



Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

José María Ali-Brouchoud

Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

Director de Tesis

María Eugenia Brissón

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Ali-Brouchoud, José María. (2013). Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/034578_Ali_Brouchoud.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria
Instituto de Salud Colectiva

Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

*Tesis para la obtención del título de Magister
8va Cohorte 2005-2007*

Título

Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Rio Negro Argentina.

Maestrando

Dr. José María Ali-Brouchoud

Directora de Tesis

*Profesora Investigadora María Eugenia Brissón
Magister en Planificación, Gestión y Políticas de Salud (Universidad de Leeds, Inglaterra)
Diplomada en Servicios de Salud y Sociedad (FLACSO)
Diplomada en Salud Pública (UBA)
Bioquímica (UNL)*

Febrero de 2013

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
8ª COHORTE 2005-2007

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Rio Negro Argentina

AUTOR

Dr. José María Ali-Brouchoud

DIRECTORA DE TESIS

Profesora Investigadora María Eugenia Brissón
Magister en Planificación, Gestión y Políticas de Salud (Universidad de Leeds, Inglaterra)
Diplomada en Servicios de Salud y Sociedad (FLACSO)
Diplomada en Salud Pública (UBA)
Bioquímica (UNL)

Dedico este trabajo a mis compañeros del primer nivel de atención
por las ganas siempre renovadas de mejorar y ayudar
y a mi familia,
Mercedes y Tania
por estimularme a seguir paso a paso

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a toda la gente que me ha ayudado de diferentes maneras a construir esta tesis. Especialmente a mis compañeros de trabajo, quienes me ayudaron de diferentes maneras, leyendo el material y haciendo sus aportes; a mis compañeros de maestría de la 8va. Cohorte con quienes compartí la cursada y las expectativas por avanzar con la tesis

RESUMEN

Este trabajo de investigación propuso desarrollar una propuesta de evaluación para el primer nivel de atención de la provincia de Río Negro. Se trata de una propuesta extensiva en términos de considerar todos los aspectos más relevantes desde el punto de vista conceptual, metodológico y operacional. La hipótesis inicial planteaba el escaso desarrollo de la evaluación para servicios de primer nivel, la insuficiente capacidad para dar cuenta de las dimensiones del trabajo en salud y el carácter normativo de la práctica evaluatoria. El abordaje elegido ha sido el cualitativo. Se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica de documentos oficiales, informes, artículos de revistas y disponibles en Internet. Se trabajaron cuestionarios para una variedad de informantes: investigadores, funcionarios de nivel nacional y provincial, gerentes y trabajadores. Se realizó el análisis del material y su interpretación posterior. Los hallazgos más importantes estuvieron relacionados con el concepto del desempeño, la institucionalización de la evaluación y la práctica evaluativa en la provincia. Las respuestas de los trabajadores mostraron que la evaluación es una práctica presente en la provincia, diseñada y coordinada a nivel local por los propios equipos. El análisis de estas experiencias generó categorías emergentes relacionadas con el poder en las organizaciones. Se desarrolló una propuesta metodológica hasta el nivel de las dimensiones de evaluación; a través de un cuadro de referencia que incluyó dimensiones como: territorio en salud, determinantes de salud, condición de salud, modelo asistencial y desempeño. Se discutieron principios de construcción de indicadores. Se realizó una propuesta de institucionalización de la evaluación centrada en los equipos y en las áreas de salud. Los hallazgos más importantes mostraron que la evaluación como práctica de gestión está relacionada con la capacidad de reflexionar y debatir de los trabajadores de salud, las características gerenciales de los niveles intermedios y el diseño de políticas por parte del nivel central.

PALABRAS CLAVE: Evaluación en salud; Evaluación de servicios de salud; Centros de Salud; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud.

ABSTRACT

This research was aimed to develop an evaluation method for the primary health care system of Rio Negro province of Argentina. The resulting proposal includes key important conceptual, methodological and operational issues. The initial hypothesis sustained the lack of development of evaluation strategies for primary health care systems, the existence of difficulties in the evaluation of all dimensions of health work, and its normative condition.. A qualitative approach was chosen for this work. A bibliographic review was performed using free public data bases. Official reports and documents were searched and analyzed. Structured interviews were used to collect opinions from a variety of informants: researchers, health officials at provincial and national levels, health managers and workers. The documents and materials thus obtained were subsequently analyzed and interpreted. The most important findings were related to the concepts of performance, institutionalization of evaluation methods and evaluation practices at the provincial level. The workers answers uncovered that evaluation is a common practice in the province, designed and coordinated locally by working teams. Power arose as a main aspect in the organizational arena was evaluation is implemented. The proposal was developed taking into account all evaluation's attributes. Central dimensions are synthetized in a dashboard Indicators had not been identified for each dimension but some recommendations are developed in order to orientate their selection and elaboration. The strategy facilitate implementation of the evaluation proposed was to work closely with Primary Health Care teams at local levels. The research findings pointed out that evaluation as a management practice is linked with the reflexive and discussing abilities of health workers, middle-level management capabilities and with policy and planning of central administration.

KEY WORDS: Health Evaluation; Program Evaluation; Health Services Evaluation; Health Centers.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Explicativo del desempeño del Sistema de Salud de Brasil.....	21
Figura 2. Evaluación del Desempeño y Ciclo de Gerenciamiento. Sistema de Salud Brasil.....	22
Figura 3. Zonas Sanitarias y Hospitales Cabecera de Zona. Provincia de Rio Negro.....	38
Figura 4. Esquema del Cuadro de Referencia para la Evaluación del Desempeño. Brasil.....	66
Figura 5. Cuadro de Referencia. Territorio en Salud.....	70
Figura 6. Categorías de los Determinantes y de la Condición de salud.....	74
Figura 7. Trabajo en Salud.....	76
Figura 8. Trabajo en Salud. Campos de prácticas y saberes.....	77
Figura 9. Trabajo en Salud. Conceptos relacionados.....	81
Figura 10. Cuadro de Referencia. Desempeño para el Primer Nivel de Atención.....	93

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1 Categorías conceptuales del Modelo Asistencial	83
Cuadro 2 Modelo Asistencial. Características	84
Cuadro 3 Relación entre Modelo Asistencial y Modelos del Desempeño	89
Cuadro 4 Dimensiones para la evaluación del Desempeño del PNA según diferentes modelos.	89
Cuadro 5. Categorías conceptuales del Modelo Asistencial	98

ABREVIATURAS Y SIGLAS

ABS	Atención Básica de Salud.
APS	Atención Primaria de la Salud.
CAPS	Centro de Atención Primaria de la Salud.
CCA/DAB	Coordinación de Acompañamiento y Evaluación de la Atención Básica.
DAPA	Departamento de Actividades Programadas para el Área.
IO	Imagen Objetivo.
PNGC	Programa Nacional de Garantía de la Calidad.
PRO-ADESS	Projeto: Desenvolvimento de metodologia de avaliacao do desempenho do sistema de saúde brasileiro. (Proyecto de desarrollo de metodologías para la evaluación del desempeño del sistema de salud brasileiro)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development. (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico)
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PNA	Primer Nivel de Atención

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	12
2. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES	13
2.1 <i>El Primer Nivel de Atención. Algunas consideraciones.</i>	13
2.2 <i>Evaluación de Sistemas y Servicios de Salud</i>	19
2.3 <i>Evaluación del Desempeño</i>	20
2.4 <i>Gerenciamiento del Desempeño</i>	21
2.5 <i>Evaluación del Primer Nivel de Atención</i>	23
3. OBJETIVOS	24
3.1. <i>Objetivo General</i>	24
3.2. <i>Objetivos Específicos</i>	24
4. HIPÓTESIS	25
5. MATERIAL Y MÉTODOS	26
5.1. <i>Naturaleza del trabajo</i>	26
5.2. <i>Los sujetos</i>	26
5.3. <i>Las técnicas</i>	28
5.4. <i>Dinámica</i>	31
5.4.1. Contacto y envío del cuestionario	31
5.4.2. La participación	31
5.5. <i>Búsqueda documental</i>	32
5.6. <i>Informes y documentos</i>	32
5.7. <i>Artículos</i>	33
6. RESULTADOS	35
6.1. <i>Presentación general de la provincia de Rio Negro</i>	35
6.2. <i>El sistema Sanitario de la Provincia de Río Negro</i>	36
6.3. <i>La evaluación del primer nivel de atención desde perspectiva de los distintos referentes</i>	43
6.3.1. Informantes clave del Ministerio de Salud de la Nación y de la OPS	43
6.3.2. Informante Clave del Nivel Provincial	45
6.3.2.1 Jefes de Programa	46
6.3.2.2. Jefes y Ex Jefes DAPA.....	47
6.3.2.2.1Mirar.....	47
6.3.2.2.2Mirada sobre el equipo.....	48
6.3.2.2.3El rol.....	48
6.3.2.2.4Saber que mirar y responder.....	49
6.3.3. Los Trabajadores	50
6.3.4. De la relación Nivel Central/ Efectores del Primer Nivel de Atención	52

6.3.5. De la relación Jefes /Equipos	53
6.3.6. De los Programas de Salud	54
6.3.7. Una historia incipiente	55
6.4. Reinterpretación y Análisis.	56
6.4.1. El poder	60
6.4.2. El lugar de trabajo.....	61
6.4.3. Pero, que evaluación?.....	62
6.4.4. Los desafíos	63
6.5. Propuesta de Metodología de Evaluación del Desempeño para el Primer Nivel de Atención de la Provincia de Río Negro	65
6.5.1. Determinantes de Salud	70
6.5.2. Condiciones de Salud	71
6.5.3. Modelo Asistencial.....	74
6.5.4. Evaluación del Desempeño	84
6.5.4.1. Conceptos y Modelos.....	84
6.5.4.2. El desempeño como concepto global o configuracional	86
6.5.4.3. Evaluación del Desempeño para el Primer Nivel de Atención (PNA).....	88
6.5.5. Construcción de indicadores.....	94
6.6. Institucionalización de la evaluación para el primer nivel de atención	96
6.6.1. La evaluación como Política	96
6.6.2. Desde la evaluación.....	97
6.6.3. Planeando los pasos a dar	98
6.6.3.1. Nivel local	98
6.6.3.2. Sumando Niveles.....	102
6.6.4. Buscando las estrategias.....	104
7. DISCUSION	106
7.1. La organización y el contexto.....	106
7.2. La Evaluación y el Cambio	108
8. CONCLUSIONES	111
9. EPILOGO. De lo técnico a lo relacional.....	113
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	115
APÉNDICE	119

1. INTRODUCCIÓN

La realización de este trabajo está relacionada a la experiencia de trabajo de su autor como médico generalista; integrando equipos de trabajo multidisciplinarios en centros de salud urbanos y públicos en la ciudad de Bariloche provincia de Río Negro, donde reside.

Se inicia a partir de la identificación de un problema relacionado con las actividades de evaluación de su lugar de trabajo en el primer nivel de atención: la ausencia o escaso desarrollo de las mismas, su carácter normativo y burocrático y sin utilidad o uso para procesos de mejora. Así también como el desconocimiento de aspectos metodológicos esenciales, falta de explicitación de objetivos de trabajo y su carácter disciplinario que genera resistencia por parte de los propios trabajadores.

El carácter complejo de este problema relacionado a aspectos sociales, políticos, organizacionales y contextuales determinó la elección de una propuesta de estudio extensiva que pretendía dar cuenta de esta realidad explicitando sus puntos centrales.

La hipótesis de trabajo surgida de la identificación y descripción del problema orientó los aspectos metodológicos; y los objetivos de trabajo siguieron dos ejes centrales: el desarrollo de una propuesta de evaluación en sus aspectos conceptuales y en aquellos relacionados a una implementación posible y efectiva.

Este marco teórico inicialmente demarco grandes áreas de trabajo, a saber: la necesaria delimitación del primer nivel de atención en sus aspectos conceptuales, la exploración de la evaluación del desempeño y su posible uso para el primer nivel de atención y de metodologías acordes y una mirada amplia sobre la implementación en tanto sus posibilidades u obstáculos.

La naturaleza de este estudio fue eminentemente cualitativa y la metodología seguida incluyó búsqueda y revisión documental así como cuestionarios a una diversidad de actores relacionados de diferente forma con el tema y la propuesta. La organización de la tesis esta fuertemente marcada por el propósito de la misma: contribuir a la mejora del trabajo del primer nivel de atención a través de la construcción de una propuesta de evaluación tanto conceptual como metodológica y de implementación.

Los resultados obtenidos en forma documental y desde la perspectiva de los sujetos se ordenaron de tal forma de poder tener una descripción general del PNA así como del Sistema de Salud en general en la provincia de Río Negro y del estado de la evaluación como teoría y práctica a diferentes niveles: informantes clave teóricos, funcionarios nacionales y provinciales, gestores y trabajadores.

Finalmente, se desarrolla una propuesta conceptual y metodológica basada en los hallazgos anteriores. Las conclusiones del trabajo muestran en líneas generales un cambio en el concepto de evaluación del desempeño inicialmente utilizado, así como la consideración de otros tipos de evaluación; el desarrollo de un modelo asistencial basado en dimensiones propias del primer nivel de atención; la revelación de la realidad de la evaluación como práctica en el primer nivel de la provincia que contrasta con la explicitada en la hipótesis de trabajo y una modalidad de implementación que considera desde una mirada política a los trabajadores como actores centrales de la tarea y artífices de las posibilidades reales de cambio.

Para comprender esta problemática inicialmente es necesario explorar aspectos relacionados al objeto de trabajo y algunos antecedentes sobre evaluación. Exploraremos en un marco teórico inicial aspectos ligados al Primer Nivel de Atención, la evaluación del desempeño y el gerenciamiento del desempeño.

2. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES

2.1. El Primer Nivel de Atención. Algunas consideraciones.

La concepción del primer nivel de atención y del centro de salud ha sido influenciada fuertemente por la declaración de Alma Ata enunciada en 1978 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se proponía una meta global conocida como “Salud para Todos en el año 2000,” suscripta por 165 países y basada en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). En la misma – cuestión criticada posteriormente por la forma de su explicitación o por su diferente implantación en todo el mundo --la atención primaria quedó fuertemente unida al concepto de primer nivel de atención, o primer contacto y no pocas veces la misma fue considerada como atención primitiva, básica o de menor calidad, dirigida a poblaciones carenciadas. Más allá de estas consideraciones, varios de los componentes de la APS son parte central del trabajo en el primer nivel de atención: primer contacto, participación comunitaria, promoción de la salud, etc. (OPS. 1978)

Algunos de los primeros antecedentes sobre el primer nivel de atención se relacionan con la historia del desarrollo de la estructura interna de los sistemas de salud que es tradicionalmente considerada por niveles de atención. En 1920, 8 años después de la implementación de la seguridad social nacional en el Reino Unido, se publicó el “Libro

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

Blanco” redactado por Lord Dawson of Penn, en el que se trataba la organización del sistema de salud donde se diferenciaba al sistema en tres niveles principales, uno de los cuales eran los centros de salud.

A nivel local es interesante considerar a partir de 1946 --con la llegada del peronismo-- a quién fuera uno de los referentes en la historia sanitaria argentina, el Ministro de Salud Ramón Carrillo, quién ejerció durante 9 años su gestión y desarrolló algunas ideas innovadoras en la Organización de los Servicios. Aquí encontramos el antecedente más antiguo, sobre el primer nivel de atención en Argentina, y específicamente la concepción del Centro de Salud, como unidad preventivo-curativa básica, que integra las acciones sobre las personas a la vigilancia del ambiente y sirve a una población definida y acotada:

El centro sanitario es un conjunto de consultorios polivalentes, con servicio social, visitadoras sanitarias y bioestadística, para captación de enfermos, reconocimiento de sanos y tratamiento ambulatorios. Por su naturaleza, debe ser urbano, bien central, de fácil acceso. (Carrillo, 1951, p.54).

El término Centro de Salud se utiliza para designar diversos medios e instalaciones que prestan servicios organizados de salud a nivel del distrito. Son la base institucional a partir de la cual se presta la mayoría de los servicios de Atención Primaria. La OMS define al Centro de Salud como un elemento del Sistema Local de Salud. Es la parte del mismo cuya especificidad en la estrategia de APS, es ser el punto de interacción entre los servicios y una población definida a la que se proveen servicios integrales; por lo tanto el Centro de Salud, no se define por sus características técnicas sino por su capacidad para establecer relaciones participativas con la población de la cual es responsable. Es una modalidad óptima de organización del primer nivel de atención en cualquier sistema racional de atención médica, público o privado.

La estrategia de APS, adoptada en el mes de septiembre de 1978, en Alma Ata, capital de la República Socialista Soviética de Kazajistán, fue el resultado de varios hechos: la situación sanitaria mundial que fue declarada en dicha conferencia, como "inaceptable" para centenas de millones de personas, en particular en los países en desarrollo; la magnitud de los problemas sanitarios, así como la escasez de recursos para enfrentarlos; los estudios realizados sobre el impacto de los enfoques integrado y vertical para la atención de la salud, que resaltaban al enfoque integrado como el más eficiente, sostenible y cómodo para los

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

usuarios y fundamentalmente para lograr el principio en el que la salud es un derecho humano fundamental y un objetivo social para el mundo entero.

Cada país se comprometió a llevar a cabo dicha estrategia, adaptándola a su realidad local y a sus posibilidades, característica ésta, que la misma estrategia permite, ya que no representa recetas fijas, sino más bien grandes líneas de trabajo, lo que la convierte en una herramienta sumamente dinámica.

Otras interpretaciones que llevó el concepto de APS fueron:

- Como una serie de actividades (APS Selectiva-Países en desarrollo)
- Como un nivel asistencial (Primer Contacto- Países desarrollados)
- Como una estrategia de la organización de la atención de la salud (APS Integral)
- Como filosofía (énfasis en derechos humanos y en lo político)

Así como todo esto originaba confusión a la hora definir adecuadamente a la APS, no menos ocurría a la hora de su implementación; el objetivo de "Salud para todos en el año 2000" nunca pareció más alejado y se propusieron varios modelos o tácticas operacionales: los SILOS o Sistemas de Salud Locales; los Sistemas Sanitarios de Distrito, Sistemas Integrados de Salud, Municipios Saludables, Ciudades Sanas, etc.

En todas ellas, en mayor o menor medida, se proponían los siguientes elementos, que se ejemplifican en la definición de Sistema Sanitario de Distrito, según la OMS, en 1986:

Un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud, es un sector más o menos autónomo del sistema sanitario nacional. Comprende ante todo una población bien definida que vive en una zona administrativa y geográfica claramente delimitada, sea ésta urbana o rural. Incluye todas las instituciones e individuos que prestan atención de la salud en el distrito, pertenezcan al gobierno o a la seguridad social o sean de carácter no gubernamental, privado o tradicional. Consta por lo tanto de una gran diversidad de elementos interrelacionados que se ocupan de la salud en los hogares, escuelas, lugares de trabajo y comunidades a través del sector sanitario y otros sectores conexos. Incluye al hospital de distrito como primer lugar de envío de casos y el laboratorio correspondiente, así como otros servicios de diagnóstico y apoyo de casos (OMS, 1996, p.24).

Todas estas estructuras, están a su vez posicionadas dentro de un sistema orgánico y funcional. Este concepto abarca los servicios organizados horizontalmente (todas las instituciones que prestan servicios en un área determinada) y verticalmente (organizaciones coordinadas de un nivel a otro). El concepto de niveles, tiene en cuenta no solo la capacidad

resolutiva de los problemas, sino también la perspectiva de la comunidad, sus necesidades y recursos. El nivel más periférico lo es por su capacidad de resolución y por su proximidad a la comunidad.

En el caso de nuestro país, en donde ha sido tradicionalmente dificultosa esta interrelación, al punto de hablarse de un sistema fragmentado, la implementación de esta estrategia se dejó primariamente bajo la responsabilidad de los efectores públicos, con el ánimo de que más adelante se suscitara la incorporación de los efectores de los demás subsectores. Para sortear esta dificultad se denominó al área geográfica-poblacional y epidemiológica-social que debería constituir un *distrito* con el término de *área programática*, referido a un hospital base con un área bajo responsabilidad.

A nivel de las Américas la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y OMS llevan adelante un proceso de reconversión de la APS. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles en salud para todos. Se entiende que los servicios de salud desempeñan un papel clave en la materialización de muchos de los valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en la APS. Por ejemplo, los servicios de atención primaria son fundamentales para garantizar el acceso equitativo de toda la población a los servicios básicos de salud. Deben ser la puerta de entrada al sistema de atención de salud y han de estar lo más cerca posible de donde la gente vive, trabaja o estudia. Este nivel del sistema brinda atención integral e integrada y debe resolver la mayoría de las necesidades y demandas de atención que la población presenta a lo largo de la vida. Asimismo, es el nivel del sistema que establece vínculos profundos con la comunidad y el resto de los sectores sociales, lo cual le permite desarrollar la participación social y la acción intersectorial de forma efectiva. (OPS/OMS 2007).

La atención primaria también desempeña una función importante en la coordinación de la continuidad de la atención y del flujo de información a lo largo de todo el sistema de atención de salud. Pero los servicios de atención primaria por sí solos no son suficientes para responder de manera adecuada a las necesidades de atención de salud más complejas de la población. Los servicios de atención primaria deben ser apoyados y complementados por diferentes niveles de atención especializada, tanto ambulatorios como hospitalarios, así como por el resto de la red de protección social. Por tal razón, los sistemas de atención de salud deben trabajar de forma integrada mediante el desarrollo de mecanismos de coordinación de

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

la atención a lo largo de todo el espectro de servicios, incluyendo el desarrollo de redes y de sistemas de referencia y contrarreferencia. (OPS/OMS 2007)

Estos conceptos han sido planteados desde su concepción de diferentes maneras y han recibido en no pocos casos críticas. Por ejemplo la APS fue criticada por considerarse como una asistencia para pobres, de bajo costo y sin equipamiento, entendiéndose a la asistencia médica de forma barata y simplificada. (Schraiber & Mendes-Goncalves, 1996).

O también siguiendo a Mario Testa como Atención Primitiva de la Salud:

De modo que existen diversas razones que dificultan la instalación de una atención primaria que sirva a las necesidades de la población. En países que no ha conseguido establecer un sistema de estas características, esto es regionalizado y con un adecuado sistema de referencia, la atención primaria de la salud se transforma en atención primitiva de la salud, en un servicio de segunda categoría para una población ídem. (Testa, 1992, p.163).

En su libro *Desafíos para la Salud Colectiva en el Siglo XXI* Jairnilson Paim aborda los aspectos conceptuales del concepto de Atención Primaria de la Salud (Atención Básica de Salud. ABS en Brasil):

[...] No es una forma primitiva, empírica y elemental de atención-cuidado de segunda o tercera categoría para los pobres ni se sustentan solo en tecnologías que no incorporan los mayores avances del desarrollo científico.

No es una acción exclusiva de los servicios de salud o algunas instituciones del sector, ni es un programa independiente y paralelo a las demás actividades de salud.

No es un nivel de atención dentro de un sistema de servicios de salud no se reduce a lo que podría considerarse como el nivel más periférico No se reduce a la utilización de personal no profesional, ni puede circunscribirse a miembros de la comunidad capacitados para prestar una atención elemental. Al concebir la APS como estrategia este autor destaca sus principios fundamentales (participación descentralización, acción multisectorial, y tecnología apropiada). En el ámbito oficial el ministerio de salud ha utilizado la expresión Atención Básica, tal vez para evitar la confusión o la concepción de la APS correspondiente a la "atención primitiva de salud". Define la atención básica de la salud como: un conjunto de acciones, de carácter individual y colectivo, situadas en el primer nivel de atención de los sistemas de salud, volcadas a la promoción de la salud, prevención de daños, tratamiento y rehabilitación. De este modo se constata un movimiento en defensa de la ABS, simultáneamente como primer

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

nivel de atención y como estrategia de reorientación del sistema de salud. (Tejada Rivero, 1992, p.174 apud Paim, 2011, p.46-47).

La gestión de la atención básica desde esta perspectiva puede entenderse como una forma de relacionar los problemas y necesidades en salud de los conjuntos sociales que viven en espacio geográficos delimitados con los conocimientos y recursos, institucionales y comunitarios, de modo tal que sea posible redefinir prioridades, considerar alternativas reales de acción, destinar recursos, y conducir el proceso hasta la resolución o control del problema (OPS/OMS 1992).La gestión de la atención básica en las ciudades, a su vez, implica examinar el espacio urbano utilizando como categoría de análisis no el territorio en si, como elemento físico, sino el territorio-proceso o territorio *utilizado* como advierten Santos & Silveira:

“Cuando queramos definir cualquier pedazo de territorio, deberemos tener en cuenta la interdependencia y la inseparabilidad entre la materialidad, que incluye la naturaleza y su uso, que concluye la acción humana, es decir el trabajo y la política” (Santos & Silveira, 2001, p.48).

Por lo tanto el carácter histórico de ese espacio lo transforma en un “territorio vivo” en el que se expresan intereses, división del trabajo, radicación de capitales, movimientos sociales, residencias de personas, tiempo libre, cultura y poderes diversos. Esta mirada sobre el primer nivel de atención que intenta superar los aspectos contradictorios de su historia, las numerosas conceptualizaciones que se han desarrollado, los resultados de su práctica y se concentra en sus potencialidades, características distintivas y desafíos futuros nos orienta hacia una comprensión diferente de esta red de servicios. Acompañando a Merhy expresamos:

“...la red básica debería no ser solo la puerta de entrada de un sistema de salud, sino el lugar esencial para realizar la integralidad de las acciones individuales y colectivas de salud, y al mismo tiempo ser la línea de contacto entre las prácticas de salud y el conjunto de prácticas sociales que determinan la calidad de vida, provocando el cambio en el sentido de las practicas.”(Merhy,1997, p.24 apud Paim, 2011, p.67).

En la medida que la Atención Básica de Salud (ABS) no este confinada a los antiguos “pobres de la ciudad” ni a la gente pobre creada por las grandes ciudades junto al desmantelamiento del estado de bienestar, la gestión de la ABS tendrá que interactuar con

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

todo el sistema de salud y con acuerdos intersectoriales para garantizar la efectividad, calidad, equidad e integralidad de las intervenciones; algunos autores han mostrado la necesidad de:

“...nuevas misiones y roles para esta red básica, que se traducen en la construcción de un nuevo modelo de atención que permita, junto con el conjunto de usuarios, realizar prácticas que acojan, vinculen y resuelvan en el sentido de promover y proteger la salud en el plano colectivo” (Merhy,1997, p.198 apud Paim, 2011, p.68).

2.2. *Evaluación de Sistemas y Servicios de Salud*

Desde los años 80 los gestores de los servicios de salud de todo el mundo se pusieron como objetivo reformar la organización y financiamiento de los respectivos sistemas sanitarios teniendo en cuenta la reducción de recursos disponibles para el sector, así como para la política social en general, el aumento de costos de la atención médica y los cambios demográficos y epidemiológicos de las poblaciones (PROADESS, 2003).

De una manera general las propuestas de reforma sectorial se enmarcaban en un amplio cambio de reforma del estado en su conjunto. La crítica central estuvo dirigida hacia la oferta de servicios, enfatizando la importancia de re-direccionar los sistemas de salud para atender la demanda del consumidor. Por otro lado, el cambio central fue pasar de considerar el foco de atención de las actividades o productos del trabajo a centrarse en los resultados de esas actividades, la calidad de las mismas y cómo orientarse hacia las necesidades del consumidor de servicios. Esto acompañaba a la creciente demanda de rendición de cuentas de gobiernos, gestores y estructuras gubernamentales hacia la opinión pública. Para los sistemas de salud, esto representaba un cambio también en términos de pensar en que medida los objetivos, valores y principios de los mismos se traducían en resultados concretos.

El concepto de desempeño- que en general se refiere al grado de alcance de los objetivos de los sistemas de salud- se constituyó en el referente teórico del nuevo enfoque (PROADESS, 2003). En el caso de sistemas de salud y servicios de salud es importante establecer sus conceptos y diferencias: los sistemas de salud son más abarcativos y se refieren a la salud en un sentido amplio, esto es a la manifestación objetiva de las condiciones de vida de una población determinada, lo que es resultante de la acción intersectorial de diferentes sistemas más o menos complejos.

La OMS considera que en cuanto a los sistemas de servicios de salud, estos integran los sistemas de salud, y son considerados respuestas sociales organizadas para responder a

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

diferentes necesidades de la población, a través de un conjunto de actividades de curación, prevención y promoción de la salud. (PRO-ADESS, 2003)

Más su acción se efectúa en las instituciones prestadores de servicios eminentemente internas al sector, aunque sean influenciadas por elementos externos al mismo como instituciones generadoras de recursos, conocimientos y tecnologías, las empresas de equipamientos biomédicos y la industria de insumos y medicamentos.

2.3 Evaluación del Desempeño

El concepto de desempeño- que en general se refiere al grado de alcance de los objetivos de los sistemas de salud, se constituyó en el referente teórico para evaluación de sistemas de salud en el mundo.

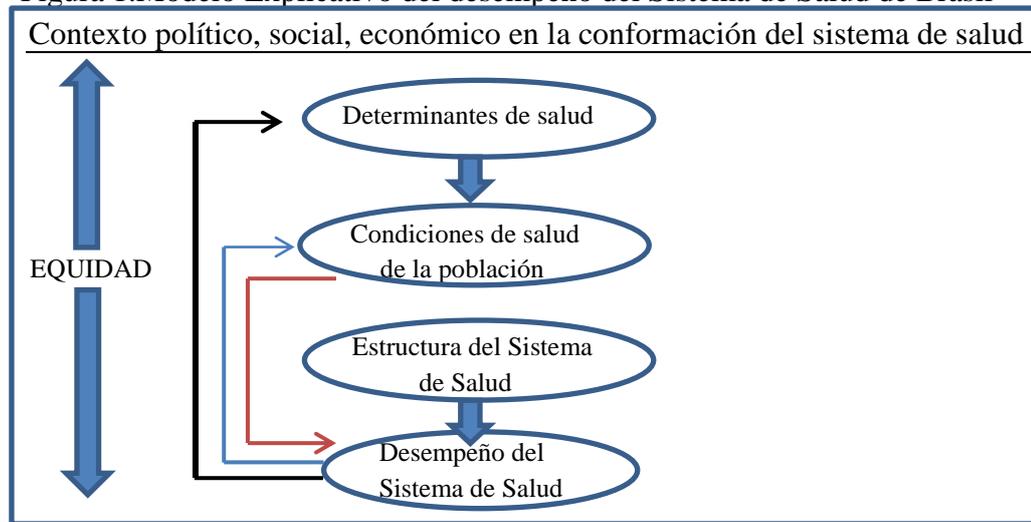
Una de las primeras experiencias fue la generada por la OMS a través del World Health Report 2000. Si bien fue criticado posteriormente por diferentes motivos como el modelo teórico elegido y por cuestiones metodológicas, en el se utiliza un cuadro de referencia que considera una definición de sistema de salud, sus metas y funciones.

