

Beca de Investigación ISALUD 2009-2010

Impacto de la gestión del Programa de Garantía de Calidad de Atención de la Salud

Coordinador: Dr. Gustavo Blutman

Equipo: Lic. Patricia Domench,
Lic. Lucila Zamboni, Lic. Adriana Azcorra,
Lic. Marina D'Addario, Lic. Maricel Magario
y Lic. Sol Rodríguez

El presente trabajo es un resumen de la investigación realizada durante el año 2010 financiada a partir de la Convocatoria a Becas de Investigación Internas ISALUD 2009-2010.

Introducción

La búsqueda de implementación de acciones para gestionar con calidad en el sistema de salud, es poner los engranajes para que paulatinamente comiencen a funcionar los distintos elementos de la aplicación de diferentes políticas públicas. Hay que entender a éstas no en forma acrítica sino como parte de procesos políticos de actores sociales específicos.

La implementación de políticas públicas en salud no es casual y hablar de calidad ya le estaría imprimiendo características específicas vinculadas con modas o tendencias que circulan a escala internacional. Cuando algo tiene calidad o no, parte de premisas subjetivas que están impactando de manera diferencial en la forma de encarar determinadas políticas.

Aguilar Villanueva (1993) señala que las intenciones de la política contrastan con las realidades que se presentan. Para ello remarca que pueden existir legislaciones y programas con buenas intenciones pero sin objetivos específicos y sin conexiones precisas entre las diversas operaciones. El efecto de la vaguedad o el exceso de pormenorización conducen igualmente a la conclusión de que las más nobles intenciones y las más generosas promesas de reforma social son derrotadas en el tránsito de la decisión a las operaciones, en la puesta en práctica de leyes y programas.

Las investigaciones han demostrado que la promulgación de leyes buenas o el buen diseño de un programa gubernamental no son condiciones suficientes para el éxito efectivo de una política. Entran en juego factores que no habían sido previstos por leyes y programas y que, sin embargo, distorsionan las leyes y los programas o simplemente las hacen a un lado.

M. Derthick (en Aguilar Villanueva 1993) realiza un estudio acerca de por qué fallan los programas federales, analizando la centralización como principal problema. Apunta a la falta de una visión común y de incentivos particulares orientados a las necesidades a nivel local. La idea cultural del gobierno central como activista social y su propia estructura institucional es paradójicamente una de las fuentes de su ineficiencia. Para el éxito de las políticas toman relevancia las relaciones intergubernamentales, lo que implica poder local en el diseño de las políticas federales.

Los orígenes del Programa de Garantía de Calidad de la Atención de la Salud se sitúan en diversos lineamientos de acción iniciados con la

firma de un convenio de cooperación en septiembre de 2002, entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, acordándose la adhesión de este último al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

La búsqueda de eficiencia, igualdad y equidad en materia de atención de la salud aparece como prioritaria para el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. En tal sentido, el Estado comienza a concentrarse en aquellos aspectos esenciales que permitirían consolidar un sistema de atención médica que promueva tales postulados.

Algunos de los interrogantes que se intentará analizar a través de la presente investigación son:

- ¿Qué factores son necesarios para garantizar la continuidad de una política pública?
- ¿Qué rol ejercen en este marco los actores intervinientes en este proceso?
- ¿Qué ocurre si se introduce la calidad como posible factor en el sector público?
- ¿La calidad no debería ser transversal a todas las políticas públicas y, en este caso específico, a las políticas de salud?

Entre la autonomía y el reconocimiento

El marco regulatorio que delimita el accionar dentro del Programa de Garantía se construyó a través de un proceso que incluye diversas resoluciones y decretos a nivel nacional y provincial.

La dinámica del programa permite la introducción de normativas comunes (que estandarizan los procesos), propiciando a su vez espacios de flexibilidad en los cuales surgen adaptaciones locales en torno a determinados contextos geográficos, culturales e institucionales.

El mecanismo de ingreso de los hospitales al programa es por medio de una adhesión, mediante un convenio y el compromiso de certificación o acreditación. Esta dinámica se desarrolla a través de los procesos de autoevaluación que los hospitales implementan valiéndose de las herramientas brindadas por diferentes entes o instituciones que previamente han firmado convenios con la provincia, entre ellas IRAM, CIDCAM, CENAS, ITAES, Programa PICAM.

