

VINCULACIÓN ENTRE LA UNIVERSIDAD Y EL SISTEMA DE SALUD UN MODELO EN DESARROLLO

<salud publica><convenio de capacitacion><cooperacion técnica><políticas de aps>

Cadile M C, Marita.cadile@gmail.com

Aulicino M, maulicino@fibertel.com.ar

Duré I, isabeldure@fibertel.com.ar

Bordoni N. nbordoni@rec.uba.ar

INTRODUCCIÓN

El 26 de agosto de 1999 la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires y el ahora Ministerio de Salud el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (MS-GCBA) suscribieron un convenio específico en el que se establece un “acuerdo de complementación y cooperación centrada en la formación de recursos humanos del sector”, pero abierta también a la asistencia técnica estratégica.¹

Esta relación de cooperación de casi diez años de trabajo²conjunto desarrolló y continúa desarrollando una programación anual de capacitación y una serie de acciones de distinto alcance. Esta vinculación introduce una modalidad que permite que, en el marco de la concepción de salud y de los atributos de calidad establecidos por la Maestría en Salud Pública de la UBA, se introduzcan ajustes estratégicos congruentes con las necesidades de capacitación para los recursos humanos relevadas por los responsables de las políticas públicas.

¹ Pueden identificarse como antecedentes los Convenios entre la Universidad de Buenos Aires y la, entonces, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires firmado en 1985 y que permitió la instalación de sedes de articulación docencia-asistencia-investigación en hospitales y escuelas municipales para la instalación de un modelo alternativo de atención odontológica, vigente actualmente (Bordoni, 1993 y 2005)

² Las actividades conjuntas se iniciaron en 1998 mediante la modalidad de contratación directa mientras se gestionaba la aprobación del Convenio Específico desprendido de un convenio marco de 1997 entre el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y la Universidad de Buenos Aires.

Esta plasticidad se plantea como una estrategia para acortar las distancias entre la producción de conocimientos y la toma de decisiones políticas en el campo de la salud y su operacionalización.

Durante las últimas décadas, las escuelas de Salud Pública latinoamericanas asumieron un papel fundamental en la formación de profesionales y en el debate de temas prioritarios en salud, en un escenario en el que la situación epidemiológica tenía como desafío fundamental el control de las enfermedades infectocontagiosas y el Estado exploraba sus capacidades para la formulación y administración de programas sanitarios y la distribución racional de los recursos.

En este sentido, se alcanzaron grandes logros en el mejoramiento de los indicadores de salud de la población y en el control de plagas y epidemias que tuvieron como protagonistas a la Salud Pública como disciplina y a las Escuelas de Salud Pública como responsables de la investigación, la formación y la cooperación técnica entre instituciones responsables de la gestión y las políticas de salud³.

En 100 años de formación en Salud Pública se atravesaron varias etapas. En la década del 40, la educación se centraba en la formación de cuadros de conducción para los ministerios nacionales. Una etapa posterior encaró la formación para los subsectores de la seguridad social o de las grandes corporaciones, que constituían los actores institucionales hegemónicos. En los años 90, la actividad se orientó a la formación de cuadros funcionales a los procesos de reforma.⁴

A fines de los noventa e iniciando el milenio, los problemas de salud crecieron en complejidad al mismo tiempo que las teorías y categorías necesarias para comprenderlos e intervenir en ellos, comprometieron más campos del conocimiento. La formación debió responder a las demandas de intervención pertinentes para el abordaje de las *problemáticas sociales complejas*, (la violencia, las adicciones, los trastornos alimenticios, las enfermedades de transmisión sexual), los problemas ambientales, las patologías emergentes y re-emergentes. Los profesionales de salud, incorporan saberes propios de la administración, la epidemiología, las ciencias sociales, necesariamente incorporan las humanidades para explorar estas nuevas

³ Desafíos para Educación en Salud Pública. La Reforma Sectorial y las Funciones de la Salud Pública. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. WDC. OPS/OMS, Junio 2000.