Posteriormente otras experiencias como las de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) y la OPS critican y amplían la propuesta de la OMS (la OECD criticaba el concepto de eficiencia utilizado y la OPS sugirió incorporar marcos teóricos que incluyeran la equidad en la evaluación del desempeño).

Diferentes países han avanzado en el desarrollo de cuadros de referencia e indicadores de evaluación del desempeño para sus sistemas de salud; ente ellos Reino Unido, Canadá, Australia y en el ámbito sudamericano Brasil.

En todas estas propuestas se observan algunas características similares: uso de un cuadro de referencia, que relaciona dimensiones comunes: Determinantes de Salud no Médicos, Estado de Salud, Estructura del Sistema de Salud y Desempeño del Sistema de Salud (con algunas diferencias entre ellos); contexto demarcado por las características de la comunidad ya sea en aspectos históricos, demográficos, sociales, financieros, etc. y análisis de todas las dimensiones a través del concepto de equidad que atraviesa en forma transversal a todas ellas. (Figura 1)

Figura 1. Modelo Explicativo del desempeño del Sistema de Salud de Brasil



Fuente: PRO-ADESS 2003, pág.111.Traducción propia.

En todos los casos, para ser realizadas estas propuestas se recurrió a un proceso prolongado multi-institucional, donde se fueron definiendo por consenso las dimensiones y los indicadores.

2.4 Gerenciamiento del Desempeño

Definir dimensiones de evaluación del desempeño no puede quedar aislado de repensar otros aspectos que aseguren la utilización de los resultados obtenidos: metodologías y técnicas de evaluación, sistemas de reatrolimentación de la información obtenida, decisión y acción política para consolidar la evaluación como práctica; esto es lo que se conoce como sistema de gerenciamiento del desempeño (Figura 2).

Este sistema implica la utilización de la información que genere la evaluación del desempeño para la mejora del sistema; necesita de una serie de cambios institucionales e incentivos para llevarse a cabo.(PRO-ADESS,2003).

Existen similitudes y disparidades entre los diferentes países en cuanto a sistemas de gerenciamiento: en general se observa centralidad en el papel del profesional médico, pero es necesario una revisión de las prácticas; las instituciones responsables por las evaluaciones varían mucho de país a país; y existen problemas con la publicación de los datos ya que tiene poco efecto entre los consumidores o compradores de servicios.

Desde un punto de vista más teórico y conceptual, el sistema de gerenciamiento debería tener en cuenta la demanda de datos y el uso de la información: ¿quiénes demandan

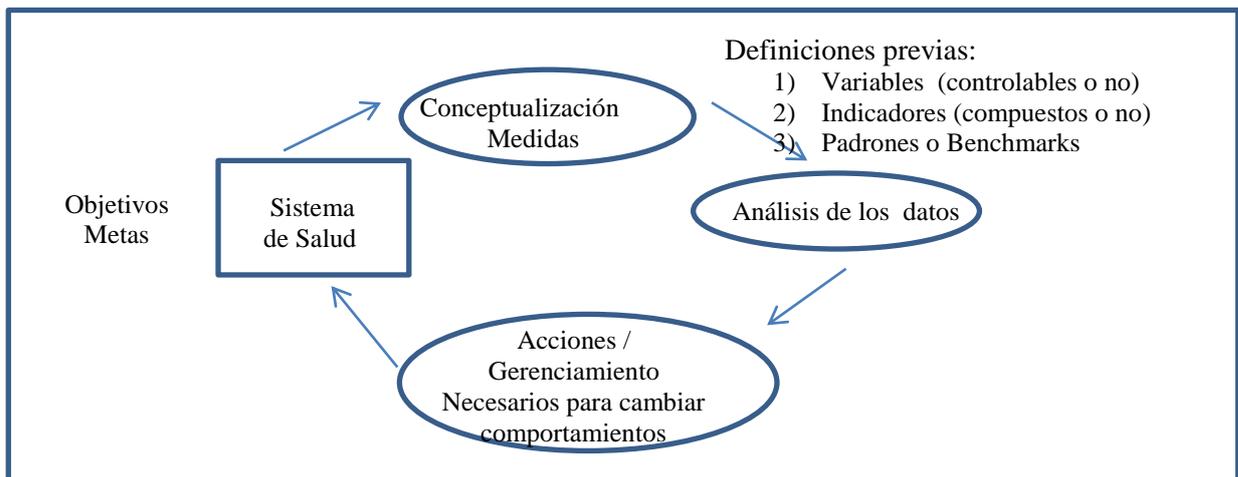
información y para que la utilizan?, ¿qué incentivos existen para que lo hagan? ¿qué información está disponible?

Son algunas de las preguntas de un sistema que comienza con la disponibilidad de datos (registro de fenómenos observados), su análisis y transformación en información útil, su demanda por aquellas personas que toman decisiones y que estas finalmente se relacionen con cambios de rumbo que acerquen los resultados a los objetivos.

Los procesos de rendición de cuentas también mejorarán en la medida en que las decisiones estén basadas en información transparente y disponible no sólo a nivel técnico, sino también público, especialmente para aquellos que serán los beneficiarios de las acciones de salud.

Existen obstáculos para que este proceso se lleve a cabo y que están relacionados al menos con tres aspectos: determinantes técnicos (proceso de datos y herramientas), conductuales (motivación, actitud, etc.) y organizacionales (apoyo político) (Measure Evaluation, 2006).

Figura 2. Evaluación del Desempeño y Ciclo de Gerenciamiento. Sistema de Salud Brasil



Fuente: PRO-ADESS. 2003.pág.:58.Traducción propia.

2.5 Evaluación del Primer Nivel de Atención

Dentro de los sistemas de salud organizados por niveles de atención, el centro de salud—como estructura sanitaria-- se ubica dentro del primer nivel de atención (PNA).

La evaluación como parte del proceso de trabajo es fundamental para el mejoramiento del desempeño de cualquier organización y, en el caso de salud es además central en el proceso de rendición de cuentas. Pese a ello, en la práctica las evaluaciones en este nivel tienen escaso desarrollo y aplicación. En general se observa que existe una búsqueda de datos en forma rutinaria y burocrática, de tipo cuantitativos, ligados a la eficiencia y sin uso posterior de los mismos por los propios trabajadores por lo que el grado de involucramiento de los mismos es escasa.

El desarrollo de modelos que expliquen las interrelaciones entre las dimensiones del desempeño y las metodologías de evaluación del mismo son bastante recientes (desde el año 2000) y en general, se refieren al sistema de salud en general. La dificultad en el análisis de estas evaluaciones reside en que cada sistema de salud difiere en que dimensiones elegir para medir desempeño (de hecho dimensiones con el mismo nombre significan cosas diferentes), los indicadores son construidos de forma diferente y esto es consecuencia de que cada sistema se desenvuelven en contextos diversos, con sus particularidades sociales e históricas y poseen distintas prioridades. Incluso aspectos más básicos pero determinantes como la demanda, disponibilidad y uso de la información en salud es muy variable de país a país. (Measure Evaluation, 2006).

De esta forma es posible entender que algunas propuestas de evaluación de centros de salud de países de habla hispana tengan su foco en aspectos puntuales como calidad de la atención, satisfacción de los usuarios, etc. Pero, en la mayoría de los casos no dan cuenta de las relaciones existentes entre principios, valores y objetivos del trabajo en salud y los resultados del mismo. Cuestiones centrales relacionadas con el desempeño del centro de salud tales como: primer contacto, promoción y prevención de la salud, continuidad asistencial, participación comunitaria, intersectorialidad, sistemas de referencia integrados, etc. no son considerados en la definición de las dimensiones de evaluación, reduciendo de esta forma la valoración del desempeño de los centros de salud así como el uso posterior de esa información.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Desarrollar una propuesta de evaluación para centros de salud urbanos y públicos de la Provincia de Río Negro centrada en el desempeño de los mismos en concordancia con los objetivos y valores definidos para el sistema general y para el primer nivel en particular.

3.2. Objetivos Específicos

- 1) Analizar comparativamente los distintos modelos de evaluación del desempeño aplicados en este nivel y tipo de centros en diferentes países, identificando los marcos teóricos y conceptuales, las jerarquías identificadas, las dimensiones y los indicadores que utilizan, así como los principales actores y factores implicados en la realización de la evaluación y los resultados de la utilización de los hallazgos obtenidos.
- 2) Formular un marco conceptual sobre las dimensiones del desempeño de los centros de salud públicos en tanto primer nivel de atención.
- 3) Elaborar una metodología de evaluación a la luz del marco conceptual planteado que permita relacionar objetivos del sistema de salud y estructura y función de los centros de salud.
- 4) Identificar las cuestiones claves involucradas en la implementación efectiva de la metodología de evaluación propuesta.

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

4. HIPÓTESIS

La evaluación de centros de salud urbanos esta centrada en su producción asistencial y no en su desempeño, quedando por lo tanto desarticulada de los principios, valores y objetivos definidos para el sistema de salud y para el primer nivel de atención en particular. Este tipo de evaluación realizada en forma rutinaria (cuando se la realiza) es de tipo normativa, diseñada a nivel central sin considerar las circunstancias de trabajo cotidianas y cuyos datos son analizados en forma centralizada. Sumado a que, en el imaginario de los servicios públicos la evaluación es muchas veces considerada sinónimo de auditoría, por la metodología centrada en la autoridad y de orden disciplinar, le resta impacto al posible uso de la información y mejora de los servicios.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Naturaleza del trabajo

Para el desarrollo de esta investigación y el desarrollo de los objetivos propuestos se utilizó un abordaje cualitativo. El material de campo se recolectó usando diferentes técnicas: análisis documental (revistas, libros, documentos, informes, etc.) y cuestionarios. En esta propuesta de tesis se trabajaron dos aspectos diferentes sobre el tema elegido: un aspecto conceptual que pretende la profundización del mismo y otro relacionado con la implementación que pretende describir una realidad. Ambos se conjugan para dar base a una propuesta conceptual, metodológica y operativa al mismo tiempo. La investigación realizada se plantea como extensiva, en términos – no sólo de amplitud- sino de tratar de dar cuenta de los varios aspectos que una propuesta de evaluación de servicios de salud incluye. Esto tiene algunas ventajas y desventajas que se manifiestan a diferentes niveles y que serán descriptos y analizados en los párrafos que siguen.

El objetivo central de este trabajo ha sido generar una *propuesta*. Tiene un carácter fáctico y no solo de revisar, describir o discutir sobre un tema o área de conocimiento; pero al mismo tiempo es una propuesta que propone una forma de entender y construir una práctica. La motivación que movilizó la voluntad del investigador han sido preguntas relacionadas con su ámbito de trabajo y con la posibilidad de contribución y mejora del mismo. Como propuesta extensiva – ya comentada- el objeto es múltiple ya que parte de diferentes preguntas relacionadas con la evaluación del desempeño de servicios de salud, la evaluación del primer nivel de atención y la practica de la evaluación en la provincia de Rio Negro. Pero es en este último punto donde adquiere un contexto específico, lo que se denomina el *destaque* del objeto. Su ubicación concreta en un contexto socio-histórico determinado. De allí que se vuelven –entonces- centrales la historia del primer nivel en la provincia en cuanto a las diferentes concepciones del mismo, su importancia relativa dentro del sistema de atención y las experiencias de evaluación desde diferentes miradas según sean los actores elegidos.

5.2. Los sujetos

Los sujetos de esta investigación han sido –según los objetivos – investigadores, funcionarios a nivel nacional, gerentes a diferentes niveles en la provincia y trabajadores del primer nivel de atención de Río Negro. La elección de los mismos siguió el carácter doble ya

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

planteado de profundizar en la evaluación del desempeño para el primer nivel de atención y por otro lado conocer la realidad de esta practica a nivel provincial. Es así que:

-Los investigadores elegidos surgieron luego de la búsqueda realizada para profundizar en la evaluación de desempeño; en los casos de las Dras. Ligia María Vieira Da Silva y Hillegonda Maria Dutilh Novaes por su participación en el PRO-ADESS (Proyecto de Desarrollo de metodología de evaluación del desempeño del sistema de salud brasilero-2003) y en múltiples publicaciones en revistas y libros sobre el tema. En el caso del Dr. Eronildo Felisberto en relación al gerenciamiento e institucionalización de la evaluación por su participación en la CAA/DAB (Coordinación de Acompañamiento y Evaluación de la Atención Básica) de la Secretaria de Atención a la Salud del SUS de Brasil y en publicaciones al respecto.

-Los funcionarios elegidos a nivel nacional fueron: el Dr. Armando Güemes por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Dra. Analía Amarilla del Ministerio de Salud de la Nación. Se plantearon informantes a este nivel con la finalidad de conocer la opinión --con una mirada a nivel nacional- de dos entidades que se relacionan con el primer nivel y –en muchos casos- tiene injerencia en su desarrollo. En el caso del Dr. Armando Güemes es asesor en Sistemas de Salud Basados en la APS en la representación de OPS Argentina y la Dra. Analia Amarilla es la directora del Programa Nacional de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud de la Nación (PNGC).

A Nivel Provincial se trabajó a tres niveles:

- Encargados de Programas provinciales del Ministerio de Salud de la Provincia de Rio Negro
- Ex Jefes de Departamentos de Atención Programada para el Área (DAPA)
- Trabajadores de Primer Nivel de Atención

La decisión estuvo basada en conocer a diferentes niveles de responsabilidad y diferentes lugares de trabajo sus miradas, opiniones y experiencias. (no se incluyeron jefes zonales porque esta figura si bien existe genéricamente, no tiene nombramientos efectivos).En el caso de los “ex” jefes DAPA se planteó esta selección en tanto los elegidos tienen una gran antigüedad en la provincia y podrían introducir la *dimensión histórica* en relación a la evaluación. Los criterios que orientaron la selección de los trabajadores fueron específicos y por conveniencia (cuando hablamos de trabajadores del PNA en la provincia de Rio Negro hablamos de estos, en función de su pertenencia a un equipo de trabajo ubicados en un

establecimiento de salud. Estos están distribuidos por regiones y áreas sanitarias) a saber: por lugar: tratando de cubrir las regiones sanitarias (en tanto éstas, también contemplan los ambientes rurales y urbanos); por profesión: cubriendo todas las disciplinas y roles de los equipos de trabajo; y antigüedad en el cargo, para conocer diferencias a través de distintos gobiernos, conducciones, etc. La estrategia de búsqueda de contacto se realizó a través de un grupo de internet que reúne a los trabajadores del PNA de la provincia (del cual el tesista, es coordinador) con invitaciones personalizadas basadas en relaciones de confianza, para luego a través de estos contactos solicitar por su intermedio la conexión con otros compañeros del entrevistado (estrategia de red); esto permitía contactar a más gente de diferentes lugares. También se hicieron invitaciones abiertas a través de la red antedicha. A nivel local (la ciudad de Bariloche donde reside el tesista) se usó la invitación directa en forma personalizada o telefónica, en instancias grupales como reuniones o jornadas. Esta estrategia fue elegida por la gran extensión de la provincia y la imposibilidad de trasladarse del investigador (por motivos personales). Por otro lado la limitación que presentó fue la de poder contar solo con trabajadores que tuvieran acceso y uso de internet y computadora.

5.3. *Las técnicas*

Se trabajó a través de diferentes técnicas ya citadas: análisis de contenido (revistas, libros, documentos e informes) y cuestionarios. Si bien en alguno de los objetivos de la investigación el planteo era conocer opiniones, creencias, actitudes y valores y para ello hay recomendaciones de uso de otro tipo de técnicas como los grupos focales, la elección de cuestionarios estuvo determinada por: la gran extensión provincial que impedía poder generar encuentros zonales y la imposibilidad del investigador de trasladarse (viajar) por motivos personales, así como también si se realizaban sólo a nivel local (Bariloche) conociendo la diferencias entre regiones en cuanto a desarrollo del primer nivel no hubiera representado la realidad provincial. Por otro lado la sede del ministerio de salud se encuentra en Viedma, capital de la provincia y la residencia del tesista es la ciudad de Bariloche (distante 700 km). Los cuestionarios confeccionados tuvieron diferente finalidad según el/los entrevistado/s; los mismos se construyeron con preguntas cerradas, abiertas y mixtas. (Ver los cuestionarios en anexo).

De esta forma se combinaron ventajas y se redujeron debilidades de este tipo de técnica: por ejemplo en preguntas cerradas el respondiente puede ser influenciado por las

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

alternativas presentadas y en las abiertas se presenta dificultad para la decodificación pues posibilitan una interpretación subjetiva de cada decodificador. (Minayo, 2005). También el cuestionario fue pensado en función de obtener datos objetivos y subjetivos ya que los primeros pueden ser también obtenidos a través de fuentes secundarias, tales como censos, estadísticas y otras formas de registros. Por otro lado el segundo tipo de datos se relaciona con los valores, las actitudes y las opiniones de los sujetos entrevistados. (Minayo, 2003). El tipo de cuestionario fue de auto-llenado sin presencia del entrevistador. Las ventajas de esta modalidad están de acuerdo con los objetivos de la investigación:

Esta modalidad tiene como ventajas el hecho de poder alcanzar a gran número de personas de forma no muy costosa y que el respondiente puede completar el cuestionario cuando le sea conveniente. Sin embargo se observa baja tasa de retorno y no es indicado cuando las preguntas exigen respuestas muy detalladas. (Minayo, 2005, p.149-150).

Se planteó en algunos casos, la posibilidad de repregunta (a informantes clave mayoritariamente). Se realizó una prueba piloto previa al envío, en donde se valoró tanto el contenido de los cuestionarios como la dinámica de recepción y respuesta. Esto generó que se hicieran modificaciones que facilitaron posteriormente el análisis de las respuestas. Con respecto al contenido de las preguntas su construcción estuvo delimitada por los objetivos planteados y según el destinatario (ver en el Apéndice los modelos de cuestionarios).

-Cuestionario para informantes clave:

- Evaluación de desempeño y su relación con el PNA
- Dimensiones de evaluación para el PNA
- Tipologías de evaluación
- Evaluación y equidad
- Políticas de institucionalización
- Obstáculos para la implementación
- Sistemas de información
- Indicadores

-Cuestionario para representante OPS:

- Evaluación del desempeño en las Américas
- Institucionalización de la evaluación

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

- Estado de la evaluación en Argentina en PNA
- Sistemas de información/ Indicadores
- Rol de OPS en Argentina y en relación al PNA
- Obstáculos/facilitadores para la institucionalización de la evaluación

-Cuestionario Representante Nación:

- Rol del PNGC
- Iniciativas en garantía de calidad
- Acreditación
- Sistemas de información/indicadores
- Cooperación y apoyo técnico
- Obstáculos/Facilitadores

-Cuestionario a jefes de programas provinciales:

- Estado de la evaluación en PNA en Rio Negro
- Actividades de evaluación
- Diseño, coordinación, características
- Devolución y utilización de resultados
- Sistemas de información
- Obstáculos facilitadores para la implementación

-Cuestionario a Jefes DAPA:

- Experiencia de actividades de evaluación
- Actividades: motivación, diseño, coordinación, características, utilidad
- Rol y opinión como jefe DAPA
- Capacidad institucional
- Rol del ministerio en las actividades de evaluación
- Sistemas de información y análisis de los datos
- Rol del nivel central en la evaluación

-Cuestionario a trabajadores:

- Experiencias en actividades de evaluación
- Motivación, diseño, coordinación, nivel de realización, características, utilidad
- Opinión sobre la realización de evaluaciones
- Sistemas de Información

- Devolución y utilización de resultados

5.4. *Dinámica*

5.4.1. **Contacto y envío del cuestionario**

La modalidad de invitación se realizó de la siguiente forma: correo informal de invitación con una explicación sobre la misma, o el equivalente a la:

[...] conversación inicial a la que algunos investigadores denominan precalentamiento. Se apunta a quebrar el hielo, percibir si el posible entrevistado tiene disponibilidades para dar informaciones y crear un clima de conversación lo más descontracturado que sea posible (Minayo, 2009, p.217).

Luego de la aceptación se enviaba un correo formal con el envío del cuestionario en el que se cumple con los siguientes pasos: Presentación/Comentarios sobre el Interés sobre la investigación/Motivos de la misma/Justificación de la elección del entrevistado/a /Garantía de anonimato/.

5.4.2. **La participación**

Con respecto a informantes clave fueron contactados todos y se pudo obtener la devolución de los cuestionarios con posibilidad de repregunta (uno de ellos planteó realizar una entrevista telefónica por cuestiones de tiempo). Estos generaron una búsqueda secundaria de información en artículos y textos sugeridos que enriquecieron la investigación. A nivel provincial se intentó contactar a diferentes funcionarios, incluido al ministro de salud por vías formales e informales sin obtenerse respuesta. La participación fue activa en relación a los jefes de programa; estuvo conformada por dos ex - jefes de programa (trabajando en otros cargos a nivel ministerial actualmente) a saber Diabetes y Materno Infantil (uno de los programas centrales en la provincia). Se pudo contactar a jefes y ex jefes DAPA en número de tres de Bariloche y Bolsón.

Con los trabajadores los resultados fueron lo siguientes: aproximadamente el 60% de los participantes respondió el cuestionario; es decir 19 trabajadores del PNA de la provincia de diferentes regiones, profesiones y antigüedad. Se distribuyeron de la siguiente forma:

Profesiones		Localidad		Antigüedad	
Veterinaria	1	Bariloche	6	< de 10años	9
Lic. en Ciencias Políticas	1	Pilcaniyeu	2	> de 10 años	5
Agente Sanitario	1	S. A. Oeste	3	> de 20 años	5
Enfermera	3	Bolsón	4		
Lic. en C. de la Educación	1	Roca	2		
Administrativa	1	Huergo	2		
Trabajadora social	2				
Médicos	7				
Psicólogas	2				

El porcentaje de respuesta esta en línea con lo que se sabe de este tipo de formatos. En relación a los no respondientes, algunos de ellos comentaron falta de tiempo para hacerlo, en otros (a quienes se les había entregado el cuestionario en mano) falló la forma de envío de las respuestas.

5.5. *Búsqueda documental*

En la preparación de la investigación hay que decidir que textos se van a elegir para la búsqueda y de que tipo serán. Minayo citando a Bachelard advierte sobre el hecho de que “los textos no hablan por sí solos, sino que responden a diferentes interrogantes de los investigadores”. (Bachelard,1980, apud Minayo, 2005, p.141).

En esta investigación se hicieron varias búsquedas: artículos, informes y documentos provinciales oficiales. Para los primeros se buscaron por palabras clave, en páginas Web, revistas especializadas, asociaciones, organismos oficiales, etc. Para la búsqueda de informes provinciales o documentos se buscó a través de redes de contacto y en la página del ministerio de salud de la provincia de Río Negro, la que posee un interesante archivo disponible libremente.

Las palabras clave fueron: Evaluación en salud; Evaluación de servicios de salud; Centros de Salud; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud.

5.6. *Informes y documentos*

La búsqueda y análisis del este material se basó en los siguientes aspectos:

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

- Primer Nivel de Atención.
- Aspectos históricos.
- Conceptualización
- Conformación, características.

Fueron encontrados 13 textos entre informes, planes y programas.

5.7. Artículos

Se realizó una búsqueda de información utilizando las siguientes palabras claves: Evaluación en salud; Evaluación de servicios de salud; Centros de Salud; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud en revistas, buscadores y organismos de salud.

Se encontraron alrededor de 50 artículos que fueron sistematizados en 3 categorías que caracterizaban cada artículo:

- Objeto de evaluación.
- Teoría de Evaluación y Metodologías.
- Implementación de la evaluación en salud.

Subcategorías encontradas:

-Para la categoría Objeto de evaluación:

Servicios de Salud-Primer Nivel de Atención-Equipos de salud-APS (Atención Primaria de la Salud) –ABS (Atención Básica de Salud)-CAPS Salud Mental (Centros de Atención Primaria de la Salud) -Programas -Gerencia-Hospital- Proyectos Sociales -Usuarios- Recursos Humanos-Ciudad-Región-Sistema de Salud-- Políticas públicas-PFS (Programa de Salud de la Familia)- Cuidados.

-Para la categoría Teoría de la Evaluación y Metodología:

Tipologías - Metodologías cuantitativas y cualitativas – Contexto – Evaluación externa -Evaluación interna – Estructura/Proceso/Resultado – Panel de control – Trazadores – Indicadores – Evaluación del Desempeño – Efectividad – Eficacia- Hermenéutica Dialéctica – Comprehensivo Dialéctico – Caja Negra - Modelo Teórico –Modelo lógico- Evaluación y clínica – Evaluación y Epidemiología – Evaluación y Planificación – Dispositivos participativos – Objetivos intermedios y finales.

Para la categoría Implementación de la evaluación en salud:

Implementación – Gerenciamiento – Sistemas de información – Uso de los Datos – Obstáculos – Evaluación como cultura –.

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

Luego, a través de las respuestas de los informantes clave se generó una segunda búsqueda que incorporó una segunda serie de artículos (alrededor de 15).

3.8 Organización de los datos

El material obtenido en esta investigación se agrupó y sistematizó en 3 grupos: el primero conformado por los referentes teóricos sobre la evaluación del desempeño y su institucionalización (3 cuestionarios); el segundo en relación a funcionarios de nivel nacional (2 cuestionarios) y el tercero a nivel provincial (conformado por 3 cuestionarios). Cada uno de estos grupos requirió de un ordenamiento particular, individualmente y grupalmente.

En el caso de los referentes teóricos las contribuciones más importantes se ubicaron en el área de la conceptualización de la evaluación del desempeño, las dimensiones de evaluación y la práctica e institucionalización de la evaluación. Conceptos como Imagen Objetivo, Modelo Asistencial y el Desempeño como un concepto configuracional fueron incorporados. Se generaron búsquedas y revisión secundarias de material que resultaron de la mayor importancia. El conocimiento obtenido sirvió como marco teórico de referencia para el análisis de los grupos restantes y del conjunto.

En cuanto a los grupos restantes, se planteó inicialmente que se consideraran una serie de ejes comunes que orientaran la clasificación y el análisis, a saber: *la evaluación* en tanto conocimiento, práctica o experiencia y el *primer nivel de atención* en tanto concepto, organizador de prácticas y lugar de trabajo. Luego se trabajó tratando de establecer una propuesta de categorización --que siguió la disposición del material en grupos-- del conjunto de respuestas por *actores o grupos*, conformando la siguiente disposición: investigadores, funcionarios, jefes de programa y DAPA (Departamento de Actividades Programadas para el Área) y trabajadores y por *ubicación* (jurisdiccional y ministerial): nivel nacional, provincial y local. Cada grupo siguiendo estos ejes tuvo un tratamiento particularizado.

Los informes y documentos oficiales provinciales y los artículos relevantes se organizaron según las categorías y subcategorías enunciadas anteriormente (página 33).

6. RESULTADOS

La presentación de los resultados del trabajo se dividirá en tres partes. En la primera se describirá el sistema de salud de la provincia de Río Negro así como las características del PNA. En la segunda se explicitarán los resultados de los cuestionarios a los diferentes informantes clave y el análisis de contenido y finalmente en la tercera se describirá la propuesta metodológica de evaluación e implementación.

6.1. *Presentación general de la provincia de Río Negro*

Río Negro integra el grupo de provincias patagónicas, compartiendo con ellas las características sociodemográficas de la región: baja densidad poblacional, grupos urbanos distantes entre sí y una gran parte de la geografía dominada por la estepa. La jurisdicción representa el 7.3% de la superficie del país, pero con relación a la población y según datos iniciales del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del 2010, las y los ciudadanos rionegrinos – fueron poco más de 638 mil - representando el 1.6 % del total país y el 26.4% de la Patagonia. Es así, que la densidad general es de 3.1 hab/km², con grandes variaciones según áreas: desde 0.1 a 24 habitantes por kilómetro cuadrado, aspecto que sin duda está determinado por la diversidad territorial. Desde el litoral atlántico a la cordillera, se extienden amplias mesetas escalonadas (salpicadas por algunas depresiones) que abarcan la mayor parte de la provincia y que - en el norte y de este a oeste - son atravesadas por el río Negro, cauce que dio origen a distintos valles que lo acompañan en sus 640 km de recorrido. Esta geografía marcó los distintos asentamientos poblacionales y el desarrollo económico. A veces es necesario recorrer cientos de kilómetros para el abastecimiento de insumos básicos y esa dispersión, debió ser acompañada por los servicios del Estado con el fin de satisfacer las necesidades de todos los rionegrinos.

La distribución según sexos es bastante homogénea – aunque hubo una ligera disminución en el índice de masculinidad en la última década -, y se observa un decrecimiento de la población rural que se desplaza hacia las ciudades. La estructura relacionada con la edad ha sufrido modificaciones con una reducción en la base de la pirámide poblacional, comportamiento éste relacionado con la disminución paulatina de la natalidad en las últimas décadas y un engrosamiento de las cohortes superiores consecuencia de una mayor expectativa de vida.

Por otro lado, la mortalidad general se mantiene estable con valores menores al 6 por mil (5,6 en el 2009). Desde hace varios años, las principales causas de muerte corresponden a patologías fuertemente ligadas a los estilos de vida y el envejecimiento de la población, tales como las enfermedades del sistema circulatorio, cáncer, lesiones no violentas y violencias, que en su conjunto representan casi el 55 % del total de los fallecimientos. Respecto a la morbilidad, en el 2010, se produjeron más de 46.000 egresos en los efectores públicos de salud, pudiendo procesarse el diagnóstico principal de egreso de la mayoría de los mismos. Como en los últimos años, el parto y el recién nacido normal involucran a más del 24% de esta producción (1 de cada 4 egresos). Siguen en orden de importancia las enfermedades del sistema digestivo, del aparato respiratorio, los traumatismos y otras consecuencias de las causas externas. Pero al momento de analizar de qué enferman los rionegrinos, es necesario sumar a esa mirada, los eventos registrados a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, que aporta información respecto a la ocurrencia de casos de determinadas patologías, requieran o no, internación, donde se observa que prácticamente 6 de cada 10 casos podrían reducirse por conducta social segura. Dichos eventos son detectados en el marco de las más de un millón seiscientas mil consultas que se efectuaron en los 210 efectores de distintos niveles de complejidad que dependen de este Ministerio.