Es el Estado quien asume un rol decisivo para aprobar las condiciones que debe reunir el evaluador, como es el caso de IQNET (organismo internacional) que realizó la certificación del programa.

A nivel de los hospitales se desarrollan dos tipos de evaluación: las evaluaciones tendientes a certificar o acreditar (sistemas de autoevaluación) con algún organismo externo especializado (los mencionados anteriormente) y aquellas que se relacionan con el desarrollo cotidiano de las tareas. Las evaluaciones se relacionan con el desempeño y las funciones internas al hospital (es decir, servicios y profesionales de la salud), se miden según algunos entrevistados “*en terreno*”, a través de lo que llaman auditorías internas, constantes, lo que hace la tarea dinámica y evita distracciones.

Probablemente los mecanismos de evaluación que implementa el programa no sean muy específicos ni prefijados y esto puede asociarse, en gran medida, a la naturaleza del vínculo entre hospital y programa (provincial). Los lazos generados, según la mayoría de los entrevistados, son muy estrechos y la comunicación es personalizada. Esto expresa, en términos “*no formales*”, la existencia de algún tipo de evaluación coti-

diana, basada en la generación de vínculos fuertes. Por otra parte, debe resaltarse que en términos del asesoramiento que presta la provincia, se lleva adelante un proceso en el cual se insta al hospital a tomar decisiones acordes a sus posibilidades. Se evalúa la capacidad previa del hospital para asumir ciertas acciones.

Tanto la certificación como la acreditación son consideradas como una “puerta de entrada” pero no una finalidad en sí misma ya que la calidad, desde la perspectiva de los entrevistados, debe construirse.

La adhesión mencionada es voluntaria. Una vez que el hospital suscribe, se le solicita la creación de un comité de calidad que analizará todos los procesos que ocurran dentro de la institución y a su vez la capacitación del personal afectado a dicho comité. Al iniciar el proceso, los hospitales llevan adelante una etapa de diagnóstico, cuyo resultado será el insumo que delineará los objetivos a plantearse y los mecanismos para llevarlos adelante.

Se podría inferir, entonces, que el marco regulatorio adquiere su función como tal en un segundo momento del proceso, posteriormente a la decisión de las instituciones de incluirse como actores.

Sin embargo, más allá de prefijar normativas, líneas de acción y prestar asistencia técnica, el marco regulatorio del programa es lo suficientemente elástico como para otorgar un grado de autonomía y participación muy amplio a cada hospital adherido al mismo.

Puede vislumbrarse así que conviven dentro del proceso de implementación dos aspectos: la delimitación que generan las regulaciones legales (que funciona como marco ordenador) por un lado, y cierto grado de autonomía de acción para las instituciones ejecutoras, por otro.

El marco legal que rige al programa cumple un rol determinante y característico dentro del proceso de trabajo de la Calidad ya que se configura como una herramienta que permite la implementación del mismo. Se observa que las resoluciones y decretos que enmarcan al programa de garantía irrumpen en el terreno de las acciones de calidad que se llevaban a cabo en los hospitales con anterioridad a la implementación del mismo.

Una particularidad que lo caracteriza y define en relación a la existencia de un marco que lo regula es un cierto grado de desconocimiento de este marco legal por parte de los profesionales que llevan a cabo el trabajo en calidad, pero que lo desarrollan en la práctica. Esta tendencia puede reconocerse al interior de los hospitales que se han consultado como un proceso en el cual, si bien algunos trabajadores de la salud desconocen el nombre del programa, refieren a “*acciones de calidad*” o en el marco de la misma, lo que implica reconocer que el programa está instalado en tanto se concretan actividades en torno a él, aunque no haya una identificación directa que vincule su nombre o sus directrices con las acciones que se cristalizan diariamente en cada hospital.

Acerca del proceso de institucionalización del programa como política pública

Las políticas públicas se especifican en programas que son implementados siguiendo ciertas normativas, pero que necesariamente se desarrollan bajo ciertos factores que posibilitan su perdurabilidad.