⁴ Rovere, M. *Educación en salud Pública; relevancia, calidad y coaliciones estratégicas*. En: Formación de Posgrado en Salud Pública. Nuevos desafíos, nuevos caminos. Buenos Aires. OPS/OMS, 2004.

problemáticas, sus causas y las causas de sus causas y transitar la incertidumbre como contexto habitual de las prácticas.

La articulación generada por las instituciones académicas y las del estado dentro del contexto social puede como un campo en permanente tensión. Este hecho (¿obstáculo o estímulo?) dio como resultado experiencias tales como la Escuela de Gobierno en Salud de la Fundación Oswaldo Cruz de Brasil, la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, la Escuela Nacional de Salud Pública de Santiago de Chile o el Instituto de Nacional de Salud Pública de México o la afianzada experiencia de profesionalización de Directivos en Salud que realiza la Escuela Nacional de Salud Pública de Francia.

En 1995, la Universidad de Buenos Aires crea la Maestría en Salud Pública dependiente del Consejo Superior de la Universidad de Buenos Aires como una propuesta educativa innovadora con el propósito de responder a las nuevas definiciones y a la complejización creciente del campo de la salud pública.

Dos años después, la Maestría comenzó a desarrollar actividades de cooperación técnica y se articuló con la entonces Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, estableciendo los acuerdos germinales de una interesante relación con el principal efector de salud en su territorio de influencia.

El objetivo de este documento es describir la experiencia de la construcción de una respuesta académica a las demandas de una institución del sector. Las actividades desarrolladas constituyen un proceso para el fortalecimiento del primer nivel de atención como soporte de la estrategia de la Atención Primaria de Salud.

ANALISIS DEL PROCESO DE VINCULACIÓN

Los actores de la experiencia

El Ministerio de Salud

La Ciudad de Buenos Aires, con una historia de autonomía de diez años, tiene más de 3.000.000 de habitantes a los que se agregan diariamente 800.000 de personas que ingresan a su territorio por razones laborales. La Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires reconoce el derecho a la salud y asigna al gasto

en este rubro el carácter de inversión social prioritaria⁵. La facilidad de acceso desde los Municipios del Gran Buenos Aires y el desplazamiento diario facilita el traslado a hospitales del sistema de la CABA, hecho que amplía el número de los usuarios potenciales de su sistema público.

El sistema público de la CABA dispone de la infraestructura de salud más grande del país: 13 hospitales generales de agudos, 2 hospitales generales de niños, 16 hospitales especializados, y organiza su oferta en 12 áreas programáticas⁶(Anexo1).

En la actualidad, un 26% de la población la Ciudad, aproximadamente 780.000 personas, no tienen cobertura de los subsistemas privado o de la seguridad social y, por lo tanto, sus necesidades de salud tienen como principal efector al sistema público de salud. En los últimos 10 años, esta cifra se ha incrementado en un 25%⁷.

El primer nivel de atención cuenta con efectores desconcentrados que, con una doble dependencia (de los Hospitales generales de agudos y de la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud) se encuentran ubicados en todos los barrios de la Ciudad implementando programas de atención y prevención en conjunto articulados con la comunidad. Hasta diciembre de 2007 funcionaron 38 Centros de salud y Acción comunitaria 302 médicos de cabecera en consultorios particulares o nucleados en 28 Centros Médicos Barriales y 38 Odontólogos de cabecera en consultorios particulares⁸

Los Centros de Salud están integrados por equipos multidisciplinarios formados por médicos generalistas, clínicos, pediatras, tocoginecólogos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y obstétricas. En muchos casos, los equipos de salud incorporan odontólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicopedagogos, y sociólogos.

⁵**Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.** 1º octubre 1996 [CAPÍTULO SEGUNDO - SALUD](#) ARTÍCULO 20.- Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. <http://www.legislatura.gov.ar>

⁶ Duré, Isabel; Ciancio, A., Kaufman, R. y otros. Caso de la Ciudad de Buenos Aires: El sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y sus recursos humanos. En Reformas en los Sistemas Hospitalarios y Recursos Humanos. Actas del Seminario Franco-Chileno. Escuela Nacional de Salud Pública de Francia, Diciembre 2005, Rennes, Francia

⁷ Estimada al 2007 sobre la base del Censo Nacional 2001.