6.2. El sistema Sanitario de la Provincia de Río Negro.

La provincia de Río Negro ha tenido una rica historia en relación a políticas, legislación y organización de servicios de atención a la salud. Hitos como el Plan de Salud del año 1973, y la ley de Desmanicomialización forman parte de ella. Más recientemente la Ley de Salud Reproductiva, entre otras. Para la constitución provincial la salud es un derecho (Artículo 9 de la Constitución de la Provincia de Río Negro) y un deber por parte del estado rionegrino de velar por ella. La ley 2570 en su artículo 1ro, establece que el Consejo Provincial de Salud Pública cumplirá la función indelegable de garantizar el derecho a la salud consagrado en la constitución provincial mediante acciones de planificación, programación y fiscalización y evaluación que aseguren la prestación de servicios de prevención, promoción recuperación y rehabilitación de la salud en base a principios de accesibilidad, oportunidad, equidad y calidad de los mismos El Sistema de Salud de Río Negro, está estructurado en 3 subsectores: el de la seguridad social, representado mayoritariamente por la obra social provincial: el Instituto Provincial del Seguro de Salud

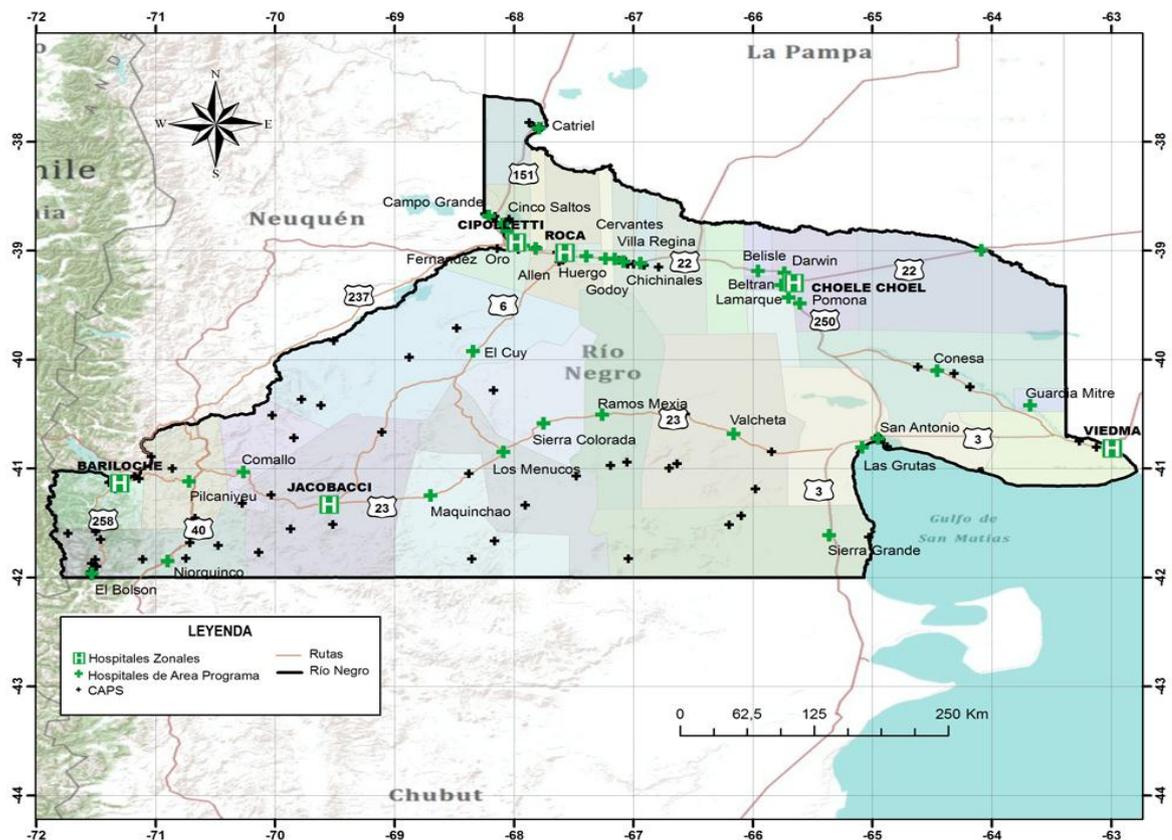
(IPROSS), el PAMI y otros entes nacionales y con una función principalmente financiadora, con escasos prestadores propios. El subsector privado con su red de efectores particularmente instalados en zonas más pobladas y generalmente proveedor de la tecnología más compleja. El subsector público es exclusivamente dependiente del Gobierno Provincial. En Río Negro, el subsector público es el más importante, considerando el alto porcentaje de población sin cobertura social. Además, en la mayoría de las localidades este subsector es el único prestador existente. En conjunto, este sistema representa un gasto en salud que fue del 2 % del producto bruto interno provincial en el año 2005. Las camas disponibles ascienden a 325 por 100.000 habitantes, es decir, un total de 1930 en toda la provincia. La importancia relativa que adquiere cada subsector en su interacción, imprime singularidades en cada territorio provincial. A los fines de esta presentación, nos limitaremos en adelante a describir el subsector público.

En el diseño de políticas de salud provinciales el proceso de Regionalización de Servicios de Salud (1986) a través de la ley 2570 generó el reordenamiento de los efectores de salud. Este concepto era entendido no sólo como la delimitación de una región geográfica sino como un concepto organizacional y gerencial. La unidad mínima de organización sanitaria fue definida como área programa estando delimitada geográficamente con una estructura de conducción de todos los recursos disponibles para la atención de una población. El sistema de salud cuenta actualmente con un total de treinta y tres hospitales generales de diversa complejidad, 161 centros de atención primaria de la salud, y 73 parajes, con una estructura que combina una organización por Áreas Programáticas con el funcionamiento en redes por nivel de complejidad, para cada zona sanitaria.

La provincia está organizada en seis zonas sanitarias que se corresponden con los departamentos geográficos: I Zona Oeste (alto valle oeste), I Zona Este (alto valle este), II Zona (valle medio), III Zona (región atlántica), IV Zona (región andina), V Zona (línea sur). (Figura 3) Esta forma de organización implica una responsabilidad territorial de cada institución sanitaria pública sobre su población a cargo, geográficamente delimitada. A su vez, la organización en redes por nivel de complejidad, implica que cada hospital brinda las prestaciones correspondientes para su nivel de complejidad (III, IV o VI) y deriva a otra institución del departamento en caso de ser necesario. La planta de recursos humanos provinciales es de casi 6000 agentes.

La disponibilidad de camas para toda la provincia en el subsector público es de 1211 (promedio anual), lo que representa más del 60 % del total de camas del sistema de salud. Respecto de la cantidad de consultas para el mismo año, surge que cada habitante de la provincia realizó 2,2 consultas externas. El 34% de las consultas que se realizan son de tipo urgencias (Ministerio de Salud de Río Negro, 2010). En la provincia, la Ley 2570/92 de “Reformulación administrativa del Subsector Público de la Salud”, ha establecido en su Artículo 3 como lineamientos la descentralización del sistema de salud pública, en sus aspectos políticos, técnico y administrativo. Esto implica diversos niveles operativos que favorecen mecanismos de participación progresiva, en los ámbitos provincial, zonal y local, mediante la conformación de Consejos de salud, con representación de distintos sectores estatales y comunitarios (Legislatura de la provincia de Río Negro, 1992).

Figura 3. Zonas Sanitarias y Hospitales Cabecera de Zona. Provincia de Río Negro



Fuente: Sala de Situación Ministerio de Salud de Río Negro

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) ha sido la estrategia central elegida a lo largo de diferentes gestiones. En diferentes planes y programas se usa este

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

concepto como equivalente de primer nivel de atención. Es así que los principios de la APS aparecen descriptos con mayor o menos amplitud convirtiéndose en el eje de las políticas de salud provinciales. En los últimos planes de salud de los periodos 2006-2011 y el actual publicado en febrero de 2012 se explicita que la estrategia para los Principales Lineamientos para el desarrollo de un Sistema de Salud Integrado e Integrador será la Atención Primaria de la Salud (APS) que promueve el desarrollo de los servicios de primer nivel y la atención de los problemas de salud presentes en los grupos más vulnerables con programas específicos los que consideramos prioritarios. Pero como estos problemas están ligados a las condiciones sociales y ambientales y a los estilos de vida de toda una población se requiere de la participación de toda la comunidad. Más recientemente, el concepto de promoción de la salud también ha marcado el rumbo de las políticas provinciales ya sea que fuera descripto como Instrumento (Plan 2006-2011) o como Programa (2012).

En la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986) se explicitó que la promoción de la salud consiste en:

Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (OPS/OMS, 1986, p.1).

En la gestión actual de salud en la Provincia y durante este año 2012 se actualiza y reformula El Manual de Organización y funcionamiento para el Primer Nivel de Atención (Resolución N°: 851/2012) en el contexto de los programas de promoción y protección de la salud (Resolución N°: 853 /2012)(la reglamentación vigente es de año 1986) en el se establece una categorización de los servicios de primer nivel (teniendo en cuenta estructura, servicios y localización) y se establecen las bases de su funcionamiento. Algunas de las consideraciones hechas son:

- Definición de Primer Nivel de Atención: El Primer Nivel de Atención (PNA) es el conjunto de recursos y de procedimientos, organizados para resolver las necesidades y las demandas más frecuentes en la atención de la salud de nuestra población.
- Se incluyen: los centros de salud y los consultorios externos hospitalarios.
- Las actividades a desarrollar incluyen promoción, prevención, atención médica, vigilancia epidemiológica, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos preferentemente de carácter ambulatorio con énfasis en el uso de guías clínicas y el método epidemiológico, con el apoyo de métodos diagnósticos complementarios.
- Brindará cobertura al 100% de la población y sus intervenciones serán de tipo individual, grupal, institucional y/o comunitario, asegurando una amplia accesibilidad, administrativa, geográfica y cultural.
- El área geográfica a la que dará cobertura delimitando su zona de responsabilidad en relación a otras circundantes y población que tendrá a cargo, el diagnóstico participativo de la situación de salud de la comunidad, identificando la presencia de determinantes sociales que influyen en el grado de salud alcanzado estimular la acción individual y comunitaria para la reducción de los factores de riesgo presentes.
- Se trabaja en base a la programación anual de actividades, incluyendo en la misma diferentes tipos de intervención según sea necesario un abordaje individual, grupal/familiar o comunitario de acuerdo a las características del problema y sus circunstancias.
- Actividades como la consulta (médica, de enfermería, odontológica, etc.), la visita domiciliaria, los espacios de consejería, los talleres, las reuniones de equipo y los grupos de apoyo.
- El desarrollo y cumplimiento metódico de sistemas de información que permitan recolectar datos relacionados con las actividades que se realizan. Los efectores deben dar cumplimiento al registro de datos en los instrumentos individuales y en los que la autoridad superior determine para medir la utilización del sistema de salud así como su situación epidemiológica. En esa misma línea de trabajo el personal debe completar los documentos que hacen al control administrativo de ley, de los recursos humanos y materiales.
- La planta de personal de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) deberá tener las siguientes características:

- Médico generalista o de familia con residencia completa.
- Enfermera: con orientación comunitaria, pudiendo ser auxiliar, profesional o licenciado, Ley 2999, con responsabilidades de atención a nivel individual, familiar y comunitaria en el ámbito del CAPS, domicilio o instituciones.
- Agentes Sanitarios: con adiestramiento especial en programas sanitarios y de dedicación exclusiva al centro sanitario.
- Mucama: de dedicación exclusiva al puesto sanitario y con horarios adaptados a la atención del CAPS.
- Administrativo.
- Otras especialidades permanentes o por visita programada: Ginecología, Odontología, Pediatría, Salud Mental, Laboratorio, Servicio Social, Rehabilitación, Estimulación Temprana, Salud Ambiental, Comunicación Social, Nutrición, dependiendo del diagnóstico local y las posibilidades concretas de contar con el agente dentro del hospital de referencia. En todos los casos se deberá tender a asegurar el sentido de pertenencia del personal al CAPS y la comunidad que atiende. (Ministerio de salud de Río Negro, 2012).

En resumen podría decirse que el desarrollo del Primer Nivel de Atención en la Provincia de Río Negro ha estado enmarcado en los principios de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud tal como ésta fuera definida en su declaración original incorporando las concepciones más recientes de Promoción de la Salud.

En relación a la categorización del primer nivel de atención; la diferenciación propuesta en este nivel se relaciona con la población que se le asigna a cada efector, con la región geográfica a cubrir y con el nivel de resolución. El Nivel I-A esta diseñado para zonas rurales de población dispersa. El I-B, para zonas rurales de población medianamente concentrada o sectores urbanos de mayor densidad poblacional. El I-C, incorpora la posibilidad de acceso a servicios complementarios básicos y unidades de observación, en el mismo establecimiento. Desde el Programa Nacional de Garantía de Calidad (PNGC) se desarrollo una grilla de habilitación categorizante que está orientada fundamentalmente a su estructura y recursos. Los componentes que se tienen en cuenta son:

- Identificación del establecimiento
- Datos Generales

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

- Recursos Humanos
- Planta Física
- Consultorio
- Consultorio de odontología
- Laboratorio de análisis clínicos
- Diagnóstico por imágenes
- Observaciones

Esta grilla de evaluación se desarrolló para ser aplicada en todas las jurisdicciones provinciales. La influencia de políticas nacionales en el sector está enmarcada por diferentes programas nacionales: NACER, Médicos Comunitarios, Remediar Redes Salud, Funciones Esenciales de Salud Pública, etc. que proporcionan recursos y actividades ligadas al primer nivel de atención. Por ejemplo: El Programa REMEDIAR + REDES es un Proyecto pensado y creado para promover el fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud. Desde esta perspectiva, propone fortalecer la capacidad de respuesta a nivel sanitario de las Redes de Salud y jerarquizar los Centros de Atención del Primer Nivel, como punto estratégico de contacto con la comunidad y como puerta de entrada de la población al Sistema de Salud. El programa de médicos comunitarios tiene como objetivo general: fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud, como política de Estado, en los sistemas locales de salud y siendo sus objetivos específicos:

-fortalecer la conformación de equipos de salud del Primer Nivel de Atención con la incorporación y financiamiento de recursos humanos en los Efectores de dicho nivel (Centros de Salud, Centros Integradores Comunitarios (CICs) - -, Postas Sanitarias, entre otros), para mejorar la oferta de servicios, con mayor amplitud horaria y mejor calidad.;

-capacitar en Salud Social y Comunitaria, afianzar en los equipos comunitarios del primer nivel, las actividades de prevención y promoción de la salud con participación comunitaria y trabajo en redes; el enfoque de interculturalidad en salud; la perspectiva de género y la estrategia de capacitación permanente en servicio. Todos estos programas articulan con diferentes programas provinciales.

Las diferentes actividades prestacionales están organizadas por programas para grupos específicos. Es así que en la propuesta del plan 2006-2011 se lee:

El perfil epidemiológico rionegrino plantea la necesidad de redefinir operacionalmente los grupos objetivo de los programas además de los niños y embarazadas y mujeres en edad reproductiva se incorporan desde una perspectiva y en consonancia con la realidad que nos toca vivir a la población adulta, los adolescentes, y las personas con capacidades diferentes reconociendo la complejidad y el impacto de los problemas emergentes y re emergentes de cada grupo etáreo. Ejemplo de esto son los programas de sexualidad y salud reproductiva, crecimiento y desarrollo, diabetes, salud ambiental, salud mental, salud bucal prevención y detección del cáncer, inmunizaciones, HIV/ITS, etc. Las metas propuestas para el cumplimiento de las políticas de salud están estructuradas a través de los diferentes programas. El mas reciente programa de promoción de salud a través de la identificación de problemas prioritarios de salud de la población rionegrina define como eje transversal del Proyecto a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles del adulto (ECNT) por constituir el principal problema de salud del país y particularmente de Río Negro. Su objetivo general es Disminuir la mortalidad y morbilidad por enfermedades crónicas (ECNT) y sus Objetivos Específicos: Reducir en la población general la prevalencia de tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo, obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y dieta inadecuada (Prevención Primaria) y Promover la detección precoz, tratamiento y rehabilitación de pacientes con ECNT (Prevención Secundaria o Terciaria). (Plan de Salud 2006-2011, 2006, p. 19).

6.3. La evaluación del primer nivel de atención desde perspectiva de los distintos referentes

6.3.1. Informantes clave del Ministerio de Salud de la Nación y de la OPS

En relación a la evaluación: se plantearon las respuestas en tanto capacidad de gestión de los ministerios de salud nacional y provincial y de sus efectores, incluido el PNA.

Se hizo foco en la capacidad política y técnica de los niveles gerenciales para realizar actividades de evaluación calificándola como “débil”, y muy heterogénea según la jurisdicción “*el problema viene de arriba*”. Se hizo hincapié en la voluntad política de mejora y en el nivel de gasto para llevar adelante los cambios necesarios detectados a través de las evaluaciones. Cada uno de lo respondientes planteo limitaciones de acción en tanto incumbencias de sus respectivas organizaciones para trabajar directamente con el PNA; esto contrasta fuertemente con la influencia de múltiples programas que se relacionan directamente con el PNA involucrando lógicas propias de financiamiento, rendición de cuentas, sistemas de información, etc. (Nacer, Remediar, FESP, Redes Remediar, Medico Comunitarios, etc.)

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

Todas las acciones salvo excepciones están orientadas a fortalecer el nivel gerencial, considerando que la capacitación a este nivel mejora la rectoría del sistema y es un incentivo para las actividades de evaluación.

En relación al primer nivel de atención: se planteó la necesidad de no considerar al PNA como una parte aislada del sistema (referencia a la propuesta de Redes Integradas de Salud) aunque luego se planteo la falta de políticas específicas para el primer nivel. Se citaron algunas iniciativas como la categorización y acreditación de establecimientos de primer nivel (orientada a valorar la estructura del primer nivel exclusivamente), confección de guías clínicas y capacitaciones en marcha.

En relación a los equipos se planteó que son *“los primeros obstáculos”* para realizar evaluaciones y que deben ser *“sensibilizados”* previamente para participar (esto dicho al hablar de evaluaciones externas) así como que *“una mayor inversión en PNA podría generar que los equipos se sientan mejor”*.

Todas las propuestas que consideran el PNA se ubican a nivel provincial sin trabajo directo con los equipos de salud o gerentes directamente involucrados a pesar de que le atribuyen al PNA la mayor importancia (*“la gobernanza del sistema empieza en el PNA”*).

En este punto resulta de interés confrontar lo expresado por los informantes del nivel nacional con los informantes teóricos. En relación a la realización de evaluación en el PNA los informantes nacionales realizan una caracterización de los gerentes y trabajadores --ya sea considerándolos como facilitadores u obstaculizadores – que condiciona esta práctica, estableciendo de esta forma que el mayor condicionamiento para la práctica evaluativa se encuentra a nivel individual o grupal. Por otro lado los informantes clave teóricos establecen una serie de condicionamientos de tipo estructural y suprasectorial, ampliando de esta forma el análisis hacia aspectos sociales y organizacionales:

“...pienso que la formación de los profesionales de la salud de una manera general no contempla adecuadamente la reflexión y el debate sobre los problemas sociales. En el caso de la salud, más específicamente sobre las condiciones socio-sanitarias de la población; la relación establecida entre el sector público, las instituciones formadoras y los organismos representativos de la sociedad no han logrado un grado de convergencia adecuado en la dirección de los intereses prioritarios de la población; hay variables poco controlables que encuentran su dependencia con el grado de desarrollo de las ciudades, la madurez política de las sociedades y por consecuencia de sus representantes en las instancias

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

organizativas y en sus representaciones ejecutivas y legislativas; la práctica de la evaluación requiere de un compromiso ético a través del debate permanente sobre las condiciones de salud de la población y la asignación prioritaria de recursos e intervenciones.

El objetivo debe ser rescatar la satisfacción por el trabajo relacionado con el desempeño profesional y organizacional y con la ética en lo que tiene que ver con la relación entre agentes público y la sociedad que los financia”. (Grupo de Informantes Teóricos, 2012)

6.3.2. Informante Clave del Nivel Provincial

Este grupo conformado a partir de la pertenencia a un ámbito común pero ocupando diferentes lugares por responsabilidad, capacidad de tomar decisiones, experiencias, etc. estuvo conformado por 2 ex - jefes de programa (trabajando en otros cargos a nivel ministerial actualmente) a saber Diabetes y Materno Infantil (uno de los programas centrales en la provincia), 3 ex jefes DAPA de Bariloche y Bolsón y 19 trabajadores del PNA de la provincia de diferentes regiones, profesiones y antigüedad. En este caso fue necesaria una categorización primaria y secundaria.

En todos los casos se asumió como categoría central: *La caracterización de las experiencias de evaluación*. Cumpliendo de esta forma con los principios de construcción de categorías de Selltiz: “el primero se refiere al hecho de que el conjunto de categorías debe ser establecido a partir de un único principio de clasificación.” (Minayo 2003 p.56)

La categorización secundaria utilizada para todos los respondientes fue la siguiente: *realización, participación, construcción, desarrollo, uso, insumos necesarios y viabilidad*. Teniendo en cuenta en este caso los principios restantes:

El segundo principio se refiere a la idea de que un conjunto de categorías debe ser exhaustiva , o sea debe permitir la inclusión de cualquier respuesta en una de las categorías del conjunto. Por último el tercero se relaciona con al hecho de que las categorías del conjunto debe ser mutuamente excluyentes, o sea una respuesta no puede ser incluida en mas de dos categorías (Minayo, 2003, p.56).

En el caso de los ex jefes de programa y DAPA se plantearon preguntas orientadas a conocer la influencia del cargo ocupado en relación a las experiencias y a la pertenencia al nivel central del ministerio. Hay que agregar que luego de la categorización presentada se plantearon dos agrupamientos mas en función de *la relación Nivel Central/ Efectores del PNA y de la relación Jefes /Equipos* que demostró tener una gran incumbencia en relación a la

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

construcción de los procesos de evaluación. Una unidad de registro relevante fueron los *programas de salud*, desde que su aparición en todas las respuestas una diferentes informantes y lugares, (eje nación, provincia, primer nivel de atención) forma un elemento de intercambio de recursos y alianzas y organiza las prácticas. También fue utilizada como categoría explicativa. Y por último en *una Historia Incipiente* categorización construida a partir de una unidad de contexto; que puede definirse como: “además de las unidades de registro debemos definir las unidades de contexto situando una referencia mas amplia. En otras palabras debemos precisar el contexto del cual forma parte el mensaje”. (Minayo, 2003, p.59)

6.3.2.1 Jefes de Programa

Los jefes de programa provincial caracterizan a la práctica de la evaluación a nivel institucional como “*débil*” o “*inexistente en las políticas*” aunque es “*un objetivo siempre perseguido*” y si bien categorizan a la evaluación en el primer nivel de atención como “*errática, incompleta y que no incluye la opinión de los ciudadanos que la demandan*” reconocen que a nivel de equipos y centros de salud se realizan actividades de evaluación: “*muchos de ellos (centros de salud) realizan programación de actividades e incluyen su evaluación*”.

Afirman que los programas “contribuyen” a la evaluación del PNA. En ambos casos se hace alusión a propuestas de evaluación desde su lugar concreto de trabajo algunas no concretadas por razones ajenas: “*no se pudo implementar porque nunca se firmo el convenio correspondiente, se presento el proyecto pero nunca tuvo adhesión*”.

En cuanto a las experiencias de evaluación si bien se diferencian por áreas de salud y conducciones locales: “*las realizaban dentro de sus propias capacidades y motivaciones; las que se destacan por la buena conducción que han tenido, han sido participativas y con conclusiones operativas*”. El diseño y la coordinación son locales: “*Desde el ministerio se ha participado ante pedidos puntuales*” y en cuanto a su desarrollo:

“Participativas y conflictivas, los consensos dependen de la cohesión de los grupos, creo que los jefes evalúan la no ocurrencia de conflictos y desde una perspectiva cuantitativa, por otro lado los “prestadores” suelen apoyar una perspectiva cualitativa; sin embargo debería haber un esfuerzo por integrar ambas perspectivas: los jefes parecieran interesados en aumentar los números cada año en función de la eficientización de los servicios, los prestadores a veces

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

justifican números estables o en descenso por una mayor calidad que a veces oculta una reducción de carga horaria”.(Jefes de Programa, 2012)

A nivel de sistemas de información afirman *“que no ha habido cambios”* y que los datos solicitados *“son anuales y desagregados hasta el nivel de área”* por otro lado *“no son utilizados adecuadamente por las regiones sanitarias”* por motivos relacionados con la *“desmotivación”* existe un pedido de datos *“paralelo”* en función de los programas nacionales vigentes en la provincia.

En relación al PNA opinan que: *“hay desmotivación del personal debido a las condiciones laborales, bajos sueldos, además de falta de formación para ejercer tareas de gerencia y administración de los recursos por parte de muchos de los encargados de estos puestos. Mediocridad lo siento yo”*. Pero al mismo tiempo se hace alusión a *“la vocación y creatividad de los agentes que no reciben incentivo alguno”*.

Existe una *“ausencia del nivel central en hechos concretos, faltando respuestas a los básicos requerimientos de los trabajadores”*. *¿Cómo generar valor agregado a las actividades del PNA?”* se preguntan ante la rentabilidad de tecnologías y una sociedad que las demanda. En relación al cargo y lugar que desempeñan pareciera que hablaran desde un lugar de no pertenencia, no se observan autocríticas.

6.3.2.2 Jefes y Ex Jefes DAPA

Las respuestas recibidas han sido de dos ex jefes DAPA y dos jefes actuales. Las preguntas han sido similares a los de los trabajadores incluyendo otras en relación al rol de gerente y a la posición dentro del sistema: el nivel de área.

6.3.2.2.1 Mirar

El posicionamiento desde el cargo tiene otra mirada. Panorámica y situacional. Sin poder dejar de estar involucrado en tanto su responsabilidad lo delimita así, provoca que no deje o no pueda dejar de hacer referencia personal: *“si, he participado de evaluaciones del primer nivel de atención y estas eran y son programadas por las conducciones del nivel local”*. El carácter esporádico de las evaluaciones es manifestado.

Las motivaciones muestran un nivel de objetivo que va más allá de *“ver como estamos”*: *“se trabajó para que cada equipo realizara programación de sus propias actividades”*, *“la búsqueda de la mejora continua de la calidad”*. También para evaluar

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

programas a nivel local. La motivación también puede ser otra, donde la evaluación queda incorporada como una actividad más, pero realizada: *“la hicimos entre todos dado que veíamos la necesidad de saber que es lo que hacíamos concretamente y además demostrar al hospital y también a diferentes autoridades políticas locales provinciales para que estábamos y que hacíamos”*.

Todos tuvieron el rol de coordinar los encuentros junto con algún compañero de trabajo como evaluadores internos.

El diseño fue siempre local con enfoque cualitativo y cuantitativo aunque con diferencias en lo cualitativo: *“más difícil de realizar por no tener muchas herramientas; era muy intuitiva la evaluación”* aunque marcando sus diferentes utilidades: *“cuando se evaluaba el proceso de atención fueron evaluaciones de tipo cuantitativas y en los casos del funcionamiento del grupo de trabajo cualitativas”*.

6.3.2.2.2 *Mirada sobre el equipo*

Todas fueron participativas y operativas. Aunque esto puede tener una historia de desarrollo gradual:

Fue participativa pero no se pudo lograr totalmente la participación autentica sobre todo de los trabajadores de la ley 1844. Era muy fuerte la concepción que tenían sobre el poder casi absoluto del MEDICO. Algunos agentes sanitarios y enfermeras comprendieron lo que se pretendía desde el grupo de profesionales DAPA (incluido el jefe) y se animaron a participar abiertamente Algunos no entendían para que evaluar. (Jefes DAPA, 2012)

y operativas --decíamos también -- en función de estar viviendo un proyecto mas grande: *“mayormente operativas dado que el DAPA se seguía armando”*.

Quizás esto permitió la incorporación de una herramienta de recolección de datos: *“luego se confecciono la planilla antedicha que fue consensuada por la mayoría y anualmente se evaluaba (aprox, 4 años seguidos)”*.

6.3.2.2.3 *El rol*

Hablamos de la participación y también que el rol del jefe o coordinador permite o dificulta ésta: *“estas evaluaciones se realizan en mesa redonda con el personal que trabaja*

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

en el área que coordino junto a la dirección hospitalaria”, y este rol le condiciona su nivel de participación personal según también cual será el resultado de las evaluaciones para si mismo: “en las evaluaciones nunca me sentí cuestionada , si tome en cuenta las criticas para poder mejorar” y “el cuestionamiento siempre estuvo también la aceptación de los planteos existió”. Qué grado de experiencia tenía:

”Las primeras experiencias fueron muy estresantes al no tener experiencia laboral, ni en evaluaciones de equipo y estar expuesto a la opinión, crítica observación de los compañeros de trabajo con los cuales hasta ese momento no tenia suficiente confianza” (Jefes DAPA, 2012)

6.3.2.2.4 Saber que mirar y responder

En general se manifiesta que los datos solicitados son los habituales de programas con algunos faltantes y sus motivos: *“todas menos las no asistenciales. Por lo que me pregunto si no estamos valorizando poco lo comunitario”*

Las repuestas muestran la devolución de información o recomendaciones por la negativa pero abren otras posibilidades más locales:

“tal vez en algunos casos de programas desde lo cuantitativo pero no nos tomamos el tiempo de trabajar la información que producimos, la tendencia natural parece ser la de remitir datos que nos piden (cumplir) del nivel central sin trabajar (analizar) antes esto en los equipos ni en el DAPA” (Jefes DAPA, 2012)

y con respecto a que información: *“la información que sistematizan los sectores, agentes sanitarios, enfermería, médicos, sociales, salud mental, se trabaja en conjunto pero no se analiza el conjunto, no se cruzan los datos”* y en cuanto al uso de las evaluaciones: *“donde se observaron algunos problemas se plantearon alternativas de solución, se aplicaron y se observo mejoría en el proceso, lo cual dio confianza al equipo a participar más activamente de estas evaluaciones”*.

Nunca hubo generación desde niveles gerenciales superiores para evaluar, tampoco devoluciones: *“inmunizaciones si enviaba informe a toda la provincia por localidad pero no había respuestas a las solicitudes locales para poder mejorar (personal, vacunas necesarias, etc.”)*.

6.3.3. Los Trabajadores

Prácticamente todos participaron de actividades de evaluación en el primer nivel de atención; en su mayoría de carácter esporádico y en los menos programadas en forma anual: *“las evaluaciones fueron esporádicas a criterio del equipo de salud muchas veces, y con poca participación de los niveles de gestión”*.

En su mayoría se realizaron a nivel de equipos en los centros de salud y en menor medida por área o en los hospitales cabecera, aunque muchos de los respondientes participaron en más de una evaluación a diferentes niveles.

