III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

Intentos de creación de puentes interinstitucionales entre diferentes niveles asistenciales en salud.

De Raco, Paula Paulette.

Cita:

De Raco, Paula Paulette (2011). *Intentos de creación de puentes interinstitucionales entre diferentes niveles asistenciales en salud. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-052/607

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/6Cm

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

INTENTOS DE CREACIÓN DE PUENTES INTERINSTITUCIONALES ENTRE DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES EN SALUD

De Raco, Paula Paulette
Universidad de Buenos Aires

RESUMEN
En el marco del programa UBACyT 2006-2010: La comunicación a distancia en salud: el trabajo interdisciplinario entre distintos niveles asistenciales, se formula una investigación con preguntas más específicas sobre las prácticas y concepciones del primer nivel de atención con la intención de conocer cómo intentan comunicarse efectores del conurbano bonaerense y un hospital de tercer nivel de complejidad en la Ciudad de Buenos Aires. El siguiente trabajo da cuenta de la consecución de dicha investigación, algunos resultados y preguntas desplegadas. En este proceso de creación de puentes interinstitucionales se conceptualizaron tres momentos. Primero se formalizaron las bases indispensables para encuadrar la relación laboral imaginada. Luego, habiéndose propuesto el cambio de dirección en la comunicación, se establecieron los primeros contactos, que exigieron definir categorías de pacientes transferibles y establecer circuitos operativos. En un tercer momento, sin lograr resolver las dificultades del momento anterior, desde servicio que atiende patologías de baja complejidad dentro del hospital de tercer nivel surge el interés de establecer una línea directa de comunicación hacia atención primaria de la provincia de Buenos Aires. La no concreción de la propuesta interinstitucional inicial obligó hacer cambios en planteo metodológico de este proyecto de investigación.

Palabras clave
Psicología institucional Salud Comunicación

ABSTRACT
INTER-INSTITUTIONAL BRIDGES CREATION ATTEMPTS BETWEEN DIFFERENT LEVELS OF HEALTH CARE
The UBACyT research programme: Remote communication in health. Interdisciplinary work among different welfare levels, led to an investigation with more specific questions about practices and conceptions of the first care level. The aim was to learn how various health institutions of different care levels located in Buenos Aires province and in Buenos Aires city strived to establish communication. The purpose of this paper is to share some results and unfolded questions regarding this work. In this inter-institutional bridges creation process three moments were conceptualized. During the first one, bases were formalized to be able to develop the imagined working relationship. Then, as the first contacts begun from the third level, they demanded to define transferable patients´ category and establish operative circuits. In the third moment, leaving things unresolved in the previous moment, a third level complexity hospital service in charge of population that has low complexity pathologies intends to establish a direct communication line with provincial primary health care.

Key words
Institutional Psychology Health Communication

Punto de partida: un mapa de intereses
En el siguiente trabajo intentaré compartir algunos resultados, preguntas y avatares vividos en la consecución de la investigación titulada: Rol de los centros de salud y características de la comunicación con otros niveles asistenciales para el seguimiento de pacientes pediátricos complejos, cuya indagación está en relación con el programa UBACyT 2006-2010, La comunicación a distancia en salud: el trabajo interdisciplinario entre distintos niveles asistenciales.
Dicha investigación enfocó, en una primera etapa, las condiciones de inicio necesarias para establecer un vínculo de colaboración en la atención pediátrica entre un hospital de referencia nacional y distintas provincias argentinas utilizando tecnología para superar distancias geográficas y creando formas de establecer canales de comunicación entre distintas especialidades, disciplinas y efectores en salud. En un segundo momento, se incorporó la mirada sobre el trabajo de mantenimiento de estos acuerdos laborales establecidos. El recorte empírico consideraba particularmente la Oficina de Comunicación a Distancia (OCD), un sector nuevo en el hospital de mayor nivel de complejidad cuya institucionalización, según se fue evidenciando durante la pesquisa, requería incorporar una concepción diferente de asistencia.
Uno de los puntos que desarrolla en sus conclusiones este programa y otras investigaciones relacionadas (Carniglia et al, 2009. Selvatici, 2007. Selvatici & Schejter, 2008) son las dificultades para asistir pacientes en forma conjunta y a distancia. Se relevaron obstáculos en relación con la cualidad, cantidad y efectividad de la información compartida en la consulta, con el uso desordenado de los distintos niveles de complejidad del sis-

tema de salud por parte de los pacientes tanto como de los distintos efectores, con organizaciones de las relaciones de poder que dificultan la introducción de nuevas modalidades de práctica médica así como con la falta de apoyo institucional en forma de espacio disponible, equipamiento, personal estable y reconocimiento de la tarea como trabajo asistencial, con tiempo designado para registrar por escrito y compartir lo producido. También se dio cuenta del predominio de la personalización de las comunicaciones así como de la desconfianza en las nuevas tecnologías.