Esto obedece primariamente a la forma en que el tema introdujo la problemática en la agenda pública para luego ser considerado en su trata-

miento. En relación a esta cuestión, los sujetos que los movilizan deben desarrollar, por lo tanto, estrategias discursivas y políticas orientadas a posicionar y aumentar la visibilidad e importancia de los problemas frente a otros sujetos sociales o autoridades (D. Knoke y E. Laumann, 1979 en: Guzmán V., 2006).

En este sentido, se avanza sobre la institucionalidad de un tema cuando una nueva práctica se hace estable, se sostiene en el tiempo y es posible realizar el seguimiento y evaluación.

El programa de garantía ha logrado institucionalizarse mediante diversos factores y los logros obtenidos se traducen en acciones concretas que cada hospital ha puesto en marcha. Entre ellas:

- Articulación con diferentes entidades acreditadoras y certificadoras (ISO).
- Aplicación de sistemas de evaluación externa (habilitaciones y certificaciones) y evaluaciones internas a través de encuestas de satisfacción a profesionales y usuarios.
- Desarrollo de diagnósticos situacionales para definir líneas de acción en el marco de la calidad.
- Creación de comités de calidad, ética, infecciones, seguridad, docencia e investigación, entre otros.
- Oficinas de atención al usuario
- Redistribución de infraestructura para convertir al hospital en un espacio más amigable al usuario
- Implementación de sistemas de turnos telefónicos a través de un 0800 y por Internet.
- Creación de formularios de notificación de Incidentes de Seguridad.
- Trabajo en red con hospitales y CAPS, Ministerio de Salud Nacional, provincial y OPS.
- Investigación, capacitación y talleres sobre calidad en forma continua: se abordan diferentes temáticas: acreditación, categorización, habilitación, mejora en la atención de usuarios, introducción a la calidad en las instituciones sanitarias, gestión de calidad, programas de calidad, aplicación de nuevas tecnologías. Estos talleres se dan en formato presencial y en modo virtual (Plataforma *e-learning*).

El programa ha sido reconfigurado, sosteniéndose más allá de una Gestión de Gobierno, a través de diferentes estrategias y herramientas implementadas en los hospitales.

Una estrategia clara en torno a generar legitimidad y así garantizar la perdurabilidad del programa se refleja en la adaptación u ordenamiento de actividades en relación a calidad que llevaron adelante algunos hospitales para ajustarlas a los requerimientos del programa pero intentando, en algunos procesos, evitar hacer referencia a una política o programa específico.

Una de las herramientas que, según las observaciones, se han utilizado para alcanzar este arraigo, ha sido la fluidez de las relaciones entre los niveles, el permanente contacto y predisposición de los niveles superiores con la base del programa, los hospitales. En este sentido, es primordial el rol de rectoría tanto a nivel ministerio como ente coordinador e impulsor de calidad, como a nivel de los directivos y jefaturas de hospitales que deciden el rumbo asumido por el hospital en materia de calidad.

En el ámbito de las instituciones se valora el compromiso, el respaldo de los directores, la motivación y el trabajo siguiendo una misma línea de acción con los demás trabajadores del hospital. Sumado al consenso,

para lograr la instalación del programa y su perdurabilidad, es necesario el compromiso de los actores involucrados en el mismo, que deberían apoyar y concordar con el proyecto que se llevará a cabo en la institución. El factor humano, entonces, adquiere un lugar clave en términos de visualizar qué le confiere continuidad a una política.

Por ello, y considerando que el programa no es obligatorio ya que la adhesión es voluntaria, es necesario generar “*cultura de la calidad*”. Esto no implica que no exista una direccionalidad en las acciones en la cual se respete una jerarquía, por lo que las decisiones tomadas en los estratos más altos de la institución van a ordenar el trabajo. Sin embargo, si existe una convicción generalizada y un compromiso sobre el trabajo en calidad es más factible que se instale la misma, atravesando los posibles cambios institucionales que puedan producirse.

Las influencias de las relaciones entre niveles de gobierno en el programa de calidad: viabilidad, sostenibilidad y autonomía

En vistas del federalismo cooperativo se ha podido vislumbrar a lo largo del recorrido por los distintos hospitales, así como en el intercambio con los funcionarios nacionales y provinciales del programa, relaciones intergubernamentales en torno al programa de garantía que adquirieron diversidad de características y derivaron en múltiples consecuencias en la gestión de calidad.