Un caso individual es de resaltar, el de la evaluación a nivel individual que aun habiendo ocurrido mucho tiempo atrás y de hecho relatado por los que tienen mas años de antigüedad es una experiencia detallada:

en el año 2002 se realizaban evaluaciones con un puntaje que te modificaba o no el sueldo (Productividad) en Salud Pública...fue diseñada de provincia (Viedma) y coordinada por los jefes de sectores, se evaluaba con un número hasta 5 siendo éste el máximo, por medio de un cuestionario” y esto generaba mecanismos de resistencia: “ el hospital en general, solicitaba cada 3 meses aproximadamente una evaluación de cada trabajador que constaba de 5 ítems (no recuerdo cuales) que junto con el presentismo influían en el salario mensual de los 3 meses siguientes. Además un porcentaje de los profesionales de dedicación exclusiva de todo el hospital eran premiados en dinero de acuerdo a la evaluación de su jefe directo (“Full de oro”), en el DAPA decidimos que fuera rotativo y se hizo un fondo común para ser utilizado para el DAPA ya que consideramos que era injusto y de difícil selección dado que en ese momento todos poníamos el hombro para que el DAPA funcionara. (Jefes DAPA, 2012)

Es interesante al analizar las motivaciones para realizar evaluación la utilización de verbos que pudiéramos llamar de “acción”: *Indagar, cambiar, mejorar, hacer* y la relación establecida con la planificación como análisis pre-acción o pos-acción, a veces viéndola como etapa de diagnóstica *“la instancia era desde el equipo para ver como funcionaban pequeños emprendimientos y desde el nivel central eran numéricas”*.

El diseño fue siempre local, solo hubo pedido de evaluadores externos ante situaciones puntuales, coordinados por un compañero (evaluador interno) siempre participativas con enfoque cualitativo en su mayoría, con pocas oportunidades de intercambio intersectorial

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

“cualitativo para la descripción de las dificultades y fortalezas, para describir propuestas personales; cuantitativo para medir variables como nros., porcentajes, etc.”; con conclusiones --en general-- operativas.

La mayoría asume que son necesarias y útiles pero con algunas acotaciones: *“solo a efectos de que el equipo se fortaleciera o allanara dificultades sirvió” “si, casi siempre, no resulta cuando la evaluación es solo cuanti y acotada a programas puntuales” “me siento valorada porque alguien se interesa por mi tarea e insta a ver los errores y mejorar”* también los cuestionamientos han sido motivo de reflexión: *“ me siento cuestionado y creo que esta bien, me ayuda a pensar aunque genere resistencias la posibilidad de que se mire mi tarea, me asusta o preocupa cuando no nos cuestionamos”*; en otras experiencias:

“Ahora, recordando otra experiencia de evaluación que se realiza una vez al mes junto a agentes sanitarios, servicio social y SM, en ese espacio sí sentí que cuestionaban al equipo de SM, x no coincidir con nuestra manera de priorizar los problemas y de abordar algunos casos. En esa oportunidad, sentir que nos cuestionaban no fue útil como incentivo para mejorar la tarea, por el contrario: al sentir que todo lo realizado era menospreciado y criticado, lo que surgió fue deseos de retirarnos de ese espacio de trabajo inter-servicios. (igualmente, en los días subsiguientes, logramos como equipo de SM reponernos a esas críticas que vivimos como un ataque, y decidimos en conjunto continuar participando de dichos encuentros mensuales con agentes sanitarios y servicio social)”(Trabajadores ,2012)

Finalmente ante el pedido de información y devolución de informes en base a estos pedidos las repuestas han sido categóricas: *“Ninguna información” “no recuerdo devoluciones” “si hubo devoluciones cuando se generaron y analizaron a nivel local”, “se envían datos pero no los usamos nosotros”*.

Hay dos experiencias que resaltar: las respuestas de los trabajadores de salud mental y de trabajo social; en ambas se hace alusión a una dinámica propia de organización del trabajo que incluye a la evaluación; por parte del colectivo de trabajadores sociales (independientemente de donde estén trabajando) y del programa de salud mental comunitaria:

Es una modalidad de trabajo de los Trabajadores Sociales. Se planifica en forma general a principio del año y se evalúa, como mínimo al finalizar el año. Si alguna actividad amerita una evaluación previa, se hace....generalmente el diseño lo realiza el mismo servicio. ”Si, en mi servicio, Trabajo Social, realizamos

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

evaluación en forma anual de las actividades planificadas por nosotros. (Trabajadores, 2012)

En este primer caso se observa el trabajo conjunto de los profesionales desde el terreno, sin que esto represente una política provincial e intentando encontrar soluciones por cuenta propia: *“en la provincia no hay modelo estadístico que refleje las actividades de los asistentes sociales de los hospitales. Estamos como colectivo profesional en ese proceso de construcción”*.

El proceso del programa de salud mental comunitario es diferente, mas sistémico, organizado desde el nivel central.

En el caso de las evaluaciones semanales en SM, el método reflexión acción es parte de las pautas del programa provincial de SM comunitaria, o sea que existe un lineamiento técnico-político para incluir la evaluación como parte esencial del trabajo cotidiano. Existe decisión política y apoyo técnico: “el diseño de la evaluación (como método de reflexión-acción permanente de la tarea) está previsto en los lineamientos del programa, como espacio de debate-discusión en equipo, donde se espera que la visión de cada disciplina se enriquezca con el saber de otras disciplinas, e incluso con la participación del saber no-profesional gracias al aporte de operadores en SM, y en lo posible del propio usuario y de su familia (Trabajadores, 2012)

6.3.4. De la relación Nivel Central/ Efectores del Primer Nivel de Atención

La relación entre el “nivel central”, “Viedma” o el ministerio y los equipos enmarca la práctica de la evaluación, sobre todo en relación al rol de proveedor del mismo, ya sea para solicitar evaluadores (ante casos muy concretos): *”hemos solicitado evaluadores externos pero nunca obtuvimos respuesta a lo solicitado”* (Jefes DAPA, 2012) o para la devolución de información elevada *“no hubo devolución desde Viedma”* (Trabajadores, 2012).

Las evaluaciones para equipos orientada a la mejoría implican la posibilidad de necesitar mayores recursos, cuestión esta que han señalado diferentes informantes a lo largo de esta investigación desde el nivel nacional hasta el provincial *“no había respuesta a las solicitudes locales para poder mejorar”* (Trabajadores, 2012) También se cuestiona la capacidad del nivel central en relación a evaluación en términos teóricos y de práctica en terreno:

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

En la provincia no hay modelo estadístico que refleje las actividades de los asistentes sociales” y “a su vez al recibir la auditoria desde el nivel central sobre el mismo programa en la devolución nos han realizado observaciones de problemas que no existían a nivel local.
(Trabajadores, 2012)

La mayor conflictividad se da cuando la evaluación esta dada en términos individuales y en forma vertical:

[...]siempre desde nuestro nivel central por personal del área con mas jerarquía, nuestra participación pasiva solo como evaluados, con poca devolución y la que hay es usada a premio castigo por regiones geográficas: miren que bien trabajo fulano, miren que resultado tuvo mengano, que mal !!!!!. (Trabajadores, 2012)

En los casos en que pareciera mejorar esta relación esta mediada por la conducción de turno: *“en esta gestión hay un acercamiento a los equipos y mejora la devolución de las evaluaciones, falta mucho camino por recorrer”*(Jefes DAPA, 2012) y solo en el caso de que estas experiencias de evaluación fueran parte de una política del nivel central tienen un lugar incorporado y aceptado como es el caso anteriormente presentado del programa de salud mental y comunitaria: *“La realizó la coordinación de salud mental en una reunión provincial de salud mental....fueron instancias innovadoras en el primer nivel, de promoción de la salud mental”*(Trabajadores, 2012).

6.3.5. De la relación Jefes /Equipos

La evaluación siempre ha estado asociada a un modelo punitivo y normativo, esta mirada ha sido reforzada por estructuras organizacionales donde el rol del jefe es dominante y las tareas se hacen por mandato: *“siempre que la critica sea constructiva y abra posibilidades de mejora es bueno ser evaluado, si solo es hecho para cumplir con la vía jerárquica o mandamientos verticalistas, pierde todo valor”*(Trabajadores, 2012) y *“no me siento cuestionado en la tarea con las evaluaciones pero previo a estas se deben generar espacios donde se puedan aclarar todas las dudas ya que se puede interpretar como cuestionamientos a la tarea individual”* (Jefes DAPA,2012).

Esto puede generar rechazo o dependencia: *“me siento valorada porque a alguien le interesa mi tarea y me insta a ver los errores y mejorar”* (Trabajadores, 2012). Parece

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

entonces crítico replantearse estos roles para que no repercutan en la institucionalización de la evaluación.

6.3.6. De los Programas de Salud

Hemos visto por otras referencias la presencia de los programas de salud nacionales a nivel provincial, realidad citada por todos los informantes de diferente manera:

Hasta diciembre de 2011 cada programa las desarrollaba según su necesidad propia o porque dependía de programas de nación y debían cumplir con protocolos establecidos (Nacer, Sida, ETS, Inmunizaciones Epidemiología, etc.) (Jefes de Programa, 2012)

Queda claro que estos programas conforman una estructura paralela muchas veces con sistemas de datos propios:

Hay otros sistemas de carga de datos adicionales y que no se cruzan con el sistema estadístico descripto precedentemente: plan nacer /sumar, vigilancia epidemiológica realizan informes periódicos por exigencias del programa homónimo nacional. (Jefes de Programa, 2012)

La lógica que se vislumbra en ellos es vertical, generando en oportunidades instancias de evaluación pero centradas siempre en la población blanco del mismo “*otras actividades como las concernientes a salud materno-infantil...fueron con evaluaciones habituales llevadas a cabo por la coordinadora zonal de salud materno-infantil*” y “*actualmente como jefe de área coordino evaluaciones regulares de los diferentes programas*”.

Los equipos han marcado fuertemente la necesidad de hacer evaluaciones centradas en los mismos, en los procesos de trabajo y rechazan evaluaciones cuando “*la evaluación es cuanti y acotada a programas*” también con la solicitud de información la presencia de los programas determina tipo de datos e indicadores:

No había ninguna devolución y si lo enviabas o no era lo mismo; cuando apareció el Promin solicitaron muchísima información difícil de conseguir pero se sentía como algo paralelo” y “específicamente de actividades bajo programas nacionales o provinciales; la información solicitada es la que quiere nivel central (Viedma).(Jefes DAPA, 2012)

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

Los programas aparecen atravesando el eje nación provincia llegando finalmente hasta los equipos de salud. Son proveedores de recursos y tienen una lógica centralizada, con la excepción de algunos programas materno-infantiles que tienen conformados comités locales y recolección y análisis de la información a nivel local.

6.3.7. Una historia incipiente

En relación a la condición de ex jefes DAPA y a los trabajadores de mayor antigüedad, se manifiestan hechos del pasado que pueden re-significar la práctica de la evaluación de dos formas: una por su relación con el contexto histórico del departamento y ante la pregunta sobre la capacidad y motivación para evaluar:

Sí, la Dra. Marta Bronstein 1ª jefa DAPA por concurso pcial. trabajó concretamente para que se armara el DAPA como tal, se programara y se evaluara. Yo fui la 2ª jefa DAPA por concurso pcial. y continué ese trabajo con mucha motivación y no muchas herramientas sobre todo cualitativas. El esfuerzo mayor en ese momento fue armar los equipos y trabajar para salir de la queja permanente de todos los integrantes, profesionales y no profesionales (“me falta esto, lo otro, casi todo”) Mi lema era y es “¿con lo que tengo que puedo hacer? ¿En qué equipo puede rendir mas y ser mas creativo un trabajador?” De esta manera poder avanzar en la programación local participativa y evaluación dado que nadie lo hacía anteriormente. Solo algunos en forma incipiente. (Jefes DAPA, 2012)

Y el otro por su comparación con el presente:

Si, en el año 2002 se realizaban evaluaciones con un puntaje que te modificaba o no en sueldo (Productividad) en Salud pública, las otras actividades eran de carácter esporádico en el primer nivel de atención, eran normativas de la provincia. Esta primera evaluación fue diseñada de provincia (Viedma) y coordinada por los jefes de sectores, se evaluaba con un número hasta 5 siendo este el máximo por medio de un cuestionario, pero luego se comenzó a solicitar informes de actividades cada 3 y 6 meses, desde la nueva conducción del hospital.....la coordina el referente del centro de salud, en este caso la coordinadora, reevaluando la tarea desde un enfoque cualitativo y cuantitativo. (Jefes DAPA, 2012)

También la historia en tanto relato de procesos y construcción que pueden interpelar al presente:

En el periodo 1991/1993, en le DAPA de El Bolsón, realizamos evaluación anual al cierre del periodo anual. Nos permitió planificar durante dos años las actividades del área de atención primaria desde el conjunto y no desde la jefatura. Nos permitió criticar constructivamente (no siempre) lo que funcionaba y lo que no. Construir parámetros propios como un nuevo score de riesgo, que luego copiara la Provincia; definir prioridades; buscar capacitar según la necesidad a los agentes en especial; reclamar como cuerpo y no como jefatura. Fue posible en parte porque éramos pocos, unas 20, 25 personas. Ayudaron algunos formatos del ATAMDOS. Las dificultades que tuvimos, persisten desde el aparato político-gremial...que prefiere no innovar....No quedó registro porque nuevas gestiones lo desecharon de todas las formas posibles (Trabajadores, 2012)

Historia incipiente porque si bien este instrumento no es el más indicado para trabajar con la memoria, la inclusión de compañeros de mayor antigüedad y en su condición de ex jefes permitió asomarse a esta dimensión, que también tiene poder explicativo al momento de la interpretación.

6.4. Reinterpretación y Análisis.

En esta fase de la investigación se trata de establecer un diálogo entre las etapas precedentes de clasificación y organización; a través de los datos, las categorías construidas y los marcos de referencia teóricos:

[...] en este momento buscamos establecer articulaciones entre los datos y los referentes teóricos de la investigación respondiendo a cuestiones de la investigación en base a sus objetivos así promovemos relaciones entre lo concreto y lo abstracto, lo general y lo particular, la teoría y la práctica (Minayo, 2003, p.61).

Se profundizó en estos fundamentos donde:

[...] para ello, sobre la base de Walcott (1994) se procura establecer una distinción entre descripción, análisis e interpretación de los datos, en la descripción se trabaja de forma tal que las opiniones de los diferentes informantes sean preservadas de la manera mas fiel posible, en esta forma de presentación los datos son tratados como hechos; en el análisis se procura ir mas allá de lo descriptivo: es trazado un camino sistemático que busca con localizadores-clave explícitos o no,

en los testimonios y en las relaciones entre los factores; en la interpretación su meta es la búsqueda de sentido de los discursos y de las acciones para lograr la comprensión o explicación mas allá de los límites de lo que escrito y analizado (Minayo, 2005, p.202-203).

El ejercicio interpretativo tomo como guía los ejes de recolección de datos, a saber: *la evaluación* en tanto conocimiento, práctica o experiencia y el *primer nivel de atención* en tanto concepto, organizador de prácticas y lugar de trabajo. Atravesados por la propuesta de disposición del material en grupos: *actores o grupos* (investigadores, funcionarios, jefes de programa y DAPA y trabajadores) y por *ubicación* (jurisdiccional y ministerial): nivel nacional, provincial y local. No consideramos estos ejes como categorías emergentes, sino que los reconocemos como parte de la propuesta de investigación. La categorización realizada determino ejes emergentes secundarios que viabilizaban la relación entre los ejes iniciales a saber: *De la relación Nivel Central/ Efectores del Primer Nivel de Atención; De la relación Jefes /Equipos; De los Programas de Salud; Una historia incipiente.*

Las respuestas categorizadas han sido “re-interpretadas” en el sentido de Minayo:

Se trabaja entonces con sentidos más amplios que articulan modelos subyacentes a las ideas. Es en realidad realizada una reinterpretación, es decir una interpretación de las interpretaciones. Mientras que los procedimientos de análisis (más propios de la segunda etapa) rompen, dividen, deconstruyen, procuran descubrir; la interpretación camina en un movimiento de síntesis por medio de la construcción de posibles significados (Minayo, 2005, p.207).

Es posible pensar en un dialogo entre los hallazgos de la investigación y categorías analíticas tales como los de *organización* y *poder*. Estas categorías enmarcan la hipótesis inicial de la investigación, donde el supuesto formulado en este trabajo mencionado sostiene que *la la evaluación de centros de salud urbanos esta centrada en su producción asistencial y no en su desempeño, quedando por lo tanto desarticulada de los principios, valores y objetivos definidos para el sistema de salud y para el primer nivel de atención en particular. Este tipo de evaluación realizada en forma rutinaria (cuando se la realiza) es de tipo normativa, diseñada a nivel central sin considerar las circunstancias de trabajo cotidianas y cuyos datos son analizados en forma centralizada. Sumado a que, en el imaginario de los servicios públicos la evaluación es muchas veces considerada sinónimo de auditoría, por la*

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

metodología centrada en la autoridad y de orden disciplinar, le resta impacto al posible uso de la información y mejora de los servicios.

En ella pueden apreciarse algunas afirmaciones relacionadas con la *organización* y el *poder*. Desde esta perspectiva podemos pensar en primer lugar que las organizaciones de servicios públicos están determinadas en un sentido general y macro por la sociedad a la pertenecen, la que posee una serie de valores priorizados que marca las relaciones en la vida social, entre ciudadanos e instituciones y entre trabajadores y organizaciones:

Hay variables poco controlables que encuentran su dependencia con el grado de desarrollo de las ciudades, la madurez política de las sociedades y por consecuencia de sus representantes en las instancias organizativas y en sus representaciones ejecutivas y legislativas.
(Informante Teórico, 2012)

De modo general podríamos afirmar que los gobiernos latinoamericanos son sistemas de baja responsabilidad porque nadie pide ni rinde cuentas. El creciente gasto en salud y las preocupaciones por la calidad de los servicios ha generado una creciente preocupación por el destino de los fondos públicos así como demandas de la sociedad civil por los servicios recibidos. Estas son algunas de las condiciones que han movilizado de modo general a los estudios y propuestas de evaluación del desempeño.

Desde una visión interna de la organización el poder como legitimación de grupos se manifiesta a través de los grupos gerenciales citados por varios de los informantes como aquellos que entienden en la construcción de políticas y asignación de recursos: “*el problema viene desde arriba*” (Funcionarios Nacionales, 2012) y las opciones elegidas de intervención por los organismos entrevistados apuntan a ese grupo organizacional: “*ayudar a capacitarse a los gerentes puede ser un incentivo*” (Funcionarios Nacionales, 2012), la mejora posible de los sistemas estará determinada entonces por un cambio a nivel político.

El carácter normativo de las intervenciones de los niveles de conducción esta presente como vimos a través de la organización del trabajo por programas, condición que recrea día a día las prácticas de las instituciones. ¿Pero como relacionar el poder y la evaluación?

Las prácticas organizacionales están medidas por relaciones de poder a diferentes niveles que reproducen condiciones de trabajo; mientras que es inherente a la evaluación reflexionar en forma crítica sobre estas mismas prácticas y procesos. De esta forma la

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

evaluación –en tanto tiene la potencialidad de democratizar las relaciones-contribuye con mejores condiciones de la organización. (Ministerio de Salud del Brasil, 2005)

Esta no es la historia de los relatos recogidos, donde la evaluación se realiza siempre pero a nivel de los equipos, diseñada y coordinada por sus propios integrantes. Para Pires (2005) los trabajadores tienen una visión o expectativa negativa sobre los resultados de los procesos evaluativos ya que es habitual la descalificación o el sentirse cuestionado, generando muchas veces exclusión y miedo. Puede convertirse en un instrumento de dominio en donde las libertades quedan limitadas.

El deseo de mejora como movilizador de las voluntades para planear y evaluar manifestada por los equipos: *“las posibilidades de generar nuevas propuestas de trabajo, de modificar estructuras de trabajo, de revisar la práctica”* (Trabajadores, 2012) Por otra parte la negativa a seguir modelos verticales enfrenta una forma de evaluar que limita.

A través de la etapas precedentes hemos podido constatar un primer hecho concreto: en el primer nivel de atención de la provincia de Río Negro se realizan evaluaciones; muy frecuentes, aunque no siempre programadas, con un carácter recurrente: son generadas por los propios equipos, con motivaciones de mejora, diseñadas y coordinadas en forma interna. Es este carácter local lo que aparece como significativo. Revelando por un lado la falta de una política clara hacia el sector y por el otro una ausencia de la evaluación como práctica institucionalizada. Para lograr instalar la evaluación como una práctica extendida y continua es necesario que las personas incorporen una forma de mirar desde la perspectiva de la evaluación. Solo de esta forma, se la podrá integrar para que sea capaz de influenciar las decisiones y comportamientos. (Ministerio de Salud del Brasil, 2005).

La motivación --claramente expresada por los trabajadores de mejora y cambio-- para realizar esta práctica afirma su sentido político ya que para poder realizarla primero han tenido que generar autonomía, condición necesaria para su incorporación a los equipos de trabajo en forma interna y voluntaria y crear condiciones para un mayor compromiso con la tarea:

la práctica evaluativa en el sector público, en especial en el sector salud una vez incorporada adecuadamente, es por sus propias características emancipatoria en un sentido individual y colectivo de las personas, de los servicios y de las organizaciones pues promueve conocimiento, bases para el ejercicio de las prácticas y por

consecuencia mayor responsabilidad social. (Informante Teórico, 2012)

Esta autonomía es consecuencia de un sentido de pertenencia: una palabra que puede volverse la antítesis de la alienación:

La alienación formal de la mayoría de los miembros de una organización sucede cuando esta ya no pertenece a los productores. La organización es propiedad privada, “poseída” por apenas algunas personas (físicas o jurídicas) O es una organización del estado, un ente abstracto pero representado en la práctica por el gobierno. En ambos casos hay alienación formal de la mayoría (Campos, 2009, p.20).

En síntesis: autonomía y motivación para recrear lo espacios considerados como propios.

6.4.1. El poder

Pero es esta primera síntesis la que nos permite repensar esta práctica, presente, quizás de forma “errática e incompleta” como fue definida; como una forma de resistencia. En el sentido de Michel de Certeau, en el que las prácticas cotidianas pueden ser tácticas de microrresistencia, gracias al sutil gesto de hacer funcionar el orden dominante bajo otro registro, por tanto lo ínfimo o cotidiano cobra trascendencia de acción política. Este llamado a la categoría analítica del poder coloca a los equipos de salud en situación relacional, no neutra ni aséptica sino una situación de asimetrías, hacia dentro de los propios equipos, con la organización y con la sociedad.

Al hablar de poder lo entendemos en el sentido de Testa quien nos orienta para la interpretación de la estructura del poder en el sector salud permitiendo dilucidar el comportamiento de los grupos sociales en lo que se refiere al proceso de toma de decisiones, el cual posee tres grandes propósitos: promover cambios, crecimiento o reproducción y legitimación. Para ello caracterizó tres tipos particulares de poder: el político, el técnico y el administrativo. El poder técnico es la capacidad de generar, acceder y lidiar con información de características distintas; el poder administrativo es la capacidad de apropiar y de atribuir recursos; y el poder político es la capacidad de movilizar grupos sociales en demanda o reclamo de sus necesidades o intereses: esas características expresan la capacidad de manipular recursos, información e intereses que acumulan determinadas personas, grupos sociales y/o instituciones (Testa 1992).

Hay una diferencia marcada entre las evaluaciones generadas por los trabajadores y aquellas originadas en otras instancias o actores: ya sean programas, jefes, directores, nivel central, etc. Se nota ahí una diferencia en el sentido de la defensa: *“si sólo es hecho para cumplir con la vía jerárquica o mandamientos verticalistas, pierde todo valor”* (Trabajadores, 2012) Ante este poder, las prácticas recuperan otro sentido. Para Pires (2005) la política de la evaluación -que no desconoce al poder-- permite que los sujetos sean protagonistas de la acción orientando sus esfuerzos a resolver o enfrentar problemas y necesidades. Es el poder en el sentido emancipatorio, que genera mayor libertad

Esa autonomía, pertenencia y resistencia convierten a la evaluación en una tarea potencialmente diferente: la de ampliar la capacidad de análisis y de intervención de los sujetos y de los grupos.

6.4.2. El lugar de trabajo

El primer nivel de atención ha sido señalado de diferentes formas en este trabajo; y no nos referimos a las variadas formas de nombrarlo o caracterizarlo. Nos referimos a que este es el lugar donde los trabajadores intentan mejorar y orientar las prácticas. Aparece como un lugar para el que no hay políticas; y esto contrasta con lo que el análisis documental nos ofreció: informes, planes y programas a nivel provincial y nacional que eligen al primer nivel como terreno privilegiado para enunciados de discursos. Estos enunciados no son inocentes; hablan de necesidades, de población y de derechos. Si evaluar es igual a reflexión y cambio, deben existir las condiciones materiales para hacerlo: *“no había respuesta a las solicitudes locales para poder mejorar”*. La falta de gasto en el sector, la propuesta de volver a legitimar el primer nivel ante propuestas tecnificadas, las condiciones laborales deficientes hablan de un colectivo (de los trabajadores) que se aleja de la tarea como algo productivo: productivo en el sentido de Sousa Campos para quien las instituciones de salud existen “para producir valor de uso que atiendan las necesidades sociales y asegurar la realización de la organización y de los sujetos que la componen.” (Sousa Campos 2009 p.59)

También retomando la idea de la alienación en el trabajo:

La alienación real de los trabajadores es, por lo tanto, la separación concreta y cotidiana de los productores de la gestión de los medios de producción y del resultado de su propio trabajo. La expresión de este fenómeno es la imposibilidad de participar en la gestión (Campos, 2009, p.21).

Y así, como el trabajo se sostiene en “*la vocación y creatividad de los agentes que no reciben incentivo alguno*”. No puede más que haber desencanto y “*mediocridad*”:

[...] existe, en las instituciones de salud (y educación), una tendencia a defender a los sujetos de su propia tarea. Ejemplos de eso son las horas que se gastan en actividades no destinadas a la asistencia. Médicos que pasan horas llenando formularios, enfermeros que gastan su tiempo en otras cosas que no son la atención de los pacientes. Kães dice que esto no es casual. La experiencia empírica lo confirma. Existen procesos identificatorios entre técnicos y usuarios que colocan en riesgo la auto-estima del personal. La institución acaba creando mecanismos que protegen a los agentes de la propia tarea. Otros obstáculos a la realización de la tarea primaria son las carencias básicas de insumos, personal, etc. La idea subyacente, lo no dicho, de esta forma es que el trabajo es poco valorizado o no vale la pena. En contextos como estos, la autoestima de los profesionales queda debilitada. (Onocko, 2004, p.8).

6.4.3. Pero, que evaluación?

Las evaluaciones vividas son asumidas como “necesarias” y “fundamentales”; han sido referidas como útiles para la mejora y el cambio de rumbo, pero a pesar de conformar una actividad política en términos de relaciones sociales y poder hay también en ellas una dimensión técnica. El campo de la evaluación puede ser dividido en cuatro generaciones : la primera se caracteriza por la *medición* ligada a la evaluación del desempeño escolar, el evaluador es un técnico que debe usar instrumentos que midan; la segunda generación se caracteriza por la *descripción*, naciendo la llamada evaluación de programas, la tercera caracterizada por el *juzgamiento*, el evaluador continua ejerciendo la función de describir, y medir ahora incrementada con la tarea de establecer los méritos del programa evaluado basándose en referencias externas; y la cuarta generación aparece como alterativa a la anteriores teniendo como base una *evaluación inclusiva y participativa*. Pero se remarca que esta división es un tanto artificial porque en la realidad las evaluaciones tienen elementos todas las generaciones; sin embargo recalcan existen graves problemas y limitaciones comunes a las tres primeras generaciones: supremacía del punto de vista gerencial, incapacidad de incorporar la pluralidad de actores y proyectos y hegemonía del paradigma positivista. (Guba & Lincoln 1989, p.294 apud Furtado,2001, p.168)

El diseño hemos visto, fue propio de los equipos, la coordinación (salvo excepciones) fueron internas, muy participativas, con conclusiones operativas; ante esto podríamos preguntarnos: ¿es ésta técnica la más adecuada? Para Novaes (2000) el evaluador interno tiene un lugar central en la evaluación para la toma de decisiones; ya que en ésta, lo realmente importante es la participación de los sujetos en contacto directo y vivencial con la realidad que quieren transformar.

Pero mejorar la tarea --siendo así lo anteriormente planteado-- ¿requiere de un análisis de recursos para tener viabilidad? ¿Hay algo más en la estructura de esta práctica que condicione esas posibilidades? ¿Nos centramos en la tarea pero conocemos los resultados? ¿El producto de nuestro trabajo se vuelve un bien social? Algunos caminos para entender esto vienen de la mano de la gerencia de programas sociales:

“la gerencia de los sectores sociales tradicionalmente se ha caracterizado por un enfoque de actividades: un estilo gerencial orientado hacia la ejecución de planes de trabajo pre-definidos, en los cuales las actividades se vuelven fines en si mismos. El equipo gestor se orienta por el cumplimiento de actividades y procesos. El producto máximo es la entrega de un bien o servicio: Visto desde la evaluación este estilo gerencial llega a depender de un supuesto (implícito) que el mismo cumplimiento de procesos o la sencilla entrega de un bien o servicio produce valor para la sociedad” (Mokate, 2000, p.6-7).

Y estas actividades son generalmente objeto de búsqueda y recolección en uno de los rituales mas inexplicables de las instituciones; el recolectar información que no se va a usar. Hay una tendencia dominante hacia los datos cuantitativos, propia de los modelos positivistas. En esto se sigue la tradición iniciada por Comte, en la cual se considera a las ciencias experimentales como el conocimiento por excelencia. (Da Costa *et al*, 2006)

Sin embargo, iniciativas como las de humanización de las prácticas, cuidados, procesos de relacionamiento, necesitan de abordajes cualitativos que no pueden ser cuantificados numéricamente ni retratados en los datos ya que implica una subjetividad ligada al contexto histórico son necesarios para acercarnos mejor a la realidad vivida por los usuarios, profesionales y gestores.

6.4.4. Los desafíos

Hablamos de poder y resistencia, de lugar de trabajo y pertenencia, reconocimos a la autonomía y pensamos todo esto en términos de libertad y poder para los equipos aun desde la técnica. Sabemos que ésta puede ser un yugo o una *“mola propulsora, quiero decir como eje permeador del aprendizaje individual y organizacional”* (Informante Teórico, 2102) y aún así al decir del trabajador anónimo: *“nos falta mucho por recorrer”*.

Por eso quiero detenerme en algunas consideraciones siempre en relación al material analizado (ya habrá tiempo en las propuestas de lo técnico y de lo político).

Pienso en el micromundo de los equipos, pienso en que nadie o casi nadie habló de los usuarios o de que esa “mejora” posible tiene que ver con relacionar el trabajo con necesidades o con la población; hay un efecto de “vida interna” de los equipos casi como esa definición de poder de Testa sobre que también se usa para legitimarse.

