarme de que pase". (LE 1)

En cuanto al relacionamiento entre los efectores de la RAP de ASSE, CASS y Sanidad Militar, es inexistente, lo que muestran los siguientes discursos:

"¿Qué servicio brinda sanidad policial?, y no sé, ni tengo la más pálida idea". (LE 4)

"No, con las UBAS no tenemos contacto...". (LE 8)

"No se vinculan con las policlínicas de la RAP de ASSE, ni con Sanidad Policial" (GD 4)

4.4.3 Algunas barreras para la Coordinación

Los siguientes relatos hacen referencia al desconocimiento entre los efectores y la escasa comunicación entre ellos.

Y la comunicación, la comunicación es algo que falla...creo que es una carencia en todos lados, pero... Y si falla la comunicación, a partir de ahí...empieza a fallar todo". "es un común denominador, porque si yo planteo una referencia y no hay una contrareferencia, ahí

ya está fallando la comunicación". "...Es un común denominador para los servicios". (LE 5)

"¿Qué servicio brinda sanidad policial?, y no sé, ni tengo la más pálida idea. Pero yo no voy a derivar porque no sé, no le voy a derivar nada a sanidad policial, porque no sé, como funciona, ni que días...". (LE 4)

Una de las LE plantea las debilidades que genera para la población de referencia que desde la UBA no se esté trabajando con la comunidad y en red. El desconocimiento de lo que hace ETAF (Equipos Territoriales de Atención Familiar) y por otro lado, menciona que tienen vínculo con equipo de UCC (Uruguay Crece Contigo), pero plantea la limitación del dispositivo en el abordaje de esos niños por la corta duración del mismo.

El siguiente discurso, plantea una posible causa de fondo, para que la fragmentación persista y se profundice en el sector salud de Uruguay, fuertemente marcado por el dominio de las corporaciones médicas del sub sector privado.

"... yo creo que si ¡todos los integrantes!, te vuelvo a repetir, de la red, ¡todos!, hablamos el mismo idioma, sería bárbaro y no habría mutualista que nos compitiera..., pero para eso tenemos que hablar el mismo idioma, porque la atención de ASSE no es una atención mala, es una buena atención..., a pesar de los déficit que se tienen...es una buena atención, como todos, tenemos errores, todo bárbaro, pero en una media es una buena atención. Pero si llegamos a lograr la unión y el trabajo realmente en red, no que sea un título, que sea

realmente en red, no hay mutualista, ... pero no hay mutualista de competencia... de eso estoy convencida (risas) ..., pero de eso estoy convencida". (LE 5)

4.5 Gestión en los efectores públicos de Salud de Salto

4.5.1 Gobierno Servicios de Salud Público Departamental.

Con respecto a la Gestión, uno de los atributos del modelo de OPS, es la existencia de un gobierno único para la red, el que no debe extrañarse que no exista a nivel departamental.

Se comentará de todas formas, como quienes componen el mismo: quienes ocupan cargos de dirección o encargatura en los efectores que la integran a nivel local, que son la Red de Atención Primaria a la Salud de ASSE, Hospital Regional Salto de ASSE, Centro de Asistencia Social Salto de DNSP y Sanidad Militar dependiente de DNSFFAA.

Un Consejo Asesor Honorario Departamental (CAHD) y la Junta Departamental de Salud (JUDESA) de Salto que nuclea a los representantes de usuarios, a los trabajadores a nivel departamental y los gestores de cada uno de los efectores.

Esta organización de los efectores públicos en Salto, se complejiza porque cada efector tiene dependencia jerárquica, con cada prestador en Montevideo y/o a nivel Regional en el caso de ASSE. Una de las particularidades y diferencias en ASSE es que estos cargos estratégicos de gestión de la RAP y de HRS, son renovados cada cinco años, como plantea el siguiente discurso:

“Entonces las construcciones son difíciles,... o sea... mientras siga siendo un cargo político sin una formación y un perfil, un conocimiento, por lo menos de, de... no pido planificación estratégica y yo que sé, pero por lo menos que tengan un curso de administración de la UTU, no sé ¡algo! que vos sepas que hay factores externos que te juegan en contra, y que si vos no te pones a la gente de tu lado, yo siempre digo: la gente o te ayuda o te boicotea. Es así Vos podés tener el mejor plan del mundo pero si vos no tenés la gente que te responda”.
(LE 3)

A esa compleja estructura a nivel estratégico de la Red departamental, la atraviesan algunas dificultades, como escasa participación de representantes de profesionales sanitarios en JUDESA y Consejos Consultivos que no están funcionando, como lo expresa uno de los entrevistados:

"El equipo técnico, se nota que no hay coordinación, entre, no hay coordinación, a pesar de que tenemos reuniones prácticamente una vez por mes, a nivel departamental ese tipo de reuniones y no hay coordinación. Incluso digo más, fundamentalmente los técnicos, los profesionales hay dificultades para poder tener comunicación con ellos, porque muchas veces no participan en las reuniones mensuales como representantes de centro médico, o del hospital o representantes de los médicos, no participan, no concurren y que ahí se pueden solucionar muchos temas, ese digamos es él debe que tienen los profesionales". "Primera cosa como dice la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud, se tienen que crear los Consejos Consultivos de cada efector, de cada mutualista y del hospital, que no están

funcionando, que tendría que haber una participación de usuarios, trabajadores de la salud, profesional de la salud y también representantes de los directorios, que eso no funciona. Que eso mejoraría mucho, a parte de las reuniones mensuales de la JUDESA". (RU 2)

El representante de usuarios del Espacio Participativo entrevistado, hace referencia a la representación en los Consejos Honorarios de HRS y RAP, sin mencionar que no funcionan, llama la atención ya que el representante de usuarios del MNUSPYP, plantea fuertemente como un problema que los CDH no están funcionando.

Es relevante analizar las dimensiones y características de las gestiones durante el período 2010/2015 de los efectores públicos de Salto, para poder comprender si estás contribuyen a la integración, al trabajo colaborativo y coordinado, en RED. Que además podría dar cuenta de si es posible y deseado por los actores locales, tener un Gobierno único para los efectores públicos de Salto.

4.5.2 Estilos de gestión a nivel estratégico en Red de Atención Primaria de Salud de ASSE.

Otro componente relevante es el estilo de gestión predominante en la RAP de ASSE en el período 2010/2015, donde la mayoría de las entrevistadas plantean un estilo autoritario, jerárquico, vertical, donde primó el interés por resultados inmediatos, accionando ante la presencia de problemáticas concretas a demanda, sin una programación a mediano y largo plazo. Y el planteamiento de problemáticas por parte de las Licenciadas no era de buen

recibo, generaban tensión en los encuentros, actuando muchas veces como barreras para que existiera un diálogo fluido, al que se agrega falta de canales de comunicación.

“Bueno a ver ¿cuál es tu proyecto de trabajo, cuál es tu plan, que es lo que vos pretendes hacer? porque nosotros no somos piezas de un ajedrez para que vos nos muevas. Entonces si vos me decís yo te puedo decir: ¡pa mira qué bueno! O podemos decirte: no, mira capaz que en territorio esto no... o capaz esto sí, cada área tiene sus particularidades, porque es un mismo departamento pero son todas particularidades diferentes y podemos hacer una construcción. Ahora si vos te paras en... en que todo sea verticalazo... no”. (LE 3)

"unidireccional, totalmente". "En realidad... se intenta ir tapando cosas...". (LE 2)

Respuestas que muestran las deficiencias en la comunicación entre equipo de gestión y Licenciadas que realizan la gestión operativa

*“¡no sé qué gestionó la dirección!, porque ni siquiera un canal de comunicación para que nosotros ¡viéramos! que estaba gestionando”. “ellos pedían, ellos obtenían resultados...”
(LE 4)*

*“Entonces si vos no me das una respuesta ni por si ni por no, yo no sé qué fue lo que pasó”.
(LE 3)*

"Y al vos, plantear el problema y no darte una solución...". (LE 2)

"...en el período..., yo lo percibí así, he, no te jodo, no me jodas, ¿viste?... yo llamaba para un problema puntual que acá todo es edilicio y me daban unas respuestas..., bastante que te desanimaban más que nada". (LE 1)

Las respuestas dejan ver que el equipo de gestión desde lo discursivo tenían un enfoque metodológico-conceptual, enfoque que en el accionar se modificaba, generando incongruencias entre el pensar/decir y el hacer. También se refleja en los relatos un trabajo en solitario, fragmentado, como en islas separadas por las líneas jerárquicas, que desde la percepción de las Licenciadas no contemplaba los intereses, necesidades y problemas que se planteaban desde la gestión operativa.

"...yo le pedí que viniera por ejemplo a hacer una terapia grupal con el equipo, para ver lo que sentíamos, porque eso, sentíamos esa cosa de lejanía, esa cosa de soledad, entonces justamente para que viniera a ayudarme, porque yo no tenía más herramientas, ¿no?, para ayudarme cómo se podía mejorar el equipo, no, no, nunca vino, ¿viste?, pero por ejemplo me acuerdo que puntualmente en una UBA como era el boom, allá iba, hicimos, no hicimos, vos decís, pero yo porque capaz no hago circo y te llamo por un problema, pero cuando era para figurar y quedar todo así, todo divino, eso sí yo ví. Era más la apariencia de ser, que lo que era en sí". "¡Que estás sola, y maneja te como puedas y sola!" (LE 1)

"Y quizá después hubo todo un trabajo en soledad que quizá no tuvo los frutos que se quería pero también por eso porque fueron hechos en soledad...". (LE 3)

"Porque si yo te digo: mira Leticia, vamos a trabajar así, porque las personas y te hablo de esto, y te digo del Ser bio psico social y después vos vas a la consulta y te trato como un perro, o sea, dejate de joder, eso fue lo que pasó. Era un discurso con una acción que no pegaba y no había respuesta". (LE 3)

"Tampoco la gente te responde como una máquina que apretás un botón y salió. Cada uno responde de una forma diferente, entonces me parece que las gestiones pasan por ahí". (LE 3)

"Si tenes que llegar al 100%, pone 100% ¿qué le vas a hacer?, pero no somos 100%, porque tenes cantidad de factores externos, que vos no sabes que va a pasar. Entonces vos te podes plantear algo muy lindo, muy hermoso, muy todo y quizás no lo logras todo, pero tenes que aprovechar todo lo que si lograste. Ahora si vos decís, yo quiero que vos captes al 100% de los niños y se te escapan dos y se terminaron las reuniones y acá, anda a buscarlo en cuatro patas igual porque no había vehículo, entendés, se pierden esas cosas". (LE 3)

El Centro de Asistencia Social de Salto ha transitado por dos estilos de gestión bien diferentes en el período 2010/2015, uno más autoritario, vertical, burocrático, trabajo en solitario y cerrado, a otro que es el actual más abierto, colectivo y participativo, que tiende a

desburocratizar los procesos y humanizarlos.

“Como que abrió un poco más, como que te invitó a que vos entrarás a contar lo que realmente te pasa y solucionar en conjunto, que antes no había eso, ... no te daba ni entrada, entraba por una puerta y salía por otra, si te preguntaba como andabas, era porque, ella no se sentaba a charlar contigo, que (actual encargada)... se sienta, charla, hacemos los expedientes, ... es una compañera más acá adentro”. (LE 8)

4.3.1.1 Dispositivos utilizados por equipo de gestión de la RAP de ASSE en el período 2010/2015

Las entrevistadas ante la respuesta inmediata sobre este dispositivo, le atribuyen las siguientes características a las reuniones propuestas por equipo de gestión 2010/2015 de la RAP de ASSE: “posibilidad de encuentro”, “intercambio de experiencias”, "estaba bueno", "era enriquecedor", "nos encontrábamos entre las compañeras".

Pero cuando comienzan a profundizar y detallar a cerca de las mismas modifican rotundamente las apreciaciones de las mismas, lo que se evidencia en los siguientes relatos:

“Y las pocas reuniones que tuvimos que creo fueron dos o tres, no me acuerdo, pero pocas, ... yo lo sentía así, más verticalazo que, que les parece, vamos a analizar, que, entonces no. Mas obligaciones, ustedes deben hacer esto, deben hacer esto, pero cuando cada una hablaba particularmente o no, o exponías la problemática que había para hacerlo de esta

manera, ahí ya no funcionaba, ¿viste?”. (LE 1)

“...eran como para hacer catarsis, ¿viste? ..., sacar sentimientos, emociones más que nada y que después no se utilizaban esas reuniones para planificar algo, ¿viste?, no. Era más para ver que pensabas, como te sentías, ¿viste?, ¡yo! Percibía eso. ¿Viste?, como que te evaluaban a ver en que estabas desconforme, en que esto, en que aquello, pero más para evaluar como estabas vos, que para planificar algo, no sé, a mí no me gustaba ir, sinceramente, no me gustaba ir. ¿Viste?, no sé cómo decirlo, es como un circo”. (LE 1)

“...era digamos de intercambio,...lo que estaba viviendo cada policlínica..., se hizo en algunas oportunidades y luego se fue como un poco desvirtuando el eje de esos talleres, y bueno y después por diferentes motivos, por falta de recursos porque a veces, muchas de las veces, porque a ver, ¿quién quiere disponer de un horario extra del horario laboral? Entonces al estar en el horario de atención muchas veces se complicaba que ese compañero pudiera salir de la institución o pudiéramos nosotros salir de la institución, si fuese en otro lugar y bueno eso se fue perdiendo y hoy por hoy, de hecho por esa necesidad se genera un grupo de whatsapp para poder estar en comunicación con las compañeras”. (LE 5)

“Esas reuniones eran lindas..., si bien eran lindas, eran más reuniones de catarsis, psicología, (risa)..., si bien también se hablaba de lo que hacía el otro, lo que hacía uno, pero a la vez era una catarsis de quejas, de cosas, como que la gente tenía esa necesidad, todas tenían eso, como que todo mal, una cosa era, avasallante aquello..., hubiese estado

bueno tomar lineamientos con respecto a eso, de trabajo, ¿no?... Hacer como una puesta en marcha, porque por ejemplo yo veía, que las reuniones eran de catarsis, yo decía, hay no voy a ir más, pero me gustaban porque..., estaba con la puesta más al día de lo que funcionaba... Y ya me veía con mis compañeras, charlaba, pero en realidad que hubiera que alguien tomara la nota o que hacía un informe sobre qué cosas para poner en común, ponele..., Me cansaba de yo hablar y que todas escucháramos los problemas de todas, digo porque en realidad eso, vas, decís y no hay solución”. (LE 2)

“Hubo algunas cosas puntales... pero que no llegaron a buen puerto porque quizá no fue por mala, no fue por mala disposición sino fue por mala articulación digamos. O de pensar... en el discurso, por ejemplo porque se armó un grupo y... yo te llamo, te digo mira vamos a hacer así, no pensar el otro como objeto sino como sujeto y nos quedamos en esa, nos quedamos en esa, nos quedamos en esa. Y hubo tres reuniones, bueno vamos pautar un trabajo así, vamos a reunirnos, vamos a los espacios a escuchar cada uno,... iba a haber un espacio de catarsis y un espacio de construcción pero claro donde vos empresas a plantear algunas cosas... Después se volvió a intentar y después devuelta pasa lo mismo. El tema de los intereses como te digo”. (LE 3)

Por este discurso esos encuentros, planteaban en la letra y en lo discursivo una forma de trabajo y de hacer, pero que luego que surgían los planteos, problemas y propuestas, el accionar del equipo de gestión no era congruente con el discurso.

4.5.3 Gestión operativa en la RAP

A la gestión operativa del día a día de la RAP de ASSE, la atraviesan múltiples procesos que apoyan la prestación de asistencia a la población, los que están plagados de dificultades que se vienen manteniendo en el tiempo, con una resolución parcial o inexistente. Lo que genera que prácticamente toda la carga horaria de las Licenciadas se destinen a resolver estas cuestiones, impidiendo muchas veces la prestación de asistencia directa a los usuarios por parte de este profesional.

“...aparte que ellos se ponían estrictos, a 12 tengo, ¿por qué esta éste acá agregado a papel, a mano?, “tengo el 13 este acá a mano ners”, sí doctora, pero a usted le faltaron de los que está en lista, puedo agregarle uno más, tenés que, viste, ir haciendo ese juego de..., de batalla, hasta que después, empezaron a entender”. (LE 4)

Con respecto a la instrumentación de la meta de médico de referencia:

“...fue algo del sistema (risa) integrado (risa), donde a ellos les pagaban por referir, les pagan..., injustamente, para mí, porque le pagan sólo al médico y el paciente lo ve enfermería también, lo único, que lo cobra el médico por referencia del paciente...”. (LE 4)

“Llegó un día que, a no está referenciado por mí, no te lo puedo ver, o si de repente le asignaron por error ¿no?, porque no había número para otro médico, y el paciente decía...

pero era de..., “a no lo veo, porque no es mío referenciado, ners” ..., la única manera de que vos no veas a ese paciente, es si vos estás usando la historia clínica digital que no te permite que vos cargues los ingresos de los pacientes si no es tuyo, pero vos estás usando la historia clínica papel, no tenes ningún impedimento para no verlo..., al paciente, ¡tenés que verlo!. Peleas..., horrorosas me llevó eso, porque la hojita, como que los avalaba que si no estaba referenciado por vos, no tenían la obligación de verlo”. (LE 4)

Burocratización y múltiples actores intervienen para que desde las Unidades Básicas Asistenciales de la RAP de ASSE, accedan a recursos materiales de consumo:

“...reconozco que es responsabilidad de la gestión, pero también nosotros prevemos de tener un tubo de reserva y todo, pero se usa y el problema es que la farmacia no llega, no llega, y, o, si llegó el chofer no trajo, o sea, hay toda una cadena, entendes detrás, entonces, te quiero decir, uno intenta...”. (LE 2)

4.5.3.1 Gestión de sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico en efectores públicos de Salud de Salto

Se detallan a continuación cuatro procesos que requieren relacionamiento y vínculo constante entre primer nivel de atención y algunos servicios de apoyo clínico y logístico como laboratorio, banco de sangre y farmacia, que surgieron de los discursos de los entrevistados.

Y por otro lado procesos administrativos de apoyo a la prestación de asistencia a la población,

como la agenda electrónica y la historia clínica.

4.5.3.1.1 Gestión de sistema de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre: Acceso a la paraclínica por parte de los usuarios.

Con respecto a la coordinación de primer nivel de atención con el laboratorio del Hospital Regional Salto, se destaca que es el único proceso en la Red de ASSE que está informatizado y conecta el primer con el segundo nivel de atención en ASSE, no sucede con Sanidad Militar, ni con CASS.

El siguiente discurso plantea como una gran fortaleza esa conexión, no planteando dificultades en el mismo, ya que es la única UBA que tiene laboratorio propio, resolviendo todo el proceso hasta la obtención del resultado del examen.

“...hay un sistema de laboratorio, donde vos pones el documento y ahí vos ves todo, lo que se ha hecho en la internación, lo que se ha hecho acá, lo que se ha hecho. Pero, específicamente lo que pasó por laboratorio, eso es lo único que yo hoy por hoy veo y evaluo como positivo, que tenemos como en red conectado...” (LE 4)

Las Licenciadas de las UBAs que deben conectar sus microprocesos con los microprocesos que se hacen en laboratorio de hospital, para que se tenga el resultado del examen de cada usuario en tiempo y forma, evidencian dificultades que tienen una repercusión directa en la atención que recibe el usuario de salud pública, la accesibilidad al servicio y la continuidad

en la atención. Son planteados problemas relacionados con cuestiones más de equipamiento, que sería concretamente que Banco de Sangre no cuenta con sistema informatizado, sigue realizando todo a lápiz y papel. Pero por otro lado todas las demás dificultades hacen a la falta de comunicación entre los profesionales que participan en esos procesos, e instancias de discusión y definición colectiva de cómo ajustar y mejorar los mismos.