En este marco de indagación de cómo se dan las relaciones interinstitucionales y entre niveles en atención médica pediátrica formulé, para mi investigación, preguntas más específicas sobre las prácticas y concepciones del primer nivel de atención con la intención de conocer cómo se daban estos vínculos entre algunos efectores del conurbano bonaerense y el hospital de tercer nivel en la Ciudad de Buenos Aires. Entre estos dos puntos no predomina la distancia geográfica. Por lo tanto, es pertinente observar cómo se instaura el uso del dispositivo de *Comunicación a Distancia* para analizar qué tipos de *distancias* pueden visualizarse en esta propuesta de armado de redes.

Para poder dar cuenta de cómo se significan estos circuitos me propuse observar lugares de trabajo y entrevistar a los actores involucrados en el proceso de establecimiento de esta relación y de la atención: médicos clínicos y especialistas, enfermeras, administrativos. Dadas algunas características de ingreso al campo que detallaré a continuación, fue posible y oportuno observar reuniones intra e interhospitalarias en las que participaron también funcionarios del área de la salud y profesionales de otras disciplinas, llevadas a cabo en distintos hospitales.

Armando territorios para tender puentes: las condiciones de posibilidad

El trabajo de colaboración entre la provincia de Buenos Aires y el hospital de referencia nacional de tercer nivel requirió de varios pasos formales que insumieron casi tres años, a fin de diseñar la tarea y firmar un convenio que sirviera de marco político y legal amplio para los intercambios. Este se presentó como la condición de posibilidad para que los acuerdos técnicos entre los hospitales de distintas regiones sanitarias del conurbano bonaerense y el Hospital Garrahan (HG) pudieran comenzar a institucionalizarse y, de esta manera, pasaran a formar parte de los recursos estables de cada centro gestor de salud.

Estos tiempos fueron mucho más prolongados que los que había insumido la instalación de las OCD en otras provincias, en las que la distancia geográfica parecía haber ayudado a pensarla como necesaria y había sido incluido en la agenda política más directamente.

Cobró relevancia entonces analizar el proceso de concreción de los acuerdos. En cuanto a la utilidad de los intercambios que imaginaba cada actor, los voceros de la provincia de Buenos Aires planteaban un enriquecimiento del trabajo y el incremento de su capacidad resolutiva. Aún desconfiando de la perdurabilidad de los programas en su territorio, le adjudicaron a este acuerdo un beneficio político mutuo que, gracias a la "buena prensa", podría estabilizarse. En el hospital de tercer nivel esperaban producir información útil para el colega que la precise y poder compartir los pacientes que se internan allí pero residen en el conurbano, que son un porcentaje mayoritario del total de asistidos en la institución. Al pensar un paciente complejo, ambas partes asumen que puede necesitar ser atendido de a más de un nivel y/o profesional. Desde la provincia, funcionarios del sistema de salud hacen hincapié en que los pacientes deben "ser de alguien" para que haya algún responsable y no se pierda yendo donde quiera o pueda. La colaboración, entonces, sería con el efector que esté a cargo del paciente. Desde el HG, piensan en optimizar el seguimiento de los pacientes que se externan e ir armando un sistema coherente y ordenado de consultas y derivación. También proponen incentivar la derivación dentro de la misma región sanitaria en la que se reside el paciente. Como obstáculos, la provincia visualiza tener que aumentar los puestos de trabajo y no saber cómo sacar a la gente de la queja, mientras que el hospital de tercer nivel tiene que resolver cómo atender un gran número de pacientes que vienen de lejos en forma inoportuna. Hay coincidencia en que conocer cómo se trabaja en cada lugar es un facilitador para la comunicación y el intercambio.