La *libertad* ganada trae inquietudes propias del debate de la dinámica evaluatoria. Ya ha quedado claro que evaluar es *“la capacidad de debatir y reflexionar de los trabajadores sobre los problemas de su trabajo y de la población”* (Informante Teórico,2012). Pero, ¿cuál es el costo del debate?: *“son muy útiles, aunque no es muy grato ser cuestionado”*; *“me siento cuestionado y creo que esta bien me ayuda a pensar aunque genera resistencias la posibilidad de que se mire mi trabajo”*; *“aun cuesta opinar sobre el trabajo de otro, ¿será por temor a ser cuestionados?”.* (Trabajadores, 2012)

También es cierto que como decía uno de los informantes teóricos: *“no puede pensarse al primer nivel en forma aislada”*, y si bien su visión era tecnocrática al decirlo, no podemos dejar de reconocer una verdad; verdad en tanto que recuperar el sentido del trabajo debe ser un hecho de todo el colectivo de trabajadores, evaluar no puede ser un “hecho” único cuando sabemos que los servicios hospitalarios no generan espacios de encuentro o el trato al usuario esta basado todavía en el reto. Creo que todos debemos poder decir como la ex jefa DAPA: *“me sentí fortalecida dado que entre todos pudimos construir una forma de trabajar distinta respecto del resto de la provincia y de muchos otros lugares del país. Me sentí orgullosa”*.

En estas reflexiones consideramos que la evaluación no puede convertirse en una consigna: “hay que evaluar”; reduciendo todo a una propuesta técnica y mandatoria. Más normatividad no debe ser soportada por nadie más en salud. De esta forma todo el carácter emancipatorio que le reconocemos a la evaluación quedará reducido a una propuesta

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

tecnocrática. El costo puede ser alto y la transformación de las organizaciones y de los trabajadores puede quedar trunca.

Por eso, por todo lo que falta es que de nuevo decimos: “*nos falta mucho por recorrer*” (Trabajadores, 2012).

6.5. Propuesta de Metodología de Evaluación del Desempeño para el Primer Nivel de Atención de la Provincia de Río Negro

El desarrollo de esta propuesta de evaluación del desempeño sigue algunas características de aquellas construidas para sistemas de salud en los trabajos de investigación más actuales. Entre ellas, existe consenso en el uso de la estrategia de construcción de cuadros de referencias o “*dashboards*” que expliciten las dimensiones a ser tenidas en cuenta. Estas dimensiones deben estar conectadas con los objetivos y características de los sistemas de salud definiendo los campos de acción que orientaran la búsqueda de información necesaria. También que el desarrollo de una propuesta de evaluación del desempeño debe estar contextualizada en términos políticos, sociales y económicos, en función de la historia del sistema de salud su conformación, marco legal y finalidad.(PROADESS, 2003)

A partir de todo esto se plantea la posibilidad de considerar diferentes metodologías que nos permitan dar cuenta del desempeño.

Es por ello que este trabajo pretende la construcción de una propuesta aproximativa que se concentrará en el desarrollo de las dimensiones de evaluación y de una implementación posible. En un paso posterior, será necesaria una serie de discusiones sobre los indicadores a ser usados que requerirá de consensos para la elección de los mismos; los requisitos que orienten dicha selección serán la validez, pertinencia, relevancia, confiabilidad, capacidad de discriminación, viabilidad y costo de obtención de datos necesarios.

La construcción de una propuesta de este tipo se plantea necesariamente como multi-institucional y de gran convocatoria de actores relacionados con el tema: universidades, organizaciones, expertos, gobiernos, gestores, trabajadores y usuarios. Esto debe ser así, ya que una propuesta debe llevar potencialmente la capacidad de generar una implementación posible y el involucramiento de los diferentes actores.

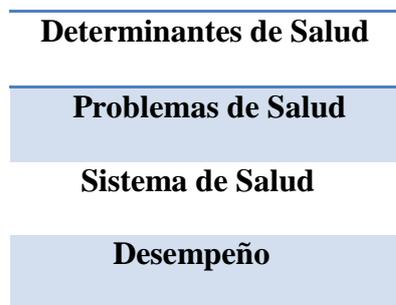
Se desarrollarán las dimensiones en forma sucesiva y de esta forma se construirá el cuadro de referencia de forma lógica y gráfica. La propuesta incluirá las dimensiones elegidas, su justificación y la conceptualización cuando corresponda. Las dimensiones elegidas incluyen los *Determinantes de Salud* y la *Condiciones de Salud* como sub-

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

dimensiones de una dimensión mayor que será el *Territorio en Salud*, la conformación de un *Modelo Asistencial* como Imagen Objetivo que nos permitirá obtener las categorías de análisis e indicadores y finalmente las categorías del desempeño que en esta propuesta será considerado como un concepto configuracional y multidimensional.

En los cuadros de referencia para la evaluación del desempeño a nivel de sistemas de salud (Figura 4) las dimensiones centrales consideradas más frecuentemente siguen una lógica vertical que da cuenta de una relación entre determinantes, al menos en cuanto a determinantes de salud y problemas de salud. Es decir se describen que ciertas condiciones (determinantes) generan o tienen relación con diferentes problemas de salud. Esta relación entre dimensiones no tiene una lógica espacial y sólo comparten en común estar centradas en poblaciones y poseer un carácter descriptivo (a nivel de sistemas de salud población equivaldría a la población total del país) Los conocimientos en juego en esa mirada que aportan marcos de explicación y análisis incluyen a la epidemiología, demografía, ciencias ambientales y ciencias sociales en general.

Figura 4 Esquema del Cuadro de Referencia para la Evaluación del Desempeño. Brasil



Fuente: elaboración propia basada en PRO-ADESS 2003

En una propuesta de evaluación del primer nivel de atención y también usando un cuadro de referencia las dimensiones que involucran a los determinantes y problemas de salud necesariamente tiene un carácter menos global, más particularizado a nivel de una población concreta y en un espacio determinado. ¿Porqué delimitar de esta manera dimensiones como los determinantes y los problemas de salud? Los motivos para hacerlo se relacionan con una característica central del primer nivel que es el trabajo a nivel local. Necesariamente el trabajo del primer nivel de atención se realiza en relación a una población concreta en un espacio determinado. Esta condición no permite generalizaciones, sino más bien un proceso de

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

particularización progresivo en tanto los problemas se dan en forma individual, familiar, grupal, o colectiva inscriptos en un proceso histórico concreto siendo el vínculo de los equipos de trabajo producido a todos estos niveles.

Esta tradición de trabajo se inscribe en una también revalorización actual del trabajo territorial;

En el plano inmediato el territorio es considerado como un accidente en el transcurso de las personas, mas que como una condición efectiva de su existencia. El ciudadano desconoce la geografía de su ciudad y ni la estudia la escuela. Se disipan las idiosincrasias locales, se pierde el arraigo. Pero la ilusión de territorio también repercute a nivel paradigmático en que la categoría pierde poder explicativo. En tanto no hay representación del espacio, tampoco este parece interferir sobre como se distribuyen los accesos, la riqueza, las condiciones de vida de una población (Sposati, 2006, apud Tobar, 2010, p. 6).

Uno de los impulsores de la reivindicación del concepto de trabajo en territorio fue Milton Santos –geógrafo brasilero- quien “nos convoca a recrear el territorio” [...] y “este retorno trae nueva luz sobre la gestión social” [...] “Se trata de promover la toma de decisiones a nivel político y técnico político que vincule al espacio con la responsabilidad, la identidad, la solidaridad y la integración social de quienes lo habitan” (Santos, 1994 apud Tobar 2010 p.5).

La gestión territorial en salud aparece como una posibilidad aunque teniendo en cuenta que es una acción sectorial en un territorio que es indivisible y que esta gestión debe ser horizontal e integral. La gestión territorial en salud debe satisfacer cuatro condiciones básicas: promover un abordaje poblacional (responsabilidad por una población determinada), privilegiar un abordaje horizontal y descentralizado (participación e intersectorialidad), avanzar hacia un abordaje integral (servicios integrados y oferta integral) y promover la regulación de la oferta (relacionar servicios con territorios). (Tobar, 2010)

Pero trabajar a nivel local o territorial debe tener un marco teórico que permita operacionalizar los conceptos, permitiendo generar categorías de análisis para ello elegiremos lo que Vilaca Mendes llama “Territorio en Salud”, un escenario con una población específica, viviendo en un tiempo y espacio determinados con determinantes y problemas de salud particulares y que interacciona con distintos servicios de salud.

Es decir la suma de espacio geográfico y personas, miembros de una comunidad, lugar donde se cruzan los determinantes y condicionantes de la salud; reflejo de causalidades mas grandes que repercuten en esta dimensión mas pequeña y también y no menos importante, pequeñas causalidades, escalas mas pequeñas, generalmente escondidas entre los datos de unidades territoriales mas grandes, que permiten generar acciones mas dirigidas, mas concretas y personalizadas. Es considerado como un espacio demográfico, epidemiológico, tecnológico, económico social y político.

Este “territorio en salud o territorio proceso” tiene una historia y diferentes actores que participando de grado diverso construyen y reconstruyen esa historia. Desde lo político este espacio tiene una dinámica propia en función de los diferentes actores que intervienen en términos de alianzas, conflictos y solidaridad. Los equipos locales de salud deberán llevar adelante acciones de negociación para el proyecto de salud. En esta lógica los actores del trabajo en salud pueden acumular poder en términos políticos a través de presencia, proyectos y legitimidad. En términos del saber y del conocimiento existe la posibilidad de plantear una redistribución y democratización del saber científico y popular y desde allí construir un nuevo saber.

Este autor propone un modelo para la comprensión de ese territorio, que puede esquematizarse de la siguiente manera: el *territorio distrito* que obedece a la lógica político-administrativa y, frecuentemente, coincide con la descentralización administrativa local; tiene directa relación con el planeamiento urbano; el *territorio área*: es el área de responsabilidad de un centro de salud del primer nivel de atención (unidad ambulatoria, equipo de atención de baja complejidad). Lo rico de este espacio es la posibilidad que ofrece para repensar las prácticas en salud, en tanto y en cuanto constituye una unidad de relaciones e interacciones entre las instituciones, la comunidad y las condiciones en que en este espacio se desarrolla la vida; el *territorio microárea*: comprende la distribución asimétrica e irregular de los problemas de salud en las diferentes microregiones del área de responsabilidad de un centro asistencial. Permite identificar y definir grupos poblacionales que presentan condiciones de vida relativamente homogéneas; el *territorio morada*: se construye en el espacio de vida de una unidad social (grupo familiar, cohabitantes en un domicilio/institución) de una micro-área y es un punto de partida para la planificación y el desarrollo de estrategias específicas e individualizadas. (Vilaca Mendes 1993)

El nivel local de trabajo en salud para el primer nivel de atención se dará entonces a nivel de áreas y micro-áreas de salud (ej.: zonas, barrios, etc.) –en contraposición al trabajo en macro-áreas a nivel municipal o distrital- permite encontrar en las aparentes homogeneidades territoriales y poblacionales (donde algunos determinantes o problemas parecerían tener una distribución uniforme) disparidades ocultas que pueden explicarse por las diferentes redes causales. Es a este nivel que el Proceso Salud –Enfermedad-Atención (PSEA) se despliega permitiendo reconocer las mutuas interrelaciones entre lo individual y lo colectivo, lo biológico y lo social, la población y los servicios. Es decir que sin este nivel de análisis local, los problemas de salud quedan fuera de la “situación” (en el sentido que le da Carlos Matus como la realidad explicada por un actor que vive en ella en función de su acción) para los trabajadores de la salud y esto, tiene consecuencias en el involucramiento de los trabajadores con la resolución de los mismos.

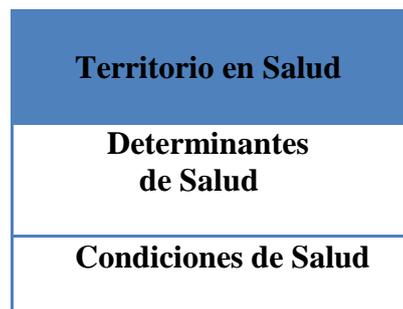
En relación a lo anterior es ineludible considerar el concepto de equidad en salud. La equidad en salud supone que todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo. También puede encontrarse que equidad significa en relación a las condiciones de salud, disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible; en relación a los servicios de salud recibir la atención en función de la necesidad (equidad de acceso y uso) y de contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera).(Spinelli, 2004)

Este es un concepto que se relaciona con el derecho y la filosofía en el cual la polisemia conceptual no permite definir un concepto inequívoco que permita operacionalizarlo. A los fines de esta propuesta es importante considerar --como ha sido planteado en las propuestas de evaluación del desempeño de sistemas de salud que la equidad atraviesa en forma transversal a las dimensiones elegidas y que es importante considerar al menos las desigualdades detectadas específicamente en forma territorial. De esta forma se podrá plantear la posibilidad que se generen políticas acordes que impacten en la desigual distribución de los riesgos, las enfermedades y muerte.

En este espacio particularizado se despliegan los determinantes de salud y los problemas de salud (Figura 5) dimensiones que no pueden ser pensadas en un lugar abstracto ya que cada equipo de primer nivel deberá- y esta es una de las características del primer nivel—tener un conocimiento profundo de su territorio y mediante el vínculo con los individuos y comunidades trabajar sobre diferentes problemas locales.

Esta consideración espacio-poblacional es de fundamental importancia y se relaciona con otra dimensión considerada como Modelo Asistencial que teniendo como base lo anterior permite entender la interrelación que estas dimensiones tienen entre sí y que serán de importancia pensando en la evaluación del desempeño.

Figura 5. Cuadro de Referencia. Territorio en Salud



Elaboración propia

6.5.1. Determinantes de Salud

Los determinantes de salud incluyen los efectos combinados de los medios físicos y sociales sobre los individuos y las comunidades. La salud de los individuos y de la población esta influenciada por factores de diferente orden entre lo cuales se incluyen: el lugar donde vivimos, las condiciones ambientales, los factores genéticos, la renta de los individuos, el nivel educacional y la red de relaciones sociales.

Las informaciones sobre los determinantes de salud posibilitan explicar las tendencias de un grupo poblacional específico y entender las diferencias en las condiciones de salud entre los diferentes grupos sociales que componen una determinada sociedad. Algunos de los referentes conceptuales que se han usado para su abordaje incluyen la Teoría de los Campos de la Salud de Lalonde que lo dividía en cuatro grandes elementos: biología humana, ambiente, estilo de vida y organización de servicios de salud.

En las décadas siguientes los desarrollos en el área de la epidemiología social demuestran que el riesgo individual de dolencia no puede ser considerado aislado del riesgo de dolencias de la población a la que pertenece el individuo y que los comportamientos se distribuyen en forma aleatoria en las sociedades siendo que las elecciones de los individuos ocurren en contextos sociales. Por biología se refiere a la herencia genética individual, historia familiar, (que puede ser de riesgo y dolencia) y problemas de salud física o mental adquiridos

a lo largo de la vida. Comportamientos son respuestas o relaciones individuales a estímulos internos o externos, pudiendo ocurrir una interacción entre los factores comportamentales y alteraciones biológicas; las elecciones personales y el medio físico y social en que viven los individuos puede modelar comportamientos positiva o negativamente muchos de los cuales no están sobre su control inmediato o directo.

El medio social incluye las interacciones con la familia, amigos, colegas de trabajo y otros individuos de la comunidad, ello también comprende las instituciones sociales y la presencia o ausencia de violencia en la comunidad. El medio social tiene un profundo efecto en la salud de los individuos así como en la salud de la comunidad como un todo y es singular debido a las costumbres culturales del lenguaje, creencias religiosas y personales. El medio físico puede ser pensado como un todo al que se puede tener acceso a través de los sentidos bien como otros elementos menos tangibles tales como las radiaciones de ozono (PRO-ADESS 2003) Las categorías elegidas serían: medioambientales, socioeconómicas-demográficas y biológicas y conductuales. (Figura 1, p.22). Es válido hacer una consideración al respecto del trabajo el primer nivel de atención en relación a los determinantes de salud de una población; en diferentes formas de conceptualizar a los servicios de salud se considera que estos no tienen incumbencia sobre los determinantes en general (responsabilidad de los sistemas de salud) salvo en situaciones particulares:

[...] mas ellos no tienen responsabilidad sobre el conjunto de condiciones sociales, económicas, culturales demográficas, que afectan a la capacidad de las personas vivas de vivir bien y por mucho tiempo. En otras palabras sobre las condiciones que no tiene un efecto conocido sobre un problema de salud o un problema social específico¹ (Champagne& Contandriopoulos, 2005, p.1).

En este trabajo consideramos que es importante al trabajar con territorios el reconocimiento y descripción no sólo en términos de análisis sino también de posibles intervenciones sobre los determinantes o sus efectos en la salud de la población.

6.5.2. Condiciones de Salud

La condición de salud de una población – en un territorio específico – se constituye en una dimensión central en una propuesta de evaluación del desempeño. Se relaciona por un

¹ Traducción libre del autor

lado con los determinantes de salud que dan un marco general y explicativo de los problemas de una población y por el otro con la dimensión del modelo asistencial que deberá interactuar con ellos.

Pero hablar de salud y enfermedad o de problemas de salud (concepto más operativo que nos prepara mejor para su descripción, análisis y abordaje) nos relaciona con los conceptos actuales sobre el tema y la elección y priorización de problemas. Según Castellanos:

La descripción y explicación de la situación de salud-enfermedad no es independiente de quién y desde cuál posición describe y explica [...] una situación de Salud-Enfermedad desde el punto de vista de un actor social contiene:

- Una selección de problemas (fenómenos que afectan a grupos de población específicos)
- Una enumeración de hechos, que en su contenido y forma son asumidos como relevantes (suficientes y necesarios) para describir los problemas seleccionados
- Una explicación, es decir la identificación y percepción del complejo de relaciones entre los múltiples procesos, en diferentes planos y espacios que producen problemas. (Castellanos, 1987, p. 17).

En el caso del primer nivel de atención la selección de problemas está atravesada por diferentes lógicas y actores. Hay una primera priorización de problemas- externa al primer nivel- relacionada con la epidemiología de la región (ciudad, provincia, etc.) o el país y ofrecida a través de programas.

La lógica que opera está modalidad esta centrada en algunas enfermedades y riesgos distribuidos en las diferentes edades y sexo. El enfoque de estudio dominante está centrado en la epidemiología clínica. En muchos casos es la única oferta de los servicios. También existe una elección de problemas que realizan los equipos. Esta elección es dependiente de la concepción que sea dominante en los mismos y en el grado de vínculo y dialogo que tengan los trabajadores con las personas de ese territorio. Desde ese “encuentro” puede ir construyéndose “otra epidemiología” basada en necesidades expresadas a través de la demanda y a través del conocimiento que se tenga de las condiciones de vida de la población a cargo.

La situación de salud expresa, a nivel individual o colectivo, el proceso de reproducción social. A cada momento reproductivo de los procesos de reproducción social las

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

necesidades de salud pueden organizarse en necesidades predominantemente biológicas, ecológicas, de conciencia y conducta o económicas. (Castellanos 1987)

Es por ello que los problemas en primer nivel no pueden ser categorizados y priorizados siguiendo una lógica médica o biologicista; deben dar cuenta de la complejidad de lo individual y colectivo, de lo biológico y lo social.

Con respecto al concepto de salud y enfermedad la dimensión “condición de salud” puede –siguiendo a la propuesta por el Proyecto de Desarrollo de Metodología de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud Brasileiro (PRO-ADESS) (2003) ser más amplia que solo la consideración de la morbilidad o la mortalidad.

El concepto de salud ha ganado en complejidad y engloba aspectos tales como funciones humanas y bienestar. Esto permite considerar mejor a nivel de las personas y las poblaciones el grado de salud y el impacto de los problemas de salud en la vida cotidiana.

Una descripción de estos cuatro aspectos (morbilidad, estado funcional, bienestar y mortalidad) nos muestra que la morbilidad incluiría síntomas, enfermedades, traumas y deficiencias.

El estado funcional: limitación o restricción en las actividades cotidianas. Normalmente las alteraciones del estado funcional son medias en 3 estadios secuenciales denominados por OMS como *impairment* (deficiencia), *disability* (incapacidad) y *hándicap* (desventaja).

El Bienestar: o calidad de vida asociada a bien estar físico, mental y social de los individuos.

La Mortalidad: número y distribución de muertes en a población.(PRO-ADESS, 2004).Con respecto a esta última es de importancia considerar que la medición de la mortalidad presenta dificultades técnicas para su medición en poblaciones pequeñas (la menor agregación posible en Argentina con el término de localidad son poblaciones de al menos 2000 habitantes) ya sean estas localidades, barrios, etc. por lo que la importancia de considerarla a nivel local se relacionará con el análisis de las muertes ocurridas según diferentes criterios más operacionales para los equipos de trabajo: muertes evitables, por rango de edad, por causa, por localización y también un análisis cualitativo de las mismas en función de asistencia recibida, historia de vida, etc.

Como hemos visto anteriormente las categorías elegidas serán: morbilidad, funciones humanas, bienestar y mortalidad (Figura 6)

Figura 6. Categorías de los determinantes y condición de salud

Territorio en Salud			
Determinantes de Salud			
Ambientales	Socioeconómicos- demográficos		Biológicos y conductuales
Condiciones de Salud			
Morbilidad	Funciones humanas	Bienestar	Mortalidad

Fuente: Elaboración propia

6.5.3. Modelo Asistencial

En el análisis de evaluación del desempeño a nivel de sistemas de salud la dimensión elegida como Estructura del Sistema de Salud se plantea – en general-- con una descripción de su composición y posee subdimensiones relacionadas con las funciones básicas de los sistema de salud : financiamiento, regulación, conducción, etc.

En el caso del primer nivel de atención no puede reducirse a la enumeración de algunas funciones. Por el contrario; mucho se ha escrito sobre la potencialidad aun no desarrollada del primer nivel y esto en relación a una serie de condiciones que se deberían tener en cuenta para poder hacerlo. Es así que puede plantearse que es necesario realizar un esfuerzo de síntesis y elaboración de un Modelo Asistencial para este nivel. En esta tarea nos encontramos con una primera dificultad: la polisemia conceptual que existe en cuanto a definir el lugar de trabajo. Se podrían formular diferentes preguntas al respecto: ¿Qué se entiende por primer nivel de atención? ¿Cuáles son sus características? ¿Cuáles son sus objetivos?.

Para superar dicha dificultad se puede apelar a la combinación de diferentes conceptualizaciones de forma tal que compongan una Imagen Objetivo (IO). Según Hartz, Da Silva (2009) por IO se entiende un modelo, en un tiempo futuro, cuya construcción elimina los problemas de coherencia entre distintos objetivos, armonizándolos y ordenándolos.²

La IO es un concepto que puede ser considerado un escenario posible, como recurso para construir consensos en torno a las prácticas y de la organización de servicios. La IO es

² Traducción libre del autor

vista como un recurso metodológico para la evaluación. ¿Cuándo podemos usar la IO? Cuando un programa o política a ser evaluada no posea objetivos claramente definidos o cuando la interpretación de los objetivos de una política varíe entre diversos agentes. Es por ello que planteamos un intento de desarrollar un Modelo Asistencial como una dimensión central de esta propuesta.

Para plantear al Modelo Asistencial como una dimensión de la evaluación del desempeño para el primer nivel de atención hay que empezar por considerar los condicionantes que éste ha tenido en cuanto a su desarrollo y evolución.

La variedad de modelos y formas de organizar al primer nivel que se conocen hablan de la dificultad para poder conceptualizarlo adecuadamente. Las actividades que han desarrollado los servicios de primer nivel han adoptando una variedad de enfoques, ya sean asistenciales o clínicos; preventivos o promocionales; basados en programas; en paquetes mínimos de atención; con una composición muy variada de sus integrantes y con una mayor o menor relación con el resto del sistema de atención. Por todo ello, es que resulta de la mayor importancia establecer un consenso mínimo de conceptualizar al primer nivel, establecer su lugar en el sistema, plantear sus objetivos y su organización.

Podríamos comenzar diferenciándola de la atención ambulatoria y desde allí construir los componentes del modelo. La atención ambulatoria clásica otorgada por un médico individual en su consultorio que cumplía una función curativa conservó durante mucho tiempo el aura de sacerdocio o filantropía. Luego el espacio de la consulta fue siendo mediado por diferentes tecnologías que establecieron un mayor distanciamiento en su avance de carácter mercantil y luego a través de su institucionalización también se fue modificando gradualmente. De acuerdo a Schraiber & Mendes-Goncalves (1996) la dimensión comercial de producción de servicios fue de alguna forma calificada de *intervención humanizada* a partir de esta forma de trabajo más liberal. Para luego al insertarse en las instituciones más complejas despersonalizarse.

Con las modalidades de atención de tipo ambulatorias que fueron instalándose en las instituciones públicas mayormente hospitalarias, y con la modalidad de trabajo por programas (incluso en sus comienzos, servicios enteros orientados a un solo problema de salud) se conformo un tipo de atención con la finalidad de extender la cobertura. En ese modelo la atención era brindada por médicos de diferentes especialidades con participación de

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

profesionales como enfermería y administración. La atención ofrecida era a demanda y estaba centrada en acciones curativas con poca o ninguna relación con el resto del sistema de salud.

A diferencia de este modelo de tipo normativo e individualizado, vamos a plantear que las prácticas pueden organizarse en formas de trabajo colectivo. Según Schraiber & Mendes-Goncalves, (1996) el trabajo tiene como finalidad la realización de necesidades humanas y estas generan procesos de trabajo que no son, de un solo sujeto sino de, sujetos en relación con otros sujetos. De ahí que –entonces- las finalidades de los procesos de trabajo se corresponden a necesidades generadas en una sociedad.

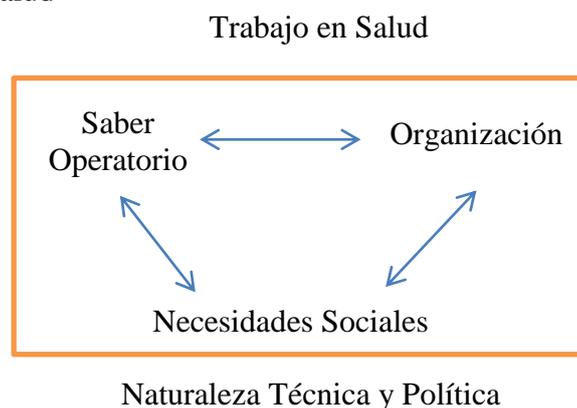
El trabajo- afirman- es acción transformadora intencionalmente que combina elementos internos al proceso: *objeto, instrumentos materiales y conocimiento* que permite operar esos instrumentos. Por lo que el trabajo es siempre *técnica* que opera en el objeto una transformación. Esta es ejercida a través de un *agente*, quien posee un saber para poder realizarlo (*saber operatorio*). Este saber permite la relación entre el agente y los instrumentos y su objeto de trabajo.

Pero a pesar de que estas relaciones son de naturaleza técnica, se dan como respuesta a necesidades sociales por lo que el trabajo adquiere una doble naturaleza *ética y política*.

Estos *modelos tecnológicos* pueden ser entendidos en un sentido amplio técnico y político. En los modos de organizar el trabajo en salud las tecnologías usadas son generadas en la articulación entre los procesos de trabajo y la dinámica de reproducción social; y esa articulación es política y técnica.

Desde esta perspectiva centrada en el trabajo; como saber operatorio sustentado en necesidades sociales que proyectan el modo de organizar el trabajo, analizando su naturaleza, instrumentación y alcance técnico-político, quedaría conformada la estructura central del modelo (Figura 7)

Figura 7. Trabajo en Salud



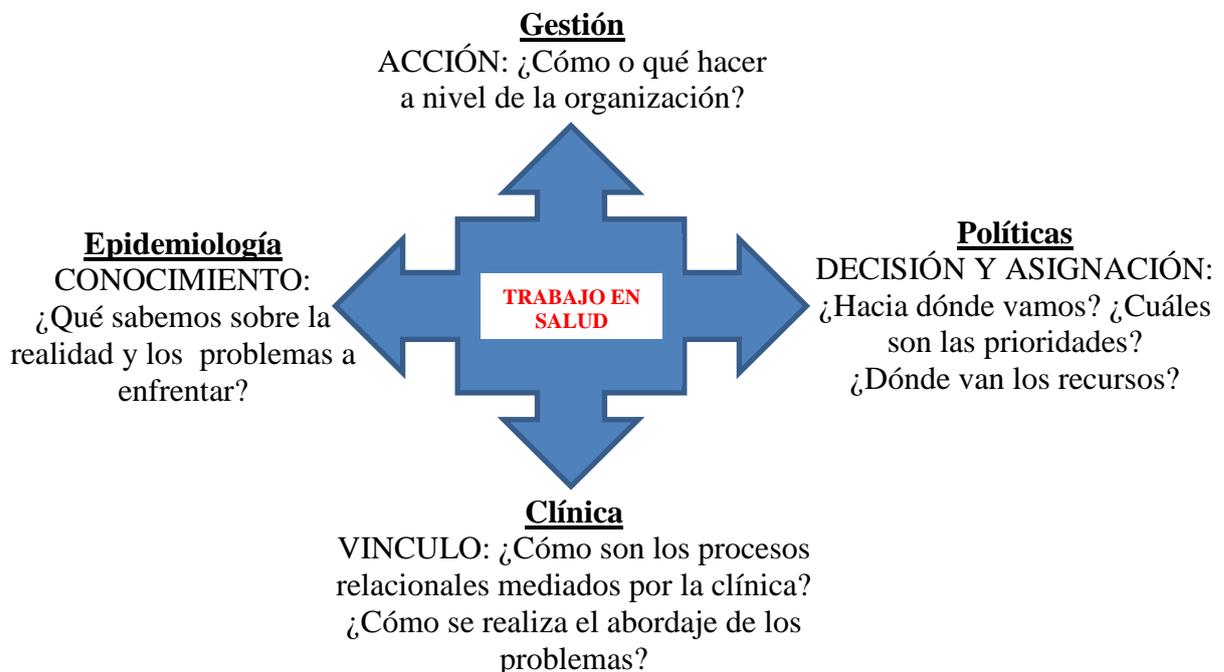
Fuente Elaboración propia

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

El siguiente paso es considerar al modelo y su determinación incorporando cuatro pilares de naturaleza diferente, pero convergentes (prácticas y saberes que nos permitirán considerar elementos de análisis y operacionalización) en las organizaciones, servicios y equipos. Desde la política, la epidemiología, la clínica y la gestión.

La propuesta de conceptualizar y explorar la articulación de estos pilares propone el siguiente esquema integrador (Figura 8) que plantea la incumbencia de cada uno de ellos en función de su especificidad y sus relaciones posibles.

Figura 8. Trabajo en Salud. Campos de prácticas y saberes.



Fuente: Elaboración propia.