Una de las dificultades es que no llegan los resultados de los estudios en tiempo y forma, como lo expresan los siguientes discursos:

“...el tema principal del laboratorio, es que, a veces ¡no están los resultados!, por ejemplo en las rutinas del embarazo, que es lo más importante, que tienen un período para hacerse... lo mandás una semana, lo miras sigue pendiente, le sacás sangre la otra semana, lo mandas, sigue pendiente y a veces por ejemplo un vdrl,..., te llega a la maternidad y continúa pendiente. ¿Viste?, esas son las dificultades,..., del resultado más que nada”. (LE 1)

“O te demoran un tiempo impresionante que no tiene sentido..., yo paso reclamando” (LE 3)

“ahora con el sistema modular que es el que manejan las maquinas vos le largas y después lo que tenes que controlar es que esté todo pronto, cuando este pronto le das el enter a la máquina y ella lo pasa a pantalla, y de pantalla llega al administrativo (que está en HRS) y lo que tiene que hacer es otro enter para que quede visible a través de contraseñas en la red.

Bueno, ese último enter en la maquina les cuesta un montón”. (LE 3)

Estas dificultades, generan enlentecimiento, malestares y ocupación de tiempos para reclamos, con una repercusión directa en el usuario, pero también en los profesionales que participan del proceso, desgastando los vínculos y generando una inadecuada utilización de los tiempos de trabajo.

Acciones de falta de comunicación fluida y en el momento oportuno, que genera volver a puncionar a los usuarios, con lo que ello implica para cualquier persona, ese momento de miedo/tensión y el personal sanitario: ¿Cómo explica y fundamenta esa acción? Y el gasto inadecuado de recurso tiempo de esas enfermeras que hacen más de una vez el mismo procedimiento en una misma persona y el uso de los recursos materiales con que ello se acompaña, lo que se evidencia en los siguientes discursos:

“...a veces, no sé si ellos no tienen stock o reactivo de tal examen yo lo saco y se lo tengo que sacar de nuevo...toda la (...) glicemia y todo perfil lipidio va en el mismo tubo, y en uno te ponen el resultado y en otro te ponen que no vino sangre...” (LE 3)

“si no hay reactivo, hay que volver a sacar, el tema es que nosotros nunca sabemos cuándo hay reactivo, nos enteramos que no hay reactivo cuando empiezan a venir los resultados, no hay reactivo, no hay reactivo y ahí llamamos”. (LE 2)

Otra dificultad que muestra que el usuario no es el centro de la asistencia sanitaria, son los siguientes discursos, que además confirman la falta de comunicación y coordinación entre los equipos sanitarios.

“Y-y, ¡grande!, grupo y coombs, que, eso se hace ahora en el banco de sangre. El banco de sangre no está informatizado, ¿tá?, y no hay manera de que me lo envíen, entonces le tengo que pedir a cada embarazada que vaya, entonces le facilito por un lado, y...”. (LE 1)

“Claro, porque a veces laboratorio con los grupos, que hay un desfasaje, porque por más que mandes en un tubo aparte para grupo..., entre el laboratorio y banco de sangre, ahí hay una discrepancia que no podemos entender, entonces eso por ejemplo eso es un contratiempo, tengo que mandar a la embarazada, que vaya allá al banco de sangre y que se haga, siendo que nosotros mandamos un ¡tubo aparte!”, que dice grupo, dice banco de sangre, que dice cédula, pero parece como, él banco no tiene una computadora, entonces, se han hecho notas a..., se ha hablado con el doctor ..., pero, tá..., claro ahí por ejemplo, es un bache machazo, porque la pobre gente tiene que ir a hacerse el grupo al hospital, porque ¡no! vienen los grupos, viene alguno digo, pero son pocos los que vienen”. (L.E 2)

Otra dificultad en este proceso, es la toma de decisión de cambios en el proceso, de forma unilateral, sin considerar las realidades del primer nivel de atención y de la población que utiliza los servicios.

“Si, es complicado. Laboratorio es un lugar complicado. Es un nudo crítico del hospital. Es complicado. Viste como te decía, arbitrariamente te cambiaron los días, te marcan esto, te ponen aquello y después... tenemos muchos problemas que redundan en el usuario... Los miércoles y los viernes que también es mínimo. Y al ponerlo los viernes nos complicaron con las muestras... Hicieron una re distribución y... arbitrariamente puso miércoles y viernes, pero los viernes no te reciben urocultivo ni copro, entonces te acota un montón. ..., porque los niños prácticamente lleva eso. Y eran 25 ahora son 15. Porque el hospital no puede recibir tanto... si, como que ellos ordenan pero en realidad los servicios los desordenan”.

(LE 3)

4.5.3.1.2 Gestión entre RAP y farmacia:

El proceso de adquisición de fármacos por parte de los usuarios de ASSE, ha venido cambiando y mejorando, se ha informatizando el proceso, conectándose entre niveles, al principio con algunas fallas en la conexión, pero comentan, que ahora funciona correctamente en las UBAs donde tienen el programa, que no son todas. Se ha cambiado el sistema de recetas médicas, actualmente tienen código de barra y a nivel de hospital están haciendo entrega de ticketeras a los usuarios con una vigencia de 3 meses, pero en las UBAs aún no es posible utilizar las mismas, ya que debe autorizar la Química Farmacéutica de Hospital la compra de las mismas, pero debe ser pago por RAP.

Donde se han evidenciado algunos inconvenientes ha sido en el proceso de reposición de los

fármacos a las UBAs y la entrega de la medicación a los usuarios, que se reflejan en los siguientes discursos:

“...Había una programa en donde vos ingresabas todo y las recetas y eso ... lo que si seguíamos con el problema de que a veces podías levantar doble, después...se desarrolló un poquito más el sistema y ya no podías levantar doble, levantabas en un lado o en el otro”.

(LE 3)

A diferencia del discurso anterior, en UBA 6 persiste esa dificultad:

“...entonces acá lo que me pasa, ¡también!, es que yo no sé si la persona lo levantó el día antes en hospital, del doctor le da acá la medicación y yo se la doy, cuando va mi receta, dice no ya levantó..., tal día y, ¿qué pasa?, a mí no me la dan y yo ya se la dí a la persona. ¿Entonces qué pasa?...yo la pierdo, esa es medicación de menos que no me la reponen tampoco. ¡La farmacia hay una falla gigante!” (LE 1)

“Es todo un tema, viste que se retroalimenta con la farmacia de hospital, viste que traigan y todo lo demás. Es medio complicado, pero bueno tá, hay farmacia”. (LE 1)

“Hay que reclamar ese pedido, que viene, que no viene, que ya mandaron, que no mandaron, la medicación que no hay, bueno, con ¡todos! los problemas que eso tiene. Nó, no llega en tiempo y forma, no llega la cantidad, porque por ejemplo, nosotros lo damos, que esa es la

pelea eterna que tenemos con farmacia, que no lo entienden así, ¡Ó!, el sistema que tienen ellos no condice con este funcionamiento..., ¡es un problemón! que tenemos y no hay solución, porque dice que las computadoras tienen el día exacto, es decir..., y ellos por problemas ¿no?, internos, de personal, que están haciendo balance, que están haciendo otra cosa, no lo pueden ingresar y yo no estoy en red". (LE 1)

"Y otra cosa que se luchó bastante es con el Vademecum... Ahora,...stock son pocos, la cantidad que te dan es difícil..., se transó, pero por ejemplo teníamos de diez Dipirona, a 20 a 30 y ahora 40, pero igual sigue faltando. Y no tener la facilidad de la ticketera también, porque hay viejitos que prefieren...ir todo los meses al doctor para tener la receta, pero te ocupa un número de consulta solo por repetir... Cuesta un poquito pero son todos factores humanos". (LE 3)

Discursos de representantes de usuarios que concuerdan con algunas de las dificultades que manifestaron las Licenciadas, en torno al acceso a la medicación por parte de los usuarios de la salud pública en Salto.

"...Porque ese es el problema más grave, no se están utilizando las policlínicas barriales, porque te atendes en la policlínica barrial, el médico te da la medicación, tenes que dirigirte al hospital a levantar la medicación. Entonces ¿qué pasa? A veces evitan ir a la policlínica, van a la emergencia, se atienden en la emergencia y ya de ahí levantan la medicación..."

(RU 1)

Discurso que plantea como que en las UBAs no hay farmacia, cuestión que no es así al menos en el caso de las cuatro policlínicas que gestionan las entrevistadas, lo que denota desconocimiento por parte de este representante de usuarios de los servicios que se prestan en la RAP de ASSE.

“Pero hay dificultades, sí, sí, fundamentalmente, en el hospital, con el tema farmacia. El tema de farmacia es bastante complicado por las horas de espera, que hay que llegar temprano, hay que hacer cola y es muy lento todo el servicio de farmacia, y a veces no les resuelven el tema de la medicación”. (RU 2)

4.5.3.1.3 Sistema Agenda Electrónica en la RAP de ASSE

Otro dispositivo informático incorporado en la gestión 2010/2015, que permite facilitar la coordinación de consultas para los usuarios. Para poder utilizar este sistema que se inició como piloto en UBA 1 y 7 de la RAP, requirió de un pasaje de las historias clínicas familiares a individuales, para poder utilizarlo a partir de 2013. El mismo requiere además contar con el sistema informático y conexión a internet para poder utilizarlo, hasta el día de hoy no se ha incorporado el mismo a otras UBAs. Este conecta esas dos UBAS con HRS, permite coordinar consulta solo en la UBA y se puede ver el recorrido del usuario por ASSE.

“El sistema de gestión de consulta, empezó piloto UBA 1 UBA7, era una cosa básica no tenía

casi nada..., y ahora todos los procedimientos que se han agregado somos nosotras que hemos pedido, si nos pueden poner, porque te queda más fácil, porque si no mezclas cosas..., entonces le vamos agregando un montón de cosas al sistema y está muy bueno, agiliza un montón”. (LE 3)

“Es solamente de ASSE, sanidad policial y militar no están en red”. (LE 5)

“Nos permite ver si se atendió en hospital o en las diferentes... UBAs y nada más y las veces que ha consultado y con los médicos que ha sido atendido”. (LE 5)

“¡El sistema de agenda!... ahora vos ves lo de UBA y lo que le da acá, y pasa en otro lado, no puedes coordinar nada con hospital, ni hospital puede coordinar con acá, o sea hasta ahora simplemente vemos como fotos de lo que se va haciendo y viendo el paciente..., paralelo”. (LE 4)

4.5.3.1.4 Historia Clínica en efectores públicos de Salto

En prestadores públicos de Salto, es heterogéneo el formato de HC de los usuarios, existiendo la HCE en la Emergencia y en algunos servicios o departamentos del HRS, al menos en todos los servicios donde se asisten a niños, en otras áreas de internación, de adulto por ejemplo se sigue utilizando la HC papel. En la RAP, existe la historia clínica papel en todas las UBAs, en algunas ya están todas individuales y en otras están pasando la historia familiar a la individual. Y por otro lado existe el Sistema Informático de Escritorio Médico Basado en la

Red Asistencial (SIEMBRA), que es de propiedad de algunos profesionales médicos, que las portan a través de una computadora portátil y personal, que no queda disponible en el servicio, ni el resto de los profesionales registran en ella. Ninguna de las HC de la RAP está conectadas con las del HRS.

Y por otro lado Sanidad Militar y CASS tienen historias clínicas en papel individuales.

Además de la o las historias clínicas que el usuario tiene en el efector de primer nivel en que se asiste, tiene otra historia clínica en HRS y si fue asistido en un efector de otro departamento del país tiene otra historia clínica allí también.

Lo que muestra la multiplicidad y desconexión de la HC de los usuarios del subsector público en Salto, lo que muestra como fortalezas procesos ya realizados e infraestructura instalada, para seguir transitando y ampliando la cobertura de HCE. Se plantea como desafío en el departamento conjugar e integrar por ejemplo la HCE que existe en servicios del HRS y la HC SIEMBRA.

Se dejan a continuación los discursos a cerca de la Historia Clínica:

“Y ahí pasar la historia clínica de familiar a-a individual, fue también todo un desafío, que fue el que se logró”. (LE 4)

“Son en papel, ahora estamos haciendo la transición desde el año pasado (2016) porque eran familiares a las individuales, con todo lo que conlleva...”. (LE 1)

“sigue siendo papel, individual...”. (LE 2)

“...adentro del hospital se avanzó en la digitalización de las historias clínicas y que a nivel de pediatría al 2015, el 100% de los lugares por donde pasaba un niño estaba digitalizado, es decir había historia clínica electrónica en policlínica, en emergencia, en neonatología, en CTI, en bueno en la emergencia...y a su vez estaban registrados informáticamente los medicamentos y los estudios tanto imagenológicos como de laboratorio que se hacían, lo que termino de quedar pendiente es la posibilidad del acceso desde las policlínicas de atención primaria a esa historia clínica para que la vieran”. (GD 2)

En la emergencia del Hospital Regional Salto:

“Bueno, la historia clínica es digital, o sea del triage le queda una hoja, que se pasa al médico, que es en papel,...el médico tiene todo digital y nosotros también porque por ejemplo, los controles y lo que le hicimos al paciente, viste que antes no quedaba registrado, ahora, desde abril de 2016 empezamos, que está digitalizado, entonces bárbaro, porque vos lo que le haces al paciente te queda...”. (LE 6)

A las salas de internación va la historia clínica impresa, en formato papel.

En CASS tienen HC papel e individual,

“...hay muchas pacientes, de la doctora..., que ellas traen las historias del hospital, ¿viste?, y la doctora..., no les hace historia acá, ella tiene una única historia, ¿viste?... las mujeres andan con ellas, ¡en la cartera!, entonces vos decís, María González, ¿te saco historia?,

“No, yo la tengo”. (LE 8)

Y si un usuario de CASS concurre a Hospital Policial a recibir asistencia, genera otra historia clínica en CASIM, de la que no sabe si es digital o no y no tienen acceso.

En la policlínica de Sanidad Militar,

“las historias clínicas son en papel, individuales, el usuario tiene una historia clínica acá

“que no sale de acá” y otra en HRS”. (GD 4)

4.5.2.1.4.1 Sistema Informático de Escritorio Médico Basado en la Red Asistencial

Se plantean aquí respuestas a cerca de la HC SIEMBRA, como sistema incorporado en el período 2010/2015, en búsqueda de contribuir a lograr los objetivos y principios del SNIS.

“...algunos médicos tienen y la usan...O sea, no tengo ni acceso, ni nunca tuve la computadora, o sea que no tengo la más pálida idea de ¡cómo funciona!... El médico la lleva y la trae, nosotros no tenemos acceso a ella, ni tampoco tenemos programa colocado en algún lado”. (LE 2)

“... porque viste que el siembra, como que falta pulir, no sé qué es lo que le falta, falta red y que todos tengamos siembra en realidad,...”. (LE 2)

“La tiene el médico, nosotros no, el SIEMBRA”. (LE 3)

“...eso logra una historia electrónica, que está, es muy completa, es muy amigable para el médico para que haga el llenado, lo puede hacer en las distintas consultas que realiza porque lógicamente es una historia extensa, pero que funciona...lo que se ha hecho acá muchas veces, se les brindó a los médicos..., una notebook con la cual están conectadas directamente al sistema...”. (GD 1)

“... esto va a un servidor central a nivel de ASSE central y ese servidor esta para todo el país..., la única cosa que se plantea acá es que, inicialmente cuando el individuo está en un determinado territorio tiene un médico de referencia y es ese médico de referencia quien hace la entrada a su historia y va cargando los datos. Si solicita una consulta con determinado especialista, bueno el especialista enviará los datos necesarios y se irán cargando en esa historia”. (GD 1)

“...tuvimos algunos inconvenientes primero por el propio médico para hacer el llenado..., somos poco favorecedores de escribir...propusimos hace un tiempo allá por 2012, 2013 incluso y estuvo a punto de salir después hubo presiones devuelta que no salió, este para que se colocara el sistema de evaluación de gestión de cada médico y por lo tanto dentro de la evaluación de gestión es cuantas historias clínicas tenemos llenadas por mes...”. (GD 1)

“Pero además por lo que he escuchado se generaron dos o tres problemas. Primero, la historia clínica original del SIEMBRA era muy engorrosa y tediosa con lo cual empezaron a haber, o sea era no amigable como dicen y por tanto empezaron a haber, no... no, no

registros ¿ta? O problemas de que no completaban esa historia clínica. Y el otro problema era la conectividad. No siempre se podía lograr la conectividad necesaria para realizar las (...) una cantidad de cosas. No sé si porque el programa era muy pesado, porque había algunos lugares donde no había internet, o porque no funcionaba el internet móvil, ... ”. (GD 2)

Mencionan algunas de las Licenciadas de la RAP entrevistadas, que pueden tener acceso al SIEMBRA, si el médico se lo permite.

Queda en evidencia que los usuarios de sector público, tienen múltiples historias clínicas, es decir que si yo quisiera conocer el tránsito por el sistema sanitario de un usuario de ASSE por ejemplo, tendría que acceder a la historia clínica de papel que tiene en la UBA, a la historia SIEMBRA que tiene en la UBA y a la historia que tiene en Hospital Regional Salto, lo que ha sido confirmado por los entrevistados. La interrogante es si este mismo usuario necesitara asistencia en otro efector público, ¿generaría otra historia clínica?.

4.5.4 Gestión del Recurso Humano

En los discursos de las entrevistadas de Sanidad Militar y CASS, no se evidencia falta de recursos humanos. A diferencia de ASSE, que en todos los discursos de Licenciados del efector e inclusive de los de Representantes de Usuarios, hay un fuerte planteamiento de la falta de RRHH, sobre todo de Enfermería.

“Porque yo no puedo poner más médicos, si yo no tengo más recurso de enfermería, a ver sí, hay algo que es básico”. (LE 4)

“¡Enfermería! sostiene el sistema, porque sin enfermería sin todos, todos los integrantes somos importantes, porque todos formamos parte de un proceso y de la atención del usuario”. “Y en las consideraciones y todo el sueldo habla, habla por sí solo...enfermería hace ¡todo! el acompañamiento del usuario...y...vayamos a un segundo nivel si un médico opera, ¿Quién cuida a ese paciente?, enfermería, ¿si enfermería no lo hace?, el médico no es el que está las 24 hs acompañando ese proceso. Cuando hablamos de la red integrada de efectores públicos o de salud, hablamos de todo, hablamos desde el que está en la puerta, recibiendo, desde la admisión hasta el que limpia los pasillos. ¡Todos! Sin desmerecer a nadie. ¡Todos jugamos un rol importantísimo en lo que es este proceso, entonces quizás la sensibilización a todo el equipo... lleva mucho tiempo y es... hacer un cambio de cabeza”. (LE 5)

En relato anterior se agrega la diferencia salarial entre quienes integran los equipos sanitarios.