Caminos exploratorios y algunos "callejones sin salida": diferentes direcciones en la comunicación y categorización de pacientes "transferibles"

Durante la tardanza en la formulación de los acuerdos, el éxito de la experiencia con el Programa del Ministerio de Salud de la Nación para la atención de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) replanteó el punto de partida para el establecimiento de la comunicación entre niveles, al comenzar en el tercer nivel. Este modelo resulta ser eficaz para la atención regionalizada, uno de los objetivos centrales del sistema de salud organizado por niveles progresivos. El Programa de Referencia y Contrarreferencia del HG retoma esta dirección al decidir abrir las vías de comunicación para la atención conjunta con el conurbano a partir de pacientes que sean dados de alta de sus salas de internación. Considerando este movimiento, el foco de la investigación fue cambiando hacia la comunicación interinstitucional iniciada en cualquiera de los tres niveles de complejidad, ya no centrada en el primer nivel.

En la provincia imaginan que este puente va a servir para facilitar la interconsulta y el ingreso al hospital de referencia nacional. Lo significan dentro de un proceso de optimización de recursos, aunque se continúe sin cubrir la totalidad de la demanda. También podría dar mayor acompañamiento a los que trabajan en atención primaria, a los que se nombra como "los solitarios". Desde el tercer nivel se imaginan que esta diversificación puede facilitar la atención conjunta de pacientes, así como am-

pliar el abanico de posibilidades de conexión entre hospitales regionales. La conectividad por la tecnología y la propuesta de trabajo que brinda la OCD podría inaugurar una red de colaboración que elevaría el nivel de resolución de cada lugar. Su pretensión no es que los otros efectores asuman el control de una patología sino de un paciente.

Con este objetivo comienzan a delimitar qué tipo de pacientes pueden ser transferidos, aquellos que son, finalmente, plausibles de ser atendidos por más de un efector. Si bien pueden discriminar tres públicos posibles para quienes organizar la transferencia (internados que se están por ir de alta, pacientes de demanda espontánea y de consultorios externos de clínica), especificar los indicadores sobre las patologías es un obstáculo que no se puede terminar de superar. Se llega a precisar que no se pueden transferir pacientes con patologías graves o que requieran de seguimiento especializado o recursos tecnológicos muy específicos para su tratamiento. Sólo quedarían como "compartibles" aquellos que tuvieran patologías pediátricas. Pacientes que, desde un comienzo, podrían haberse atendido en otro nivel de complejidad.

Al pensar los circuitos de tránsito para los pacientes, desde la provincia planifican "plantillar" la OCD sobre un modelo organizacional precedente en el conurbano que se encuentra en los hospitales zonales y cuya función es conectar el segundo nivel con el primero, haciendo coincidir en algunos casos el personal que se dedicaría a una y otra tarea. Con esto se espera también restablecer estos hospitales como punto de referencia. En el tercer nivel, el proceso de establecimiento de vías de comunicación entra en un *rallentando* ya que los circuitos imaginados dentro del hospital, previos a la transferencia de pacientes, es una carga de trabajo que queda trunca por diversas razones: la epidemia de gripe A que aísla a cada enfermo en su lugar de origen; el tiempo para llevar a cabo esta tarea, que no está institucionalizado y hay que sacárselo a otras ocupaciones; los vacíos de información (desconocimiento de la capacidad resolutiva de cada región, imposibilidad de enterarse de las pre-altas oportunamente, conocer suficientemente al paciente, su familia y su lugar y situación de residencia, tener contactos actualizados en cada región sanitaria) así como la dificultad de generar una unidad criterio desde el análisis del caso por caso y entre pares.

También aparecen problemas como la cercanía, que facilita la auto referencia de los sujetos de la atención, y el sistema de salud provincial que se describe como "colapsado", con un primer nivel "expulsivo" y sin recursos para atender a los pacientes.

Quedan planteadas inquietudes de ambos lados. La provincia se pregunta si será capaz de hacerse cargo de todos los pacientes que le corresponden; el hospital de tercer nivel, qué tipo de pacientes podrá compartir con efectores de menor nivel de complejidad y cómo lograrlo.