La lógica de intercambio y cooperación inter niveles se ve reflejada en el discurso de los actores involucrados, y en este marco se llevan a cabo acciones concretas en torno a definir de modo conjunto el desarrollo del Programa.

El otorgamiento del factor “calidad” a la atención de la salud en la esfera pública otorga legitimidad y es un rasgo que caracteriza y recorre todo el entramado de relaciones y vínculos que genera el Programa tanto intra niveles de gobierno como en los hospitales.

Al respecto, se ha podido observar que la obtención de legitimidad podría constituirse como “sostenedor” de esta política tanto para los niveles de Gobierno como para los hospitales implicados. Por un lado, el impulsar acciones que impliquen calidad en la esfera de la salud por parte de los estratos de Gobierno implica otorgar a la Salud Pública un atributo que, para la conciencia colectiva, se encuentra exclusivamente en la esfera privada. Cuando se focalizó la atención en los procesos de articulación generados en y por el programa, la mayoría de los entrevistados mencionó la transversalidad como instrumento de central importancia en el desarrollo del Programa. La misma generaría vínculos entre diferentes áreas a nivel nacional y provincial, entre nación y provincia, entre programas, entre la provincia y los hospitales, entre hospitales y CAPS y al interior de los hospitales, en los equipos de trabajo.

Se considera que el trabajo es y debe ser necesariamente coordinado ya que este programa de calidad atraviesa el sistema de salud. La idea implica la aplicación de transversalidad, es decir, poder cruzar todo el ministerio, siempre dando un marco de respeto a las autoridades y logrando una planificación conjunta. Por lo tanto se generan relaciones interinstitucionales para lograr la imbricación del trabajo conjunto. Gran parte de los referentes consultados refieren al respecto que la relación con los hospitales y las

regiones sanitarias es fuerte, generándose alianzas con diferentes organizaciones e instituciones externas al ministerio lo cual es un medio para crear calidad. Por ejemplo, se mencionan la Universidad de La Plata y la Sociedad Argentina de Auditorías; también hay una relación fuerte con el Programa Nacional de Garantía, relación con gestión de gobierno, dirección de hospitales y dirección de regiones sanitarias.

La transversalidad de la calidad es visualizada en el trabajo conjunto con otras áreas o programas, generando procesos de retroalimentación. En este sentido, varios actores entrevistados han mencionado que se produce una articulación con otros programas que dependen de la Secretaría de Desarrollo de la Provincia.

Los vínculos generados funcionan como mecanismos posibilitadores de la misma política. Se menciona así que estos lazos se convierten en “anclas” externas que permiten viabilizar el desarrollo del programa en caso de existir dificultades políticas.

Los hospitales también generan lazos a través del funcionamiento de un sistema de redes. El programa ha encarado acciones para fortalecer la Gestión de la red de calidad

En este sentido, algunos entrevistados refirieron que se está tendiendo a adoptar el lineamiento de romper con la hospitalización del paciente y expresa una experiencia de articulación llevada a cabo.

A nivel de los equipos de trabajo internos, los hospitales adheridos al programa intentan “involucrar” a jefes de servicio y jefes de sala. La intención allí es lograr, a través de la comisión de calidad, una mayor integración.

Visualizamos así que a través de la formación del comité de calidad se generaron relaciones horizontales, que permiten a cada uno exponer ideas y objetivos (acorde a cada área) encaminados para el logro de calidad, visualizando la institución en forma integral. El trabajo interdisciplinario y la formación de equipos sólidos permiten la consecución exitosa de las metas propuestas.

La lógica transversal a la que apunta el programa puede visualizarse, entonces, en los diferentes niveles que lo componen. El vínculo entre la coordinación provincial y los hospitales, como mencionamos en otro apartado, es muy estrecho, expresado en la comunicación y el contacto permanente, lo que posibilita una buena retroalimentación cotidiana.

La creación de instancias de interacción entre los hospitales, sea a través de jornadas de intercambio de experiencias o bien con la creación de redes de hospitales o redes hospital y CAPS, extienden los procesos de calidad, producen una apertura hacia la participación de otras instituciones, dando lugar a un entramado de relaciones más complejo y profundo cuyo resultado se cristaliza en términos de mejora de calidad.