“No a mí me parece qué, básicamente, el factor humano es fundamental para lograr esa articulación, ¿no?, que si bien es insuficiente todos estamos encaminados hacia lo mismo, ¿entendes?, entonces me parece que teniendo una postura cooperativa y que se centre en el usuario y-y, tratando de ayudarlo,... digo eso es fundamental me parece...” (LE 1)

“se ve falta de recurso humano en todos lados”. (LE 2)

“...tenemos pocos especialistas..., problemas de que no teníamos de repente enfermeras o licenciadas”. (RU 1)

La siguiente respuesta hace referencia a que no les aportan más Auxiliares de Enfermería en Emergencia si tienen por ejemplo usuarios internados en área de observación y estabilización, cuando no hay cama en CTI de HRS: *“No, no dotan de más recursos”. (LE 7)*

“Mira que corren, corremos, porque corremos todos a la par, porque vos decís, ayer hablando con..., para ver las pautas, pero en qué momento, tiene que ser fuera de horario, pero todo el mundo tiene otro trabajo, entonces no es fácil, que vos quieras implementar cosas, no es fácil. Porque ahora somos tres nurses en la emergencia, que podríamos hacer algo, el problema es que tenes tan poco personal, que lo que uno hace es sacar trabajo, es imposible que vos puedas hacer algo más que sacar trabajo, entonces tendríamos que desde el vamos, con tener más personal para vos poder dedicarte a hacer otra cosa”. (LE 6)

“Cómo armas los servicios, también va en los recursos que son pocos, y no siempre se entiende que son pocos”. (LE 3)

“Porque enfermería estaba haciendo el trabajo de tres médicos a la vez, y no era

contemplado, ¿me entiendes?, y todo el mundo te apuraba, cuando vos tenías que pesar 60 en el tiempo que el médico ve 16”. (LE 4)

“... médico hay más, pero vos viste que vos tenes cinco o seis médicos y dos enfermeros, y te piden todo a la vez”. (LE 6)

“Hay personal acá, que tiene muchos años, ya tiene como esa maña, vengo y hago tal cosa y no me lo vas a cambiar vos, venga quien venga no me lo va a cambiar. Hay gente así”. Y hay personal que viene que te cumple a raja tabla el horario...”. (LE 4)

“Tenemos muchas piedras y mucha gente colgada de la carreta. Y que vos tenes que, es una carreta en donde vos tenes que cinchar todos para el mismo lado, y hay dos que están cinchando, ¡entonces eso es lo que falta! ...pocos tienen la camiseta puesta y cinchan para el mismo lado”. (LE 3)

“...es esa fragmentación que se da bien personal, de que el vómito me da cuando voy a trabajar de funcionario público pero en el privado se me fueron los vómitos por arte de magia. Entonces tampoco valorar ese trabajo. Eso también hace falta. Entonces a la empresa lo que le falta y a la RAP como ya te decía es, capacitación”. (LE 3)

Comportamiento de algunos trabajadores de ASSE que no muestra compromiso con la propuesta institucional, con el trabajo colaborativo y en equipo, accionar que puede fundarse

en algunas de las siguientes causas que expresan los siguientes discursos:

“No, no sé. Entonces tampoco puedo saber qué funciones cumple, qué es lo que me toca... y después dentro de la función que cumplís qué es lo que tenes que hacer, cuáles son las tareas asignadas. Entonces eso es claro que complica esta función. Pero a su vez, tampoco se baja. O sea, bajó hasta el director y si el director no lo bajó quedó ahí. Entonces... que alguien te presente un plan de trabajo es algo como una utopía”. (LE 3)

“Y a su vez no nos capacitan, nosotros somos licenciadas en enfermería, pero yo siempre digo que uno tiene que capacitarse en el nivel donde estas. Capacitarte para la tarea, en general no hay capacitaciones”. (LE 3)

“... ¡se ha dejado de lado, se ha dejado de lado!...y es básico, el ¡agradecimiento!, es básico el agradecimiento, digo una forma es el agradecimiento, pero es entre todos, somos un equipo...la pregunta del millón, ¿quién cuida al cuidador?, porque, se exige, se exige, se exige..., porque tenemos que llegar a tal cual fecha, pero..., ¿Qué recursos tenemos?, cuando llegas, el gracias, el gracias pero simbólico, porque todos somos parte de, pero, el ¡qué bueno! porque es así, a resaltar lo negativo y olvidar todo lo positivo... Nos olvidamos de lo positivo, resaltamos lo negativo, lo positivo no lo vemos, y eso en todo, si lo llevas al ámbito laboral, eeh, si empezamos de a poco a reconocer el trabajo de cada funcionario, ¡motiva!. Y eso hace, eso en suma, si yo estoy motivada voy a rendir de tal forma, eso va a hacer que mi dirección, tenga también su reconocimiento, y así repercute, y así digamos de lo más

chico a lo más grande, es básico, trabajo, comunicación, motivación, si te digo que funciona la red (sonrisa)". (LE 5)

"...obviamente el acompañamiento salarial, ni que hablar, porque es real, porque nosotros no vivimos de o sea, eeeh, las facturas no se pagan con gracias, se pagan con (sonríe) con dinero, entonces, por eso digo, si trabajamos porque se necesita". (LE 5)

Discursos que muestran una gestión del RRHH en ASSE, de deshumanización o de cosificación de los funcionarios, donde no hay reconocimiento de ningún tipo ante un desempeño individual o colectivo diferenciado. Dejando en evidencia que lo de “recursos humanos valorados por la red”, le falta camino por recorrer para poder concretarlo.

A pesar de los relatos anteriores relacionados con la cultura del trabajador de la salud pública con algunas características que no contribuyen al funcionamiento integrado, los mismos entrevistados cuando se interrogaba sobre fortalezas de los servicios, sobre todo las Licenciadas, destacan el capital humano de cada institución.

"La fortaleza más grande es el equipo humano de trabajo, todo el personal, el equipo humano de trabajo, la disponibilidad de ellos...". (LE 2)

"Somos un equipo bien, que está bien constituido, bien formado, hemos tratado de que todo lo que entra se resuelve". (LE 8)

“El factor humano es fundamental para lograr esa articulación, ¿no?, he-e, que si bien es insuficiente todos estamos encaminados hacia lo mismo, ¿entendes?, entonces me parece que teniendo una postura cooperativa y que se centre en el usuario”. (LE 1)

“La fortaleza es el capital humano, eso yo siempre lo destaco. Porque como te digo, el auxiliar de enfermería no tiene formación para esto y ha trabajado... es el pilar, porque somos poquitas nosotras, las licenciadas somos poquitas. El que da la batalla y el que está en la zona rural, chapó con ellos... re solos y auxiliares rurales... el capital humano es la fortaleza más grande que tenemos”. (LE 3)

Surge sólo en un discurso desde nivel estratégico que hay un plan claro que cumplir, donde si el funcionario hace su tarea y llegan a los objetivos, recibirá incentivo por productividad.

"No así con lo que significa sueldos, sueldos de funcionarios que lógicamente eso ha ido mejorando ¿no? Ha ido mejorando en cuanto a las horas de trabajo, en cuanto a la remuneración, a las categorizaciones que se han hecho de cada uno y-y lógicamente tiene, los sueldos pasaron de ser muy, muy bajos en Salud Publica y en los últimos diez años han crecido significativamente". (GD 1)

"Todos los incentivos, son buenos. Lo cual no tiene que estar basada la política de salud solamente en incentivo... además también obviamente lo económico, pero también están

todos los incentivos de permitir que la gente participe y se empodere. Permitir que la gente permanentemente esté haciendo un esfuerzo por su superación. Por terminar su posgrado, por hacer posgrado en el caso de los profesionales, por realizar cursos de lo que fueren".
(GD 2)

Discurso que muestra el “deber ser”, en lo que respecta a gestión de RRHH, motivación y capacitación.

La meta de médico de referencia y de alta dedicación, que benefician al profesional médico únicamente, ha sido un incentivo que se contrapone totalmente a la búsqueda de integración, colaboración y solidaridad, potenciando aún más el modelo médico centrado, ¿por encima del modelo centrado en el usuario? y generando mayor desigualdad entre trabajadores.

4.5.5 Algunos logros de la gestión 2010-2015 en la RAP

Destacan la creación de la RAP como una Unidad Ejecutora independiente de HRS, la informatización de algunos procesos, creación de la policlínica de Diversidad y ampliación de la prestación en salud bucal, los que se evidencian en los siguientes discursos:

“Y eso en realidad, lo rescatable y muy rescatable porque no es un proceso fácil, fue la creación de una unidad ejecutora para la RAP”. “nosotros puntualmente tuvimos muchos cambios, muchos fueron positivos y otros muchos no tan positivos, pero dentro de los positivos a destacar es que somos una unidad ejecutora diferente al hospital” (LE 5)

“La incorporación de la agenda electrónica y la incorporación de lo informático”. (LE 4)

“cosas ganadas, ellos hicieron una policlínica de diversidad, así lo más grande que te digo, se enfocaron a trabajar en eso..., y fue la policlínica de diversidad que se inauguró acá y que tuvo sus propios recursos y que, le asignaron ellos recursos, y fue su gran logro”. (LE 4)

“Yo creo que hay, una de las cosas importante que ha sido la extensión de toda la parte de la red informática. Porque eso es una de las formas de conexión muy rápida”. (GD 1)

“El lograr por ejemplo que el sistema odontológico funcionara para la embarazada, para el niño, para el adolescente como etapa prioritaria y para el adulto...”. (GD 1)

4.6 Financiamiento entre efectores públicos

Como principal componente para que los servicios públicos a nivel departamental, funcionen respondiendo a los objetivos previstos por el SNIS, es central que cuenten con un presupuesto que permita tener la estructura necesaria de recursos humanos, materiales y todo el apoyo logístico y de mantenimiento de los servicios, para poder dar respuesta a las necesidades de salud de la población. Los siguientes discursos expresan como es la distribución presupuestal en ASSE y algunas de las limitantes que existen hoy para la RAP de ASSE de Salto.

"Bueno, pero lo que pasa es que la Red no existía. O sea, existía una sola unidad a nivel departamental, que era el hospital, que ella cubría el hospital y lo periférico. A punto de partida, una vez que se creó la Red se le dio un presupuesto, inicialmente fue muy chico, después fue creciendo y teniendo en cuenta más que nada el número de usuarios que atiende". "Es proporcional al número de usuarios. Los presupuestos están vinculados a eso, más que nada". (GD 1)

"Las RAP ahora no tienen recursos casi. Están contando con los recursos que venían antes todos para Hospital y que les tiran algún recurso para allá. Entonces ¿qué pasa? No va a tener un buen funcionamiento. Nos sucedió con los ginecólogos, en segundo nivel, tercer nivel, el otro director que estaba, retiró todos los ginecólogos y las RAP se quedaron sin ginecólogos ¿Por qué? Porque no tenían contratación directa". (RU 1)

Algunas dificultades en la utilización de los servicios de ASSE, que hacen usuarios que tienen cobertura de Sanidad Militar o Sanidad Policial:

"...Sanidad Policial... Los familiares los atiende ASSE. Y ASSE los atiende gratis. Y no puede ser". (RU 1)

"eso es lo que vemos en las reuniones de la JUDESA, con Sanidad Militar y Policial, que ellos se atienden en salud pública y no hay digamos, salud pública no logra nunca poder cobrar...". (RU 2)

“La atención y sobre todo los medicamentos, generan una especie de cuenta corriente, que en su momento el Ministerio de Defensa gira la plata hacia ASSE. Esto no se daba o no se dio, ahora no se, con la regularidad y prontitud que debería tener, entonces había una serie de costos que se generaban por la asistencia del personal militar que en su momento no eran abonados por el Ministerio de Defensa”. (GD 2)

Utilización de servicios públicos de Salud de Salto, por parte de residentes de departamentos fronterizos:

“Siempre hay dificultades, incluso este tema con otros departamentos porque acá hay muchos de Paysandú que viven cerca de termas de Dayman, vienen a Salto y muchos de Tacuarembó también vienen a Salto, entonces se estaba tratando de crear un acuerdo, de Bella Unión también, de que pudiera haber una complementación ahí entre las mutualistas y el hospital también. Es un tema de presupuesto...”. (RU 2)

“Esa gente viene y se atiende en Salto, pero ellos no figuran en Salto como usuarios... entonces, el dinero viene para Paysandú. Y Salto qué le da la atención, la medicación... y los traslados... ¿Qué devolución hay? Uno se lleva la plata y el otro gasta y no cobra nada”. (RU 1)

Este representante de usuario, hace un planteamiento coherente con el funcionamiento en red

de efectores públicos, en la búsqueda de la integración a la interna de ASSE, la que sin duda hay que imaginar, para seguir construyendo un funcionamiento más integrado del SNIS.

"Pero en el público no hay que hacer acuerdo, me parece a mí. En el público tanto vale una receta de un médico de acá de Salto que la puede levantar en Paysandú, como de Paysandú la pueden levantar acá en Salto. Si es el mismo efector ¿Por qué esa burocracia? Digo, tenemos que intentar, unir y no desunir, porque si es un sistema integrado de salud." (RU 1)

Otra cuestión que surge en algunos discursos, es la imposibilidad que le genera a ASSE poder cumplir con las metas prestacionales, ya que como es un prestador nacional, la rendición y evaluación de cada meta es global, de todos los departamentos del territorio uruguayo en conjunto.

"porque viste que ASSE todavía no, no está en el camino de las Metas. Y no estamos..., no estamos porque no tenemos que estar. La plata tiene que ir para otro lado, entonces ta, pero lo hacen así justamente para que nunca llegues a la..." (LE 3)

"¿Cómo lo vas a hacer cumplir donde tenes... una sola institución que cubre todo el Uruguay si no lo haces por región o por departamento?... Entonces, por un lado, le estamos dando, se le está dando demasiado capaz al privado, se le ha quitado, pero se le está dando demasiado al privado y se está restringiendo mucho lo público". (RU 1)

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

5.1 Organización de los efectores Públicos de Salud

El análisis de los datos relativos al proceso de creación y desarrollo de la RIEPS central, deja claramente en evidencia que durante su periodo de mayor actividad (2013/2014), la misma constituyó una herramienta particularmente potente y pertinente para la consecución de los objetivos de la reforma del sistema de salud en el sector público. La convocatoria de los principales prestadores integrales públicos de salud del país en ese espacio, permitió elaborar los conflictos e iniciar el proceso de integración, superando progresivamente los mecanismos y modos de organización históricamente fragmentados, adoptando el nuevo modelo de atención en RISS, experimentando una nueva lógica de gestión de los recursos públicos sin vulnerar los intereses particulares y manteniendo el principio de autonomía de cada uno. La materialización de la integración progresiva de estos prestadores a través de convenios de gestión y de cooperación concretos, ponen en evidencia la potencia transformadora de la herramienta.

Fue probablemente este potencial reorganizador y transformador estructural y concreto de las actividades de atención de estas instituciones que aporta la RIEPS, que constituyó el principal factor que llevó a que actores de estos mismos prestadores públicos integrales de

salud del Departamento de Salto, particularmente preocupados por mejorar la operatividad del sistema de atención a nivel local, se interesaron e identificaron con el proceso, y decidieron de manera espontánea, apoyarse en él para desarrollar un espacio similar en su territorio; aunque el mismo no se hiciera de manera formal y en concertación con el dispositivo central.

Esto explica las dificultades encontradas en el terreno para documentar y trazar el proceso de constitución de la “RIEPS de Salto”. La historia de este dispositivo pone en evidencia la importancia del efecto de resonancia local de las políticas públicas centrales en un país tan pequeño como Uruguay, que pueden por su calidad y pertinencia fácilmente generar este tipo de experiencias que implican y movilizan recursos públicos, que no siempre son fácilmente movilizables, inclusive en circunstancias “normales”.

Efectivamente, cuando se estudia el proceso de organización de los efectores de salud públicos a nivel departamental en la RIEPS, no hay documentación que evidencie un proceso de implementación y construcción similar al nacional. Los discursos de los principales actores identificados con este dispositivo, los gestores de ASSE y representantes de usuarios, y en menor grado las Licenciadas en Enfermería, deja en evidencia que los mismos no participaron de instancias fundadoras de esta RIEPS ni identifican precisamente los fundamentos formales de la misma. Su relato del dispositivo, está exclusivamente basado en la operatividad que este marco de integración ofrece a los prestadores públicos integrales en Salto, naturalizando de esta manera al dispositivo a nivel departamental.

5.2 Los Usuarios

OPS (2010) en lo concerniente al modelo de atención a la salud, ha definido como algunos de los atributos, la atención de salud centrada en el usuario, que los servicios de salud tengan población y territorio a cargo, de la que deben tener un amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que deben determinar la oferta.

En cuanto a población y territorio a cargo, en los discursos de los entrevistados, conocen y tienen clara la delimitación geográfica, la cantidad de personas que residen allí, pero ante la pregunta sobre las necesidades de la población, en todos los casos las respuestas hacían referencia a la demanda de los usuarios en los servicios, mostrando una diferencia con el atributo de RISS que dice: “amplio conocimiento de las necesidades de salud de la población”, que debería ser el eje estructurante de los servicios de salud que determinan la oferta, como afirma Cecilio (2006):

La demanda o pedido explícito, hay que traducirlo a las necesidades más complejas del usuario. En realidad, la demanda es, en buena medida, las necesidades modeladas por la oferta que los servicios hacen. La demanda puede ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realización de exámenes (las ofertas más tradicionalmente percibidas por los usuarios); las necesidades pueden ser otras. Las necesidades de salud, como hemos visto, pueden ser la búsqueda de algún tipo de respuesta a las malas condiciones de vida que la persona vive o está viviendo (del desempleo a la violencia en el hogar), la búsqueda de un vínculo afectivo con algún profesional, la necesidad de tener mayor autonomía en el modo de andar en la vida, o, incluso, de acceder a alguna tecnología de salud disponible,

capaz de mejorar y prolongar su vida. Está todo allí, en la "cesta de necesidades", precisando ser, de alguna forma, escuchado, traducido, por el equipo. (p: 4)

Además de transparentarse que no se conocen las necesidades de salud de los usuarios, al observar la tabla 6, queda evidenciada la congruencia entre oferta y demanda, inclusive hasta en la terminología utilizada, por ejemplo: *“lo que más demanda, es pediatra la gente...”*. (LE 2), considerando lo que afirma Cecilio, que la “demanda es, en buena medida, las necesidades modeladas por la oferta que los servicios hacen”.

Las interrogantes que aparecen son: ¿Porqué y para qué debo conocer las necesidades de la población?

Las necesidades son históricas, socialmente construidas e individuales, lo que evidencia la complejidad en la que se construyen las mismas, con igual enfoque hay que tratar de “travestir” como dice Cecilio esas demandas o pedidos en necesidades.

Podríamos trabajar con la imagen de que, cuando alguien busca un servicio de salud, está trayendo una "cesta de necesidades de salud", que cabría al equipo tener la sensibilidad y preparación para decodificar y saber atender de la mejor forma posible. Todo el énfasis de gestión, de la organización de la atención y de la capacitación de los trabajadores debería ser en el sentido de una mayor capacidad de escuchar y atender necesidades de salud, más que la adhesión pura y simple a cualquier modelo de atención dado apriorísticamente. (Cecilio, 2006, p.117)

Una propuesta puede ser considerar la taxonomía que plantean Cecilio y Mastumoto (1999), que la organizan en cuatro grandes conjuntos de necesidades:

- 1- Buenas condiciones de vida, es decir el contexto medioambiental inmediato.
- 2- Necesidad de tener acceso y poder consumir toda la tecnología de salud para mejorar y prolongar la vida.
- 3- Necesidad insustituible de creación de vínculos efectivos entre cada usuario y un equipo y/o profesional.
- 4- Necesidad de que cada persona tenga grados crecientes de autonomía para su modo de vivir la vida.

Siguiendo con atributos relacionados con el modelo de atención a la salud, la mayoría de los entrevistados contestan que está pensado para la población, pero al continuar con el diálogo, cuando se profundiza y se desarrollan otros temas, los discursos van haciendo visible que la organización real de los servicios para la prestación de asistencia, sobre todo en la RAP se realiza, considerando al médico como el centro del proceso.

"los doctores vienen, los ven como loco, los ven en el menor tiempo y se van...". (LE 4)

"Y el modelo de atención sigue siendo el médico el centro de la atención". (LE 5)

Modelo instituido, que persiste a pesar de los esfuerzos que se vienen haciendo, que se ve no han sido suficientes y que se posiciona por sobre la población, donde solo a nivel abstracto ésta, es el centro del modelo de atención a la salud.

"también el contacto con el usuario que no ha cambiado mucho la forma de presentación del profesional en general de toda la salud con el usuario, muchas veces no se lo trata bien,

¿no?, en la emergencia y todo eso hay problema". (RU 2)

También los representantes de usuarios manifiestan algunas mejoras, pero que aún no son suficientes para lograr satisfacerlos. Y las mismas hacen referencia a la relación médico-paciente, en ese encuentro íntimo en un espacio reducido, donde por los relatos hay profesionales que aún siguen ofreciendo una atención deshumanizada y sin respeto por el otro.

Realidad que es análoga a o que afirma Merhy (1997):

Históricamente, la formación del modelo asistencial para la salud estuvo centrada en las tecnologías duras y leve-duras, ya que éste, se dio a partir de intereses corporativos, especialmente de los grupos económicos que actúan en la salud. En el plano de la organización micropolítica del trabajo en salud, este modelo produjo una organización del trabajo con flujo volcado a la consulta médica, en que el saber médico estructura el trabajo de otros profesionales, quedando la producción del cuidado dependiente de tecnologías duras y leve-duras. (p.)