⁸ Información en Atención Primaria de la Salud. Año 2006. Dirección General de Sistemas de Información de Salud. Dirección de Estadísticas para la Salud. Ministerio de Salud del GCBA. Julio 2007. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La ciudad es sede de programas de diverso origen que incorporan acciones de promoción y/o educación para la salud destinado a los destinatarios específicos : embarazadas, madres de infantes, adolescentes, pacientes con enfermedades crónicas y otros⁹. También se realizan visitas domiciliarias para la atención y el seguimiento de enfermedades o la detección de familias en riesgo.

El Plan Médicos de cabecera brinda atención gratuita en consultorio con turnos programados realizando controles periódicos de salud, control de embarazo y entrega de medicamentos en forma gratuita. En los Centros Médicos Barriales o en su consultorio particular, los médicos generalistas, pediatras, tocoginecólogos, clínicos y odontólogos realizan -en forma gratuita- controles de salud, tratamiento de las enfermedades más frecuentes y desarrollan actividades grupales dirigidas a la promoción de la salud y a prevenciones específicas. Cuenta con prestaciones de enfermería, vacunatorio y trabajadores sociales que relacionan a los vecinos con el Sistema de Salud de la Ciudad. Los estudios de diagnóstico y tratamientos especializados se realizan en el Hospital del barrio, donde personal médico y administrativo orienta y acompaña al beneficiario.

La Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires

La Maestría en Salud Pública dependiente del Consejo Superior de la Universidad de Buenos Aires (MSP-UBA) fue creada en 1993 (Res CS 4870/93) con participación de las 13 Facultades de la Universidad. Hasta el 2007 se desarrollaron dos orientaciones ofrecidas como alternativas durante el segundo año del posgrado.

La MSP-UBA destinada a egresados universitarios de diferentes carreras, fue creada con el propósito de establecer un espacio de debate y contrastación de propuestas en el campo de la salud pública y articula la búsqueda de soluciones para los problemas de salud colectivos con los objetivos específicos de una institución de educación superior.

El plan de estudios está ordenado a partir de 5 áreas problemáticas:

- Campo de la Salud Pública,
- Situación de Salud,

⁹ A través del Programa Materno Infantil se entrega leche a embarazadas y niños menores de 5 años.

- Servicios, Programas y Recursos de Salud,
- Salud y Sociedad: Determinantes del proceso de salud-enfermedad-atención,
- Formación de políticas y desarrollo de Sistemas de Salud.

Aplica la modalidad de Aprendizaje por resolución de problemas (ABP), articulando los contenidos áulicos desarrollados por docentes expertos, con la realización de trabajos de campo en equipo establecidos sobre sedes definidas territorialmente (municipios). De acuerdo con la modalidad didáctica, el proceso es acompañado de forma permanente por docentes tutores.

La investigación caracteriza el quehacer del maestrando en Salud Pública. El trabajo de campo, realizado en escenarios reales de la práctica, se desarrolla aplicando recursos metodológicos cuali-cuantitativos y conlleva una fuerte articulación con el área de investigación. Estas estrategias facilitan la integración del maestrando al proceso de capacitación para el desarrollo de su tesis.

En el año 2007, a partir de la experiencia desarrollada por los equipos en proyectos de Investigación, las actividades docentes y las innovaciones propuestas en la conceptualización y la práctica de la extensión, fue creado el Instituto de Investigaciones en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (IISAP), quedando la Maestría en Salud Pública y sus orientaciones como el componente de docencia del Instituto (Res. CS 2231/07). Esta iniciativa, votada por unanimidad por el Consejo Superior cuenta con equipos de investigación de las Facultades y se articula con otros Institutos de la Universidad. Ha sido propuesta como una *intrarred* de nodos responsables de producción y difusión de conocimientos sobre salud pública de modo que sus resultados estén disponibles para ser usados efectivamente en la resolución de problemas específicos.