Algunas características del uso actual del concepto y práctica de la clínica, la gestión, la política y la epidemiología desde una mirada crítica sobre sus concepciones dominantes son:

En cuanto a la *epidemiología* desde el punto de vista conceptual el enfoque dominante es el biomédico con preeminencia a variables biológicas. Esto condiciona sobre qué problemas se hará vigilancia epidemiológica y se investigara.

El nivel descriptivo será el individual (estudios de casos clínicos) y en la práctica la recolección de información y su análisis se realiza en forma rutinaria sin integrarse al nivel de trabajo.

En la *gestión*, las organizaciones de salud en general siguen modelos verticales de concepción taylorista, que privilegian el diseño (ej. organigramas) sobre el desempeño del

sistema o de los trabajadores. Se promueve la búsqueda de la eficiencia, la eficacia y la efectividad sin considerar dimensiones del trabajo tales como el poder, saber y afectos. Las decisiones son coyunturales en su mayoría y se observa la falta de conocimientos sobre gestión en cargos gerenciales. No hay planificación ni evaluación.

A nivel de *políticas* existe una falta de definición de que sistema de salud se necesita. En general, se acepta una visión de la salud que es sinónimo de atención médica. Lo curativo ocupa la mayor parte de la agenda. Sigue los fundamentos de la planificación normativa, con elaboración de estrategias macro descontextualizadas. La distribución de recursos es escasa y se privilegia el trabajo hospitalario, de alta complejidad y aparatología. El nivel de decisiones, responsabilidad y recursos está desagregado hasta el nivel provincial, con poco alcance sobre municipios y/ o efectores de salud a nivel local.

La *clínica* --manifestación del enfoque dominante de la medicina --se muestra a través de una práctica individual y compartimentalizada. Establece una relación objetal con los usuarios empobreciendo el nivel relacional o vincular del intercambio entre trabajadores y usuarios.

Desde una propuesta articuladora se plantea que el núcleo del modelo se conforme con concepciones diferentes (de las descritas más arriba) y de su posible relación entre ellas, que den cuenta e integren a las características del trabajo en salud. (Figura 9)

Así el nivel descriptivo habitual de los análisis de situación de salud es el provincial o municipal y en general hay poca información para unidades territoriales mas pequeñas (ej. zonas de un municipio) y esto no es dato menor, ya que por ejemplo, algunos indicadores demográficos no pueden obtenerse en grupos poblacionales pequeños (ej. mortalidad) en la misma forma. Es más a ese nivel quizás sean más relevantes técnicas cualitativas para analizar los hechos (ej. historias de vida).

Por otro lado el nivel municipal es tomado como un todo homogéneo, cuando la desagregación de datos permitiría ver diferencias “escondidas” entre zonas o grupos. De allí la importancia de la georreferencia. Esto también tiene importancia desde el punto de vista de los derechos para la salud, ya que si cruzamos indicadores desagregados que releven inequidades en salud, podríamos generar tomas de decisiones que ayuden a cumplir con los derechos en salud.

A nivel de vigilancia epidemiológica (VE), además de los datos requeridos por enfermedades de denuncia obligatoria, pueden realizarse actividades de control sobre

problemas o casos que se definan a nivel local (ej. pacientes crónicos en seguimiento, control de pacientes con riesgo aumentado, etc.) lo que permitiría articular el trabajo medico con una mirada poblacional. Con un concepto amplio del PSEA que incluya en la matriz causal determinantes históricos y sociales que puedan ayudar a comprender lo procesos del sanar y el enfermar a nivel de caso y poblacional.

Resumiendo una epidemiología que aporte:

-conocimiento sobre el PSEA

-información en el presente “más útil” sobre problemas que requieran acciones inmediatas.

Plantear la *gestión a nivel local* también permite generar condiciones para organizaciones que sean permeables a las necesidades de los trabajadores. Generar la participación de los mismos en todas las etapas del proceso de trabajo y considerar dimensiones de trabajo como el poder y el afecto da cuenta de una mirada diferente a la hegemónica.

De todas formas, más allá del enunciado conceptual previo las organizaciones de salud tienen una larga tradición de funcionar con una gran carga de burocracia, lenta para las innovaciones y con una cultura organizacional centrada en los liderazgos. Generar dispositivos orientados hacia una mayor democracia y libertad parece ser una demanda de largo tiempo a la que las instituciones de servicio público han quedado retrasadas en los cambios.

También a nivel local podría cumplirse con algunas premisas de las *políticas* tales como la articulación intersectorial, la planificación en todas sus etapas, la descentralización, etc. (en tanto, capacidad de decidir y manejar recursos). Aunque en general los sistemas de salud se organizan desde las unidades administrativas más macro hacia lo local, perdiendo en ese proceso de arriba a hacia abajo en cada nivel capacidad de planificar, decidir y manejar recursos. Por esto mismo el nivel más micro es el que más potencialidad demuestra para articular propuestas (ej. los *trust* británicos o grupos de médicos generales que manejan recursos económicos en función de capitas de pacientes, “comprando” diferentes prestadores de servicios dentro del sistema y debiendo por otro lado cumplir con metas y objetivos de trabajo).

Desde la propia clínica enfoques como el de la clínica ampliada de Gastao de Sousa, en el que al decir del mismo: “sale el objeto ontologizado de la medicina --la enfermedad-- y

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

entra en su lugar el enfermo. Pero no es un enfermo en general, sino que es un sujeto concreto social y subjetivamente constituido.” (Sousa Campos, 2001 p. 73)

El enfoque relacional y la perspectiva de cuidados en salud amplían los horizontes de una clínica que pareciera podría avanzar solamente basada en aportes de la ciencia instrumental.

Articulando de esta forma con la gestión y las políticas de salud permitirá orientar el sistema y las organizaciones hacia las necesidades de las poblaciones y no contribuirá al trabajo por usos y costumbres. Repensar las políticas y las prácticas para que estas no sólo sean bien hechas, sino que estén orientadas hacia alguna necesidad.

Por otro lado una vigilancia epidemiológica en concordancia con lo anterior ayudaría a poner la atención en una serie de padecimientos ya no sólo determinados por criterios de riesgo biológico y orientaría recursos con criterio de necesidad. Podríamos decir que sería esta vigilancia componente de una epidemiología centrada en los problemas de las personas y no en función de un reduccionismo biológico.

Para hablar de gestión desde la clínica individual a nivel local debemos centrarnos a nivel de la micro-gestión: el espacio de los haceres que apoyan procesos de trabajo orientados hacia el caso clínico. Decíamos que a nivel local la gestión podría aportar desde el nivel organizacional y de dispositivos de salud para generar condiciones de mayor libertad y autonomía de los trabajadores. Ahora también podríamos hablar de la humanización de las prácticas y de un enfoque centrado en los cuidados; ya no el mandato médico de la curación como éxito excluyente de la práctica sino mas bien la producción de cuidados en tanto núcleo abarcador de cualquier practica profesional en salud. Siguiendo a Emerson Merhy:

En la producción de un acto de salud coexisten varios núcleos, como el núcleo específico definido por la intersección entre el problema concreto que se tiene por delante y el recorte profesional del problema.....mas, sea cual sea la intersección producida, habrá siempre otro núcleo operando la producción de actos de salud, que es el cuidador, en el cual actúan los procesos relacionales del campo de las tecnologías blandas y que pertenece a todos los trabajadores en sus relaciones intercesoras con los usuarios (Merhy, 2006, p.86).

Sin ahondar en esta propuesta, entendemos que la gestión se enriquecerá desde un enfoque como el anterior ya que puede acompañar al acto clínico, estructurado de esta forma. En el uso del concepto de micropolítica, la clínica podrá servir a la política en tanto espacio

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

privilegiado del cumplimiento de derechos (Merhy , 2006). Las necesidades en salud de las personas y de las comunidades, expresadas en los ámbitos clínicos encontrándose con una clínica ampliada que sea receptiva de situaciones o expresiones de desigualdad, podría ayudar a hacer las políticas más reales. También al igual que la epidemiología contribuiría a dar cuenta de los problemas, en cuando a comprensión y a abordaje.

La propuesta de articular epidemiología, gestión, clínica y políticas a nivel local posee una potencialidad para generar procesos de trabajo que hagan posible el cumplimiento de derechos, mejoren las condiciones de salud de las poblaciones y las condiciones de trabajo de las organizaciones de salud.

¿Como relacionar esto con los elementos internos de los procesos de trabajo? *Objeto, instrumentos materiales y saber* quedan – ahora sí –definidos por una mirada conceptual y práctica de *organizar el trabajo en salud*. De esta forma las *necesidades sociales* pueden ser abordadas por diferentes *saberes tecnológicos*.

Figura 9. Trabajo en Salud. Conceptos relacionados



Fuente: Elaboración propia

Para dar cuenta de las prácticas que el primer nivel de atención deberá desarrollar en base a lo conceptualizado hasta este momento, debemos buscar conceptos integradores que

permitan la articulación del conocimiento clínico (carácter individual) y el conocimiento sanitario (carácter poblacional).

El concepto de práctica en salud que vamos a usar es el de “práctica programática” en línea con lo conceptualizado en relación al trabajo en salud.

Schraiber & Mendes-Goncalves (1996) definen la práctica programática en salud como una forma de organizar el trabajo basándose en la idea de la integración sanitaria. Integración que se da a nivel individual y colectivo al mismo tiempo y usando tecnologías de base epidemiológica, para de esta forma articular necesidades con servicios.

Bajo el concepto de programa se articulan instrumentos de trabajo de atención médica individual con otros de alcance colectivo. De este modo la práctica programática permitiría integrar conceptos y prácticas, brindar abordajes más integrales a diferentes problemas de salud.

Algunas de las características de un modelo asistencial con principios programáticos son:

- Trabajo en territorios o áreas poblacionales definidas según criterios demográficos y epidemiológicos
- Objetivos de trabajo basados en los ASS (Análisis de Situación de Salud)
- Intersectorialidad
- Participación social
- Planificación y programación
- Metas y objetivos de trabajo definidos según grupos poblacionales y/ o de problemas específicos de importancia sanitaria
- Enfoque interdisciplinar a través de los equipos de salud
- Integralidad Asistencial (actividades curativas, preventivas, promocionales y de rehabilitación)
- Participación de los usuarios (conformación de grupos, etc.)
- Organización de actividades específicas (tipos de consultas, visitas a domicilios, espacios de encuentro, etc.)
- Normas o flujogramas de atención
- Sistema de Registros
- Vigilancia en Salud

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

- Georreferenciamiento
- Integración con el Sistema de Salud. Jerarquización de la red de servicios
- Planificación Grupal (equipos de salud)
- Organización basada en la autonomía y responsabilidad de los trabajadores
- Sistema de Evaluación en salud permanente
- Investigación sobre el PSEA

Todas estas características pueden ser distribuidas según tres sub-dimensiones o categorías del modelo asistencial que son conceptualizadas de la siguiente forma. (Cuadros 1 y 2)

Cuadro 1. Categorías conceptuales del Modelo Asistencial

CATEGORIAS		
SUBDIMENSION POBLACIONAL	SUBDIMENSION CLINICA	SUBDIMENSION ORGANIZACIONAL
Orientación de los servicios de primer nivel hacia un trabajo territorial, con un profundo conocimiento del mismo que modifique las prácticas de los equipos en consecuencia.	Enfoque de las prácticas clínicas individuales y colectivas centradas en las personas en forma interdisciplinar y organizada	Organización centrada en la autonomía y la mejora de los procesos de trabajo.

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 2. Modelo Asistencial. Categorías. Actividades.

MODELO ASISTENCIAL		
SUBDIMENSION POBLACIONAL	SUBDIMENSION CLINICA	SUBDIMENSION ORGANIZACIONAL
Trabajo en territorios o áreas	Enfoque Interdisciplinar	Trabajo en equipo
Objetivos de trabajo según ASS	Integralidad de las acciones	Planificación grupal
Participación Social	Participación de los usuarios	Organización basada en autonomía y responsabilidad
Intersectorialidad	Organización de actividades específicas	Evaluación permanente
Metas y objetivos según grupos poblacionales o problemas	Normas y flujos de atención	Integración con el sistema
Vigilancia en Salud y Georreferencia	Sistemas de Registro	Recursos necesarios
	Proyectos terapéuticos singulares	Investigación. Referencia y Contrarreferencia

← VINCULO →

Fuente: Elaboración propia

El vínculo aparece como una dimensión transversal a todas las anteriores en tanto los equipos de trabajo y los servicios, desarrollan relaciones con las personas y las comunidades. Es un proceso relacional fundamental que no puede concebirse solo como un “buen trato” sino que sólo gana sentido cuando lo vemos como un pasaje o garantía de generación de procesos de producción de salud.

6.5.4. Evaluación del Desempeño

6.3.2.3 Conceptos y Modelos

Es difícil definir el desempeño de los sistemas de salud, ya que no hay consenso al respecto y ha estado en discusión en los últimos años. Una de las formas mas usadas por técnicos y analistas.(Furtado,2001) es que de una manera general el desempeño es siempre definido en relación al cumplimiento de objetivos y funciones de las organizaciones que componen los sistemas de salud. Y también: “Evaluación del desempeño es la medida del grado de alcance de objetivos y de cumplimiento de metas de un determinado sistema de salud” (PRO-ADESS 2003 p.57).

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

Pese a esto autores como Champagne y Contandriopoulos (2005) afirman que han sido desarrollados diferentes sistemas de evaluación del desempeño en el mundo. Existe dificultad para poder conceptualizar al desempeño y delimitarlo. Consideran de máxima importancia darse a la tarea de revisar todas las definiciones propuestas para conocer sus alcances.

Algunos de los modelos más conocidos:

- Modelos de alcance de metas. (el más utilizado; según esta concepción una organización existe para cumplir objetivos específicos y la evaluación del desempeño consiste entonces en evaluar en que medida la organización logro sus objetivos)
- Modelo de procesos internos. (valoriza la estabilidad y el control en la organización)
- Modelo de adquisición de recursos. (organizaciones consideradas como sistema abiertos donde se da la mayor importancia a las relaciones establecidas entre la organización y su ambiente y a la adquisición de recursos. El éxito consiste en obtener recursos, el crecimiento y la adaptación)
- Modelo de relaciones humanas. (tiene su centro en condiciones de trabajo saludables y clima satisfactorio de colaboración y satisfacción de las necesidades de los trabajadores)
- Modelo político. (foco en conseguir objetivos externos e internos)
- Modelo de legitimación social. (organización que concilia los procesos y resultados con valores sociales, normas y objetivos)

Y los llamados Modelos Metodológicos:

- Modelo de cero defecto. (no comete errores y no existe la ineficiencia)
- Modelo comparativo de desempeño. (la evaluación esta basada en la comparación con otras semejantes)
- Modelo normativo de acción racional. (el desempeño puede ser evaluado no solo por resultados sino también por procesos y estructura. Es uno de los más usados.)
(Champagne y Contandriopoulos 2005)

Estos autores, reflexionan: ¿cuál de estos modelos debería ser adoptado en un momento dado, en un determinado contexto? La respuesta es difícil ya que todos los modelos reflejan puntos de vista legítimos. Todos los modelos podrían ser apropiados en momentos

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

diferentes y dependen de los valores y preferencias de los actores. (Champagne & Contandriopoulos, 2005)

La lógica común a todos ellos se relaciona con los principios de la evaluación en salud. Para realizar una evaluación en salud hay que delimitar el nivel de realidad que se quiere abordar si una acción, un servicio, un establecimiento o el sistema; cada modelo de evaluación del desempeño que se puede elegir son diferentes formas de abordaje que pueden dar cuenta de las dimensiones de lo real (Da Silva, 2009).

Un párrafo aparte merece la evaluación de implantación: en el área de evaluación de intervenciones durante mucho tiempo se tenía en cuenta (décadas del 60 y 70) y en una gran variedad de áreas como educación, servicios sociales, etc. los resultados que se obtenían con tales intervenciones con la finalidad de decidir si se proseguía o no con por ejemplo diferentes programas sociales. En este tipo de evaluaciones las intervenciones eran estudiadas y tratadas como una variable dicotómica; es decir qué efecto producía la ausencia o presencia de la intervención. No se consideraba el contexto en donde se realizaba la intervención, ya que no se asumía que esto pudiera influenciar de algún modo el resultado o efecto. En este tipo de evaluaciones no se analizaban los procesos que podrían haber generado cambios.³ (Denis & Champagne, 1997).

La decisión de realizar una evaluación de implantación se toma cuando se desea conocer la configuración o el proceso de producción de efectos por una intervención dada. En su desarrollo esta modalidad considera aspectos relacionados con la propia intervención, el contexto donde va a ser implementada, los procesos de implantación y los efectos en función de todo lo anterior. Para terminar podríamos concluir que además de poder conocer los resultados de una intervención es decir sus efectos, sería importante conocer el grado de implantación del mismo -además de por las obvias consideraciones técnicas—por las consecuencias organizacionales, de política sanitaria, etc.

6.3.2.4 El desempeño como concepto global o configuracional

De una manera general en la definición del desempeño se ha usado este término como sinónimo de eficacia, eficiencia, calidad, equidad, etc. sin aclarar las diferencias entre estos conceptos. De ahí que sea posible pensar en el desempeño como un concepto global.

³ Traducción libre del autor

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

Algunos autores como Champagne & Contandriopoulos (2005) consideran que el desempeño puede englobar todos las nociones, como un concepto genérico. De esta forma dimensiones como la eficiencia, la eficacia, la calidad, etc. aparecen como subdimensiones del desempeño.

Esta conceptualización ha sido criticada por Vieira da Silva:

Un comentario preliminar es necesario sobre el concepto de desempeño. La opción de los autores, bastante pertinente, fue la de considerarlo como un concepto genérico, que engloba aquellos de eficiencia, eficacia, rendimiento, productividad, calidad y acceso entre otros. El problema es que, al hacer esta opción el concepto de desempeño pierde especificidad y puede ser usado como equivalente al de evaluación en general. La indagación que queda es sobre la utilidad analítica de conservarlo. ¿Porque no simplemente hablar de evaluación de sistemas de salud? (Da Silva, 2009, p.1).

Teniendo en cuenta esta tensión entre concepto del desempeño y las diferentes formas de entenderlo por un lado y las propuestas de configurar un concepto general aparece una propuesta genérica que considera un modelo integrador del desempeño organizacional basado en la Teoría de Acción Social de Parsons (Champagne & Contandriopoulos, 2005, p.9).

Esta teoría especifica cuatro funciones esenciales que una organización debe mantener para sobrevivir:

- 1) Una orientación en dirección de las metas. esta función esta relacionada con la capacidad de la organización de alcanzar objetivos fundamentales.
Modelo de alcance de metas.
- 2) La interacción con su ambiente para adquirir recursos y adaptarse. La organización debe tener la capacidad de obtener recursos vitales y desarrollar sus actividades así como poder acompañar diferentes cambios.
Modelo de organización abierta o de adquisición de recursos.
- 3) La integración de procesos internos para producir. Relacionado con el núcleo técnico de la organización.
Modelo de procesos Internos
- 4) La mantención de valores y normas que facilitan y refuerzan las tres funciones anteriores es la función que da sentido y cohesión a la organización.
Modelo de relaciones humanas.

La propuesta se completa con el establecimiento de las interacciones y uniones recíprocas entre las cuatro funciones para mantener una organización con alto desempeño, las dimensiones del desempeño para cada función, etc. (Champagne & Contandriopoulos, 2005).

6.3.2.5 Evaluación del Desempeño para el Primer Nivel de Atención (PNA)

Para el primer nivel de atención parece pertinente la elección de un abordaje global o configuracional, teniendo en cuenta las funciones y modelos citados. Pero ¿qué modelos usar? ¿qué conceptos del desempeño integraran esta propuesta?.

Necesariamente deben realizarse elecciones basadas en el objeto de evaluación y del público destinatario, el contexto, los valores de los actores participantes y las limitaciones materiales. (Champagne & Contandriopoulos, 2005)

El objeto de evaluación en esta propuesta es --dentro del Desempeño de Sistemas de Servicios de Salud-- el Primer nivel de Atención de la provincia de Río Negro. Es importante definir Servicios de Salud ya que este constituye un subsistema del sistema de salud de un país o región. Tal como se señala en PROADESS (2003) para la OMS los servicios de salud corresponden a un conjunto de actividades cuyo principal propósito es promover, restaurar y mantener la salud de una población constituyendo de este modo una respuesta social organizada para responder a las necesidades, demandas y representaciones de las poblaciones en relación a la salud en un tiempo y sociedad determinada.

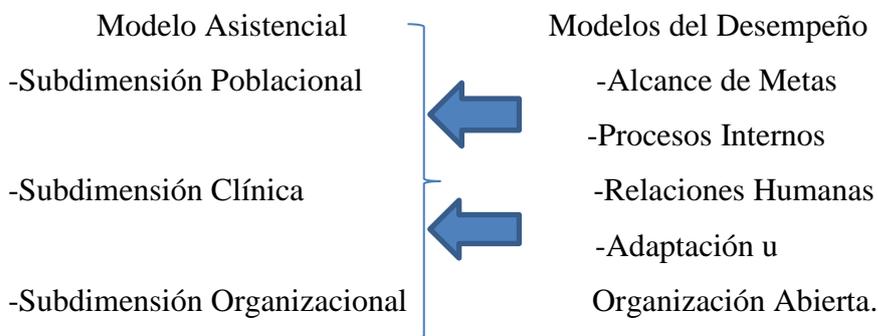
En este caso el PNA de la provincia de Río Negro esta conformado por una red de establecimientos urbanos y rurales de distinta configuración entendida actualmente en base a una categorización de los mismos que reconoce tres tipos , según criterios de tamaño, composición y funciones. A los fines de esta propuesta se considerara el primer nivel en forma genérica sin tener en cuenta estas diferencias. La elección de una propuesta de evaluación del desempeño que considere diferentes miradas sobre el mismo parece --decíamos pertinente-- ya que el Primer Nivel de la provincia de Río Negro tiene una importante historia donde sus trabajadores han desarrollado pertenencia, modalidades de organización y trabajo propias que configuran los equipos de trabajo (modelo de relaciones humanas y procesos internos) se proyectan en un horizonte posible y mejorable (modelo de alcance metas) y se consideran relacionados con su ambiente y sus comunidades en forma activa (modelo de adaptación). El destinatario principal de esta propuesta son los propios trabajadores del PNA en tanto se plantea como una propuesta de evaluación para la mejora; pero también a la población (en tanto usuarios del PNA y con la finalidad de que su participación sea cada vez mayor en la incumbencia de lo servicios de salud), al gobierno y a

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

los gestores del sistema (en tanto rendición de cuentas diseñan y enuncian políticas para el sector, entienden de los recursos necesarios, y toman decisiones, etc.).

Teniendo en cuenta lo anterior la propuesta de desempeño para el PNA debe relacionarse con las demás dimensiones del cuadro de referencia, previamente explicitadas, específicamente con el Modelo Asistencial, sus Subdimensiones y actividades .(Cuadros 3 y 4) De esta combinación surgirán diferentes dimensiones. Una selección de las mismas delimitó un número dispar de posibilidades para cada modelo, privilegiándose aquellas que tenían más incumbencia con el Modelo Asistencial.

Cuadro 3. Relación entre Modelo Asistencial y Modelos del Desempeño



Fuente: Elaboración Propia

Cuadro 4. Dimensiones para la evaluación del Desempeño del PNA según diferentes modelos.

DESEMPEÑO			
ALCANCE DE METAS	ADAPTACION	PROCESOS INTERNOS	RELACIONES HUMANAS
-Cobertura	-Adaptación a las necesidades de la población	-Integralidad	-Organización interna
-Disponibilidad		-Continuidad	-Valores de la organización
-Accesibilidad		-Longitudinalidad	
-Aceptabilidad		-Adecuación	
-Satisfacción usuarios y trabajadores			
-Eficacia			
-Efectividad			
-Integración con el Sistema de Salud			

Fuente: Elaboración propia

En este cuadro se entienden las dimensiones del modo siguiente:

Cobertura: la proporción de población que usa un servicio determinado en un período de tiempo o la proporción de personas con necesidades de servicios de salud que recibe atención para tales necesidades.

Eficiencia: relación entre el producto de la intervención de salud y los recursos utilizados. Para Donabedian la eficiencia es la relación entre el impacto real de un servicio o programa en funcionamiento (efectividad) y el costo de este. Habla también de la capacidad de disminuir los costos sin disminuir el nivel de mejora para la salud.

Efectividad: medida del grado en que se logran resultados esperados a consecuencia de la asistencia, servicios y acciones. La efectividad de un sistema de salud puede ser verificada a través de la relación entre el impacto real de un servicio con su impacto potencial en una situación ideal determinada.” (PRO-ADESS 2003)

Adaptación a las necesidades de la población: en que medida la oferta de servicios se relaciona con las necesidades de la población de referencia.

Disponibilidad: existencia de diferentes servicios, equipos, y recursos de índole diversa que permitirían las prácticas en relación a una población determinada.

Adecuación: grado con que los cuidados prestados a las personas se basan en los conocimientos científico-técnicos existentes. También, la relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población. Puede ser considerado para los servicios; esto tiene un componente numérico (cantidad de servicios en relación con las necesidades) y un componente de distribución (disponibilidad de servicios en cada zona y por subgrupos poblacionales).

Aceptabilidad: grado con que los servicios de salud ofrecidos están de acuerdo con los valores, y expectativas de los usuarios y de la población (Donabedian sugiere usar también el término legitimidad).

Accesibilidad: puede ser conceptualizada como la capacidad de las personas en obtener los servicios necesarios en el lugar y momentos necesarios. En el campo de la salud el acceso puede ser definido como un conjunto de circunstancias, de diversa naturaleza que viabilizan la entrada de cada usuario o paciente en la red de servicios en sus diferentes niveles de complejidad y modalidades de atención. El acceso habla en relación a la remoción de obstáculos físicos financieros y otros para la utilización de los servicios disponibles. (PRO-

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

ADESS 2003) También ha sido definida como una relación entre los recursos de poder de los usuarios y los obstáculos colocados por los servicios de salud. Los recursos de poder pueden ser de naturaleza económica, social y cultural. Y los obstáculos pueden ser geográficos (distancia, transporte) organizacionales (existencia de filas, tiempo de espera, naturaleza del recibimiento) económicos y culturales.

Integralidad: disponibilidad y provisión de servicios precisos para satisfacer todas las necesidades de la población. Las prácticas se deben adecuar a las necesidades de las personas, se relaciona con la variedad de la oferta de atención. Por eso se la define como la atención que contemple actividades curativas, preventivas, promocionales y de rehabilitación.

Valores de la organización: Identificación con una misión y visión institucional que genere pertenencia y respeto por valores generados de mutuo acuerdo que den cohesión e identidad.

Continuidad: es un término para describir el grado en que los pacientes visitan a un mismo médico o acuden a un mismo centro durante un período de tiempo. Se centraría más en el manejo de los problemas que en la atención de las personas. También revela la capacidad del sistema de salud de prestar servicios de forma ininterrumpida y coordinada entre diferentes niveles de atención.

Longitudinalidad: es la relación personal que se establece a largo plazo entre el médico y los pacientes de una consulta; la continuidad no es necesaria para esta relación, las interrupciones en la continuidad asistencial por diferentes motivos no pone fin a esta relación que implica que con independencia de la ausencia o presencia y tipos de problemas de salud existe un lugar, una persona o un equipo que sirve de referencia para recibir asistencia a lo largo del tiempo. Significa que los individuos de una población identifican un centro asistencial como el “suyo” que el proveedor o el equipo aceptan al menos implícitamente la existencia de un contrato formal o informal para prestar regularmente asistencia centrada en la persona (no en la enfermedad) y que esta relación persiste durante un período de tiempo definido, o indefinido sino no se modifica explícitamente. (Starfield, 2000)

Integración: la OMS ha propuesto la siguiente definición preliminar de servicios de salud integrales:

La gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

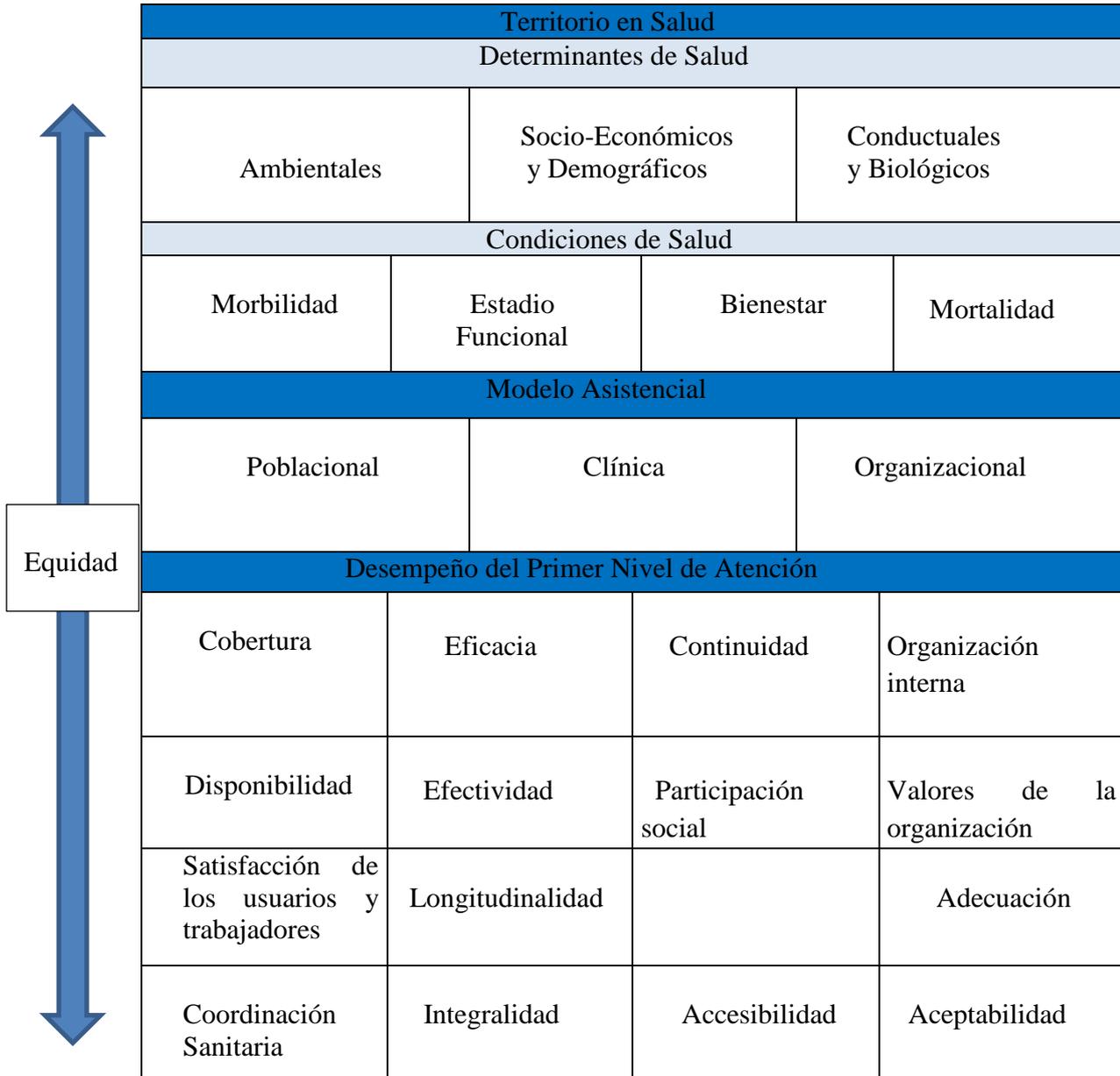
atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida. (OPS/OMS, 2007, p.29).