Lo que el autor escribió hace 20 años, persiste en la realidad local, aún con casi diez años de implementación del SNIS en Uruguay. Sería un gran aporte conocer en profundidad la micropolítica de la organización del proceso de trabajo en los servicios públicos de salud, considerando este marco teórico-referencial, con sus categorías de análisis, porque estos microprocesos son los que continúan cimentando este modelo de atención a la salud y las macropolíticas que lo sustentan.

Y se hace imprescindible posicionar a la salud como un derecho humano fundamental que hay que garantizar, a través de un proceso de prestación de asistencia en el que se comience a dar mayor jerarquía a las tecnologías leves como plantea Mhery (2002), que son las relaciones entre trabajadores de la salud y usuarios individuales o colectivos, que se dan en el trabajo en acto o Trabajo Vivo (TV).

Ha través del siguiente discurso de un gestor departamental, relatando un caso concreto, reafirma que en lo pragmático, las necesidades de salud de los usuarios no son el foco para el funcionamiento global de los servicios:

“En algunos casos por..., esas barreras que ocurren, tuvimos algún problema que incluso hubo que auditar alguna historia en la cual fue detectado, que en ese momento la accesibilidad no fue buena, por lo tanto se retrasó: “venga la semana que viene”. La persona no viene y nadie más sigue si vino o no vino o si hizo el tratamiento. Y termina en el momento del parto, aparece como un VIH que no estaba tratado. Con eso ha pasado a nivel de VIH, a nivel de Sífilis”. (GD 1)

Esa ineficiencia y falta de coordinación de los servicios generó consecuencias directas en una mujer y posiblemente en su hijo recién nacido.

5.3 Primer Nivel de Atención

Haciendo referencia a la función de puerta de entrada del primer nivel de atención que integra y coordina la atención de salud. Si bien los discursos expresan mejoras en la atención a la salud, pero las fallas en la coordinación e integración de los efectores sanitarios, e inclusive

al interior del propio ASSE, unido a ello las debilidades estructurales vinculadas al recurso humano (principalmente en la RAP), junto a cuestiones culturales y a las resistencias existentes, donde el hospital parece que sigue siendo el centro.

Para constituirse en puerta de entrada y ser quien integre y coordine la atención a la salud, debe superar problemáticas estructurales de recursos humanos, edilicias y de recursos materiales. Considero que aunque todo ello existiera, aún no será suficiente, ya que hay que “equipar” a todos quienes integran los efectores públicos de cualquier nivel de atención, de una sólida concepción y práctica solidaria y cooperativa, donde cada uno se posicione como parte de un macroproceso que debe funcionar coordinado y articulado para lograr asegurar la continuidad de atención al usuario.

En este contexto es un gran desafío fortalecer al primer nivel para que efectivamente pueda legitimarse como puerta de entrada.

Resultados que se asemejan a los que encontraron, Santos, Freese y Felisberto (2013), que afirman que:

Los resultados revelan un escenario en que el hospital permanece como eje central de la asistencia a la salud, indicando la necesidad de fortalecimiento de la red de salud integral, con miras a la reducción de las inequidades sociales en el ámbito regional. (p.345).

Otra característica que el modelo de OPS le atribuye al primer nivel, es que debe prestar una atención multidisciplinaria. La que se correlaciona con la ubicación en el centro de la atención a la población y sus necesidades de salud, en el entendido de que para este abordaje complejo en la búsqueda de la integralidad, como afirma Cecilio (2006) que:

Es posible adoptar la idea de que la integralidad de la atención necesita ser trabajada en varias dimensiones para que sea alcanzada de la forma más completa posible. En una primera dimensión, la integralidad debe ser fruto del esfuerzo y confluencia de los diversos saberes de un equipo multiprofesional, en el espacio concreto y singular de los servicios de salud, sean ellos un centro de salud, un equipo de Programa de Salud de la Familia (PSF) o, un hospital (p.118).

¿Será suficiente un abordaje multidisciplinario? ¿No sería necesario un abordaje interdisciplinario? Considerando que esta última aborda un tema o problema, buscando confluir las miradas, para construir una mirada colectiva, distinta a la de cada profesional por separado. Por otro lado genera la interrogante de si ¿Es posible la interdisciplina en este contexto?

5.4 ¿Coordinación entre Efectores Públicos de Salud de Salto?

Con respecto al proceso de coordinación, el modelo de OPS (2010) plantea: la existencia de mecanismos de coordinación asistencial, los que según discursos existen, pero que su puesta en marcha es heterogénea hasta a la interna de la propia RAP y con una histórica ausencia de una contrareferencia por parte del segundo nivel de atención.

Lo que coincide con lo encontrado por Fidelis de Almeida (2010) quien afirma que:

La ausencia de regulación y de flujos formales para la atención hospitalaria hace incompleto el proceso de integración de la red. La casi ausencia de contra-referencia también minimiza las posibilidades de coordinación de los cuidados por el equipo de APS.

(p: vii-viii).

Con lo que también acuerdan Magalhaes y Pinto (2014) que dicen que:

Reforzamos que nuestra comprensión de que el sistema debe ser acogedor y responsabilizarse por la coordinación del cuidado del usuario exige que cada servicio deba organizarse y articularse para ello, aunque el papel de la AB (Atención Básica) en este contexto deba ser destacado (...) En segundo lugar, (...) es necesario que la política de AE (Atención Especializada) sea cualificada no sólo en términos de ampliación y optimización de oferta, sino también en lo que se refiere a su modelo de cuidado y de relación en red.

(p. 25)

La Referencia y Contrarreferencia interniveles que no se ha podido concretar de forma sostenida, unificada y acordada por todos los integrantes de la Red, e inclusive entre los efectores de ASSE, problema que repercute en la eficiencia global del sistema e incide directamente afectando la continuidad de atención a la población.

Lo que también es reafirmado por Rodrigues (2015), que afirma que la “fragmentación revelada estuvo relacionada con los problemas que afectaron el fortalecimiento de la coordinación del cuidado en el primer nivel de atención, la escasa organización de los flujos para la atención a la salud en los diferentes niveles de atención, la fragilidad de los instrumentos de integración (...)” (p.88). Considerando que la fragmentación es la “coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial” (OPS, 2010, p.66) y se manifiesta como la falta de coordinación de los servicios. Es posible llegar a concluir que la prestación de asistencia de los efectores públicos de salud

de Salto está fragmentada.

Con respecto al planteo que realizan, de que no saben quién elaboró el dispositivo de R/C, habla de cómo se desarrollan los microprocesos de trabajo a la interna de una de las instituciones, sin participación de quienes deben utilizar la herramienta, lo que puede ser uno de los factores que han limitado la utilización más homogénea y masiva de la misma.

Los relatos confirman que exceptuando a la interna de la RAP de ASSE, interniveles en ASSE, con Sanidad Militar y CASS, hay desconocimiento de lo que cada uno hace, como lo hace y quienes son los profesionales que trabajan en los mismos, dificultad que es identificada también en un estudio realizado por Andrade et al (2013), en el marco del SUS, que revelan que:

(...) fue posible conocer las dificultades y oportunidades que permean la construcción de un trabajo en red. Entre las dificultades se destaca principalmente el desconocimiento predominante del papel del PAD (Programa de Atención Domiciliaria), demostrando la necesidad de superación de la actuación fragmentada en el ámbito del sistema de salud. Es importante resaltar la necesidad de construcción y divulgación de saberes acerca de las actividades desarrolladas y que pueden ser implementadas por los profesionales del PAD. En lo que se refiere a las posibilidades de avances de la red de atención se ha revelado en este estudio la articulación efectiva del PAD con la APS, pero con necesidad de mejora en los requisitos de capacitación y compartir información para alcanzar una real actuación en red. (P.116-117)

Se evidencia que los equipos sanitarios no se conocen, no conocen como funcionan los servicios, proceso fundamental para poder iniciar un funcionamiento en red, como plantea Rovere (1997), primero hay que reconocer que el otro existe, para luego conocerlo y así seguir avanzando hacia la cooperación y asociación, proceso que es imprescindible llevar a cabo si de verdad se quiere funcionar en red.

Andrade et al (2013) afirman que algunas de las dificultades que encontraron permean la construcción de un trabajo en red. Entre las dificultades se destaca principalmente el desconocimiento predominante del papel del PAD, demostrando la necesidad de superación de la actuación fragmentada en el ámbito del sistema de salud. Es importante resaltar la necesidad de construcción y divulgación de saberes acerca de las actividades desarrolladas y que pueden ser implementadas por los profesionales del PAD. (p.117)

Dificultades similares a las encontradas en el contexto departamental en estudio, al que considero se le pueden proponer las mismas sugerencias para mejorar el funcionamiento entre los efectores públicos de salud y a la interna de ASSE.

Una de las Licenciadas plantea fallas en la comunicación y desarticulación entre las distintas instituciones o equipos que hacen intervenciones en territorio, con dependencia de distintos entes estatales. Reconoce como gran debilidad la inexistencia de trabajo en red en el territorio, lo que le genera preocupación e impotencia. ¿Porque el estado no plantea una verdadera apuesta a reforzar los equipos técnicos de la RAP, para estar con presencia y continuidad sostenida en el territorio? ¿Por qué se mantiene esta lógica de fragmentación

entre instituciones y programas del estado? ¿Están fragmentados los intereses de los diferentes sectores del estado?

Una consecuencia del funcionamiento hegemónico, es que no se han desarrollado servicios ni programas conjuntos entre los efectores públicos del departamenteo, es el común denominador en todos los discursos, respuestas que muestran que hasta el momento desde los años que existe la reforma, no han generado un proyecto, actividad o programa que supere la lógica de la fragmentación y del trabajo en solitario.

Se hace indispensable abordar la coordinación como un proceso complejo, que está compuesta por múltiples profesionales de salud/técnicos/administrativos, donde cada uno está inmerso en su microrealidad, desarrollando su trabajo, utilizando determinadas herramientas para mediar entre ellos y las necesidades de salud de la población, con un determinado propósito.

De lo relevado en la investigación, se pueden hacer algunas apreciaciones en cuanto a como cada uno de esos componentes de la coordinación, considerándola como un proceso de trabajo complejo y tomando los componentes que propone Mendes Goncalves (1979,1992), que dice:

En estudio sobre el proceso de trabajo en Salud analiza los siguientes componentes: el objeto de trabajo, los instrumentos, la finalidad y los agentes, y destaca que esos elementos precisan ser examinados de forma articulada y no por separado, porque solamente en su relación recíproca configuran un proceso de trabajo específico.

Hay que profundizar sobre como es considerado y se considera el agente (profesional de salud), que herramientas utiliza considerando a Merhy (2003). Por algunos resultados mostrados serían herramientas leve-duras y duras, en cuanto al objeto de este proceso, que serían las necesidades de salud de la población, hemos visto que lo que se conoce es la demanda de los mismos y por otro lado habría que inmiscuirse de tal manera en las prácticas concretas de cada uno de los profesionales sanitarios para identificar el propósito real que los moviliza a desarrollar así ese proceso de trabajo. Y como plantea Mendes, estos componentes deben analizarse de forma integrada, porque sólo así se configuran en un proceso de trabajo.

A pesar de las dificultades expresadas es necesario tener en cuenta que la coordinación entre efectores en un territorio, es necesaria por lo que afirma Apollonia (2014):

(...) que todos los servicios que se encuentren disponibles en la ciudad, lo estén para la totalidad de la población". Este principio asegura la equidad en las prestaciones sanitarias y la consideración de la salud como un derecho inalienable de la persona humana. No debe ser admitido en el desarrollo y profundización del SNIS en el Uruguay que determinados servicios en un área geográfica dada estén disponibles sólo para determinado sector de la población. (p.97)

5.5 Gestión en los efectores públicos de Salud de Salto

Considerando la propuesta de OPS de un Gobierno único para la Red, a nivel departamental no existe el mismo, lo que no llama la atención debido a que no es una propuesta orgánica de

la RIEPS Central, que sería la que impulsaría ello. Inclusive a la interna del propio ASSE, este atributo no existe.

Lo que es relevante discutir entorno a este atributo es lo que han planteado los representantes de usuarios en cuanto a la falta de participación de los profesionales sanitarios en la JUDESA y un CAHD que no funciona.

Lo que puedo atreverme a plantear serían algunas interrogantes al respecto:

¿Por qué estos espacios de definiciones político/estratégicas a nivel departamental no están funcionando a pleno? ¿Con que intencionalidad fueron creados esos espacios? ¿No se monitorea el funcionamiento de los mismos?

Otro componente relevante es el estilo de gestión predominante en la RAP de ASSE en el período 2010/2015, donde la mayoría de las entrevistadas plantean un estilo autoritario, jerárquico, vertical, donde primó el interés por resultados inmediatos. Y el planteamiento de problemáticas por parte de las Licenciadas no era de buen recibo, generaban tensión en los encuentros, actuando muchas veces como barreras para que existiera un diálogo fluido, al que se agrega falta de canales de comunicación.

Estilos de gestión que se asemeja al encontrado en investigación realizada en el SUS, realizada por Andrade et al (2013), que confirman que:

(...) para la efectividad, integración, articulación y funcionamiento de la RAS se hace necesaria la superación del actual modelo de atención a la salud (...) la lógica de organizaciones jerárquicas rígidas debe ser sustituida por redes estructuradas en tesis

flexibles y abiertas de compartimentos e interdependencias en objetivos, informaciones, compromisos y resultados. (Andrade et al, 2013, p.113)

Lo que denota la necesidad de transformación a formas de trabajo colectivo participativo. Lo que comparte y plantea como lecciones aprendidas en la investigación que realizó en el departamento de Río Negro, Apollonia (2014), que afirma que:

(...) debe ocupar un lugar primordial la comunicación y la participación de los trabajadores de la salud de las organizaciones que se integran, a los efectos de que estos puedan participar del proceso, realizar sus aportes y alinearse con los objetivos estratégicos que se buscan alcanzar. (p.97)

El funcionamiento en red de verdad, donde todos sus componentes, procesos y dimensiones puedan convivir de forma armónica, es necesario generar movimientos instituyentes no sólo en el modelo de atención a la salud, sino en los modelos de gestión que deben ser capaces de acompañar y sostener la complejidad que le es natural a los servicios de salud. Para ello hay que salir del corset heredado de Taylor y Fayol, para animarse a construir otros estilos de gestión.

Las respuestas dejan ver que el equipo de gestión desde lo discursivo tenían un enfoque metodológico-conceptual, enfoque que en el accionar se modificaba, generando incongruencias entre el pensar/decir y el hacer. También se refleja en los relatos un trabajo en solitario, fragmentado, como en islas separadas por las líneas jerárquicas, que desde la percepción de las Licenciadas no contemplaba los intereses, necesidades y problemas que se

planteaban desde la gestión operativa.

Estos estilos de gestión no contribuyen a la integración, al trabajo colaborativo y coordinado, en RED.

¿Reuniones: como dispositivo de gestión colectiva?

Todas las Licenciadas valoraron en una primera instancia el dispositivo, como un espacio de encuentro e intercambio, de relacionamiento entre pares, pero todas coincidieron también que no se logró con ese espacio generar soluciones a las distintas problemáticas que se hacían visibles, así lo fueron desvalorizando. A ello se le agregó incongruencias entre el pensar/decir y hacer del equipo de gestión, lo que remarcan algunos discursos. Con algunos relatos muy fuertes, que planteron que era como una especie de “circo”, que detrás tenía intencionalidades que no eran transparentadas.

¿Por qué es tan difícil la construcción colectiva? ¿Hay una intencionalidad en mantener la fragmentación entre los equipos? ¿Por qué? ¿A que responde?

Los relatos de las Licenciadas fundamentalmente plantean algunas propuestas como necesarias para lograr funcionar en red: desburocratizar los procesos, contar con los recursos necesarios, capacitación, perfeccionamiento en servicio y mejorar todo lo relacionado con el incentivo al trabajo y la remuneración. Y destacan que depende de la voluntad de cada funcionario y de quien asume la función de dirigente a nivel estratégico de la institución. Los planteamientos de la realidad local concuerdan con Garcia, Tavares y Duarte (2014), que afirman que:

Gran parte de las dificultades y limitaciones evidenciadas están relacionadas con la organización de los procesos de trabajo, la gestión y la capacidad instalada. En este sentido, el sector salud tiene como actuar en la mejora de estas cuestiones, pues posee el conocimiento técnico para superar varios de los obstáculos señalados en el estudio, pero depende de la disponibilidad de recursos financieros y apoyo político para implementar los cambios organizativos necesarios. Las inversiones relativamente simples en capacitación y cualificación profesional pueden propiciar transformaciones hacia un servicio más universal, integral y equitativo. (p2186)

El modelo de OPS no plantea atributos para la gestión operativa, si lo hacen Tobar y Anigstein (2013), denominándola Gestión Clínica, para la que definen las siguientes competencias centrales:

Predominio de Atención programada en red, a punto de partida de las necesidades de la población a cargo. Desarrollo de líneas de cuidado sobre condiciones de salud y enfermedades priorizadas en la red, donde cada servicio se compromete y cumple su función, de acuerdo a su capacidad de respuesta, con una atención humanizada que pueda ser evidenciada a través de los registros clínicos. Siendo necesarias la puesta en marcha de líneas de cuidados, para que quede definida tanto la atención como la derivación de los usuarios, lo que no queda pautado en las guías de práctica clínica. Como última competencia proponen la incorporación eficaz de tecnologías de la información y comunicación en salud (TICS), las que podrían facilitar la gestión clínica de la red ya que permiten la cooperación intrainstitucional e interinstitucional.

Por ejemplo, la progresiva incorporación de TICS permitiría: a) disponer de una Historia Clínica Unificada y Digital en todos los nodos (HCUD), b) poder digitalizar estudios y vincularlos a la HCUD, c) la conexión de equipamientos y monitores remotos junto a otros dispositivos de telemedicina, d) potenciar ateneos clínicos y la participación en actividades de capacitación a distancia. (p. 56)

Las Licenciadas en Enfermería son quienes se responsabilizan por la gestión operativa o clínica en la RAP de ASSE, a la que la atraviesan múltiples procesos que apoyan la prestación de asistencia a la población, los que están plagados de dificultades que se vienen manteniendo en el tiempo, con una resolución parcial o inexistente. Lo que genera que prácticamente toda la carga horaria de las Licenciadas se destinen a resolver estas cuestiones, impidiendo muchas veces la prestación de asistencia directa a los usuarios por parte de este profesional.

Discurso de una Licenciada de UBA N°1:

“...fue algo del sistema (risa) integrado (risa), donde a ellos les pagaban por referir, les pagan..., injustamente, para mí, porque le pagan sólo al médico y el paciente lo ve enfermería también, lo único, que lo cobra el médico por referencia del paciente...”. (LE 4)

“Llegó un día que, a no está referenciado por mí, no te lo puedo ver, o si de repente le asignaron por error ¿no?, porque no había número para otro médico, y el paciente decía..., pero era de..., “a no lo veo, porque no es mío referenciado, ners” ..., la única manera de que

vos no veas a ese paciente, es si vos estás usando la historia clínica digital que no te permite que vos cargues los ingresos de los pacientes si no es tuyo, pero vos estás usando la historia clínica papel, no tenes ningún impedimento para no verlo., al paciente, ¡tenés que verlo!. Peleas..., horrorosas me llevó eso, porque la hojita, como que los avalaba que si no estaba referenciado por vos, no tenían la obligación de verlo”. (LE 4)

Meta que por el discurso aumenta la brecha de inequidad salarial entre el profesional médico y los demás profesionales sanitarios. El discurso deja entrever, ¿a quién beneficia la meta?, no se pretende aquí evaluar con este discurso, el desempeño de la meta, pero si se considera relevante hacer visible, las dificultades en el microproceso de trabajo. E invitar a reflexionar a cerca de la puesta en marcha de dispositivos que nacen con una finalidad y un destinatario específico , ¿y si es posible que en su instrumentación son llevados a cabo siendo con otras finalidades y priorizando a otros destinatarios?.