No es posible referir a un concepto unívoco de calidad. De las entrevistas surgen disímiles concepciones de calidad que tanto trabajadores de los hospitales como funcionarios poseen. Consideramos que hay un paralelismo entre ambas cuestiones que generan representaciones dispares, y, en consecuencia, accionares diferentes en cada caso en el campo del trabajo en la Calidad.

El trabajo con la Calidad ha sido definido prácticamente por la totalidad de entrevistados como “la necesidad de un cambio cultural” en los dos ámbitos en que se desarrolla el programa: tanto para los usuarios como para los profesionales que lo lleven a cabo, y es previsible que ello demande un trabajo arduo, profundo y sensible en cuanto que refiere a lo subjetivo.

Consecuentemente a estas condiciones surge la aplicación y el otro tipo de rol que se le confiere al marco regulatorio: se establece como un contexto que otorga legitimidad a las acciones que se demandan de los médicos en el marco del programa de calidad, estableciéndose como un factor que justifica y engloba estos requerimientos. Es entonces una herramienta en la labor de directivos y autoridades de los hospitales.

Desde un aspecto subjetivo, los médicos han logrado sostener un lugar de saber autónomo y hegemónico, que al actual requerimiento que presenta el Programa de Calidad genera una frontera y el posterior rechazo a sugerencias que refieran a su modo de trabajo. El abordaje de la calidad aparece como “una meta permanente”, se pretende entonces lograrla a partir de un cambio cultural del establecimiento y la generación de un fuerte compromiso por parte de los actores involucrados. Tanto los hospitales como los ministerios ejecutores de los programas se valen de medios de comunicación eficaces que permiten la generación paulatina de una cultura de la calidad.

En las entrevistas en hospitales provinciales se encontraron mecanismos de comunicación tales como líneas gratuitas telefónicas para sacar turnos, redes intrahospitalarias de comunicación que permiten compartir información y optimizar el trabajo. Algunos hospitales poseen su propia página web en la cual se publican acciones desarrolladas, logros, premios obtenidos, en el marco del programa, siempre manteniendo el eje en la visión y misión que cada hospital concibe. En otro caso también debe resaltarse la publicación de una revista que alcanza tanto a miembros del equipo de trabajadores del hospital, como a la comunidad de referencia del mismo.

El rol del ciudadano en la gestión de calidad en salud

La responsabilidad de una política pública no es exclusiva del Estado en tanto que cada uno de los actores sociales involucrados participa en alguna medida en el desarrollo y controla la implementación de la política con el fin explícito de fortalecer la democracia y la expansión de la ciudadanía del conjunto social.

Es interesante la corriente actual de generar instancias de interlocución entre el Estado y la sociedad para asegurar la consideración de puntos de vista e intereses de los ciudadanos (los usuarios y los trabajadores de la salud).

El Ministerio de la Provincia de Buenos Aires a través de la Subsecretaría de Planificación de la Salud, en conjunto con la representación de la OPS/OMS local, coordinó y organizó, en el año 2001, las etapas preparatorias del ejercicio de evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP).

La medición se realizó sobre once funciones esenciales que permitieron a la gestión provincial contar con información para elaborar el plan de desarrollo institucional con el objetivo de mejorar dichas funciones. Los resultados obtenidos ubicaron en primer lugar la función de Monitoreo, Evaluación y Análisis de la situación de Salud, en sexto lugar la Garantía y mejoramiento de la calidad en servicios de salud individuales y colectivos y en décimo lugar la participación de los ciudadanos en salud.

Así se desprendieron cuatro ejes estratégicos en torno a los cuales gira la política actual de dicho ministerio.

En el marco de las acciones propuestas para los ejes “Organización de los servicios centrados en la comunidad” y “los trabajadores de la salud como actores claves del sistema”, se crea el Programa de Mejora de Atención a la Comunidad (PMAC- 2006).

Las políticas públicas traen aparejada una noción acerca de quién y cómo es el sujeto de las políticas (Saforcada, 2010) y ponen de manifiesto que los mecanismos que impulsa el Estado nunca son herramientas neutras (Bloj, 2005: en Saforcada, 2010), ni se dan en el vacío.