Puente de moebius: diferentes niveles de complejidad dentro de una misma organización y línea directa a atención primaria

Es a través de una "demanda espontánea" de dos médicas del servicio de Consultorios de Bajo Riesgo del hospital de alta complejidad que podemos leer un tercer intento de abrir y establecer una vía de conexión no considerada hasta entonces en relación con la atención de pacientes en el conurbano bonaerense. Este servicio atiende pacientes con patologías banales que no deberían haber llegado a la alta complejidad ya que serían tratables en el primer nivel sin necesidad de especialistas. Es, por lo tanto, el área del hospital que lleva a cabo la asistencia más cercana a la que se asocia con el primer nivel de atención. A esta altura, se redefinió este servicio en particular como recorte empírico para llevar a cabo la investigación dado el rumbo que tomaron las posibilidades de acceso al campo y se incorporaron observaciones y entrevistas para conocer este proceso.

Ellas se interesaron en realizar lo que llamaron *contrarreferir*, que consistiría en "devolver a quien corresponda" pacientes sin seguimiento del niño sano a sus Centros de Atención Primaria de referencia. La intención es que, a través de la intervención del HG, que se comunica con el Centro de Atención Primaria y lo presenta telefónicamente, solicita un turno para su atención y envía un resumen de la consulta hecha en el lugar, se produzca una redistribución de pacientes que tienda a organizar el sistema de salud según niveles. Otra utilidad que suponen tendrían los intercambios con los CAP sería aparecer ante los adultos acompañantes de pacientes pediátricos secundando la atención del pediatra más cercano a sus hogares. De esta manera, cada uno atiende la población que le corresponde y se valoriza su saber específico.

Esta línea directa con el primer nivel de la provincia conecta efectores que comparten una población de similares características pero con diferentes incumbencias. Los Centros de Atención Primaria más centrados en la prevención y el control del niño sano; el servicio de Bajo Riesgo del hospital atendiendo pacientes con enfermedades prevalentes.

Por su lado, el Programa de Referencia y Contrarreferencia escucha en esta intención la posibilidad de explorar en la población de niños sanos y ambulatorio y aparece como una oportunidad para difundir el uso de la OCD para casos complejos y crónicos, más acorde al objetivo de creación de dicha oficina.

Entre los problemas que se les presentan, nombran la ausencia de colegas en los centros de atención y la imposibilidad de garantizar inmediatez en la atención a los pacientes derivados, así como la sobrevaloración del tercer nivel. Tienen preguntas vigentes sobre el funcionamiento de los CAP, aunque saben que no pueden generalizar ya que cada municipio tiene autarquía a la hora de disponer de su presupuesto para salud y esto genera una diversidad que no puede tipificarse.

Como facilitadores para esta tarea, reconocen que la comunicación con el primer nivel les daría acceso a turnos programados y hacer una cadena con menos esla-

bones disminuiría el riesgo de perder pacientes. Asimismo, reconocen la importancia de tener una formación que permita un código en común y tiempo institucional disponible para pensar en esto.

Un nuevo viraje se produjo luego de unos meses de ejercicio de esta modalidad de comunicación. Ante la evidencia de que una gran parte de los pacientes que llegaban tenían seguimiento del niño sano, se instaló el interrogante de cómo era el recorrido hasta la llegada de estas familias al Hospital Garrahan. Decidieron hacer una encuesta que recababa, entre otros datos, los motivos por los cuales se rechazaba el centro de atención regional y por cuáles se elegía el hospital de mayor complejidad.
Cobra mayor relevancia entonces la discordancia entre estos circuitos: lo que los médicos piensan como ideal y lo que "espontáneamente" organizan los usuarios. Quedan así incluidos los adultos responsables de los pacientes pediátricos como actores a incluir para relevar los sentidos que estos le otorgan a sus recorridos, así como el análisis conjunto de estos documentos producidos por el servicio. Este período de la investigación, que empieza a ser pensado como un cuarto momento en la concreción de puentes interinstitucionales, está en curso.