Con respecto al a gestión de sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico OPS (2010) plantea como otro atributo necesario para la gestión y organización de una RISS, la gestión integrada de todos estos proceso.

Se analizan a continuación cuatro procesos que requieren una articulación constante entre primer nivel de atención de la RAP de ASSE y algunos servicios de apoyo clínico y logístico como laboratorio, banco de sangre y farmacia del HRS, que surgieron de los discursos de los entrevistados. Y por otro lado procesos administrativos de apoyo a la prestación de asistencia

a la población, como la agenda electrónica y la historia clínica.

En cuanto al funcionamiento integrado con laboratorio, lo que se destaca es que es el único proceso en la Red de ASSE de Salto, que está informatizado y conecta el primer con el segundo nivel de atención, no sucede con Sanidad Militar, ni con CASS. Considerándose una fortaleza para el funcionamiento en red.

Por otro lado lo plantean como un nudo crítico, donde la mayoría de las dificultades acontecen por escasa conexión y comunicacion entre quienes forman parte del proceso y por otra parte, esto se profundiza por una gestión de laboratorio que toma decisiones unilaterales.

Son planteados problemas relacionados con cuestiones más de equipamiento, que sería concretamente que Banco de Sangre no cuenta con sistema informatizado, sigue realizando todo a lápiz y papel. Pero por otro lado todas las demás dificultades apuntan a la falta de comunicación entre los profesionales que participan en esos procesos, y de instancias de discusión y definición colectiva de cómo ajustar y mejorar los mismos.

Los que además de repercutir en el proceso de trabajo concreto del día a día de cada uno de los funcionarios de ASSE, tiene una consecuencia directa en la población usuaria, ya que o debe concurrir nuevamente a la policlínica, para ser nuevamente puncionada, o debe trasladarse desde su domicilio al centro de la ciudad a buscar los resultados, que bien podría ser un proceso a resolverse entre los efectores, para que en las UBAs que son próximas a

zona de residencia del usuario, puedan acceder a los mismos. Y que los resultados no lleguen en tiempo y forma, ¿qué implica?, que se retrasan diagnósticos y tratamientos de la población usuaria, afectando el acceso a la valoración paraclínica, a la continuidad en la atención y ¿vulnerando el derecho a una atención a la salud de calidad?.

Procesos desintegrados, desarticulados y desconectados que van en desmedro de lograr un primer nivel de atención resolutivo y con mayor legitimidad.

El proceso de acceso al tratamiento medicamentoso por parte de los usuarios de ASSE, ha venido cambiando y mejorando, se ha informatizando, conectándose entre niveles, al principio con algunas fallas en la conexión, pero comentan, que ahora funciona correctamente en las UBAs donde tienen el programa, que no son todas. A nivel de Hospital están haciendo entrega de ticketeras a los usuarios con una vigencia de 3 meses, pero en las UBAs aún no es posible utilizar las mismas, ya que debe autorizar la Química Farmacéutica de Hospital la compra de las mismas, pero debe ser pago por RAP. ¿No es la misma población que tiene cobertura en HRS y RAP de ASSE? ¿Estas diferenciaciones por prestador, tienen al usuario como centro de la atención? ¿La separación de la RAP del HRS, viene acompañada de una lógica de competencia?

Otro elemento problemático que surge es que usuarios que se asisten en UBA 6, pueden retirar doble la medicación y se le agrega dificultades en el mantenimiento del stock de medicación en la policlínica, lo que ocurre por algunos atrasos, diferencias y fallas en el proceso de conexión con farmacia de HRS.

Otro dispositivo incorporado en la gestión 2010/2015 en la RAP de ASSE fue el sistema de agenda electrónica como proyecto piloto en dos UBAs, el que sin duda es otra de las fortalezas para la integración y funcionamiento en red. El mismo aún le falta expandirse a otras ubas y conectarse con HRS, para que puedan realizar coordinaciones de interconsultas por ejemplo desde el primer nivel de atención. Proceso que hasta hoy lo debe transitar el usaurio concurriendo a HRS.

La HC como un dispositivo fundamental en la prestación de asistencia, que debe contribuir a conectar niveles y efectores, para lograr la continuidad en la atención a la población, existe a nivel hospitalario en Salto, la misma en formato electrónico en algunas areas, lo que es valorado como una fortaleza, tanto la existencia de equipos de trabajo que fueron construyendo ese proceso y la infraestructura instalada, la que hay que seguir ampliando a la interna del propio Hospital y fundamentalmente conectar con el primer nivel de atención.

Por otro lado en el primer nivel de atención a la salud de los efecotres públicos de Salto, tienen HC en papel individuales clasificadas por Cédula de Identidad y en algunas policlínicas aún están realizando la conversión de HC familiar a individual.

Además en la RAP, existe el SIEMBRA, que es una historia clínica que la utilizan algunos médicos, las que portan a través de computadoras otorgadas por ASSE, de su pertenencia y en su poder, lo que se pudo identificar es que ningún otro técnico o profesional que asiste al

usuario registra en ella e inclusive para el acceso a la misma, debe solicitar autorización al médico que la porta.

En esos mismos efectores, los demás técnicos o profesionales que prestan atención al usuario, registran en HC papel, que se encuentra en archivo de la institución.

Surgen algunas interrogantes:

¿Si es necesario acceder al historial de un usuario de ASSE, debe conseguir su HC papel en la UBA, más el SIEMBRA, más la HC del HRS?

¿El SIEMBRA es la historia clínica del usuario? ¿Con este dispositivo se contribuye a la superación de la fragmentación del modelo de atención a la salud y del proceso de trabajo?

¿Es posible un modelo de atención integral con este tipo de dispositivos?

Hecho concreto que se materializa en la micropolítica de la organización del proceso de trabajo en los servicios de salud, que transparentan incongruencias con el discurso imperante.

A nivel departamental en el subsector público, se agrega como desafío conjugar e integrar la HCE que existe en servicios del HRS y la HC SIEMBRA que por discurso de Gestor de HRS entrevistado, serían incompatibles. Y el mayor desafío es lograr materializar una HCE única del usuario de acceso libre para todos los profesionales sanitarios que le prestan atención.

¿Es posible que la RAP se constituya como puerta de entrada en este contexto?

En cuanto a los recursos humanos OPS (2010) plantea que deben ser: suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red. Se analizará cada una de éstas características asignadas al recurso humano por el modelo de RISS comparándolas con la

realidad encontrada.

Queda fuertemente planteado por las respuestas de los entrevistados de ASSE y representante de usuarios del Espacio participativo, a excepción de los gestores departamentales, el déficit de recurso humano existente sobre todo de Enfermería, Licenciada y/o Auxiliar en los efectores de ASSE. ¿Por qué?

Se visualiza que el encuentro usuario/enfermero, se hace como un trámite administrativo, rápido, el que no es considerado como un encuentro con el usuario a ser privilegiado y valorizado, de quien esta con mayor permanencia en los servicios. Ese encuentro de intersubjetividades, si se pretende congruencia entre teoría y práctica, debe desarrollarse con la concepción del hombre como un ser biopsicosocial y espiritual, considerando la salud como un derecho humano fundamental, debe realizarse en mejores condiciones. Encuentro en el que deben primar las tecnologías leves y “el trabajo vivo” (Merhy y Franco, 2003), lo que no es visualizado en los discursos donde todo es rápido, todo es hacer, hacer y sacar trabajo, posicionándose en un modelo de atención en el que Enfermería realiza la prestación de asistencia a la población utilizando principalmente tecnologías leve-duras y duras consecuentes con el “trabajo muerto” y con “el modelo médico hegemónico productor de procedimientos” como afirman Merhy y Franco (2003), que:

El cambio del modelo asistencial presupone impactar el núcleo del cuidado, componiendo una hegemonía del 'trabajo vivo' sobre el 'trabajo muerto', lo que se caracteriza por una 'transición tecnológica', que en el concepto aquí trabajado, significa la producción de la salud, basada en las tecnologías leves, relacionales, y la producción del cuidado de forma

integral, operando en líneas de cuidado, en toda la extensión de los servicios de salud, centrado en las necesidades de los usuarios. (p.316)

Esta insuficiencia de recursos humanos enfermeros expresada fuertemente por los actores entrevistados, ¿Por qué persiste?

¿Es posible ser competente sin asegurar el acceso a cursos de actualización y capacitación?

Plantea la falta de descripción clara de las tareas que deben cumplir según el cargo que ejercen.

“No, no sé. Entonces tampoco puedo saber qué funciones cumple, qué es lo que me toca... y después dentro de la función que cumplís qué es lo que tenes que hacer, cuáles son las tareas asignadas. Entonces eso es claro que complica esta función”. (LE 3)

“Y a su vez no nos capacitan, nosotros somos licenciadas en enfermería, pero yo siempre digo que uno tiene que capacitarse en el nivel donde estas. Capacitarte para la tarea, en general no hay capacitaciones”. (LE 3)

“... ¡se ha dejado de lado, se ha dejado de lado!...y es básico, el ¡agradecimiento!, es básico el agradecimiento, digo una forma es el agradecimiento, pero es entre todos, somos un equipo...la pregunta del millón, ¿quién cuida al cuidador?, porque, se exige, se exige, se exige..., porque tenemos que llegar a tal cual fecha, pero..., ¿Qué recursos tenemos?, cuando llegas, el gracias, el gracias pero simbólico, porque todos somos parte de, pero, el ¡qué bueno! porque es así, a resaltar lo negativo y olvidar todo lo positivo... Nos olvidamos de lo positivo, resaltamos lo negativo, lo positivo no lo vemos, y eso en todo, si lo llevas al ámbito laboral, eeh, si empezamos de a poco a reconocer el trabajo de cada funcionario, ¡motiva!.

Y eso hace, eso en suma, si yo estoy motivada voy a rendir de tal forma, eso va a hacer que mi dirección, tenga también su reconocimiento, y así repercute, y así digamos de lo más chico a lo más grande, es básico, trabajo, comunicación, motivación, si te digo que funciona la red (sonrisa)”. (LE 5)

“...obviamente el acompañamiento salarial, ni que hablar, porque es real, porque nosotros no vivimos de o sea, eeeeh, las facturas no se pagan con gracias, se pagan con (sonríe) con dinero, entonces, por eso digo, si trabajamos porque se necesita”. (LE 5)

Discursos que muestran una gestión del RRHH en ASSE, de ¿deshumanización en la gestión de recursos humanos?, donde no hay reconocimiento de ningún tipo ante un desempeño individual o colectivo diferenciado. Dejando en evidencia que lo de “recursos humanos valorados por la red”, es un horizonte deseado, pero que pareciera que ese no es el sentir de las entrevistadas de la RAP de ASSE.

La realidad encontrada en esta investigación es similar a lo que plantea la publicación de ASSE (2014) que afirma que en el mencionado prestador hay: “Escasos mecanismos de desarrollo, motivación y gestión de recursos humanos” (p.52).

Fernández (2011) plantea como desafíos para el SUS, “la insuficiencia de recursos derivados del bajo financiamiento público, a los procesos de formación y educación...” (p.2753).

¿Serían similares a los desafíos que se enfrenta el SNIS?

ASSE (2014) considera que:

Sin duda que el trabajo colaborativo en lógica de red, la descentralización, el desarrollo de herramientas profesionales de gestión, la participación de actores sociales en la construcción de los servicios, entre otros, enfrentan a ASSE a una cantidad de interrogantes y a un largo proceso de cambios por emprender. (p.52).

Entre esos cambios y desafíos que se plantea ASSE emprender hay que considerar los aportes de Lavras (2011) que afirma que:

Estas iniciativas, apoyadas en la APS, deben necesariamente contemplar: la adecuación de la infraestructura física y tecnológica de las unidades de salud ya existentes; la construcción de nuevas unidades donde sea necesario; la implantación de mecanismos de valorización y programas de desarrollo de sus profesionales; el perfeccionamiento del proceso gerencial en todas las unidades básicas de salud existentes; la implantación de protocolos clínicos consensuados con las demás unidades componentes de RAS y la incorporación permanente de dispositivos relacionados a la gestión del cuidado en salud, con miras a favorecer la integración de las prácticas profesionales y garantizar la continuidad asistencial. (p.872-873)

Sollazzo y Berterretche (2011) plantean que:

A nivel operativo la segmentación presente antes del SNIS, así como el bajo nivel de coordinación de los cuidados no se han modificado aún. Esto se relaciona con la capacidad de gestión y factores organizacionales. La falta de recursos humanos adecuados para la implementación de la estrategia de APS, se identifica como factor relevante. (p.2829)

Situación que se asemeja a la de los efectores públicos de Salud de Salto, principalmente a

la Red de ASSE en el departamento, con la falta de recursos humanos, las barreras culturales, el modelo médico hegemónico unido a estilos de gestión autoritarios con escasos canales de comunicación con los trabajadores, ayudan a cimentar la fragmentación en cada efector y entre efectores, la que atraviesa fuertemente la gestión y el modelo de atención a la salud que se presta a la población.

5.6 Financiamiento entre efectores públicos

El modelo de financiamiento e incentivos económicos que propone el modelo de OPS, es en pro al funcionamiento en red, integrado, que el beneficio económico no sea para profesionales, instituciones individuales o niveles de atención, si no por el funcionamiento del todo, coordinado y colaborativo entre quienes conforman la red. En el caso de la RIEPS por ser una política pública que busca superar la competencia y superposición entre efectores del estado y para ser coherente con los principios del SNIS, este funcionamiento en red debe estar sustentado en formas de complementación y colaboración innovadoras, pensar otras formas para superar la lógica mercantilista y de compra/venta, la que fue una de las temáticas en disputa sin acuerdo, en la RIEPS Central.

Como principal componente para que los servicios públicos a nivel departamental, funcionen respondiendo a los objetivos previstos por el SNIS, es central que cuenten con un presupuesto que permita tener la estructura necesaria de recursos humanos, materiales y todo el apoyo logístico y de mantenimiento de los servicios, para poder dar respuesta a las necesidades de

salud de la población.

Hay como una preocupación marcada por parte de representantes de usuarios y gestores, del no pago de Sanidad Militar y Policial a ASSE, por los servicios prestados a su población de referencia, el que sin duda es un desafío que hay que intentar superar. Y plantean también la utilización de servicios públicos de Salto de usuarios de departamentos fronterizos. Las preguntas son: ¿Cómo superarlo? ¿Con la lógica de compra/venta? ¿La RIEPS, como política pública, es posible que sea la que instituya otra lógica de “financiamiento” entre efectores del estado?

Las expresiones de los entrevistados, están impregnadas de la lógica de mercado, de compra/venta entre efectores públicos, para superar estas dificultades que expresan, si bien no es posible dejar de reconocer que es la histórica e imperante forma de intercambio en el sector salud del país, hay que acuñar otra forma de intercambio entre efectores estatales, es necesario que quienes forman parte de espacios de definición de políticas departamentales, acompañen los principios del funcionamiento colaborativo e integrado, de lo contrario se termina acudiendo a lo hegemónico e imperante, aunque no sea coherente con esta nueva forma de organización en RISS acordada tanto en la RIEPS, como en ASSE.

Otra dimensión relacionada con el financiamiento, planteada por uno de los representantes de usuarios y una licenciada fue por la rendición de las metas asistenciales por parte de ASSE, los que expresaron lo siguiente:

“porque viste que ASSE todavía no, no está en el camino de las Metas. Y no estamos..., no estamos porque no tenemos que estar. La plata tiene que ir para otro lado, entonces ta, pero lo hacen así justamente para que nunca llegues a la...” (LE 3)

“¿Cómo lo vas a hacer cumplir donde tenes... una sola institución que cubre todo el Uruguay si no lo haces por región o por departamento?... Entonces, por un lado, le estamos dando, se le está dando demasiado capaz al privado, se le ha quitado, pero se le está dando demasiado al privado y se está restringiendo mucho lo público”. (RU 1)

¿Porque se planteó así en el SNIS? ¿A quién beneficia y perjudica esta situación? Quizás es una forma de evaluación coherente con la propuesta de funcionamiento integrado, pero ¿Porque esta misma forma de rendir y evaluar no se traslada a FEMI?

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES

A continuación se presentan algunas conclusiones, que se sustentan en los discursos de los entrevistados:

El análisis de los datos relativos al proceso de creación y desarrollo de la RIEPS central, deja claramente en evidencia que durante su periodo de mayor actividad (2013/2014), la misma constituyó una herramienta particularmente potente y pertinente para la consecución de los objetivos de la reforma del sistema de salud en el sector público.

Sobre la que queda como gran interrogante, si ha sido disctinuada su instrumentación a partir del año 2015.

Efectivamente, cuando se estudia el proceso de organización de los efectores de salud públicos a nivel departamental en la RIEPS, no hay documentación que evidencie un proceso de implementación y construcción similar al nacional. Los discursos de los principales actores identificados con este dispositivo, los gestores de ASSE y representantes de usuarios, y en menor grado las Licenciadas en Enfermería, dejan en evidencia que los mismos no participaron de instancias fundadoras de esta RIEPS ni identifican precisamente los fundamentos formales de la misma. Su relato del dispositivo, está exclusivamente basado en la operatividad que este marco de integración ofrece a los prestadores públicos integrales en Salto, naturalizando de esta manera al dispositivo a nivel departamental.

La atención a la salud esta estructurada entorno al saber médico y del usuario conoce sus demandas, las que se evidencia están moldeadas por la oferta de los servicios.

El primer nivel de atención en ASSE, aún no se ha legitimado como puerta de entrada al sistema, por las múltiples barreras estructurales y culturales que lo atraviesan. Siendo una de ellas la aparente mantención del hospital como centro, el que además es el efector donde se terminan de completar algunos procesos, como el acceso a tratamiento medicamentoso y a estudios paraclínicos, los que bien podrían resolverse en la RAP, si se superaran algunas barreras. Al que se le agrega que la prestación de asistencia en el mismo, aún no ha podido desarrollarse con una perspectiva multidisciplinar y con foco en las necesidades de salud de su población de referencia.

La coordinación como proceso complejo que contribuiría a evitar la fragmentación, es débil entre niveles de atención, porque existen dispositivos de referencia que se implementan de forma heterogénea y la contrareferencia desde el segundo nivel de atención es inexistente. A lo que se le agrega que entre los profesionales sanitarios no se conocen, no saben lo que cada uno hace, como lo hace y revelan falta de comunicación y desconexión. Lo que muestra la fragmentación existente entre niveles de atención.

Así, pensar en la coordinación del cuidado, cada vez más, significa invertir en la autonomía de los usuarios; tener equipos que tengan, el diálogo, el hacer pedagógico y la co responsabilidad por el proceso de cuidado, como elementos centrales de su actuación.

Y todo ello sin perder el compromiso de que cada equipo, servicio y sistema tiene que buscar ser el más responsable posible por la coordinación del cuidado del usuario, aunque

se invierta en su autonomía, esa coordinación debe ser compartida entre equipos, servicios y usuarios / profesionales. (Magalhaes y Pinto, 2014, p. 26)

Los espacios de definición político/estratégico a nivel local, como JUDESA, funciona pero con escasa participación de los profesionales sanitarios, que están designados a integrar la misma.

La gestión a nivel estratégico se evidencia como deshumanizada, autoritaria, jerárquica y con escasa coherencia entre lo discursivo y lo pragmático, así lo han manifestado las entrevistadas de la RAP de ASSE.

La gestión de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico en efectores públicos de Salud de Salto, son heterogéneos, están desconectados y fragmentados. A pesar de ello se evidencia una gran fortaleza en cuanto a tecnología instalada que hay que ampliar, conectar y homogeneizar.

La historia clínica en los efectores públicos tiene múltiples y diferentes formatos que están desconectados. A ese contexto se le agrega el Sistema Escritorio Médico Basado en la Red Asistencial, que efectivamente “siembra” la fragmentación en la prestación de asistencia y en el proceso de trabajo. Y posiciona al profesional médico como el propietario de la HC del usuario.