La mirada del usuario

En la actualidad se reconoce que los usuarios ya no son agentes pasivos y no aceptan acríticamente los servicios que reciben. Los usuarios se han convertido en actores claves dentro de los sistemas de salud.

En este sentido, se pone de manifiesto la consideración de los derechos de los ciudadanos, como así también los aspectos éticos inherentes a la atención en salud, incluyendo eficiencia, eficacia y seguridad.

Al tomar contacto con los hospitales de la Provincia de Buenos Aires a través de sus funcionarios y trabajadores de salud aparece la necesidad de mejorar la calidad de la atención del usuario, de poner al usuario en el centro del eje: “*Lo más importante siempre fue el médico, empezamos a cambiar eso, empezamos a poner el eje al paciente (...)*” Así también se promueve la participación del usuario en espacios diferentes a los propios de su rol de paciente.

Un tema a tener en cuenta desde las políticas públicas, es considerar que para lograr la participación de los usuarios y que éstos puedan reclamar y ejercer sus derechos, se debe garantizar los mecanismos de acceso a éstos, ya que muchas veces, los sujetos los desconocen y por tal motivo se encuentran imposibilitados de ejercerlos y reclamarlos.

El acercamiento a los hospitales ha permitido comprobar la existencia de los mecanismos de llegada al usuario. En la mayoría de estas instituciones se encuentran funcionando las oficinas de atención al usuario, ubicándose en lugares estratégicos y de fácil acceso. Del mismo modo existen carteles informativos y sistemas de señalización que orientan al usuario para moverse dentro del hospital con mayor conocimiento.

La mirada de los trabajadores de la salud

Como se señalara anteriormente, tener en cuenta a la ciudadanía implica sumar a los trabajadores de salud al proceso de construcción colectiva.

Es necesario incorporar a la prevención, promoción y recuperación de la salud, a quienes son parte del proceso de salud, los denominados trabajadores de la salud.

Entre las acciones desarrolladas se puede destacar la conformación del Comité de Calidad dentro del espacio hospitalario, que ha logrado promover espacios de comunicación y de participación interdisciplinarios que permiten abordar las problemáticas de manera conjunta y así mejorar los resultados.

En muchos hospitales el Comité de Calidad no ha logrado conformarse por diversos motivos, entre los cuales se encuentra la falta de recursos humanos y financieros, que surgieron en el relato de manera recurrente. Igualmente debemos señalar que todos los hospitales cuentan con la

conformación de otros comités, lo que permite alcanzar, por estas vías, los objetivos antes mencionados.

El trabajo a través de los diferentes comités permite que los problemas sean tratados de manera transversal y desde la interdisciplina. De este modo las dificultades dejan de ser de un área específica para convertirse en un problema del hospital que por lo tanto puede y debe ser atendido por todos.

Cuando se analizan las políticas públicas es necesario poner la mirada en estas acciones e ir descubriendo cuál es la concepción de ciudadano que subyace en los programas y empezar a entretejer la trama, cruzando los hilos de la teoría y de la práctica, entre el discurso y la acción, entre lo ideal y lo real, para encontrar una vinculación auténtica entre lo postulado en los programas y lo que efectivamente se lleva a cabo.

Satisfacción de los actores comprometidos- Calidad del servicio

En el presente estudio se observa cómo los profesionales de la salud remarcan la importancia de responder a las necesidades de la gente, poniendo el acento en la atención de las personas (no pacientes), de manera integral y marcando especial importancia al acceso de los sujetos a los servicios de salud, tratando de que el hospital sea un espacio amigable.

Asimismo, la satisfacción de los trabajadores de la salud es necesaria no sólo para el desarrollo personal y profesional sino también para mejorar procesos de gestión, los modos en que los servicios llegan a la comunidad, y la manera en que se desarrollan las prácticas asistenciales y las interacciones humanas en los servicios públicos de salud.

Otra cuestión que resultaría determinante para poder aplicar los diferentes programas en las instituciones, es el convencimiento de la dirección; para su implementación, además de ser una fuente de motivación e incentivo para todo el equipo de trabajo, repercute en los resultados obtenidos.

En este contexto ya no sólo son necesarias políticas eficaces que atiendan a una salud de calidad sino también mejorar la percepción de los ciudadanos sobre la calidad de la atención recibida, otorgada y percibida.