Gestión de la Cooperación Técnica entre el Ministerio de Salud¹⁰ de la CABA y la MSP-UBA

¹⁰ Se utiliza la denominación actual de Ministerio de Salud aunque, al momento de a la firma del Convenio, dicha dependencia del GCBA tenía rango de Secretaría de Salud

- **Proceso de desarrollo**

Desde el inicio, la definición de los objetivos y contenidos de la capacitación se elaboró mediante el accionar conjunto de una comisión interinstitucional que incluye representantes de ambas partes, la que procesó las demandas del Ministerio, según las necesidades político-institucionales y consensuó las actividades académicas, los programas de los cursos especialmente diseñados y otros instrumentos tendientes a impactar en las prácticas de los equipos de salud en el primer nivel de atención. Esta modalidad, similar a la aplicada en algunas escuelas de gobierno, aporta a la Maestría la posibilidad de analizar y debatir con los decisores de políticas, las prácticas del Sistema de Salud de la Ciudad para diseñar una capacitación *a medida* de las necesidades.

La MSP-UBA no es obligatoria ni constituye la única oferta de capacitación disponible para el sistema, la gestión conjunta favoreció la elección de sus cursos y los profesionales de conducción, de los equipos de salud y los residentes eligieran sus cursos

De acuerdo con lo estipulado en el Convenio, una Comisión formada por representantes del Ministerio y de la MSP-UBA acuerda anualmente el programa de trabajo incorporando los ajustes derivados de las necesidades relevadas en la gestión de la Atención Primaria de la Salud y las debilidades identificadas en los efectores del primer nivel de atención.

Durante los cuatro primeros años de la cooperación los pedidos de capacitación efectuados por el MS-GCBA¹¹ estuvieron específicamente dirigidos a brindar a los profesionales del Plan Médicos de Cabecera (PMC) -recién lanzado por el gobierno de la Ciudad—herramientas conceptuales y de tipo instrumental. El objetivo fundamental consistía en cambiar el perfil prestacional hospitalario de los médicos que pasaban a atender en sus consultorios privados y cuyas designaciones como efectores del Plan habían sido realizadas entre los pocos profesionales del sistema que habían aceptado la nueva propuesta laboral, motivados casi exclusivamente por la posibilidad de lograr un ingreso extra.

¹¹ Adultos: Prácticas preventivas I. Control del Adulto Sano

En ese momento, quienes tenían a su cargo la gestión del PMC solicitaron a la Maestría una capacitación *ad hoc* con el objetivo de ajustar las prácticas asistenciales, “institucionalizar” la nueva modalidad prestacional, generar cohesión grupal y darle visibilidad al Plan ante los directores de hospitales, muchos de los cuales estaban poco convencidos de su utilidad. La legitimación de la capacitación incluía la autorización otorgada a los médicos para asistir a los ratificada por los Directores de hospitales. Esta nueva modalidad prestacional, instituida casi simultáneamente con la autonomía de la Ciudad, iba dirigida a los *nuevos pobres*, categoría formada por la clase media pauperizada que había quedado sin cobertura o con acceso a servicios sociales poco confiables en un contexto socioeconómico restrictivo y que incrementaba la demanda a los hospitales. El PMC se basaba en la hipótesis que la figura del médico de cabecera posibilitaría un mayor nivel de contención de los vecinos, en tanto podría establecer un vínculo más profundo con la realidad familiar y social de los mismos, al compartir con ellos un ámbito de pertenencia como es el barrio. La modalidad pretendía, además, responder a los hábitos de consumo en salud de esta población atendida anteriormente por prepagos y servicios sociales, acostumbrada a manejarse credenciales y turnos.

En 2001, una reestructuración del Ministerio (entonces Secretaría) colocó bajo la dependencia de la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud tanto al PMC como a los Centros de Salud y Atención Comunitaria (CESACs), los unificó presupuestariamente y los integró en el Programa Salud Ciudad, apuntando al fortalecimiento del primer nivel de atención y de las estrategias de APS. Se propuso entonces aprovechar las fortalezas de los Centros de Salud, su experiencia en el trabajo comunitario y el abordaje interdisciplinario de los problemas y las competencias de los médicos de cabecera, para avanzar en una gestión articulada.