Con respecto a la gestión del recurso humano se evidencian por los discursos inexistencia de programas de capacitación y actualización, de estímulo e incentivos. Y hay un fuerte planteo de déficit de Enfermería, que son quienes sostienen los servicios y permanecen todo el tiempo en los mismos. Donde las Licenciadas en Enfermería asumen la gestión operativa de servicios altamente complejos, con déficit de recursos Enfermeros y con múltiples procesos

heterogéneos con alta carga de coordinación con HRS, en este contexto fragmentado con estilos de gestión jerárquicos, autoritarios y atravesado fuertemente por el modelo médico hegemónico.

En cuanto al financiamiento de los efectores, ante un presupuesto que parece no permite cubrir las demandas de recursos humanos, de infraestructura y de consumo en la RAP. Con una histórico vínculo de compra/venta entre efectores del estado, que sigue manteniéndose aún en los discursos de algunos actores entrevistados, ¿no sería necesario pensar otra forma de intercambio entre efectores estatales, que no se enmarque en el modelo mercantilista? Queda planteada la dificultad que tiene ASSE para poder llegar a los estándares exigidos en las Metas Asistenciales, dado que su rendición debe ser Nacional.

La persistencia de la fragmentación es una característica clave para mantener un escenario propicio para la lógica del mercado y del negocio en la salud, donde articular, coordinar, colaborar en pro de objetivos colectivos, ubicando a las necesidades de salud del usuario como eje estructurante, es un antídoto a la misma, pero que no todos están dispuestos a embarcarse en un proceso de integración, como lo definen Tobar-Anigstein (2013): “como mejores niveles de coordinación de los recursos y acciones a nivel de la mesogestión y de la microgestión”.

El funcionamiento en red requiere una transformación e ir transitando de una organización jerárquica a una heterárquica, monárquica a poliárquica, piramidal a multinivel, de competencia a colaboración, cooperación y asociación. De posicionamientos lineales, simplistas a posicionamientos complejos, heterogéneos y colectivos. Implica hacer un giro sustancial en el modelo de atención a la salud, del hospital como centro a un modelo

metacéntrico donde el foco no está adentro de los servicios sino afuera, de enfocarse en la atención de las enfermedades a centrarnos en la promoción de la salud y las necesidades de las personas. La prioridad en esta propuesta es construir y mantener vínculos solidarios entre quienes integran la red. Para lograr todo ello, no es suficiente solo la dotación de recursos, si no transformar la micropolítica de la organización del proceso de trabajo. Considerando la atención a la salud como un derecho humano fundamental, donde el eje estructurante de la misma son las necesidades de salud de la población.

Se evidencian fortalezas en los efectores públicos, muy importantes, desde la infraestructura física, tecnológica y humana en el camino de los principios del SNIS.

Para terminar las conclusiones considero pertinente la afirmación de Kuschnir y Chorny (2010), que dicen:

En los sistemas nacionales de salud operan redes con poblaciones definidas geográficamente, por qué la salud es entendida como bien público y el sistema es universal y equitativo. Las redes son el instrumento de garantía del derecho, ampliando el acceso y disminuyendo las desigualdades. La regionalización y la constitución de redes se entienden en sus dimensiones técnica y política. Al mismo tiempo que son la única forma de garantizar el acceso a la atención integral de forma igualitaria, implican disputas de poder y requieren decisiones de política pública que ciertamente hieren intereses. La región es institucionalizada y tiene mando único por el que, sin institucionalidad, no es posible garantizar el derecho y, sin mando único, no es posible cobrar la responsabilidad sanitaria.

(p.2314)

CAPÍTULO VII

7. REFERENCIAS

- Administración de los Servicios de Salud del Estado. (2015). *Hacia una nueva dinámica institucional. 2010-2014*. Uruguay.
- Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, Freitas LFC (2013). Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm.* Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a14.pdf>
- ASSE. (2014, septiembre). *El compromiso con todos, todos los días*. Recuperado de: www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?7155,40169
- Barriga OA, Henríquez G. (2011). La relación Unidad de Análisis-Unidad de Observación-Unidad de Información: Una ampliación de la noción de la Matriz de Datos propuesta por Samaja. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social.1*, 1, 61-69. Recuperado de: [file:///C:/Users/areainf/Downloads/Dialnet-LaRelacionUnidadDeAnalisisUnidadDeObservacionUnida-5275943%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/areainf/Downloads/Dialnet-LaRelacionUnidadDeAnalisisUnidadDeObservacionUnida-5275943%20(1).pdf)
- Cecílio, L. C. O. (2006). As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atuação em Saúde. In R. Pinheiro (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde (pp. 115-128)*. Rio de Janeiro: Uerj, Ims,

ABRASCO.

Decreto N° 392/012. Constitución de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (R.I.E.P.S), Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay, Montevideo, Uruguay, 12 de diciembre de 2012.

Fernández da Silva, S. (2011). Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>

Fidelis de Almeida, P. (2010). *Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. (Tesis de Doctorado)*. Fundação Oswaldo Cruz Escuela Nacional de Salud Pública. Rio de Janeiro. Brasil.

Garcia Vianna N, Tavares Cavalcanti M, Duarte Acioli M. (2014). Princípios de universalidade, integralidade e equidade em um serviço de atenção à saúde auditiva *Ciência & Saúde Coletiva*. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000702179&script=sci_abstract

Instituto Nacional de Estadística. (2011). *Población por área y sexo, según grupo quinquenal de edades y edades simples*. Salto, Recuperado de: <http://www.ine.gub.uy/censos-2011>

Intendencia de Salto. *Clinica Municipal*. Recuperado de: <http://www.salto.gub.uy/menu-residentes/salud-y-servicios-sociales/item/629-clinica-municipal>.

Kuschnir R, Chorny A. (2010). Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500006&script=sci_abstract&tlng=pt

Lavras, C. (2011) Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc.* Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>

Ley N° 18.161. Administración de los Servicios de Salud del Estado se crea como Servicio Descentralizado, Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay, Montevideo, Uruguay, 8 de agosto de 2007.

Ley N° 18.179. Presupuesto Nacional período 2010-2014, Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay, Montevideo, Uruguay, 5 de enero de 2011.

Ley N° 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud, Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay, Montevideo, Uruguay, 13 de diciembre de 2007.

Leyva-Moral, Juan M.. (2008). *El silencio entre los profesionales de la salud, un arma de doble filo*: a double-sided argument. *Index de Enfermería*, 17(1), 34-38. Recuperado en 02 de junio de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100008&lng=es&tlng=es.

Magalhães J, Pinto, H. (10/2014) Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *DIVULGAÇÃO EM Saúde PARA Debate*. Recuperado de: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>

Mendes Goncalves, B. (1992). Concepto de Proceso de Trabajo. Recuperado de: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/diccionario/verbetes/protrasau.html>

Merhy, E, Franco, T. (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate. Revista del Centro Brasileiro de Estudios de Salud*.

Recuperado de: http://lcead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2010). Mortalidad por grupos de causas por departamento 2005 – 2010. Estadísticas Vitales MSP.

Ministerio de Salud Pública. Decreto 392/012. *Constitúyase la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud*. Recuperado en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/392-2012/7>

Moreira, F; de Paula, F; Delgue, H; Ferreira, C; Gonzalez, A; Gimenez, N. (2010) *Aproximación Diagnóstica de Salud de Salto*. (Trabajo de Maestría). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Organización Panamericana de la Salud. (2010). La Renovación de la Atención Primaria en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. (4). Recuperado de <http://www.paho.org/>

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Perfil del sistema de salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio*. Recuperado de: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1128:perfil-del-sistema-de-salud-2015-&Itemid=340

Red Integrada de Efectores Públicos de Salud. (2013). *RIEPS COMUNICA 2* (1). Recuperado de: <http://www.asse.com.uy/contenido/RIEPS-COMUNICA-6946>

Red Integrada de Efectores Públicos de Salud. (2014). *Plan estratégico RIEPS 2014-2020*. Uruguay. Montevideo.

- Red Integrada de Efectores Públicos de Salud. (2014). *RIEPS COMUNICA 3* (2). Recuperado de: <http://www.asse.com.uy/contenido/RIEPS-COMUNICA-6946>
- Red Integrada de Efectores Públicos de Salud. (2014). *RIEPS COMUNICA 4* (3). Recuperado de: <http://www.asse.com.uy/contenido/RIEPS-COMUNICA-6946>
- Red Integrada de Efectores Públicos de Salud. (2014). *RIEPS COMUNICA 5* (4). Recuperado de: <http://www.asse.com.uy/contenido/RIEPS-COMUNICA-6946>
- Red Integrada de Efectores Públicos de Salud. (2014). *RIEPS COMUNICA 6* (5). Recuperado de: <http://www.asse.com.uy/contenido/RIEPS-COMUNICA-6946>
- Rodrigues Vieira, E. (2015). *Grau de Integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Serviços de Saúde em Município de Pequeno Porte*. (Tesis de Doctorado). Escuela de Enfermería dela Universidade Federal de Minas Gerais. Brasil. Recuperado de: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/650D.PDF>
- Santos Dubeux L, Freese E, Felisberto E. (2013). Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a03.pdf>
- Sollazzo, A, Berterretche, R. (2011). El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. *Ciência & Saúde Coletiva*. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a17v36n94.pdf>
- Tobar F, Anigstein, C. (2013). *Redes en Salud. Análisis de caso y conceptualización del funcionamiento en red del Hospital El Cruce*. 1 ed. Florencio Varela: Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Uruguay. Montevideo. Ley 18211. Poder Legislativo. República Oriental Uruguay. *Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación.* Diario Oficial. N° 27.384. Recuperado de:
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp560294.htm>

Vazquez, ML; Vargas, I. (2209). *Organizaciones Sanitarias Integradas: Un estudio de casos.* Consorci Hospitalari de Catalunya. España. Editorial.

CAPÍTULO VIII

8. NOTAS AL FINAL

Como se han utilizado Normas APA para citar y construir las referencias en este informe, y ellas sugieren que cuando se utilizan citas en otro idioma, que las mismas sean traducidas en el cuerpo del trabajo, pero que se generen Notas al Final del documento, con las citas textuales en el idioma de origen. Por ello se presentan aquí todas las citas utilizadas en idioma portugués.

Rodriguez, E. (2015). O grau de integração da APS na RAS no município de pequeno porte estudado foi avaliado como incipiente. A fragmentação revelada esteve relacionada aos problemas que afetaram o fortalecimento do primeiro nível de atenção para a coordenação do cuidado, à pouca organização dos fluxos para a atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção, à fragilidade dos instrumentos de integração e às barreiras que limitam o acesso aos serviços especializados. Traducción mía.

Garcia, V. Tavares M. Duarte, M. (2015) Grande parte das dificuldades e limitações evidenciadas está relacionada à organização dos processos de trabalho, à gestão e à capacidade instalada. Desse modo, em tese, o setor saúde tem como atuar na melhoria dessas questões, pois detém o conhecimento técnico para superar vários dos entraves

apontados no estudo, mas depende da disponibilidade de recursos financeiros e apoio político para implementar as mudanças organizacionais necessárias. Investimentos relativamente simples em capacitação e qualificação profissional podem propiciar transformações em direção a um serviço mais universal, integral e equânime. Traducción mía.

Fidelis de Almeida, P. (2010). As iniciativas mais exitosas foram aquelas que buscaram ampliar a acessibilidade, consolidar a função de porta de entrada, aumentar sua capacidade resolutive e articular medidas de saúde pública, vigilância e assistência. Ainda assim, permanecem desafios para melhor equalizar atendimento à demanda espontânea e à programada de forma mais resolutive e para tornar a Unidade de Saúde da Família o serviço de uso regular. A baixa credibilidade e o insuficiente reconhecimento dos profissionais de atenção primária representam obstáculo à coordenação dos cuidados por esse nível de atenção. Em relação à integração da rede, estratégias semelhantes, com resultados diferenciados, foram encontradas nos quatro casos como investimentos em sistemas informatizados e descentralizados de regulação, monitoramento das filas de espera, aumento da oferta de serviços próprios municipais, implantação de protocolos clínicos e prontuários eletrônicos. Ainda assim, a ausência de regulação e de fluxos formais para a atenção hospitalar torna incompleto o processo de integração da rede. A quase ausência de contra-referência também minimiza as possibilidades de coordenação dos cuidados pela equipe de APS. A necessidade de estabelecer objetivos comuns, de forma que o cuidado em saúde tenha o usuário como centro e seja organizado de acordo com suas

expectativas pessoais e necessidades em saúde, componentes do atributo da coordenação, aponta alguns caminhos para a construção de um Sistema Único de Saúde mais equânime, de melhor qualidade e voltado às necessidades de saúde da população. Traducción mía.

Kuschnir R, Chorny, A. (2010). Os sistemas nacionais de saúde operam redes com populações definidas geograficamente por que saúde é entendida como bem público e o sistema é universal e equitativo. As redes são o instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades. A regionalização e a constituição de redes são compreendidas em suas dimensões técnica e política. Ao mesmo tempo em que são a única forma de garantir acesso a cuidado integral de forma igualitária, envolvem disputas de poder e requerem decisões de política pública que certamente ferem interesses. A região é institucionalizada e tem comando único por que, sem institucionalidade, não é possível garantir o direito e, sem comando único, não é possível cobrar a responsabilidade sanitária. Traducción mía.

Santos L, Freese E, Felisberto E. (2013). Dentre os entrevistados, 74,9% são residentes do município em que o hospital está localizado e 66,9% reconheceram-se cadastrados em Equipes de Saúde da Família. A maioria dos usuários recorreu ao hospital como primeira unidade assistencial (77,1%), destacando a confiança no atendimento do serviço como principal motivo para a seleção do setor de urgência e emergência. Em relação ao itinerário, os entrevistados predominantemente (99,5%) buscaram apenas um atendimento prévio, tendo-se submetido a consulta médica (75,4%). Entretanto, 42,8% foram referenciados e,

destes, a maioria (78,9%) foi encaminhada ao hospital avaliado. Dentre aqueles que demandaram assistência prévia, a ausência de profissional (65,5%) foi a principal razão para o não atendimento, destacando-se a deficiência na resolutividade e a distância entre a residência e o hospital como importantes obstáculos ao itinerário. Os resultados revelam um cenário em que o hospital permanece como eixo central da assistência à saúde, indicando a necessidade de fortalecimento da rede de saúde integral, com vistas à redução das iniquidades sociais em âmbito locorregional. Traducción mía.

Andrade, et al. (2013). Cabe salientar que para a efetivação, integração, articulação e funcionamento da RAS faz-se necessária a superação do atual modelo de atenção à saúde no SUS. Assim, a lógica de organizações hierárquicas rígidas deve ser substituída por redes estruturadas em tessituras flexíveis e abertas de compartilhamentos e interdependências em objetivos, informações, compromissos e resultados. Traducción mía.

Andrade, et al. (2013). Ademais, foi possível conhecer as dificuldades e oportunidades que permeiam a construção de um trabalho em rede. Entre as dificuldades destaca-se principalmente o desconhecimento predominante do papel do PAD, demonstrando a necessidade de superação da atuação fragmentada no âmbito do sistema de saúde. É importante ressaltar a necessidade de construção e divulgação de saberes a respeito das atividades desenvolvidas e que podem ser implementadas pelos profissionais do PAD. No que diz respeito às possibilidades de avanços da rede de atenção foi revelada neste estudo a articulação efetiva do PAD com a APS, porém com necessidade de melhoria nos quesitos capacitação e compartilhamento de informações para atingir uma real atuação em rede.

Traducción mía.

Magalhães J, Pinto H. (2014) Vale fazer por fim, quatro observações: em primeiro lugar, vimos que, de um lado, a AB é a principal porta de entrada do sistema, mas, de outro, ela precisa ainda ser organizada, preparada e empoderada para se tornar a principal ordenadora do acesso à RAS e para ter condições, tanto de gerir o cuidado do usuário atendido exclusivamente por ela quanto de assumir papel mais importante na coordenação do cuidado quando o usuário percorre a RAS. Reforçamos que nossa compreensão de que o sistema deve ser acolhedor e se responsabilizar pela coordenação do cuidado do usuário exige que cada serviço deva se organizar e se articular para isto, ainda que o papel da AB, neste contexto, deva ser destacado conforme o debatido acima. Em segundo lugar, em decorrência da observação anterior, é necessário que a política de AE (seja qualificada não só em termos de ampliação e otimização de oferta, mas também no que diz respeito ao seu modelo de cuidado e de relação em rede. É fundamental que sejam implantados dispositivos, tais como: territorialização e regionalização; referência e apoio matricial às UBS vinculadas; decisão e gestão compartilhada com a AB de fluxos, critérios e modos de cuidar; comunicação, informação e regulação compartilhada; equipes incumbidas de analisar, monitorar e gerir o acesso, a qualidade e a continuidade do cuidado na AE – em especial, de usuários com alto risco e necessidade de cuidado continuado –, com atribuição de transferir o vínculo para as eAB sempre que for possível e melhor para o usuário. Em terceiro, é importante destacar que, por utilizar dados majoritariamente do PMAQ, este artigo captou macro e meso procesos na maioria das vezes relacionados à organização do

processo de trabalho, aos modos como esse se cristaliza e pode ser percebido e interrogado em uma avaliação da natureza do PMAQ. Isso não faz com que os autores desconheçam ou relevem a necessidade de que, para a AB avançar nos atributos necessários, é preciso, além de contar com tudo o que foi dito, ter e AB mobilizadas, motivadas, com capacidade de realizar e gerir esses procesos na micropolítica (MERHY, 2002) cotidiana do proceso de trabalho de cada um desses serviços. Por fim, não são poucos os estudos que percebem e reforçam o papel cada vez mais importante dos usuários que vêm se responsabilizando e tentando coordenar o seu próprio cuidado, fazendo escolhas entre serviços, construindo pactos e compartilhando informações com diferentes profissionais, mudando fluxos e desenhando caminos nas redes. Assim, pensar em coordenação do cuidado cada vez mais significa investir na autonomia dos usuários; ter equipes que tenham, no diálogo, no fazer pedagógico e na corresponsabilização pelo processo de cuidado, elementos centrais de sua atuação; e, isso tudo, sem perder o compromisso de que cada equipe, serviço e sistema tem que buscar ser o mais responsável possível pela coordenação do cuidado do usuário, mesmo que se invista em sua autonomia e que essa coordenação seja compartilhada entre equipes, serviços e usuários/profissionais. Traducción mía.

Fernández, S. (2011). Entre os desafios abordados, destacam-se os relacionados à insuficiência de recursos decorrentes do baixo financiamento público, aos processos de formação e educação e seus reflexos na disponibilização dos profissionais para o sistema público e às dificuldades inerentes à descentralização de ações e serviços de saúde no contexto do pacto federativo brasileiro. O artigo conclui que, além de esforços para

enfrentar esses desafios, a organização de redes regionalizadas e integradas no SUS depende de aperfeiçoamento na gestão intergovernamental nas regiões de saúde para qualificar a pactuação de responsabilidades entre as esferas de governo e de qualificação da atenção primária à saúde para coordenar o cuidado e ordenar sua continuidade nos outros níveis do sistema. Traducción mía.

Lavras, C. (2011). Há que fazer grandes investimentos voltados a seu aprimoramento independentemente de outras medidas de caráter mais sistêmico. Essas iniciativas, focadas na APS, devem necessariamente contemplar: a adequação da infraestrutura física e tecnológica das unidades de saúde já existentes; a construção de novas unidades onde houver necessidade; a implantação de mecanismos de valorização e programas de desenvolvimento de seus profissionais; o aperfeiçoamento do processo gerencial em todas as unidades básicas de saúde existentes; a implantação de protocolos clínicos consensuados com as demais unidades componentes da RRAS e a incorporação permanente de dispositivos relacionados à gestão do cuidado em saúde, com vistas a favorecer a integração das práticas profissionais e a garantir a continuidade assistencial. Traducción mía.