Satisfacción: se concibe el concepto de satisfacción en términos de las expectativas y de la percepción que los usuarios tienen de los servicios recibidos; así como los trabajadores sobre su tarea y ambiente de trabajo. Una clasificación más amplia privilegiando la satisfacción de las siguientes dimensiones: relacional, organizacional, profesional, socioeconómicas y culturales (Esperidao & Bonfim, 2005). Estaría incluida dentro de los llamados *atributos* relacionales que corresponden a valorizar las características de recibimiento, la garantía de los derechos individuales a la privacidad y las características de las relaciones en el trabajo así como la satisfacción de lo usuarios como componente de la calidad de la atención.

Organización Interna: Organización basada en equipos interdisciplinarios, con acuerdo de tareas, coordinación interna y actividades de planificación y evaluación permanentes.

El cuadro de referencia para la evaluación del desempeño del primer nivel de atención quedaría finalmente conformado. (Figura: 14)

Figura 10. Cuadro de Referencia. Desempeño para el Primer Nivel de Atención



Fuente: Elaboración propia

6.5.5. Construcción de indicadores

Hemos anticipado, desde la presentación del proyecto de tesis que trabajaríamos hasta el nivel de dimensiones en la propuesta metodológica, pero queremos plantear algunos fundamentos sobre la elección o construcción de los posibles indicadores a ser usados. Autores como Conill (2006) remarcan la necesaria *parsimonia* en la selección de los indicadores en tanto trabajoso pero necesario proceso de consenso en la elección de los mismos.

Pero comencemos por definir *un indicador* como “medida de estructura, proceso y resultado, válida y confiable relacionada a una o más dimensiones de desempeño del sistema de salud o de los determinantes de salud” (PRO-ADESS 2003 p.173).

Estos tienen una serie de *características o atributos* que permitirán usarlo como medida de evaluación y monitoreo del desempeño. La utilidad de un indicador de desempeño depende de una serie de atributos particularmente su validez. De este modo los criterios para evaluación y selección de indicadores en cada dimensión debe considerar los siguientes atributos: relevancia, atributos metodológicos como: confiabilidad, validez, capacidad de discriminación y viabilidad y fuente de datos.

La selección de un indicador: para seleccionar los indicadores, la experiencia de diversos países demuestra la necesidad de inicio de un proceso de amplio consenso que tenga en consideración la conformación del sistema de salud, sus objetivos y metas y los diferentes actores que forman parte de ella; por ello también ahora podemos repetir que la *parsimonia* debe ser recordada para una selección consensual de indicadores que se muestren válidos y viables para los diversos niveles de gestión.

Si es de importancia resaltar que la selección de indicadores también dependerá del objetivo perseguido o del público a quien este destinada. No es lo mismo si esa es para una evaluación orientada a la mejoría o no y si es para gestores o para profesionales.

La importancia considerada no es solo metodológica en cuanto a su construcción; sino “al rol de los indicadores para formar parte de un sistema de monitoreo del desempeño del sistema de salud orientado por la búsqueda de la *parsimonia*, considerando la inclusión y sustitución progresiva de los indicadores y dimensiones monitoreadas.”⁴ (PRO-ADESS, 2003, p.174).

⁴ Traducción libre del autor

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

En el caso de esta propuesta los indicadores que se elijan o construyan tendrán relación con las dimensiones elegidas y su categorización; no deberán ser numerosos porque la propuesta de implementación se orientará a la búsqueda de muchos de ellos por parte de los equipos de salud, deben ser fácilmente comprensibles por idéntico motivo y porque veremos que cuando las propuestas son muy técnicas es bajo el nivel de involucramiento de los trabajadores; y finalmente estarán dispuestos para los equipos a través de diferentes herramientas como guías de preguntas, cuestionarios, etc.

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

6.6. Institucionalización de la evaluación para el primer nivel de atención

Una propuesta de institucionalización para una parte del sistema de salud ya sea primer nivel o atención hospitalaria no puede pensarse/formularse sin que – al mismo tiempo sea un movimiento que involucre a todo el sistema de salud. Los cambios necesarios y los pasos para ser implementados serán similares si hablamos de la parte o del todo. Debe contemplar a todos sus niveles: *central, regional y local*, y el involucramiento de los *diversos actores* (trabajadores de la salud, usuarios del sistema, gestores, técnicos e investigadores).

Este *carácter múltiple y participativo* es necesario porque evaluar debe ser una actividad negociada, en término de llegar a consensos sobre diferentes aspectos: objeto, instrumentos y objetivos de la evaluación. (Ministerio de Salud del Brasil, 2005).

Rescatando *su carácter formativo, pedagógico y orientador de prácticas* evidenciable en sus *propósitos*: identificar problemas, reorientar acciones, evaluar la incorporación de nuevas prácticas y medir el impacto de las intervenciones; en suma dar soporte a los procesos decisorios (Ministerio de Salud del Brasil, 2005,).

6.6.1. La evaluación como Política

Como toda política central atraviesa toda la organización, es por ello que debe ser planteada a ese nivel, para tener el grado de alcance buscado. Pero, ¿cuales son las premisas que debe tener una política (política social al fin, en tanto está tratando con actividades y productos de alto valor social) para ser implementada? Debe ser parte de un conjunto de políticas que involucren al estado en su conjunto, en tanto salud forma parte del mismo; debe sectorialmente--por su carácter abarcativo--pensarse para todos los agentes de salud con diferentes niveles de responsabilidad por su carácter democratizador y horizontalizador; debe pensarse en términos de plazos prolongados. Se considerarán aspectos políticos, técnicos, culturales y organizacionales para dar viabilidad a la propuesta, ya que ésta, necesariamente se pondrá en juego en término de relaciones de poder (Ministerio de Salud del Brasil, 2005)

Esta alusión al tiempo habla de una dimensión de las políticas que suele ir a contramano de la *permanencia* –entre saltos de gobiernos— condición necesaria para avanzar; y también por su condición *formativa y pedagógica* ya enunciada que requiere de procesos de ida y vuelta, de observación y reflexión, en suma los tiempos del aprendizaje.

¿Cuales serían algunos pasos necesarios de esta política?

- Construir capacidad técnica y política en las tres instancias de gobierno

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

- Generar estrategias de movilización de actores institucionales por intermedio de procesos ampliamente participativos
- Introducir procesos de articulación intra e intersectorial
- Promover la formación y capacitación de los agentes
- Desarrollar metodologías de evaluación
- Desarrollar estrategias de consenso de metas e indicadores
- Garantizar el acceso a los bancos de datos
- Gerenciar el sistema de información
- Promover mecanismos de divulgación
- Generar un sistema de gerenciamiento de la evaluación
- Desarrollar investigaciones evaluativas
- Articular con instituciones formadoras

6.6.2. Desde la evaluación

El objeto

El primer paso necesario debe ser el “*recorte y definición del objeto a ser evaluado*” y esto debe ser hecho cuidadosamente para evitar reducirlo y que no deje de expresar toda la riqueza de las variedades regionales y locales.

Hemos iniciado --en la propuesta de metodología- con el desarrollo de un *Modelo Conceptual* del primer nivel de atención para la provincia, aunque no es una definición; y creemos que esta debe ser una de las tareas iniciales, pero plantearla al mismo tiempo como un concepto construido y consensado, con esto podremos superar las limitaciones de algunos enunciados:

El Primer Nivel de Atención (PNA) es el conjunto de recursos y de procedimientos, organizados para resolver las necesidades y las demandas más frecuentes en la atención de la salud de nuestra población. Constituye la puerta de entrada y el primer contacto de las personas con el sistema de salud, debiendo seleccionar y facilitar el acceso a los otros niveles cuando así sea preciso. Dentro de este nivel y a los fines del presente manual se incluyen los centros de salud y los consultorios externos hospitalarios cuando éstos tienen a su cargo un área programática. (Ministerio de Salud de Río Negro, 2012, p.3).

Haciéndolo podremos plantear el siguiente paso que es *la identificación de aspectos*

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

relevantes del primer nivel para ser monitoreado y evaluado; a modo de ejemplo presentamos las dimensiones planteadas para el Modelo Asistencial propuesto. (Cuadro 5)

Cuadro 5. Categorías conceptuales del Modelo Asistencial
CATEGORIAS

SUBDIMENSION POBLACIONAL	SUBDIMENSION CLINICA	SUBDIMENSION ORGANIZACIONAL
Orientación de los servicios de primer nivel hacia un trabajo territorial, con un profundo conocimiento del mismo que modifique las practicas de los equipos en consecuencia	Enfoque de las prácticas clínicas individuales y colectivas centradas en las personas en forma interdisciplinar y organizada	Organización centrada en la autonomía y la mejora de los procesos de trabajo

Fuente: Elaboración propia

De estas subdimensiones surgirán las metodologías y los indicadores posibles.

6.6.3. Planeando los pasos a dar

6.3.2.6 Nivel local

Los equipos

Pensamos que así como definir el objeto de evaluación --en este caso el primer nivel de atención-- como paso inicial, también nuestra propuesta será descrita desde los equipos de salud y desde ahí se proyectará en un proceso de ida y vuelta entre niveles gerenciales, técnicos y administrativos.

Vamos a plantear una base necesaria (pero que al mismo tiempo la propia evaluación ayudará luego a recrear y hacer crecer) como cimientos de la propuesta:

- *La evaluación es de cierta manera una forma de reflexión y debate*

Se inscribe necesariamente dentro de los tiempos organizacionales. Pero no hacemos alusión al tiempo cronométrico, sino mas a bien a los “*momentos*”, una dimensión temporal-espacial del trabajo donde los equipos reparten su tarea entre aquellos eminentemente de asistencia y aquellos que llamaremos de *soporte*. Estos pueden tomar la forma de reuniones de equipos, encuentros, etc.

Pueden ser individuales o grupales y preferentemente voluntarias, logrando así que adquieran un carácter continuo. (Pisco, 2006).

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

- *La reflexión y el debate ocurren en momentos institucionales generados al efecto*

¿Qué arreglos institucionales serán generados?, ¿Qué disposición de las coordinaciones serán necesarias para construir posibilidades reales de encuentro de los trabajadores? Es posible que -- y no puede inferirse de las respuestas de los trabajadores-- esta base este consolidada, porque también puede haber diferencias regionales y también entre equipos de una misma área.

Un camino posible es revisar las conducciones en tanto poder decisorio de los equipos y del nivel DAPA.

Esto entra claramente en debate en la consideración de si jefaturas o coordinaciones: Hasta relativamente muy poco tiempo atrás solo el área programa Bariloche contaba con la figura de jefe unidad para los centros de salud, luego se incorpora el área Bolsón con una propuesta de coordinación y se hace una propuesta extensiva a toda la provincia que no ha terminado de concretarse (podría ser posible una rica discusión al respecto de los cargos de conducción). Sin profundizar mucho en el tema remarcamos el carácter más autoritario de las jefaturas en tanto poder en el cargo más centralizado.

De ahí que sean los trabajadores de la salud quienes perciben la evaluación como actividades de gestión y como tal impuestas. (Pisco, 2006)

Amplios procesos de democratización y participación son necesarios para crear estas condiciones.

- *La reflexión y el debate se darán en relación a los objetivos de la tarea, a su desarrollo y sus resultados*

¿Qué evaluar será la pregunta? sabemos que desde la teoría evaluativa definido el objeto, vendrán las metodologías y las dinámicas. Se evaluará con un concepto amplio del desempeño los fines, procesos organizacionales, prácticas y resultados. Aquí se plantean cuestiones que desarrollaremos más adelante entre evaluaciones a nivel de área y aquellas que el equipo priorize según el momento que esté viviendo.

Esta será una tensión siempre presente entre diferentes intereses que habrá que negociar. Los deseos o búsquedas de los trabajadores en tanto equipo y aquellos de la gerencia local o zonal e incluso provincial.

- *Las consideraciones sobre el territorio bajo responsabilidad, los usuarios y el criterio de equidad estarán siempre presentes en los contenidos de las evaluaciones, sea como objeto, o contexto de la misma. De ser posible habrá instancias intersectoriales habituales. Se tendrán en cuenta el nivel individual y el colectivo para el debate*

El territorio ha sido lo suficientemente justificado como una dimensión central de la evaluación. Todas las actividades están enmarcadas por los problemas individuales, familiares o colectivos, aun los de la propia organización. Los usuarios serán tenidos en cuenta—no solo en tanto “casos”—sino en función de derechos y participación.

- *Las metodologías estarán de acuerdo a lo que se desee evaluar y el propio equipo podrá apropiarse de ellas*

Aquí entrarán en juego los recursos de los equipos, la necesidad y disposición de instancias de formación, el acompañamiento por equipos más experimentados como un sistema de aprendizaje local por pares.

También, cuando sea necesario se contará con lo que llamaremos una “retaguardia calificada”, en tanto los DAPA puedan generar equipos propios o cuenten con el apoyo ministerial (estructura de apoyo matricial) de disciplinas afines con el análisis institucional y específicamente evaluación. Contamos con experiencias variadas como hemos visto, donde los equipos se han hecho cargo del diseño y la coordinación. Ésta podrá ser interna o externa según necesidad.

Una prevención necesaria por parte de Conill (2006) nos alerta: las intervenciones pueden ser interpretadas como excesivamente técnicas lo que puede desencadenar resistencias; es necesario que la técnica acompañe a los equipos reconociendo cuales son sus formas de operar en los procesos de producción.

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

- *La información necesaria --como insumo para las evaluaciones-- será preferentemente producida por los propios equipos.*

La producción de información a través de una búsqueda y recolección habitual de información será una responsabilidad de los propios equipos, en tanto refleja su propio trabajo: aquí también habrá una tensión entre los requerimientos a nivel de área y a nivel provincial. Los equipos serán capaz de orientar su elección de que información, que instrumentos y que indicadores necesitarán.

- *Las conclusiones de las evaluaciones realizadas serán re-debatidas en niveles progresivos de responsabilidad (coordinaciones, redes, etc.) y existirá apoyo para la búsqueda de soluciones para la mejora, sea que estas sean obtención de recursos, acompañamiento de procesos, resolución de conflictos o de cualquier otra índole*

¿Para qué debatir- evaluar? si la evaluación no puede cumplir con la premisa de ayudar a la toma de decisiones y al cambio de condiciones de trabajo. Serán necesarios arreglos con pautas claras entre el nivel local y el nivel central en términos de apoyo y recursos.

Nuevamente la claridad de los hechos nos marca el rumbo, como lo señalara uno de los informantes: *“Nunca recibimos respuesta ni comentario alguno”*. *“La única información que llego a una de las integrantes de equipos (enfermera) comprometida totalmente con el trabajo, que la cambiaban de sector, que pasaría al hospital central en turno tarde”*. (Trabajadores, 2012).

El debate ampliado de las conclusiones ayudará a re-contextualizar lo que cada equipo ve como el foco de su atención negociando con lo intereses de la institución. Aquí también se dará un aprendizaje cruzado de experiencias entre coordinadores de equipos y equipo de apoyo matricial.

- *Los encuentros de evaluación serán objeto de análisis para conocer su pertinencia y adecuación a los equipos.*

Será entonces necesario, indispensable, repensar estos encuentros en tanto los equipos puedan ver la utilidad de las mismas en términos simbólicos y concretos. Citemos nuevamente: *“donde se observaron algunos problemas se plantearon alternativas de solución, se aplicaron y se observó mejoría en el proceso, lo cual dio confianza al equipo a participar más activamente de estas evaluaciones”* (Jefes DAPA, 2012).

Estas serán las bases para la institucionalización de la evaluación a nivel local.

6.3.2.2 Sumando Niveles

Nivel de Área

La escala de distrito o municipio es equivalente al de área-programa. Es un nivel territorial en términos macro-institucionales: aquí la finalidad de la evaluación será en un nivel mayor de agregación de datos, información, análisis y mejora. Su responsabilidad es diferente: *debe gestionar recursos, negociar con las autoridades locales, participar del Consejo Local de Salud (instancia válida de la provincia de representación civil) en tanto debate de prioridades y apoyar a los equipos locales.*

Los DAPA habitualmente reciben los datos enviados por los equipos y los envían a estadística local y a nivel central. El análisis local es generalmente limitado. También deberá funcionar como “filtro” readecuando los pedidos originados en los programas de salud que – como ya hemos comprobado—tiene una lógica vertical. El nivel de área tiene necesidad de una evaluación común a todos los efectores de su área, trabajará con indicadores estandarizados acordados a nivel provincial. Entre estos estarán los indicadores de los programas de salud. También la información será organizada con criterios de unificar registros evitando la multiplicidad de los mismos. Se trabajará con los equipos en estos aspectos.

El nivel DAPA deberá tomar la política de evaluación en los términos ya explicitados en esta investigación de *“motor para el cambio”*: estimulará el debate macro y micro institucional sobre la necesidad de evaluar la tarea. *Acompañará* a los coordinadores y equipos en esta tarea. Y debe acordar con el nivel central el equipo de apoyo matricial.

Resumiendo algunas tareas del nivel de área:

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

- Realizará evaluaciones a su nivel con indicadores consensuados.
- Realizará monitoreo de procesos y resultados parciales (metas).
- Divulgará los resultados en instancias abiertas.
- Trazará posibles caminos de mejora a su nivel.
- Tendrá incumbencia en las evaluaciones de los equipos.
- Entenderá en un sistema de información que tenga demanda de datos de uso local.
- Gestionará recursos materiales, financieros e institucionales.
- Mantendrá contactos con instancias de la vida comunitaria sean estas organizaciones, grupos, sectores etc.
- Gestionará la realización de estudios evaluativos a su escala para temas prioritarios.

Nivel Zonal y Nivel Central

El carácter inexistente de las coordinaciones zonales nos plantea que podemos entender del rol del nivel central en forma directa. Los roles y actividades podrán ser:

- Generar una instancia a un nivel superior al de programa, que coordine, genere y de cuenta de la marcha de esta política.
- Fomentar y llevar adelante todas las acciones para que la política de evaluación del PNA sea implementada en forma continua, adecuada y consistente.
- Generar los recursos financieros, humanos y materiales para acompañar esta propuesta.
- Promover encuentros regulares con la coordinaciones de área para monitorear la marcha de la propuesta.
- Apoyar a las coordinaciones locales de área y hospitales, proveyendo los recursos para acompañar las propuestas generadas en las evaluaciones.
- Generar un sistema de comunicación de todo lo actuado que permita a todo el sistema ser parte de esta política.
- Sostener un sistema de información que de cuenta de los objetivos, metas y funciones del sistema de salud a todos sus niveles.
- Establecerá acuerdos con instituciones formadoras que puedan aportar en términos de formación e investigación.

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

- Acordara con el Ministerio de Salud de la Nación apoyo a la política en marcha y espacios de discusión y formación.
- Acordar con los consejos de salud y otras organizaciones encuentros de información y divulgación.

6.6.4. Buscando las estrategias

La política de evaluación tendrá como eje movilizador de la institucionalización de la evaluación a la coordinación de políticas de evaluación, en coordinación con las jefaturas de área. Será esta alianza la que garantice estar atento a lo que va pasando. Como una forma de monitorear su marcha.

Primer Estrategia: ¿Dónde estamos y qué está pasando con las evaluaciones en primer nivel?

-Una de las primeras tareas será dar cuenta del estado de la práctica de las evaluaciones a nivel provincial para de esta forma hacer un reconocimiento inicial a la tarea ya realizada a través de un proceso de encuentros regionales con coordinación central donde al menos concurren coordinadores de área y jefes de unidad.

-Generar encuentros provinciales para los equipos donde a través de diferentes dinámicas se rescaten experiencias, se compartan inquietudes, se divulgue la iniciativa y se genere capacitación.

Segunda Estrategia: ¿Qué queremos lograr y cómo lo vamos hacer?

-Una vez orientados por las primeras experiencias explicitar a través de la obtención de consensos qué haremos, de qué forma y con qué recursos. Esto se dará nuevamente a través de encuentros entre coordinación de políticas y coordinaciones de áreas.

Tercera Estrategia: ¿Estamos avanzando? ¿De que forma?

-Proponer metas posibles para monitorear el grado de avance por consenso, iniciar con fechas acordadas y por períodos también consensuadas las primeras evaluaciones. Iniciando la comunicación inmediata de todo lo actuado.

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

Para finalizar debemos considerar que incorporar la evaluación al cotidiano de los servicios de salud es una tarea difícil y compleja. No parecen haber fórmulas o caminos seguros. Hemos visto como a través de los diferentes informantes y experiencias se pone el acento en los equipos o en los gerentes a diferentes niveles como obstáculos o facilitadores. Sin dudas que ambas afirmaciones pueden ser ciertas. También que muchas experiencias se inician desde el nivel de políticas y no pasan de discursos, desconectados de la realidad de quienes son sus destinatarios: trabajadores y usuarios.

Es por esto que decidimos empezar nuestra propuesta desde abajo para arriba, al nivel de los gestores y de los equipos para amortiguar esto tantas veces dicho y escuchado: que el desarrollo de una política no dependa de quien esté al frente sino de equipos colectivos que se apropien de la propuesta para llevarla adelante.

7. DISCUSION

Aunque en el apartado de la propuesta presentada se discuten muchos de los resultados obtenidos a través de este trabajo, elegí algunos resultados centrales para una discusión mas contextualizada y poder profundizar algunos aspectos y realzar lo obtenido.

7.1. La organización y el contexto

Hacer una propuesta de evaluación, indagar sobre el estado de una práctica, pedir opinión y participación, buscar en la historia a través de sus protagonistas son todas acciones que nos remiten a un lugar concreto. Este, tiene un contexto social, político y organizacional determinado y la práctica de la evaluación estará enmarcada de alguna manera por este.

Algunas de las repuestas obtenidas en relación a las dificultades para la implementación de la evaluación en los sistemas y servicios de salud nos guían hacía ello:

[...] hay variables poco controlables, que se encuentran en relación de dependencia con el grado de desarrollo de las ciudades, la maduración política de las sociedades y por consecuencia de sus representantes en las instancias organizativas y en sus representantes legislativos y ejecutivos. (Informantes Teóricos, 2012).

Esto es necesario para poder tener en cuenta la historia, el desarrollo y las características del sistema de salud rionegrino y del primer nivel de atención.

El sistema de salud de la provincia de Rio Negro se presenta similar a muchas provincias de la Argentina. Las particularidades que le imprimen singularidad tienen que ver con la gran extensión de territorio que debe cubrir, las regiones con características muy diferentes entre sí, el perfil de población y el perfil de morbimortalidad.

Su historia muestra grandes hitos de desarrollo como los ya comentados del Plan de Salud de 1973, la ley de Desmanicomialización y la ley de Salud Reproductiva, entre otras; Estas iniciativas --pioneras a nivel nacional en algunos casos—le dieron un sello propio al sistema de salud. Sus trabajadores se reconocen en dichas acciones y esto le ha dado pertenencia y orgullo.

El PNA ha tenido un desarrollo dispar en relación al lugar que se le otorga en los discursos y en el desarrollo de los planes de salud. Como hemos visto hablar de primer nivel de atención es lo mismo que hablar de atención primaria de la salud. Se cumple aquí con la interpretación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud como nivel asistencial; aunque

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

también –frecuentemente- esta ha sido tomada como programa de agentes sanitarios, etc. Se observa que en otros países como es el caso de Brasil no se hace referencia directa a esta estrategia y se lo denomina de forma diferente al PNA (Asistencia Básica de Salud. ABS), quizás con la intención de no caer en confusiones. Este problema implica no poder definir claramente la incumbencia de este nivel de servicios, sus objetivos y actividades y por ende los procesos evaluatorios. Diferentes autores plantean --y en relación a su perfil-- la necesidad de hacerlo.

Teniendo en cuenta la relación planteada entre objetivos de los servicios y evaluación es que este problema generó la construcción --en la propuesta-- del *modelo asistencial* que estuvo orientada a salvar esta dificultad, para luego poder si construir las dimensiones de evaluación necesarias. La referencia teórica de la Imagen Objetivo utilizada contribuyó a ello ya que se:

[...]considera a la IO como un escenario posible. Como un recurso para construir consensos en torno a las prácticas y a la organización de servicios de salud. Imagen Objetivo es vista como un recurso metodológico para la evaluación como un tipo ideal weberiano que es utilizado para analizar lo real sabiendo que lo real nunca se ajusta completamente al mismo y sin poder aproximarse en mayor o menor grado. (Informante Teórico, 2012)

En cuanto a su ubicación en el diseño del ministerio, el primer nivel de atención o APS aparece como programa de salud, mientras que en los discursos es nombrada como eje rector del sistema, estrategia central, etc. Esta dependencia administrativa resulta limitada y desarticulada del resto de sistema.

El nivel nacional aparece fuertemente a través de los programas nacionales de salud, como estructuras paralelas con sus propios caminos de comunicación y financiamiento.

El PNA posee un reglamento de funcionamiento, actualizado en el último año que explicita la misión y funciones de los establecimientos y los roles de los equipos y trabajadores.

Nuevamente esto (su ubicación en la estructura, etc.) presenta un contraste entre lo enunciado y la realidad de los equipos. Hemos visto como la conexión con el nivel central es limitada y la posibilidad de generar cambios esta condicionada fuertemente por su ausencia en su rol de apoyo.

Ante esta realidad, los resultados de las evaluaciones: ¿qué posibilidades de mejoría podrían tener?

Pese a esto, los trabajadores y los equipos del primer nivel son reconocidos por su voluntad y deseos de mejora y esto contrasta con la visión que sobre la evaluación del sector tienen referentes de organismos nacionales y provinciales. Parecen dos realidades diferentes: una que pone el acento en los cargos de conducción y en la decisión política y otra que nos muestra un realidad en desarrollo: esto contribuyó a que la propuesta de implementación considerara como eje de la estrategia el inicio a partir de los equipos de salud. Como se ha discutido en las propuestas y en las respuestas de los informantes clave el poder como categoría explicativa tiene una enorme incumbencia para dar cuenta de estas miradas diferentes. Por otro lado la capacidad de resistencia a propuestas autoritarias de los equipos también nos muestra un espacio ganado de autonomía y libertad.

Hay todavía en las dinámicas de la evaluación algunos aspectos controversiales que tienen que ver con exponer la tarea, exponerse ante los demás, dar cuenta de los hechos, orientar el trabajo a necesidades, etc.

Esta es una tarea que se relaciona --como se dijera-- con el contexto más grande de los trabajadores en tanto trabajadores estatales, de servicios, en una sociedad determinada. Esta le pone límites a experiencias que se relacionan con el debate y la reflexión y con la democratización de los servicios.

7.2. La Evaluación y el Cambio

Existe acuerdo en considerar a las organizaciones de servicios públicos como las de la salud con dificultades para la innovación y el cambio. Sus diseños organizativos rígidos y de carácter burocrático contribuyen a ello. Cuando hablamos de cambios lo hacemos en el sentido de reorientar los servicios a la resolución de necesidades.

Una condición necesaria para ello es el reconocimiento de todos los actores involucrados en relación a la evaluación.

En términos de la evaluación identificar los grupos de interés o segmentos involucrados en el servicio ya sean trabajadores o beneficiarios podría aumentar las posibilidades de utilización de los resultados de la evaluación y estimular la participación (Onocko, 2006).

Hemos leído -en las respuestas- a un grupo numeroso de actores con opiniones y experiencias variadas condicionadas por su rol y lugar de trabajo. En algunos casos haciendo alusión a dificultades o limitaciones técnicas. Las metodologías deberían de alguna forma contemplar la multiplicidad de actores y el contexto. Instrumentos provenientes de la etnografía, la antropología y la sociología nos permitirán un abordaje centrado en la diversidad de actores contemplando una variedad de puntos de vista y permitiendo la real utilización de los resultados (Furtado, 2001)

Con respecto a la evaluación del desempeño, esta fue considerada en el proyecto de trabajo desde una perspectiva que podríamos relacionarla con un modelo de alcance de metas y se planteó la hipótesis de trabajo en función de este enfoque. El modelo de alcance de metas es el mas utilizado por analistas y por técnicos; de concepción funcionalista y racional, según la cual una organización existe para cumplir objetivos específicos y la evaluación del desempeño consiste entonces en evaluar en que medida la organización cumplió con esos objetivos (Champagne & Contadriopoulos, 2005).

Con el avance del trabajo una concepción diferente tomo forma a partir de la construcción de este concepto como un concepto configuracional o global. La virtud de este modelo estaría en la línea de poder contemplar a una organización de diferentes formas.

En la propuesta desarrollada y a partir del Modelo Asistencial y sus dimensiones se volvió necesario usar la evaluación del desempeño en este sentido permitiendo dar cuenta de dimensiones poblacionales, clínicas y organizacionales.

El uso de un cuadro de referencia, tomado de la experiencia a nivel de sistemas de salud de diferentes países y organizaciones, tuvo algunas modificaciones en función de las particularidades del PNA. La consideración del Territorio como una dimensión central que delimita determinantes y condiciones de salud surge del carácter local del trabajo en el PNA sobre el Modelo Asistencial y las dimensiones del desempeño ambos ya han sido discutidos ampliamente.

El desafío más importante fue lograr la articulación de forma lógica y encadenada de las diferentes dimensiones.

Se tuvo en cuenta dimensiones que aparecían atravesando toda la propuesta como el vínculo: que dan cuenta de la relación población –servicios; equipos-usuarios o familias; usuarios-trabajadores; trabajadores-gerentes; etc.

Ali-Brouchoud J M .Una propuesta de metodología de evaluación del desempeño para centros de salud urbanos y públicos de la provincia de Río Negro Argentina.[Tesis de Maestría]. Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2013

En cuanto a la implementación se propone trabajar siguiendo una lógica de abajo hacia arriba en términos de una incorporación por los equipos de prácticas evaluativas relacionadas con el debate y la reflexión, con técnicas posibles de ser apropiadas y delimitando los roles y responsabilidades de cada nivel gerencial. Se han encontrado respuestas en este trabajo, de tipo conceptual y explicativo en relación a la pobre incorporación a los procesos de trabajo de la evaluación como práctica habitual, por ende en esta propuesta se han trabajado teniendo en cuenta importantes aspectos comentado por los propios trabajadores. Una vez más considerar la voz y opinión de los diferentes actores --en este caso los equipos del PNA—nos muestran un camino posible, que por otro lado ya esta en funcionamiento en forma incipiente y vacilante pero factible de mejorarse y fortalecerse.