Algunas conclusiones

A lo largo de este trabajo y de la investigación se pretende dar lugar a la pregunta sobre cómo se van produciendo las prácticas que constituyen los procesos de comunicación entre efectores en salud y entre instituciones, si pensamos los niveles de complejidad como una institución en sentido amplio (Castoriadis, 1988)
Más allá de la forma en que se concrete, en la situación actual se sostiene el primer interés del HG que es establecer un vínculo, organizar un sistema que permita hacer consultas y asistir a pacientes en forma compartida y a distancia, a través del establecimiento de un camino formal que permita independizarlo de los personalismos, aunque sin burocratizarlo. Se rescatan y valoran, sin embargo, las relaciones de confianza que pueden establecerse en el intercambio mismo y pueden ser la base para el desarrollo de múltiples proyectos de intercambio.
La propuesta de armar equipo entre colegas para acompañarse en la atención se topa, en la cotidianeidad, con la falta diálogo para la construcción de acuerdos con los otros, tanto intra como interinstitucionalmente. En los intentos observados no lograban definir en conjunto con los otros actores involucrados qué tipo de pacientes estarían dispuestos a compartir o disponibles para recibir.
Por otro lado, sigue presente en las argumentaciones la lógica de que "el paciente es de alguien", pero sólo de uno. Al que le corresponda, debe hacerse responsable. Es preciso un cambio de imaginario para que sea posible, en un primer paso, pensar que es de ambos o de uno u otro en distintos momentos y, en un segundo paso, abrir pregunta sobre la idea de *posesión* del paciente.
El modelo por niveles de complejidad progresiva sigue apareciendo como el ideal en la significación de los médicos. De esta manera, sus esfuerzos van en la dirección de hacer que los tres niveles funcionen en pos de no sobre-complejizar al paciente. Una lógica presente en sus lecturas es la de "ordenar pacientes", que ellos conozcan lo que deben hacer. Las prácticas de los pacientes y los adultos acompañantes ponen en jaque esta lógica, ya que desobedecen a lo razonable desde el punto de vista del sistema de salud.
Estas diferencias generan distancias en la comunicación que se relacionan con factores más complejos que el geográfico, tales como los culturales.
Producir insumos para elucidar estas distancias es un contribución concreta que la psicología institucional puede aportar para tratar una problemática social actual como es el de la fragmentación en el sistema de salud, que tiende a aislar a los trabajadores y a excluir a los sujetos que precisan atención.

BIBLIOGRAFÍA

Carniglia, L., D'Onofrio, M. S., Elmeaudy, P., González J., Torolla, J., Castelli, M. (1999) Oficina de Comunicación a Distancia. Revista Medicina Infantil. Revista del Hospital de Pediatría Garrahan, Vol.VI Nro.2 Número especial: Pediatría ambulatoria 92-95. Buenos Aires

Carniglia, L., González, J., Cegatti, J., Marchioli, D., Gutiérrez, E., Adén, F., Kantolic, T., Orellana, N., García de Alabarse, M.C. (2009). Evaluación del Programa de Comunicación a Distancia en las oficinas de comunicación a distancia del Hospital Garrahan y de seis provincias argentinas. Estudio cuali-cuantitativo de tipo descriptivo-analítico. (Beca para Proyectos Institucionales "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia", Comisión Nacional Salud Investiga) Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Carniglia, L., Schejter, V. H.; Cegatti, J.; Luna, A., Cámara, A. (2004). Proyecto de telemedicina en apoyo al establecimiento de redes de servicios hospitalarios. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Castoriadis, C. (1988) Lo imaginario. La creación en el dominio histórico y social. En: Los dominios del hombre, las encrucijadas del laberinto. Barcelona: Editorial Gedisa.

Foucault, M. (1977). Seguridad, Territorio, Población. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Margulies, Susana et al. (2003) Acceso al sistema público de salud. Cuadernos del Instituto de Investigaciones de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, Coedición Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires/Sección de Antropología Social de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA, Buenos Aires.

Rockwell, Elsie (1987) Repensando institución: una lectura de Gramsci. Doc. Departamento de Investigaciones educativas. México.

Rockwell, Elsie (2009) La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos. Buenos Aires: Paidós.

Selvatici, L. (2007). Tipificación de estilos vigentes de contrarreferencia y seguimiento a distancia de pacientes pediátricos de alta complejidad. (Beca de Iniciación "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia", Comisión Nacional Salud Investiga) Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Selvatici, L., Schejter, V.H. (2008). Continuidad del cuidado interinstitucional de pacientes pediátricos con patologías crónicas (Beca de Perfeccionamiento "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia", Comisión Nacional Salud Investiga) Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.