Lavras, C. (2011). O SUS, da forma como está estruturado, mostra-se hoje mais preparado para o manejo clínico das condições agudas presentes nesse quadro de necessidades do que para o manejo clínico das condições crônicas, já que isso se constitui em processo complexo que envolve o desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e

garantia de continuidade assistencial, o que só pode ser obtido através de sistemas integrados.

Traducción mía.

Merhy y Franco (2003) Partimos do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende de ‘trabalho vivo’ em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo. Estas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem, na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem se dar como relações intersessoras¹ estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde (MERHY, 2002). A estas, chamamos de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado. As tecnologias inscritas nos instrumentos, identificamos como tecnologias duras, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde, e ao conhecimento técnico, identificamos uma parte dura (estruturada e outra leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado (MERHY, 1997). Historicamente, a formação do modelo assistencial para a saúde esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras, visto que, aquele se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde. No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, em que o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras. Observando o fazer cotidiano de um trabalhador da saúde, no

seu micro-espço de trabalho, em especial a micropolítica que ali se desenvolve, temos constatado que, ao realizar o cuidado, ele opera, no seu processo de trabalho, um núcleo tecnológico composto de ‘trabalho morto’ (TM) e ‘trabalho vivo’ (TV) (FRANCO,2003). No caso, ‘trabalho morto’ são os instrumentos, e é definido assim porque sobre eles já se aplicou um trabalho pregresso para sua elaboração. ‘Trabalho vivo’ é o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves (MARX, 2001; MERHY, 2003). Este encontro em TM e TV no interior do processo de trabalho reflete uma certa correlação entre eles, no núcleo tecnológico do cuidado. A esta correlação chamamos de Composição Técnica do Trabalho (CTT), isto é, a CTT é a razão entre TM e TV. Inferimos daí que a Composição Técnica do Trabalho, quando favorável ao ‘trabalho morto’, reflete um processo de trabalho, tecnologias duras dependente, voltado à produção de procedimentos e quando, ao contrário, houver predominância do ‘trabalho vivo’ em ato, haverá uma produção do cuidado centrado nas tecnologias leves. Traducción mía.

Cecilio, LCO. (2006). Entre tantas contribuições do autor, destaco duas. A primeira, é aquela que reconhece que, se as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas, elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual. A outra indicação de Stotz que tenho adotado e desenvolvido é a de que seria quase inevitável a adoção de alguma taxonomia de necessidades de saúde, “ou seja, de que se deva utilizar um conceito normativo (de necessidade de saúde) que seja traduzível em descritivo e operacional (...) Por outro lado, o conceito descritivo e operacional precisa ser reconceitualizado para poder exprimir a dialética do individual e do social” (Stotz, 1991,

p.136). A taxonomia que tenho adotado (Cecilio, 1999; Matsumoto, 1999) trabalha com a idéia de que as necessidades de saúde poderiam ser apreendidas, de forma bastante completa, em uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos de necessidades. O primeiro conjunto, diz respeito a se ter “boas condições de vida”. A reconceitualização necessária aqui, tal como apontado por Stoz, seria no sentido de reconhecer que “boas condições de vida” poderiam ser entendidas tanto no sentido mais funcionalista, que enfatiza os fatores do “ambiente”, “externos”, que determinam o processo saúde-doença (Leavell e Clark são paradigmáticos com sua História Natural da Doença), como nas formulações de autores de extração marxista (Berlinguer, Castellanos, Laurell e Breilh, por exemplo) que enfatizam os diferentes lugares ocupados pelos homens e mulheres no processo produtivo nas sociedades capitalistas como as explicações mais importantes para os modos de adoecer e morrer. Inserção na fábrica, no escritório, mas também acesso à água tratada, condições de moradia e hábitos pessoais. Ecletismo nos pontos de partida conceituais, mas um consenso: a maneira como se vive se "traduz" em diferentes necessidades de saúde.

O outro conjunto de necessidades de saúde que constitui a taxonomia fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida. A reconceitualização necessária, aqui, é a de, partindo dos conceitos de tecnologias leve, leve-duras e duras (Merhy, 1997) abandonar qualquer pretensão de hierarquizar estas tecnologias, questionando, assim, a idéia prevalente de que as tecnologias duras, aquelas baseadas na produção de procedimentos de pendentes de equipamentos seriam mais “complexas” e aquelas mais relacionais, do tipo leve, seriam menos “complexas”. Trabalho com a idéia de que o valor de uso (Campos, 1992) que assume cada tecnologia de saúde é

sempre definida a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive. O diagnóstico precoce de uma hipertensão arterial, para determinada pessoa, em determinado momento de sua vida, é tão crucial quanto o acesso a um exame de cineangiocoronariografia para outro, que vive outro momento. A “hierarquia” de importância do consumo das tecnologias não a estabelecemos unicamente nós, técnicos, mas, também, as pessoas com suas necessidades reais.

Um terceiro conjunto de necessidades diz respeito à insubstituível criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional. Vínculo enquanto referência e relação de confiança, algo como o rosto do "sistema" de saúde para o usuário. A reconceitualização aqui é reconhecer que o vínculo, mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades.

Um quarto e último conjunto de necessidades diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de andar a vida. A reconceitualização desta necessidade é de que informação e educação em saúde são apenas parte do processo de construção da autonomia de cada pessoa. A autonomia implicaria na possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta resignificação ter peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível.

É possível adotar a idéia de que a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que ela seja alcançada da forma mais completa possível. Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma

equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital. Poderíamos denominá-la de “integralidade focalizada” na medida em que seria trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde. Neste encontro do usuário com a equipe, haveria de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou “travestidas” em alguma(s) demanda(s) específica(s). Poderíamos trabalhar com a imagem de que, quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma “cesta de necessidades de saúde”, que caberia à equipe ter a sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível. Toda a ênfase gestão, da organização da atenção e da capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender necessidades de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção dado aprioristicamente.

A demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, a demanda é, em boa medida, as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras. As necessidades de saúde, como vimos, podem ser a busca de uma algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa vive ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de se ter maior autonomia no modo de andar a vida, ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua

vida. Está tudo ali, na “cestinha de necessidades”, precisando ser, de alguma forma, escutado, traduzido, pela equipe. Assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual. O resultado desta “integralidade focalizada” há de ser o resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo. Cada atendimento, de cada profissional, comprometido com a maior integralidade possível, sempre, mas também, realizado na perspectiva de que a integralidade pretendida só será alcançada como fruto do trabalho solidário da equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas. Maior integralidade possível na abordagem de cada profissional, maior integralidade possível como fruto de um trabalho multiprofissional. Duplo desafio que há de ser tratado no processo de gestão dos serviços, em particular nos processos de conversação e comunicação -entendimento para ação- que se estabelecem entre os diferentes trabalhadores de saúde. A (máxima) integralidade (possível) da atenção, pautada pelo (melhor) atendimento (possível) às necessidades de saúde portadas pelas pessoas: uma síntese das pretensões da integralidade no espaço da micropolítica de saúde. Traducción mía.

CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1

PAUTAS DE ENTREVISTA

PAUTA DE ENTREVISTA

“Me encuentro realizando tesis de Maestría de Gestión de Servicios de Salud de Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. El tema de interés de esta investigación es: **“Describir y analizar el proceso de organización y colaboración de los prestadores públicos de salud de Salto, agrupados en la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud, en el período 2010-2015”**. Para poder alcanzar el objetivo previsto, necesito contar con tu mirada, como uno de los actores en este proceso. Te aseguro total confidencialidad y que el uso será para fines científicos. Si me permites voy a grabar la conversación, la misma será codificada para su posterior uso, manteniendo la confidencialidad de la información que tú me brindes”

Guion dirigido a actores centrales de la RIEPS:

Datos personales: Edad: Sexo: Profesión:

Cargo que ocupaba en el período 2010-2015:	
Institución a la que pertenece:	Antigüedad en la
Institución:	
Fecha de la entrevista:	Lugar:
Hora de comienzo:..... Hora de finalización:.....	
Preguntas	
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Podría relatar cuales han sido los principales motivos por los cuales se propone crear la RIEPS? 2. ¿cómo ha sido el proceso de construcción de la RIEPS? 3. ¿Cómo caracteriza el funcionamiento de la RIEPS? 4. ¿Qué opinión tiene del funcionamiento del Consejo Honorario de la RIEPS? ¿Cómo considera ha contribuido en el proceso de construcción y desarrollo de la RIEPS? 5. ¿Prestadores de la RIEPS han desarrollado servicios y/o programas integrales en base a la estrategia de APS? ¿Quiénes? ¿Qué servicios o programas? ¿Por qué han decidido desarrollar esos programas y/o servicios y no otros? ¿Qué opinión tiene sobre el funcionamiento del programa desarrollado? 6. ¿Historia Clínica y sistemas de información? ¿Qué opinión tiene al respecto? 7. ¿Las instituciones de la RIEPS han acordado criterios y laudos comunes en la gestión de los RRHH? ¿Por qué? ¿Entre quiénes? ¿Qué opinión tiene de esos acuerdos? 8. ¿En el marco de la RIEPS se desarrollaron mecanismos de complementación? 	

¿Cuáles? ¿Qué opinión tiene del funcionamiento de esos mecanismos? ¿Qué opinión tiene de los resultados obtenidos? ¿Por qué?

9. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del modelo de atención de las instituciones públicas para el funcionamiento en el marco de la RIEPS?
10. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del modelo de gobierno de las instituciones públicas para el funcionamiento en el marco de la RIEPS?
11. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del sistema de financiamiento e incentivos de las instituciones públicas para el funcionamiento en el marco de la RIEPS?
12. ¿Considera que el funcionamiento de la RIEPS, ha contribuido a asegurar servicios oportunos, de calidad y centrados en el usuario? ¿Por qué?
13. ¿Desde su visión esta organización y funcionamiento que ha tenido la RIEPS, está contribuyendo a superar la fragmentación del modelo de atención a la salud? ¿Por qué?
14. ¿Considera que la RIEPS en el período 2010-2015, ha transitado hacia la visión definida en el Plan Estratégico? Que dice: **La RIEPS constituirá una red de servicios de salud de alta calidad con sistemas de información interconectados, integrados en un ámbito institucional que facilitará los mecanismos de complementación entre los efectores públicos, la eficiencia en el manejo de los recursos y la toma de decisiones respecto a la incorporación de tecnología, el desarrollo de servicios estratégicos y programas integrales en la Red Pública de Salud en base a la estrategia de APS. Incluida plenamente en el Sistema Nacional Integrado de Salud en lo que respecta a la atención, gestión y financiamiento, con criterios y laudos comunes en la gestión de los recursos humanos, aportará las**

especificidades de sus instituciones para el desarrollo de las políticas de salud definidas por el MSP, y articulará con el sector privado para mejorar la eficiencia del sistema en su conjunto.

15. ¿Cuáles considera han sido las fortalezas y debilidades de la RIEPS para conseguir la Misión? Que es: **Coordinar, articular e integrar a los prestadores estatales a través de un funcionamiento en redes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, a efectos de mejorar la complementación, calidad y eficiencia de sus servicios, desarrollando en forma conjunta programas de salud priorizados por el MSP y los prestadores, en un proceso continuo de mejora de la atención a la salud que asegure servicios oportunos, de calidad y centrados en el usuario, contribuyendo a superar la fragmentación y segmentación del Sistema de Salud.**

¿Por qué?

16. ¿Qué productos materiales o inmateriales considera ha generado la colaboración entre los efectores públicos de salud de Salto?

17. ¿Cuál es su opinión global sobre el tema?

Hora de comienzo:..... Hora de finalización:.....
Preguntas
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuándo y por qué razones se incorporó a la RIEPS de Salto su institución? 2. ¿Qué servicios del continuo asistencial aporta su institución, a la RIEPS de Salto? 3. ¿Cómo se ha relacionado la institución que usted gestionó/a con las demás organizaciones que conforman la RIEPS de Salto, para la prestación de asistencia a la población usuaria? 4. ¿Cuáles son las necesidades de salud más relevantes de la población usuaria de su institución? 5. ¿Cómo se organiza en el territorio la prestación de asistencia de su institución? Y cuando es necesario articularse con otros prestadores públicos en el territorio: 6. ¿Qué dispositivos o estrategias han llevado a cabo? ¿Cómo ha sido el proceso de construcción de esos dispositivos? ¿Qué opinión tiene del funcionamiento de los mismos? 7. ¿Con qué otros prestadores públicos ha tenido que desarrollar colaboraciones su institución? 8. ¿Qué productos materiales o inmateriales considera ha generado la colaboración entre los efectores públicos de salud de Salto? 9. ¿En su institución se afectaron los RRHH, específicamente para el trabajo con/en la RIEPS? ¿Cuales? 10. ¿Cómo considera es el modelo de atención de su institución? ¿Qué le aporta al

funcionamiento de la RIEPS de Salto?

11. ¿Cómo considera es el gobierno de su institución? ¿Qué le aporta a la RIEPS de Salto?
12. ¿Cómo es el sistema financiamiento y de incentivo de su Institución? ¿Qué le aporta a la RIEPS de Salto?
13. ¿Con qué otros prestadores de la RIEPS de Salto interconectaron su sistema de información? ¿Qué opinión tiene del funcionamiento de esta interconexión? ¿Por qué?
14. ¿Con que otros prestadores de la RIEPS de Salto desarrollaron mecanismos de complementación? ¿Qué opinión tiene del funcionamiento de esos mecanismos? ¿Por qué?
15. ¿Su institución ha incorporado tecnología en el período 2010-2015 con otros prestadores de la RIEPS de Salto? ¿Cuáles? ¿Cómo se han organizado para su utilización?
16. ¿Su institución ha planeado y desarrollado servicios y/o programas integrales en base a la estrategia de APS, con otros prestadores públicos de la RIEPS de Salto? ¿Con quiénes? ¿Qué servicios o programas? ¿Por qué han decidido desarrollar esos programas y/o servicios y no otros? ¿Qué opinión tiene sobre el funcionamiento del programa o servicio desarrollado?
17. ¿Su institución ha acordado con otros prestadores públicos, criterios y laudos comunes para la gestión de los RRHH? ¿Por qué? ¿Con quiénes? ¿Qué opinión tiene de esos acuerdos?
18. ¿El vínculo de su institución con otros prestadores de la RIEPS, considera ha contribuido a asegurar servicios oportunos, de calidad y centrados en el usuario?

¿Podría relatar algunos hechos que den cuenta de ello?

19. ¿Desde su visión esta organización y funcionamiento que ha tenido la RIEPS de Salto, está contribuyendo a superar la fragmentación del modelo de atención a la salud? ¿Por qué?
20. ¿Qué lugar piensa han tenido los actores del nivel central en el proceso de construcción y desarrollo de la RIEPS de Salto?
21. ¿Considera que la RIEPS de Salto en el período 2010-2015, ha transitado hacia la visión, definida en el Plan Estratégico? Que dice: **La RIEPS constituirá una red de servicios de salud de alta calidad con sistemas de información interconectados, integrados en un ámbito institucional que facilitará los mecanismos de complementación entre los efectores públicos, la eficiencia en el manejo de los recursos y la toma de decisiones respecto a la incorporación de tecnología, el desarrollo de servicios estratégicos y programas integrales en la Red Pública de Salud en base a la estrategia de APS. Incluida plenamente en el Sistema Nacional Integrado de Salud en lo que respecta a la atención, gestión y financiamiento, con criterios y laudos comunes en la gestión de los recursos humanos, aportará las especificidades de sus instituciones para el desarrollo de las políticas de salud definidas por el MSP, y articulará con el sector privado para mejorar la eficiencia del sistema en su conjunto.**
22. ¿Cuáles considera han sido las fortalezas y debilidades de la RIEPS para conseguir la Misión? Que es: **Coordinar, articular e integrar a los prestadores estatales a través de un funcionamiento en redes en el marco del Sistema Nacional Integrado de**

Salud, a efectos de mejorar la complementación, calidad y eficiencia de sus servicios, desarrollando en forma conjunta programas de salud priorizados por el MSP y los prestadores, en un proceso continuo de mejora de la atención a la salud que asegure servicios oportunos, de calidad y centrados en el usuario, contribuyendo a superar la fragmentación y segmentación del Sistema de Salud.

¿Por qué?

23. ¿Cuál es su opinión global sobre el tema?

Hora de comienzo:..... Hora de finalización:.....

Preguntas

1. ¿Qué **servicios del continuo asistencial** aporta su institución a la RIEPS de Salto?
2. ¿Cuáles son las **necesidades de salud** más relevantes de la población usuaria de su institución?
3. ¿Cómo **organiza su institución en el territorio** para la prestación de asistencia a esa población?
4. ¿Con qué otros prestadores públicos ha tenido que desarrollar **relacionarse**, su institución? ¿Qué **opinión** tiene de ese **relacionamiento**? ¿**Por qué**?
5. ¿Qué **dispositivos o estrategias** han llevado a cabo? ¿Cómo ha sido el proceso de **construcción** de esos dispositivos? ¿Qué **opinión tiene del funcionamiento** de los mismos?
6. ¿Su institución ha **planeado y desarrollado servicios y/o programas integrales en base a la estrategia de APS**, con otros prestadores públicos de la RIEPS de Salto?
¿Con quiénes? ¿Qué servicios o programas? ¿**Por qué** han decidido desarrollar esos programas y/o servicios y no otros? ¿Qué **opinión** tiene sobre el **funcionamiento** del programa o servicio desarrollado?
7. ¿Con qué otros prestadores de la RIEPS de Salto **interconectaron su sistema de información**? ¿Qué **opinión** tiene del funcionamiento de esta interconexión? ¿**Por qué**?
8. ¿Cómo considera es el **modelo de atención de su institución**? ¿Qué le **aporta** al funcionamiento de la RIEPS de Salto?

9. ¿El vínculo de su institución con otros prestadores de la RIEPS, considera ha contribuido a **asegurar servicios oportunos, de calidad y centrados en el usuario**?
¿Podría mencionar algunos **hechos que den cuenta de ello**?
10. ¿Desde su visión esta organización y funcionamiento que ha tenido su institución con otros prestadores de salud públicos de Salto, ha contribuido a **superar la fragmentación del modelo de atención a la salud**? ¿Por qué?
11. ¿Cuál es su opinión en cuanto a las **funciones que ha asumido quien gestionaba en 2010-2015** la institución en que usted trabaja, en el proceso de construcción y desarrollo de la RIEPS de Salto?
12. ¿Cómo considera era el **gobierno de su institución, en el período 2010-2015**? ¿Qué le aporta a la RIEPS de Salto?
13. ¿Considera que la RIEPS de Salto en el período 2010-2015, ha transitado hacia la visión, definida en el Plan Estratégico? Que dice: **La RIEPS constituirá una red de servicios de salud de alta calidad con sistemas de información interconectados, integrados en un ámbito institucional que facilitará los mecanismos de complementación entre los efectores públicos, la eficiencia en el manejo de los recursos y la toma de decisiones respecto a la incorporación de tecnología, el desarrollo de servicios estratégicos y programas integrales en la Red Pública de Salud en base a la estrategia de APS. Incluida plenamente en el Sistema Nacional Integrado de Salud en lo que respecta a la atención, gestión y financiamiento, con criterios y laudos comunes en la gestión de los recursos humanos, aportará las especificidades de sus instituciones para el desarrollo de las políticas de salud**

definidas por el MSP, y articulará con el sector privado para mejorar la eficiencia del sistema en su conjunto. ¿Por qué?

14. ¿Cuáles considera han sido las fortalezas y debilidades de la RIEPS para conseguir la Misión? Que es: **Coordinar, articular e integrar a los prestadores estatales a través de un funcionamiento en redes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, a efectos de mejorar la complementación, calidad y eficiencia de sus servicios, desarrollando en forma conjunta programas de salud priorizados por el MSP y los prestadores, en un proceso continuo de mejora de la atención a la salud que asegure servicios oportunos, de calidad y centrados en el usuario, contribuyendo a superar la fragmentación y segmentación del Sistema de Salud.**
- ¿Por qué?