El derecho universal a una salud para todos

Al realizar un recorrido por los programas descriptos en esta investigación podemos observar que todos hacen mención al derecho universal a la salud.

Ahora bien, ¿es posible alcanzar esta meta? El desafío de la equidad implica no sólo lograr una respuesta a los problemas de salud de los ciudadanos, sino también que todos tengan respuestas de calidad y efectividad. Se trata de no continuar tolerando servicios de salud diferenciales.

Al consultar a los referentes de hospitales y funcionarios públicos sobre este tema, ¿es posible cumplir con la uniformidad y la universalidad de una salud de calidad para todos los ciudadanos? ¿Cómo asegura el programa este proceso? La mayoría coincide en que alcanzar la universalidad en salud es un deber y una responsabilidad ineludible del Estado, ya que la salud es un derecho de todos los ciudadanos de nuestro país. Igualmente se reconocen claras dificultades de hacer efectivo este objetivo en el hacer cotidiano de cada uno de los hospitales, y se acepta que

una cantidad de personas acceden a servicios deficientes o bien carecen de toda protección social en salud. De todas maneras todos caminan hacia el objetivo de la universalidad con calidad, empezando por su espacio territorial, sin utilizar recetas preestablecidas.

Es importante fijar prioridades, planificar las acciones y por otro lado, lograr un trabajo fuertemente articulado con niveles primarios de atención y los de mayor complejidad, y entre los niveles nacionales, provinciales y municipales, como así también no delegar en otros niveles la responsabilidad de avanzar en este tema, sino que cada uno asuma el deber de empezar a hacer desde el lugar en que se encuentra.

Todo esto requiere necesariamente de una fuerte decisión política, de la prioridad que adquiera en la agenda social, que exprese la importancia de la salud para la sociedad y que la misma no está aislada del contexto general, del modelo económico, político, social y cultural del país.

Conclusiones

A través de la presente investigación se ha propuesto analizar el impacto de la Gestión del Programa de Garantía de Calidad de Atención de la Salud en la Provincia de Buenos Aires.

A lo largo del recorrido se abordaron aquellos ejes considerados relevantes de acuerdo a los objetivos propuestos, surgiendo algunas reflexiones que expresamos a continuación:

No cabe duda de que las políticas públicas son el marco regulador que posibilita, a través de los programas, el abordaje de los problemas sociales. Sin embargo, en ocasiones, la práctica cotidiana de las mismas no se esgrime como suficiente para garantizar la universalidad y equidad.

Es primordial el rol de rectoría tanto a nivel ministerial como ente coordinador e impulsor de calidad, como a nivel de los directivos, jefaturas de hospitales que deciden el rumbo asumido por el hospital en materia de calidad. Juega un rol crucial la generación y cumplimiento de compromisos de ambas partes.

El tipo de relaciones y vínculos que se genera en torno a los niveles gubernamentales, esgrimen una cuota de subjetividad como componente de los mismos. Al respecto, se ha observado que la voluntad, el compromiso personal así como el aspecto vocacional podrían definir, en gran medida, la consecución exitosa del Programa de Calidad.

En el proceso de aplicación de este programa la clave de la aceptación, la perdurabilidad y cierto grado de éxito obtenido guardaría estrecha relación con la característica de constituirse como una herramienta moldeable, adaptable a cada contexto particular de los hospitales, que se esgrime más que como una imposición de los niveles superiores de Gobierno, como una sugerencia de trabajo con la Calidad. Esto nos lleva inmediatamente a pensar en un proceso que asegura la institucionalización de esta política pública, permitiendo garantizar el cumplimiento de los objetivos a largo plazo así como resultados más duraderos en el tiempo, más allá de los cambios de gestión.

El marco regulador mencionado que rige la implementación del Programa es determinante en algunos aspectos, siendo lo suficientemente flexible y dando lugar a la participación y la autonomía de cada hospital.

Las relaciones personales y los vínculos estrechos entre los trabajadores de la salud son un factor central en la implementación del programa. Se podría inferir que, a medida que se logra establecer un objetivo común e intereses personales y profesionales convergentes, el posicionamiento frente a la resolución de un problema se torna favorable y, por el contrario, cuanto más anónimas son las relaciones personales más se alejan de su tratamiento. El sentido de pertenencia en un equipo de trabajo con objetivos claros podría ser uno de los ejes claves para el ejercicio de los programas sociales.