8. CONCLUSIONES

Este trabajo se planteo el desarrollo de una propuesta extensiva y práctica. Extensiva en términos de abarcar aspectos conceptuales y metodológicos de la evaluación para el primer nivel de atención y práctica porque tuvo la finalidad de generar una propuesta metodológica y de implementación.

En este sentido, sus retos principales estuvieron centrados en que su extensión no impidiera la profundización necesaria y que tuviera una articulación entre las partes para que todo el trabajo tuviera una secuencia lógica y ordenada.

A lo largo de su desarrollo pudimos contrastar la hipótesis inicial con los diferentes hallazgos y nuestra idea inicial fue teniendo modificaciones a la luz de las nuevas miradas aportadas por los diferentes entrevistados.

Los trabajadores nos fueron contando otra historia en la que la evaluación aparece como una práctica presente. Infrecuente, con dificultades y limitaciones de variada índole, y generada por diferentes necesidades.

Entre las motivaciones para realizar evaluaciones en el primer nivel de atención se citaron principalmente aquellas relacionadas con programas específicos de salud, ante diversas dificultades de los equipos y deseos de mejora; no hubo alusión a objetivos o metas de trabajo.

La evaluación –como se sabe- de connotación disciplinaria y autoritaria fue enunciada y resistida por los equipos y claramente se expusieron experiencias a respecto.

En la hipótesis se planteaba un nivel central omnipresente y determinante de este tipo de prácticas como obstáculo central; la realidad nos muestra que son los propios equipos casi los únicos generadores de los espacios de evaluación, manifestando de esta forma autonomía y decisión. El asumir el rol (que tendría el nivel central) de acompañar, y proveer recursos generados para dar respuestas a los resultados de las evaluaciones aparece como una demanda clara de los equipos y conducciones locales transformándose en un aspecto no considerado en la hipótesis inicial.

En los aspectos metodológicos el desempeño apareció como un concepto en discusión y construcción. Múltiples miradas e investigaciones diversas vuelven a este tema complejo y difícil de operacionalizar. En el fondo se observa un debate profundo entre grandes miradas o

paradigmas: a saber positivista y constructivista. Los debates en torno al tema se enmarcan en estas dos miradas.

La hipótesis afirmaba que la evaluación de centros de salud estaba centrada en su producción asistencial y no en su desempeño, quedando por lo tanto desarticulada de los principios, valores y objetivos definidos para el sistema de salud y para el primer nivel de atención. De esto podemos afirmar lo siguiente: la lógica de trabajo por programas (vigente en la práctica cotidiana de los equipos como hemos visto) le da sustento a una búsqueda y análisis de información de tipo productivo asistencial sostenida desde el nivel central y si ahora consideramos al desempeño como un concepto más global, no solo el trabajo del primer nivel de atención queda desarticulado de sus objetivos sino también de la interacción con su contexto, de la capacidad de recrear valores propios de toda organización y de mejorar sus procesos internos.

De modo general podríamos afirmar que nuevos intentos y propuestas para realizar evaluación en el PNA son necesarias e indispensables; la mejoría del trabajo a través del cambio aparece expresada claramente. Existe una base de consenso entre los trabajadores ya sean gerentes o no de la utilidad de evaluar.

9. EPILOGO. De lo técnico a lo relacional.

Realizar la tesis pareció siempre una tarea que no tenía un final conocido en el tiempo. Una tarea extensa que me involucro intelectual y emocionalmente. Traté de llevar un “cuaderno de campo” durante su realización intuyendo que eso que nos habían aconsejado tanto durante el cursado de la maestría tendría un valor desconocido manifestado hacia el final del trabajo; en lo que fui escribiendo fui descubriendo que además de hacer un texto y una propuesta, estaba aprendiendo otras cosas: a hacerme preguntas, a buscar mayor comprensión, a reinterpretar experiencias que había vivido en el pasado en los equipos de salud, a escuchar a mis compañeros de una forma nueva , tratando de ver entrelíneas como las respuestas escondían historias de vida, y también relatos de historias de las instituciones. Ese descubrir me mostro también que la historia de los equipos y las organizaciones no pueden ser plenamente conocidas sino es a través de considerar además del saber técnico, otros aspectos como los afectos y el poder. Evaluar pasó a ser de una teoría con sus pasos metodológicos a la capacidad de debate y reflexión de los trabajadores; de una actividad que genera conocimiento a una herramienta poderosa para movilizar voluntades y generar cambio, en suma desde la técnica a la capacidad de relacionarnos entre nosotros y con la práctica que desarrollamos.

No dejo de asombrarme por lo lejos que quedó el carácter eminentemente humano de nuestro trabajo; desde la formación de pregrado, hasta el sistema de residencias y luego el formar parte de servicios y equipos donde la relación con los demás (sean estos pacientes o compañeros) ha estado demarcada o delimitada por un *hábitus* que incluye ideología y formas de ver el mundo (Bordieu, 2010). En ésta forma de relacionarse, la técnica ocupaba un lugar central reemplazando al carácter más emocional de la tarea y poniendo al vínculo entre límites muy estrechos.

Solo las diversas experiencias pasadas --y el ser experimentado en una actividad implica abrirse a nuevas experiencias—permiten cambiar y aprender de las decepciones (Gadamer, 1993) no basta solo con tener un par de años en los ámbitos de trabajo o haber ocupado cargos de responsabilidad.

Por eso evaluar es igual a cambiar; un cambio con una dirección determinada, un horizonte posible, una nueva construcción que hace que el trabajo en salud sea inagotable de propuestas y desafíos.

Mis compañeros me ayudaron, participaron activamente, se preocuparon por lo que hacía y se entusiasmaron con la propuesta. Descubrí iniciativas variadas que quedaron escondidas en el tiempo y que no pudieron encontrar el camino para socializarse y que revelan la preocupación y el trabajo de mis compañeros. Algunas experiencias en el tiempo, de tareas realizadas me mostraron las marcas que estas dejan y condicionan para bien o para mal el desarrollo posterior. La historia- que cada vez aprecio más- se insinuó en mi trabajo y me mostro la importancia del recordar y comunicar.

Mi tarea como médico ha recibido también mucho. Escucho más, observo más, creo que hago preguntas que son más útiles para todos.

Creo, que estas son las conclusiones que quiero escribir: las que me muestran el camino andado, el aprendizaje, el agradecimiento a todos los que me ayudaron a hacerlo y la promesa interna y comunicada de seguir avanzando.

José María Ali-Brouchoud

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Bordiu P. Capital cultural, escuela y espacio social. Buenos Aires. Siglo veintiuno editores. 2010
- 2 Castellanos P. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico Cuadernos Médicos Sociales. 1987; (42): 15-24.
- 3 Certeau M, La invención de lo cotidiano. Artes de hacer. México D.F.: Universidad Iberoamericana, 1996.
- 4 Champagne F, Contandriopoulos A P. Elementos de Arquitectura de lo Sistemas de Evaluación del Desempeño de Sistemas de Servicios de Salud. 1er Simposio Internacional de la Conferencia Luso-Francofona de Salud (COLUFRAS).Montreal: Universidad de Montreal.2005
- 5 Campos GWS. Gestión en Salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2001.
- 6 Chiara M, Moro J. Pensando la agenda política sanitaria en la Región Metropolitana de Buenos Aires: Capacidades, problemas y desafíos. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento. Instituto del Conurbano, 2010.
- 7 Cohen E, R. Franco. Evaluación de Proyectos Sociales. México D:F.: Editorial Siglo XXI, 2000.
- 8 Conill Minho E Sobre la importancia de la parsimonia, el dialogo y la continuidad para la institucionalización de la evaluación en la atención básica. [Debates].Ciencia y Salud Colectiva.2006, 11 (003):564-566.
- 9 Carrillo R .Teoría del Hospital .Arquitectura y Administración. Obras Completas 1.Buenos Aires: EUDEBA, 1951.
- 10 Da Costa G, Mitre Cotta R M, Castro Franceschini S, Batista R, Gomes A P, Martins P C, Marques Ferreira M. Evaluación en Salud: Reflexiones inscriptas en el paradigma sanitario contemporáneo. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2008; 18 (4): 705-726.
- 11 Furtado J P. Un método constructivista para la evaluación en salud. Ciencia y Salud Colectiva.2001, 6 (001):165-181.
- 12 Gadamer H. G. Verdad y Método. Salamanca. Ediciones Sígueme, 1993.
- 13 Hartz Z M, Da Silva Vieira L M, Evaluación en Salud. De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.2009.

- 14 Hartz Z M, Evaluación de programas de salud: Perspectivas Teórico Metodológicas y Políticas Institucionales. Ciencia & Salud Colectiva.1999, 41 (2): 341-353.
- 15 -Measure Evaluation.USAID. Demanda de datos y Uso de la información en el sector Salud. Estructura Conceptual. [Internet].Chapel Hill: Carolina Population Center de la Universidad de Carolina del Norte. 2006. (citado el 20 de octubre 2012).Disponible en: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/>
- 16 Merhy E. Salud: Cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.
- 17 Minayo MCS. El Desafío del Conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.
- 18 Minayo MCS. Investigación Social. Teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
- 19 Minayo MCS, Goncalves de Assis M, Ramos de Souza E. Evaluación por triangulación de métodos. Abordaje de Programas Sociales. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
- 20 Minayo MCS. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009.
- 21 Ministerio de Salud del Brasil. Evaluación de la Atención Básica de Salud. Caminos de la Institucionalización. Brasilia DF: CAA/DAB; 2005.
- 22 Mokate K. Convirtiendo el “monstruo” en aliado: la evaluación como herramienta de la gerencia social. [Internet]. INDES Working paper series; I-23, 2003 (Versión modificada) [Citado el 20 de octubre de 2012] Disponible en: <http://indes.iadb.org/pub/I-23.PDF>
- 23 Novaes H M. Epidemiología y evaluación de servicios de atención médica: nuevas tendencias en investigación. Cuadernos de Salud Publica.1996,12 (2):7-12.
- 24 Novaes H. Evaluación de Programas, Servicios y Tecnologías en Salud. Rev Saude Pública. 2000; 34 (5): 547-559
- 25 Onocko Campos R. Humano demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.
- 26 Onocko R T, Furtado J P Entre la salud colectiva y la salud mental: un instrumental metodológico para la evaluación de redes de centros de atención psicosocial (CAPS) del sistema único de salud. Cuadernos de Salud Pública.2006; 22 (5):1053-1062.
- 27 Organización Mundial de la Salud. Integración de la Atención de Salud. Serie de Informes Técnicos. Ginebra: OMS; 1996.
- 28 Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud 1978. [Internet].Washington DC: OPS.

- (Citado 10 octubre 2012). Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- 29 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. [Internet]. Washington DC: OPS/OMS.(Citado octubre 2012). Disponible en:http://new.paho.org/tierra/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=44%3Acarta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud-&Itemid=67&lang=en
- 30 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington DC: OPS/OMS, 2007.
- 31 Paim J. Desafíos para la Salud Colectiva en el Siglo XXI. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2011.
- 32 Pires MRGMM. Políticas de Cuidado y Evaluación en salud: Instrumentalizando el rescate de la autonomía de los sujetos en el ámbito de programas y políticas de salud. Revista Brasileira de Salud Materno Infantil. 2005, 5 (1): 571-581.
- 33 Pisco L A, La evaluación como instrumento de cambio. [Debates]. Ciencia y Salud Colectiva.2006, 11 (3):566-568.
- 34 Plan Estratégico Provincial de Promoción de la Salud RESOLUCION N°: 853 /2012 – “MS”. [Internet]. Ministerio de Salud de la Provincia de Rio Negro.2012.(Citado en Octubre 2012).Disponible en: <http://www.salud.rionegro.gov.ar/inicio>
- 35 Plan Provincial de Salud 2006-2011 Ministerio de Salud Gobierno de Rio Negro.2006. Sin editor, s/lugar. Material fotocopiado (o reproducido). No publicado
- 36 -PRO-ADESS. Proyecto de desarrollo de metodologías para la evaluación del desempeño del sistema de salud brasilero. Relatoría Final. (Internet). Rio de Janeiro. 2003. (Citado el 10 de julio 2012). Disponible en: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index>
- 37 Ministerio de Salud de la Provincia de Rio Negro. RESOLUCION N°: 851/2012.(Internet).2012.(Citado el 10 de julio 2012) Disponible en: <http://www.salud.rionegro.gov.ar/inicio>
- 38 Schneider J F, Camatta M W, Nasi C, Kantorski L P, Wetzal C. Utilización de la evaluación de cuarta generación en un centro de salud psicosocial Revista Gaucha de Enfermería Porto Alegre.2009, (RG) (1) 131-135.

- 39 Schraiber L, Baptistella Nemes M I, Mendes-Gongalves R B. (Organizadores) Salud del Adulto. Programas y Acciones en la Unidad Básica. San Pablo: Editorial Hucitec. San Pablo, 1996.
- 40 Schraiber L B, Peduzzi M, Sala A, Nemes M I, Castanhera E R, Kon R Planificación, Gestión y Evaluación en Salud: Identificando problemas. Ciencia & Salud Colectiva. Rio de Janeiro. 1999, 4 (2):221-242.
- 41 Souza Minayo M C, Deslandes S F, Neto O C, Gomes R. Investigación Social. Teoría, método y creatividad. Lugar Editorial. 2003
- 42 Souza Minayo M C, Goncalves de Asiss S, Souza E. Evaluación por Triangulación de Métodos. Abordaje de Programas sociales. Lugar Editorial. 2005
- 43 Spinelli H. Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.
- 44 Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre las necesidades de salud, servicios y tecnología Editorial. Barcelona: Masson, 2000.
- 45 Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1993.
- 46 TOBAR; F, Gestión territorial en Salud en: Chiara, Magdalena& Moro, Javier (Compiladores) Pensando la agenda política sanitaria en la Región Metropolitana de Buenos Aires: Capacidades, problemas y desafíos Universidad Nacional de General Sarmiento. Instituto del Conurbano. 2010
- 47 Vieira da Silva L M, Formigli L A. Evaluación en Salud. Límites y Perspectivas. Cuadernos de Salud Publica. 1994, 10 (1) 80-91.
- 48 Vieira Da Silva, L. M. Commentaires sur le chapitre. In: André-Pierre Contandriopoulos, Zulmira Hartz, Marion Gerbier; Amelie Nguyen. (Org.). Santé et citoyenneté. Les experiences du Brésil et du Quebec. Santé et citoyenneté. Les experiences du Brésil et du Quebec. Montreal: Les Presses de l'Université de Montreal, 2009, v. 1, p. 280-283.

APÉNDICE

Apéndice A - Cuestionarios Investigadores.....	128
Apéndice B - Cuestionarios Funcionarios OPS/Ministerio de Salud de Nación.....	130
Apéndice C - Cuestionarios Funcionarios Provinciales.....	132
Apéndice D - Cuestionarios Jefes y Ex Jefes DAPA.....	133
Apéndice E - Cuestionarios Trabajadores.....	134

Apéndice A

Cuestionario: Dr Eronildo Felisberto

- 1) Existe consenso sobre la escasa incorporación de las prácticas evaluativas en los servicios de salud latinoamericanos así como que este fenómeno no es exclusivo del sector salud sino también se extiende al resto del sector público; ¿Cuales considera ud. que son las razones que explican este fenómeno?
- 2) Cuales considera ud son los elementos centrales de una política de institucionalización de la evaluación del primer nivel?
- 3) De las experiencias de institucionalización de la evaluación en primer nivel que considera avanzadas, cuales podría citar? Que condiciones e incentivos contribuyeron para su implementación?
- 4) Los obstáculos para la implementación de la evaluación en salud tienen aspectos técnicos, conductuales y organizacionales, cuales considera Ud revisten mayor importancia en el primer nivel de atención? es factible modificarlos? que condiciones son necesarias para hacerlo?
- 5) Que características debería tener un sistema información para contribuir tanto a la demanda, análisis y uso de la misma como insumo para la evaluación en primer nivel de atención?
- 6) Para la realización del pacto de metas e indicadores de salud para la atención básica realizada en el Brasil en 2005 y 2006, cuales fueron las estrategias elegidas, que actores participaron, que grado de consenso fue alcanzado?

Cuestionario: Dras Ligia Maria Vieira Da Silva y Hillegonda Maria Dutilh Novaes

- 1) Si consideramos a la evaluación del desempeño (adoptada por varios países) como la indagación sistemática acerca del grado de alcance de objetivos y metas de los sistemas de salud, puede esta implementarse en el primer nivel de atención? ¿Cuáles resguardos/ señalamientos/consideraciones esenciales realizaría con vistas a implementar una evaluación del desempeño del primer nivel de atención? ¿Puede señalarme experiencias al respecto en la que pueda profundizar este análisis? ¿Cuales otros autores considera usted de interés para la conceptualización de la evaluación del desempeño / evaluación en el nivel de atención mencionado?
- 2) Algunas de las dimensiones de evaluación del desempeño para sistemas de salud incluyen entre otras: responsabilidad, calidad, efectividad, adecuación, sustentabilidad continuidad de la atención, etc. ¿Qué dimensiones considera que deben incluirse a los fines de proveer una retroalimentación y un juicio valorativo de utilidad para la toma de decisiones en el primer nivel de atención?
- 3) El primer nivel de atención pertenece al sistema con características únicas tales como el trabajo territorial, participación comunitaria, integralidad, trabajo en equipos multidisciplinarios, vinculación con la población de referencia y continuidad de la atención entre otras. ¿Considera que estos aspectos están contemplados en alguna de las dimensiones previamente mencionadas? ¿O deberían constituirse en una dimensión en si mismos o incluirse operativamente en alguna de ellas?

- 4) ¿Teniendo en cuenta la necesaria articulación entre objeto de evaluación, tipologías y contexto, que tipologías le parecen mas adecuadas para una evaluación del primer nivel de atención y porqué? (investigación evaluativa, evaluación para la gestión y evaluación para la toma de decisiones, evaluaciones estratégicas o de implantación)

- 5) ¿Cual podría ser la relación entre la evaluación del desempeño y el concepto de equidad en el primer nivel de atención?.¿Que recomendaciones sugeriría para la selección y construcción de indicadores más pertinentes y sensibles que reflejen grados de equidad en el nivel local?

Apendice B

Cuestionario: Dra Analia Amarilla (Ministerio de Salud de la Nación)

- 1) Que iniciativas o propuestas existen actualmente de Evaluación, Gestión y Garantía de Calidad desde el Programa de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud de la Nación relacionadas con el primer nivel de atención? ¿Puede mencionar las más recientes? ¿Cuáles son los referentes conceptuales (autores/agencias/ministerios/etc.) más reconocidos que orientan estas iniciativas? ¿Conoce autores que den cuenta de ello?
- 2) ¿Existen actualmente actividades de cooperación y apoyo técnico a provincias para la implementación de las actividades del PNGCAM? ¿Cuáles específicamente? ¿Con que provincias?
- 3) ¿Cuáles son los indicadores claves de calidad para el primer nivel de atención que se recomiendan desde el PNGCAM? ¿Son indicadores de estructura, proceso y resultado? ¿Consideran el ámbito poblacional? ¿Consideran la opinión del usuario?
- 4) ¿Considera que la Acreditación de Establecimientos de Salud del Programa de Garantía de Calidad podrían usarse para establecimientos del primer nivel de atención? ¿Qué consideraciones o recomendaciones haría al respecto?
- 5) ¿Piensa que este párrafo (extraído del documento Calidad de los Servicios de Salud) "...independientemente del enfoque, el establecimiento de un programa para mejorar el desempeño de los hospitales debe tener los siguientes principios: -Relacionar las prioridades institucionales inmediatas con la misión y el plan estratégico del hospital...." puede aplicarse a los establecimientos de primer nivel? ¿De que forma puede esto ser evaluado? ¿Qué experiencias conoce al respecto?

Cuestionario: OPS Dr Armando Guemes

- 1) Desde el año 2001 en adelante la OPS ha realizado consultas en la Región de las Américas en relación a la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud. ¿Hubieron experiencias en las que los procedimientos e instrumentos de evaluación del desempeño fueran aplicados al primer nivel de atención? ¿Qué documentos o informes se encuentran disponibles para conocer las experiencias en detalle?
- 2) ¿En su opinión cual es el estado de la evaluación como práctica institucional en el primer nivel de atención en Latinoamérica, especialmente en la Argentina? ¿Qué países están mas avanzados en la practica e implementación de la evaluación en el primer nivel de atención?
- 3) ¿En relación a la acción de la OPS en la Argentina, existen proyectos o iniciativas de apoyo a provincias en relación al primer nivel de atención? ¿Los proyectos integrales de salud son un ejemplo de ello? .En que provincias se desarrollan?
- 4) Dentro de las Funciones Esenciales de la Salud Publica estimuladas desde la OPS dos ítems se relacionan con la evaluación del primer nivel de atención: Desarrollo de políticas y Capacidad Institucional de Planificación y Gestión en Salud Pública y Garantía de calidad de Servicios de Salud Individuales y Colectivos. ¿Qué acciones se llevan adelante desde la OPS para fortalecerlas? ¿Qué incentivos son necesarios? En el caso de la provincia de Entre Ríos que logro cambios en las medidas de las FESP en el

- 5) periodo 2007-2011 ¿Cuales fueron los cambios realizados en estos dos ítems para mejorarlos?
- 6) En el informe de la OPS/OMS La Renovación de la APS en las Américas Año 2007 se manifiesta que “la rendición de cuentas exige el monitoreo y la mejora continua del desempeño del sistema de salud de forma transparente y sujeta al control social. Los distintos niveles de gobierno (ya sea local, estatal, regional o nacional) necesitan líneas claras de responsabilidad y los mecanismos correspondientes para la rendición de cuentas.” ¿De que forma cree que esto puede aplicarse al primer nivel de atención? ¿Que participación tiene el mismo en estas iniciativas?
- 7) ¿En su opinión existen sistemas de información (SI) en el primer nivel de atención de Argentina que puedan ser usados —como insumo—para la realización de actividades de evaluación? Qué datos promueve la OPS recolectar y procesar para este nivel? Qué sugerencias existen de reporte de indicadores internacionalmente comparables?
- 8) Teniendo en cuenta que documentos como el de la Renovación de las Atención Primaria de la Salud en las Américas Año 2007 elaborado por la OPS/OMS refieren en diferentes áreas una serie de barreras y facilitadores de la implementación de la APS, como -por ejemplo- una pobre utilización de técnicas de gestión y comunicación así como desarrollo deficiente de competencias del recurso humano en el primer nivel, elementos que impactan negativamente en la práctica de la evaluación ¿Qué otras barreras / facilitadores considera ud que existan en el primer nivel de atención para la institucionalización de la evaluación? ¿A que nivel los situaría? ¿Político, Institucional, Organizacional, Gerencial, Operativo? Que incentivos serían necesarios para lograrlo?

Apéndice C

Cuestionario: Ministerio Provincia Rio negro

- 1 En su opinión cual es el estado de la evaluación como práctica institucional en el primer nivel de atención en la provincia de Río Negro? ¿Hay diferencias a nivel jurisdiccional? (zonas, áreas, regiones, etc.) o ¿A nivel programático? (programas, planes, etc.)
- 2 Las actividades de evaluación que se realizan en el primer nivel de atención en la provincia de Rio Negro son generadas habitualmente por las coordinaciones de los programas y por los comités materno-infantiles. ¿Conoce otras instancias de evaluación? ¿Se generan en otros niveles o programas del sistema de salud?
- 3 ¿Estas actividades que se realizan habitualmente a nivel de área de salud, que características según su experiencia y opinión han tenido?
 - ¿Participativas/Conflictivas?
 - ¿Con que grado de consenso/ Con fuerte disenso?
 - ¿Enfoque cualitativo/cuantitativo?
 - ¿Restringidas a jefes?
 - ¿Sectoriales exclusivamente?
 - ¿Conclusiones discursivas u operativas?
- 4 ¿En general quien ha realizado el diseño, el trabajo en terreno y la elaboración de los informes de evaluación?
- 5 ¿Cual ha sido la utilización de los resultados de estas evaluaciones?
- 6 ¿Que opinión tienen al respecto los diferentes actores involucrados? (trabajadores, equipos, nivel gerencial, etc)
- 7 En la provincia de Rio Negro los indicadores del primer nivel recolectados habitualmente son materno-infantiles; otros problemas o acciones de salud como factores de riesgo o problemas crónicos son registrados a nivel provincial discriminando solo por región sanitaria. ¿En su opinión los sistemas de información (SI) existentes en el primer nivel de atención se nutren con datos que den cuenta de los problemas de mayor importancia socio-sanitaria a dicho nivel? ¿Se desarrolla desagregamiento de los datos a nivel de área o zona sanitaria? ¿Existe un sistema de reportes específico? ¿Con que contenidos, que periodicidad y a quien/es se reporta? ¿Estos reportes han servido como insumo de las evaluaciones realizadas? ¿Son utilizados para el monitoreo de las actividades que realiza este nivel?
- 8 Teniendo en cuenta que documentos como el de la Renovación de las Atención Primaria de la Salud en las Américas Año 2007 elaborado por la OPS/OMS refieren una pobre utilización de técnicas de gestión y comunicación así como desarrollo deficiente de competencias del recurso humano en el primer nivel. ¿Qué otros obstáculos / facilitadores considera ud que existan en el primer nivel de atención para la institucionalización de la evaluación? ¿A que nivel los situaría?¿ Político, Institucional, Organizacional, Gerencial, Operativo? Que incentivos serían necesarios para lograrlo?

Apéndice D

Cuestionario: Jefes DAPA

- 1) En el transcurso de su jefatura DAPA, que tipos de evaluaciones recuerda que se hubieran realizado?
 - ¿Individual de los trabajadores?
 - ¿De equipos?
 - ¿A nivel de Área?
 - ¿Por programas?
- 2) ¿Cual fue el motivo para realizarla/s? ¿Dichas evaluaciones eran parte de una práctica habitual de evaluación? o ¿Fueron de carácter esporádico?
- 3) ¿El diseño y la coordinación quien las realizo? ¿Un coordinador externo?
 - ¿Coordinador interno? (miembro del propio DAPA)
- 4) ¿Como Jefe DAPA que rol le toco ocupar durante las mismas?
- 5) Qué características tuvieron y porqué?(aquí puede elegir una o mas experiencias para responder)
 - ¿Participativas/Conflictivas?
 - ¿Con que grado de consenso?
 - ¿Con que grado de disenso?
 - ¿Enfoque cualitativoEnfoque cuantitativo?
 - ¿Restringidas a jefes?
 - ¿Sectoriales exclusivamente?
 - ¿Conclusiones discursivas u operativas?
- 6) ¿Como se sintió en la evaluación? (aquí puede elegir una o mas experiencias para responder) ¿Cree que su rol de Jefe DAPA fue cuestionado? ¿Salió fortalecido? La evaluación
- 7) ¿Le parece que la evaluación le sirvió o tuvo alguna utilidad para el funcionamiento del DAPA? En que aspecto concreto?
- 8) ¿Considera Ud que el DAPA (en el momento de su jefatura) tenia capacidad y motivación para realizar evaluaciones locales?
- 9) ¿Qué opinión tiene ud sobre la realización de evaluaciones del trabajo a nivel DAPA?
- 10) El nivel central ,la jefatura de zona o la dirección del hospital le propusieron o le solicitaron en algún momento realizar alguna evaluación relacionada con el primer nivel? En que aspectos? ¿Como fue esa experiencia?
- 11) ¿Que información le solicitaban en forma regular para evaluar actividades? le solicitaban información demográfica? de actividades asistenciales realizadas? de programas? de recursos? de problemas prevalentes? actividades no asistenciales?
- 12) ¿El análisis de esos datos se realizaban a nivel local? Si es así, ¿quien realizaba el análisis? ¿que utilidad tenían?
- 13) En el caso que se envíe información a nivel central ¿Se recibe alguna devolución sobre las evaluaciones realizadas con la información enviada? En los casos en que hubiera habido devolución: como se ha tratado la misma? Como se han traducido las recomendaciones de las evaluaciones en la practica? Puede mencionar algunos ejemplos?

Apéndice E

Cuestionario: Trabajadores

- 1) ¿Ud participó a lo largo de su historia laboral en primer nivel de atención de la provincia de Rio Negro de actividades de evaluación del trabajo? Dichas evaluaciones eran parte de las actividades habituales del primer nivel? O fueron de carácter esporádico?
- 2) ¿A que nivel se realizó: (puede marcar mas de una opción)
 - Individual?
 - Equipo?
 - Hospital? Centro de salud?
 - Area de Salud
- 3) ¿Cual fue el motivo para realizarla/as? Cual fue la instancia que la generó?
- 4) ¿El diseño y la coordinación quien la realizo? coordinador externo?, un compañero de trabajo? En que consistió su participación?
- 5) ¿Qué características tuvieron y porqué?(aquí puede elegir una o mas experiencias para responder)
 - ¿Participativas/Conflictivas?
 - ¿Con que grado de consenso?
 - ¿Con que grado de disenso?
 - ¿Enfoque cualitativo?
 - ¿Enfoque cuantitativo?
 - ¿Restringidas a jefes?
 - ¿Sectoriales exclusivamente?
 - ¿Conclusiones discursivas u operativas?
- 6) ¿Como se sintió en la evaluación? (aquí puede elegir una o mas experiencias para responder) Cuestionado a nivel personal o de su equipo? estimulado a mejorar en sus tareas individuales y de equipo del primer nivel de atención? Con las capacidades necesarias para llevarla adelante la tarea individualmente y de equipo??
- 7) ¿Le parece que la evaluación le sirvió o tuvo alguna utilidad para el mejoramiento de los procesos de trabajo o la toma de decisiones
- 8) ¿Qué opinión tiene ud sobre la realización de evaluaciones del trabajo? Le parecen que son útiles? ¿Se siente cuestionado en su tarea? ¿Se siente estimulado a mejorar?
- 9) ¿Que información le solicitan actualmente y en forma regular para evaluar actividades? ¿Le solicitan información demográfica? de actividades asistenciales realizadas? ¿De programas? ¿De recursos? ¿De problemas prevalentes? ¿Actividades no asistenciales?
- 10) ¿Se recibe alguna devolución sobre las evaluaciones realizadas con la información enviada? En los casos en que hubiera habido devolución: como se ha tratado la misma? Como se han traducido las recomendaciones de las evaluaciones en la practica? Puede mencionar algunos ejemplos?