15. ¿Cuál es su opinión global sobre el tema?

PAUTA DE ENTREVISTA

“Me encuentro realizando tesis de Maestría de Gestión de Servicios de Salud de Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. El tema de interés de esta investigación es: **“Describir y analizar el proceso de organización y colaboración entre ASSE, Sanidad Militar y Sanidad Policial, que en Salto se agruparon en una organización llamada Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS), en el período 2010-2015”**. Para poder alcanzar el objetivo previsto, necesito contar con tu mirada, como uno de los actores en este proceso. Te aseguro total confidencialidad y que el uso será para fines científicos. Si me permites voy a grabar la conversación, la misma será codificada para su posterior uso, manteniendo la confidencialidad de la información que tú me brindes”

Guion dirigido a los representantes de usuarios:

Datos personales: Edad: Sexo: Profesión:

Organización a la que representa:

¿Desde cuándo ocupa la representación actual?

Fecha de la entrevista: Lugar de la entrevista:

Hora de comienzo:..... Hora de finalización:.....

Preguntas

1. ¿Podría relatar cómo ha sido la participación del movimiento que usted representa, en el proceso de organización y colaboración entre ASSE, Sanidad Militar y Sanidad Policial, constituidos en RIEPS en Salto?
2. ¿Podría relatar alguna experiencia de algún usuario de los prestadores de salud públicos de Salto, que ustedes como movimiento hayan tenido que acompañar y apoyar, para conseguir una mejor atención?
3. A partir de esas experiencias que ha tenido como representante del movimiento. ¿Qué características le asigna al modelo de atención a la salud de los prestadores sanitarios públicos de Salto?
4. ¿Y en cuanto a la coordinación-comunicación entre los servicios?
5. ¿Qué fortalezas y debilidades identifican, en la prestación de los servicios de salud de la RIEPS de Salto?
6. Cómo movimiento que representa a los usuarios del SNIS de Salto. ¿Que opinión tienen en cuánto al funcionamiento en red de los servicios de salud públicos?
7. ¿Consideran que este funcionamiento ayuda a superar la fragmentación en la atención a la salud? ¿Por qué?
8. ¿La cooperación y comunicación entre servicios sanitarios se hace visible en la atención que recibe el usuario? ¿Cómo? ¿Por qué?
9. ¿Cuáles considera han sido las fortalezas y debilidades de la RIEPS para conseguir la Misión? Que es: **Coordinar, articular e integrar a los prestadores estatales a través**

de un funcionamiento en redes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, a efectos de mejorar la complementación, calidad y eficiencia de sus servicios, desarrollando en forma conjunta programas de salud priorizados por el MSP y los prestadores, en un proceso continuo de mejora de la atención a la salud que asegure servicios oportunos, de calidad y centrados en el usuario, contribuyendo a superar la fragmentación y segmentación del Sistema de Salud.

10. ¿Qué productos considera ha generado la colaboración entre los servicios de la RIEPS en Salto?

11. ¿Considera que la RIEPS de Salto en el período 2010-2015, ha transitado hacia la visión, definida en el Plan Estratégico? Que dice: **La RIEPS constituirá una red de servicios de salud de alta calidad con sistemas de información interconectados, integrados en un ámbito institucional que facilitará los mecanismos de complementación entre los efectores públicos, la eficiencia en el manejo de los recursos y la toma de decisiones respecto a la incorporación de tecnología, el desarrollo de servicios estratégicos y programas integrales en la Red Pública de Salud en base a la estrategia de APS. Incluida plenamente en el Sistema Nacional Integrado de Salud en lo que respecta a la atención, gestión y financiamiento, con criterios y laudos comunes en la gestión de los recursos humanos, aportará las especificidades de sus instituciones para el desarrollo de las políticas de salud definidas por el MSP, y articulará con el sector privado para mejorar la eficiencia del sistema en su conjunto.**

12. ¿Por qué?

13. ¿Cuál es la opinión que como movimiento tienen sobre la organización y colaboración entre instituciones sanitarias públicas de Salto?

Hora de comienzo:..... Hora de finalización:.....

Preguntas

1. ¿Cómo se **organiza la emergencia** para prestar asistencia a los usuarios que consultan?
2. ¿Cuál es la **dotación de RRHH**?
3. ¿Cuáles son las **características sociodemográficas** de la población que asiste a la institución?
4. ¿De qué **zonas o de que barrios** provienen?
5. ¿Cuáles son los **motivos de consultas** más prevalentes de la población usuaria de su institución?
6. ¿Con qué otros prestadores públicos ha tenido que **relacionarse**, su institución? ¿Qué **opinión** tiene de ese **relacionamiento**? ¿**Por qué**?
7. ¿Qué **dispositivos o estrategias** han llevado a cabo? ¿Cómo ha sido el proceso de **construcción** de esos dispositivos? ¿Qué **opinión tiene del funcionamiento** de los mismos?
8. ¿Su institución ha **planeado y desarrollado servicios y/o programas integrales en base a la estrategia de APS**, con otros prestadores públicos de la RIEPS de Salto?
¿Con quiénes? ¿Qué servicios o programas? ¿**Por qué** han decidido desarrollar esos programas y/o servicios y no otros? ¿Qué **opinión** tiene sobre el **funcionamiento** del programa o servicio desarrollado?
9. ¿Con qué otros prestadores de la RIEPS de Salto **interconectaron su sistema de**

- información?** ¿Qué opinión tiene del funcionamiento de esta interconexión? ¿Por qué?
10. ¿Cómo considera es el **modelo de atención de su institución?** ¿Qué le aporta al funcionamiento de la RIEPS de Salto?
11. ¿El vínculo de su institución con otros prestadores de la RIEPS, considera ha contribuido a **asegurar servicios oportunos, de calidad y centrados en el usuario?** ¿Podría mencionar algunos **hechos que den cuenta de ello?**
12. ¿Desde su visión esta organización y funcionamiento que ha tenido su institución con otros prestadores de salud públicos de Salto, ha contribuido a **superar la fragmentación del modelo de atención a la salud?** ¿Por qué?
13. ¿Cuál es su opinión en cuanto a las **funciones que ha asumido quien gestionaba en 2010-2015** el hospital, en el proceso de construcción y desarrollo de la RIEPS de Salto?
14. ¿Cómo considera era el **gobierno del hospital, en el período 2010-2015?** ¿Qué le aporta a la RIEPS de Salto?
15. ¿Considera que la RIEPS de Salto en el período 2010-2015, ha transitado hacia la visión, definida en el Plan Estratégico? Que dice: **La RIEPS constituirá una red de servicios de salud de alta calidad con sistemas de información interconectados, integrados en un ámbito institucional que facilitará los mecanismos de complementación entre los efectores públicos, la eficiencia en el manejo de los recursos y la toma de decisiones respecto a la incorporación de tecnología, el desarrollo de servicios estratégicos y programas integrales en la Red Pública de Salud en base a la estrategia de APS. Incluida plenamente en el Sistema Nacional Integrado de Salud en lo que respecta a la atención, gestión y financiamiento, con**

critérios y laudos comunes en la gestión de los recursos humanos, aportará las especificidades de sus instituciones para el desarrollo de las políticas de salud definidas por el MSP, y articulará con el sector privado para mejorar la eficiencia del sistema en su conjunto. ¿Por qué?

16. ¿Cuáles considera han sido las fortalezas y debilidades de la RIEPS para conseguir la Misión? Que es: **Coordinar, articular e integrar a los prestadores estatales a través de un funcionamiento en redes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, a efectos de mejorar la complementación, calidad y eficiencia de sus servicios, desarrollando en forma conjunta programas de salud priorizados por el MSP y los prestadores, en un proceso continuo de mejora de la atención a la salud que asegure servicios oportunos, de calidad y centrados en el usuario, contribuyendo a superar la fragmentación y segmentación del Sistema de Salud.**

¿Por qué?

17. ¿Cuál es su opinión global sobre el tema?

9.2 ANEXO 2.

HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACIÓN

DENOMINADA:

“Procesos locales de construcción del SNIS: el caso de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) de Salto, período 2010-2015”.

Si hay palabras que usted no entiende, por favor pida al investigador que se lo presenta que le explique las dudas que tenga al respecto.

Se le ha solicitado que participe en el estudio: “Procesos locales de construcción del SNIS: el caso de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) de Salto, período 2010-2015”, elaborado por la Lic. Leticia Benelli Rodríguez, en el marco de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República; porque usted pertenece a la población en estudio, entendiendo que la misma ha participado en el proceso de organización e integración de la RIEPS a nivel departamental, en el período comprendido entre el año 2010 a 2015.

El propósito de este estudio es producir conocimiento en cuanto al proceso de organización e integración entre los servicios que componen la RIEPS de Salto y su contribución a las políticas del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

El mismo tiene los siguientes objetivos:

Objetivo General: Describir y analizar la organización y el proceso de integración de los efectores públicos, para la provisión de servicios de salud, agrupados en la RIEPS del Departamento de Salto, Uruguay, en el período 2010-2015.

Objetivos Específicos:

- 1- Identificar las características claves de la organización y del proceso de integración de la RIEPS de Salto, durante el período 2010-2015.
- 2- Conocer la apreciación de los principales actores de la RIEPS de Salto, en cuanto al proceso de integración conseguido en el marco de esta organización.
- 3- Apreciar la contribución de la RIEPS en la provisión de servicios de salud en el departamento de Salto y al proyecto de (re) organización del SNIS en redes.

Firma del Investigador:



Cédula de Identidad del Investigador:

3.284.258-5

En el caso de que usted acepte participar en este estudio, le realizaré una serie de preguntas referidas a su experiencia y conocimiento del proceso de organización e integración de los servicios de la RIEPS.

La entrevista tendrá una duración de una hora aproximadamente, y se realizará en:

.....
.....
Se solicita su consentimiento para grabar la entrevista, sabiendo que en el caso que acepte, puede solicitar la suspensión de la misma en el momento que lo considere necesario.

El acceso al material de audio, transcripciones de las entrevistas o cualquier otra información relacionada con los participantes será imposible para cualquier persona exceptuando al investigador, asegurando así la confidencialidad y respetando así los principios de beneficencia y justicia.

En ningún momento se escribirá su nombre en la entrevista. Se utilizará un código de identificación que sólo la investigadora conoce y no puede legalmente revelar, pues trabaja en el marco de la reglamentación del secreto profesional.

No hay ningún riesgo por participar en este estudio. Si alguna pregunta de la entrevista le hiciera sentir incómodo, no está obligado a contestar. No hay ningún beneficio directo, pero esperamos que todas las personas que participan de la RIEPS, puedan beneficiarse con los resultados de la investigación.

Usted es libre de decidir si participar o no en el estudio. Se dará uso científico de los datos por usted aportados y se publicarán los resultados del estudio, pero su nombre o identidad no será revelada.

Con el fin de proteger su identidad y la información por usted aportada, la autora de esta investigación: María Leticia Benelli Rodríguez, mantendrá protegido el material de audio en el que queda registrada la entrevista. Sólo ella tendrá acceso a la información y en ningún caso incluirá nombres, direcciones u otra información identificativa en los

informes.

Para mayor información podrá comunicarse con: María Leticia Benelli Rodríguez, quien está realizando la recolección de datos, en el marco del protocolo de tesis de investigación final, aprobado por Comisión Académica de Posgrado de Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

Celular: 099954871, Correo Electrónico: lebenro@gmail.com.

Firma del Investigador:



Cédula de Identidad del Investigador:

3.284.258-5

9.3 ANEXO 3.


CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

, he recibido información respecto al estudio titulado: **“Procesos locales de construcción del SNIS: el caso de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) de Salto, período 2010-2015”**. Cuyo objetivo es: “Describir y analizar la organización y el proceso de integración de los efectores públicos, para la provisión de servicios de salud, agrupados en la RIEPS, del Departamento de Salto, Uruguay, en el período 2010- 2015”, fui debidamente informado de los riesgos y beneficios de la participación en esta investigación.

He podido realizar todas las consultas al respecto de la investigación, y se me ha entregado una hoja de información, firmada por el encuestador. También se me ha informado que puedo retirarme de la misma cuando lo desee y que ello no será perjudicial para mi persona. Se me ha informado que a cada entrevistado se le asignará un código numérico en lugar de su nombre real. Se diseñará un sistema de numeración de los cuestionarios en el que desaparecerá el nombre del participante. De este modo, se salvaguardará la confidencialidad, no revelando jamás mi identidad. Se dará uso científico a la información por mi brindada.

Doy mi consentimiento para participar en el estudio, y que la entrevista sea grabada, sabiendo que en el momento que lo decida tengo el derecho a no responder a las preguntas que no desee y a suspender la entrevista.

Nombre y Apellido del Participante:	Nombre y Apellido del Investigador: María Leticia Benelli Rodríguez
Firma del Participante:	Firma del Investigador: 
Cédula de Identidad del Participante:	Cédula de Identidad del Investigador: 3.284.258-5

Se firman dos ejemplares de éste documento, quedando con uno de ellos el investigador y el otro se le entrega al encuestado.

Investigador principal: María Leticia Benelli Rodríguez: Celular: +59899954871

9.4 ANEXO 4

EJEMPLO DE REGLAS DE TRANSCRIPCION

Proyecto inv.erc.dyt

1. Nombre del archivo

El nombre del archivo será el mismo que aparece en Dropbox y en el archivo 'ent.listado'.

Ejemplo: la entrevista 1 de inv.erc.dyt.slp.gto.agz.zac, que corresponde a María Teresa

Remolina es: 'ent.erc.01.slp.g21.24abr12'

2. Formato

Todos los archivos se harán en Word, letra Times New Roman, tamaño 12. Todo se hará a un espacio (interlineado 1.0)

Nunca utilizar comandos adicionales; por ejemplo, negritas, cursivas, subrayado, etc.

3. Encabezado y pie de página

En el encabezado se coloca el mismo nombre que en el punto 1, el número de página se debe poner en el pie de página, orientado a la derecha. Ambos elementos deben estar en Times New Roman, tamaño 12.

4. Comentarios al inicio del documento e intermedios (comentarios contextuales)

Utilizar el símbolo + al inicio del renglón. Ejemplo, cambio de cinta o de algún evento que

requiera que se establezca un comentario en la transcripción. Precaución no usarlo para insertar comentarios como “inicio de cinta”, “cambio de casete”, “fin de casete”, “fin de entrevista” etc.

5. Intervención de los interlocutores.

Se utilizarán las siguientes siglas:

E: Cuando hable el entrevistador principal

P: Cuando hable la persona entrevistada principal

En el caso de que haya 2 o más entrevistadores:

E: Cuando habla el entrevistador/a principal

E1: Cuando hable otro/a entrevistador/a secundario

En el caso de que haya 2 o más personas entrevistadas:

P: Cuando habla la persona entrevistada principal

P1: Cuando hable la persona entrevistada secundaria

P2, P3, etc.

Cuando participa mucha gente y no es posible la identificación (como en grupos focales), se procede a anotar según el género del participante:

PF: en el caso de las mujeres

PM: en el caso de los hombres

Precaución utilizar siempre la misma nomenclatura.

Ejemplo, cuando hable una mujer enferma se anota: P: Yo me siento mal...

6. Sobreposición.

Cuando uno de los interlocutores está hablando y otro dice algo simultáneamente se utilizan los corchetes cuadrados para delimitar lo que dice el que se sobrepone. Utilizar siempre el mismo criterio.

Ejemplo: P1: Cuando yo estaba [2: Pero eso puede ser cierto] cargando una maleta...

7. Silencios.

Los silencios entre las intervenciones de un mismo interlocutor o entre interlocutores se presentan mediante puntos suspensivos. Cada punto representa un segundo. Si la pausa es muy prolongada colocar el número de segundos entre paréntesis.

Ejemplo: P: Me parece que no... esto es cierto (25).

8. Falta de claridad.

Al no entender alguna palabra, se recomienda regresar un poco la cinta y escucharla más lenta, modificando si es necesario el volumen el tono del dictáfono. Si la palabra escuchada permanece sin entenderse claramente se coloca entre paréntesis. Si son palabras no distinguidas o inteligibles se usan puntos suspensivos entre paréntesis.

Ejemplo: P: La (gripa) del otro día me parece que (...) por eso.

9. Interrupciones.

En caso de que el interlocutor que está hablando interrumpa su narración o sea interrumpido por otro, se marca con dos guiones en la palabra donde sucedió la interrupción.

Ejemplo: P: Esta enfermedad no tiene--

10. Expresiones.

Cuando se trata de una pregunta, usar los signos de interrogación tanto en la apertura como en el cierre.

Ejemplo: E: ¿Le parece si continuamos?

Usar el signo de admiración cuando lo requiera la expresión o cuando se eleve la voz del interlocutor (usar los signos de apertura y cierre),

Ejemplo: E1: ¡Que interesante!

11. Citas textuales.

Cuando el interlocutor hace referencia a los dichos textuales por él u otras personas se colocara el texto dentro de las comillas.

Ejemplo: P: Él me dijo “mejor ve a ver a que te atiendan”

12. Intervención de desconocidos.

Cuando intervengan en la entrevista otra persona que no se conozca, escribir el dato que se tenga a la mano en la entrevista para colocar al inicio de la intervención.

Ejemplo: Otro: ¡Eso no es cierto!

13. Expresión de asentimiento o que inciten a continuar un dialogo.

Dependiendo de la entonación y el tiempo que tarde la expresión, se excluyen este tipo de expresiones. Solamente aquellas que formen parte de la conversación serán escritas Mmmmb, mhn, mmmm, ajá, ahá, hey, uuuy, aaah, etc.

14. Ruidos o eventos durante la entrevista.

Los ruidos que se suscitan alrededor de la entrevista, que lleguen a ser lo bastante fuertes como para interrumpir la conversación o dificultar su percepción de quien transcribe, son representados entre paréntesis. Pero omitirlos si son continuos y anotarlos en las observaciones.

Ejemplo: (ladrido de perro), (pasa camión), (entra alguien y saluda), etc.

15. Sonidos y expresiones de sentimientos de los interlocutores.

Cuando algún interlocutor emite algún sonido que no corresponde a conversación y es parte de una expresión sentimental, se reporta entre paréntesis, Para omitirlos si son continuos y anotarlos en observaciones. Ejemplos: (tose), (llora), (ríe) etc.

16. Reporte de números.

Los números del uno al doce se escriben con letra, del 13 en adelante se usará siempre el número arábigo.

Ejemplo: P2: Hace 22 días me dieron seis inyecciones.

Hora, edad y moneda siempre se escriben con número arábigo.

Ejemplos:

P2: La cita era a las 6:15.

P: Me diagnosticaron cuando yo tenía 9 años.

E1: ¿La sesión de hemodiálisis le cuesta 1200 pesos?

17. Jergas y palabras usadas por los entrevistados.

Escribir las palabras como las pronuncian los participantes. Procurar colocar apóstrofe cuando se utilizan contracciones de palabras. Evitar modificarlas.

Ejemplo: Pos, orita, pa'riba, pa'llá, etc. Diabetis, etc

No cambiar el nombre de las palabras por términos médicos.

18. Alargamiento de una palabra.

La prolongación de una sílaba o palabra por más de un segundo se marca con guión.

Ejemplo: P1: ¡Sí, co-omo no!

19. Acentuar palabras de una pregunta.

Las palabras que sirven para hacer una pregunta se deben acentuar, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿qué?, ¿para qué?, ¿quién?, etc.

20. Homofonías.

Las palabras homófonas deben de ser bien definidas, de acuerdo a lo que está diciendo.

Ejemplo: ahí, allí, allá, haya, mas, más, esta, está, ésta, etc.

21. Observaciones.

Al final de la transcripción, anotar cualquier observación, idea, problema o sugerencia que considere importe en relación a la transcripción en el apartado ‘Comentarios’.

22. Participantes.

Los nombres de los participantes aparecerán en la matriz del trabajo de campo. También en el listado general.

9.5 ANEXO 5

AUTORIZACIÓN COMITÉ DE ÉTICA

(Impresión de pantalla de la nota recibida de Comisiones por correo electrónico)