Las disímiles percepciones acerca del significado de calidad dado por los trabajadores de la salud y los usuarios de los servicios conllevan diferentes modos de implementar el programa de calidad al interior de los hospitales. Sin embargo, se hace referencia tanto desde las instituciones como también desde los niveles de coordinación del programa, al abordaje de la calidad como una meta permanente. De aquí se desprende la intención de construir en forma cotidiana una cultura de la calidad.

Para finalizar, debe recordarse que las políticas públicas son procesos que tienen su origen en la sociedad y en espacios de interacción con el Estado, y los problemas que ingresan a la agenda pública se construyen en distintos escenarios, con determinados sujetos y desde diversas posiciones de poder y subordinación.

El Estado toma e implementa decisiones tratando de generar un valor público que necesariamente será conflictivo por la disparidad de intereses, y por tanto se sabe que habrá ganadores y perdedores.

Bibliografía

- AGUILAR VILLANUEVA, L: La implementación de las Políticas Públicas. *Colección Antologías de Política Pública. Cuarta Antología*. México, Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial, 1993
- BLUTMAN, G., AZCORRA, A: *El Estado y la garantía del derecho a la salud, Programa educativo de la capacitación a distancia. Gobierno de hospitales públicos: Modelos y estrategias para su orientación hacia la cohesión social*. Eurosocial – Isalud, 2007
- BURMESTER, H: Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de calidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol.1 n.2, Washington, 1997
- CAO, H, BLUTMAN, G, ESTÉVEZ, A e ITURBURU, M: *Introducción a la administración pública nación, provincias. y municipios*. Buenos Aires, Biblos, 2007
- CHIARA, M., DI VIRGILIO, M: *Gestión Social y Municipios. De los escritorios del Banco Mundial a los barrios del Gran Buenos Aires*. Los Polvorines. Universidad Nacional General Sarmiento. Buenos Aires, Prometeo Libros, 2005
- CORTÁZAR, J C: *Filminas curso Gerencia Social Julio INDES* (en base a varios autores C. Molina, C. Moore, I. Licha, K. Echeverría - Mendoza), 2003
- DEMING, W. E: *Out of the Crisis*. MIT Press, 1986
- GUZMÁN, V: La institucionalidad de género en el estado: Nuevas perspectivas de género. *Revista CEPAL N° 32*, Santiago de Chile, 2001. [En línea] <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/6323/lcl1511e.pdf> [Consulta: 28 de julio de 2010]
- MAIORANO, C: Editorial. *Revista del Hospital de San Fernando "Petrona Villegas de Cordero" N° 4*. Editor Responsable Fundación Hospital de San Fernando, Junio, 2007 [En línea]
- <http://www.ms.gba.gov.ar/HCordero/Revista/04/Revista4Texto.pdf> [Consulta: 17 de enero de 2010]
- MEDINA A., MIRAGLIA M., CHIARA M., (Coord): *Gestión local en salud. Conceptos y experiencias*. Los Polvorines. Universidad Nacional General Sarmiento, 2008
- REPETTO, F: *Gestión Pública y desarrollo social en los noventa. Las trayectorias de Argentina y Chile*. Buenos Aires, Prometeo, 2002
- PARSONS, W: *Políticas Públicas*. México, Flacso, 2007
- PÉREZ SÁNCHEZ, M: *Análisis de políticas públicas*, Eug. Granada, 2005
- SAFORCADA, E, DE LELLIS, M, MOZOBANCYK, S: *Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. 1° Edición. Buenos Aires, Paidós, 2010
- TAMAYO SÁEZ, M: El análisis de las políticas públicas. En BAÑOS, R., Y CARRILLO, E, (Comp.) *La nueva administración pública*. Madrid, Alianza Universidad Madrid. 1997
- TOBAR, F: Cambios de paradigma en Salud Pública. XII Congreso del CLAD. Buenos Aires., 2008 [En línea]
- http://federicotobar.com.ar/nf_pdf5/Cambios.pdf [Consulta: 10 de diciembre de 2010]