En el año 2002, se firmó la renovación del Convenio específico entre la MSP-UBA y el actual Ministerio de Salud del GCBA. La cooperación técnica y sus programas de capacitación se hicieron extensivos a todos los efectores del 1er. nivel de atención. Las actividades de capacitación y asistencia técnica se dirigieron al fortalecimiento de los profesionales de la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud. Con estos cambios se modificaron las características de los contenidos curriculares demandados a la Maestría. Los programas elaborados

estuvieron focalizados con el propósito de difundir los principios de la APS, generar debates entre los miembros del equipo de salud, afianzar lazos de trabajo interdisciplinario e intersectorial y se redujeron los contenidos instrumentales. Se plantearon acciones de capacitación orientadas a generar competencias para la gestión local destinadas a los profesionales del 1er. nivel

Entre las competencias requeridas se identificaron:

- herramientas para la realización de análisis de situación de las áreas de responsabilidad como instrumento necesario para la planificación de las actividades y la administración de los recursos,
- apoyo metodológico para facilitar la investigación de las barreras de accesibilidad de la comunidad a los Centros de Salud y otros problemas priorizados,
- dispositivos de intervención para organizar la circulación entre los nodos de la red de salud,
- viabilizar los espacios para reuniones de equipo y reuniones con los vecinos,
- el manejo de guías de procedimientos y recursos.

En general, se pueden identificar en la cooperación dos períodos bien definidos. En el primer período la cooperación acompañó la instalación del PMC orientado a satisfacer el incremento de la demanda sobre los hospitales públicos. Durante el segundo período, acompañó una política de desarrollo de recursos humanos para el primer nivel de atención con el objeto de constituir una dotación suficiente de profesionales con formación congruente con el perfil socio-epidemiológico de la Ciudad de Buenos Aires y que debía atender a una población más vulnerable constituida por pobres estructurales. El componente de capacitación del personal de salud estaba pensado por la DGAAPS como estrategia de integración de todo el primer nivel y de mejoramiento de la calidad de atención.

Como garantía para la disseminación de conocimientos clínicos basados en la evidencia científica contextualizada fueron diseñadas 13 Guías destinadas a profesionales médicos y odontólogos del 1er nivel de atención y un Módulo Metodológico destinado a establecer los criterios de calidad para la producción de documentos consensuados entre la institución académica y la de servicios. Las guías desarrolladas fueron:

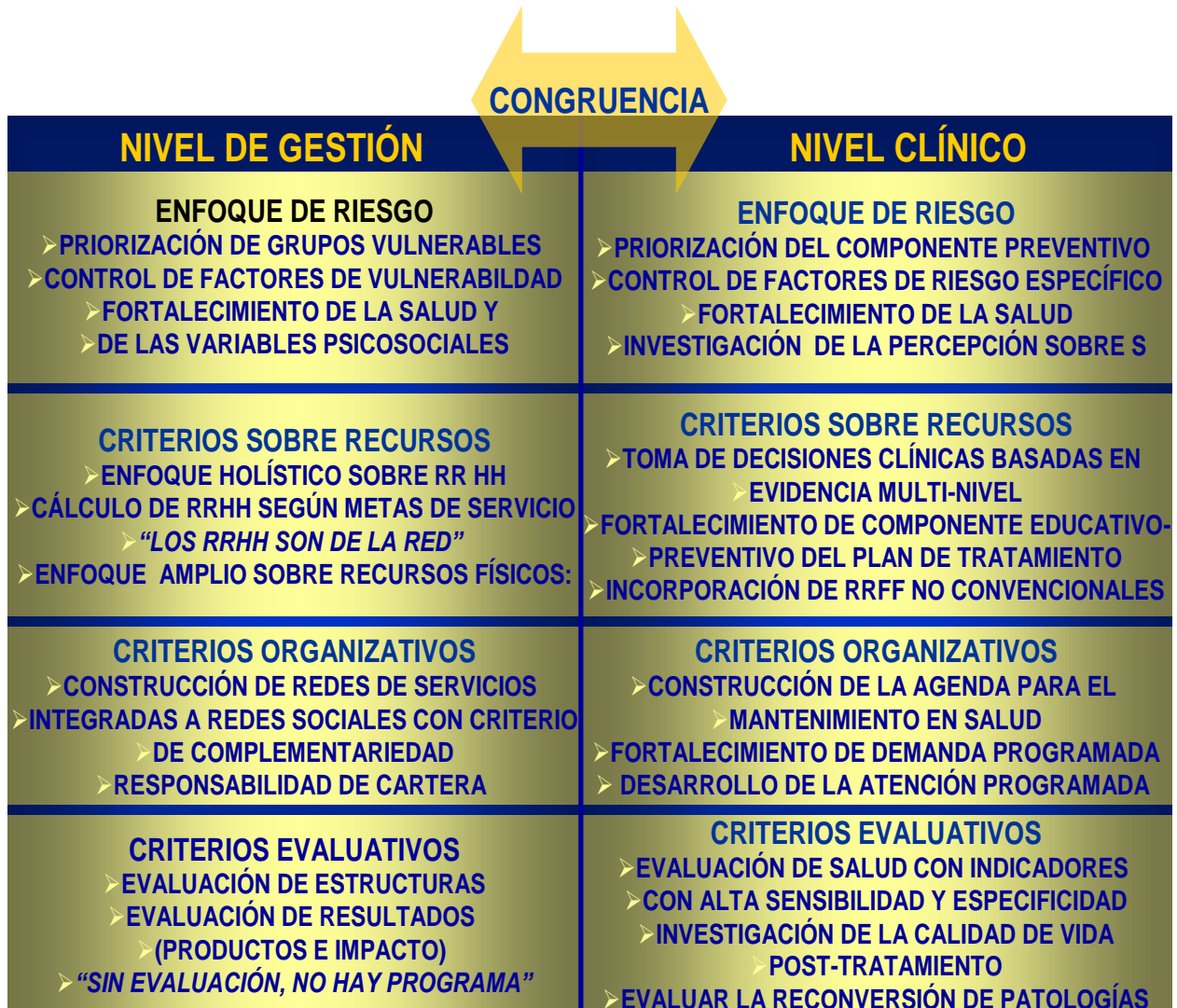
1. Módulo 0
2. Niños: Control de salud
3. Niños: Control de crecimiento y nutrición
4. Niños: Enfermedades prevalentes
5. Niños: Alimentación infantil
6. Niños: Maltrato, abuso y negligencia
7. Niños: Derechos de la infancia y adolescencia
8. Salud Bucal: Programas escolares de Salud Bucal
9. Adolescentes: Principales problemas de salud
10. Adolescentes: Consulta preventiva, consejerías, anticoncepción, y atención del embarazo
11. Adultos: Prácticas preventivas I. Control del Adulto Sano
12. Adultos: Prácticas preventivas II. Control del Adulto Mayor
13. Adultos: Enfermedades Prevalentes. Hipertensión. Asma. Diabetes. Dislipemias
14. Adultos: Prevención e intervención en Alcoholismo
15. Adultos: Prevención e intervención en Tabaquismo
16. Programas y Proyectos de Base Comunitaria

A partir del año 2005 se inició el PROFODISA, programa *online* para la formación de directivos en salud, en colaboración con la Oficina Panamericana de la Salud. En el marco del reconocimiento que dispone la MSP-UBA para desarrollar programas de educación a distancia (Res CS 3139/99), se concretaron tres ciclos anuales con un total de 10 estudios de casos y la participación de más de 200 profesionales por ciclo.

Tanto la adaptación de la plataforma como el diseño de los materiales fueron desarrollados por un equipo de profesionales de ambas instituciones. Las aulas virtuales fueron tutoriadas por un grupo de docentes también mixto y la evaluación fue realizada por el grupo docente, los expertos en contenidos y los participantes.

Al mismo tiempo se requirió una capacitación orientada al fortalecimiento del modelo de atención caracterizado por los atributos incorporados en la Figura 1

FIGURA 1.
VINCULACIÓN ENTRE LA UNIVERSIDAD Y LA SOCIEDAD: UNA NUEVA EXTENSIÓN



La cooperación en números

Los cuadros 1 al 4 incluyen los resultados de la cooperación en términos cuantitativos.

CUADRO 1: CANTIDAD DE PARTICIPANTES Y HORAS DE CAPACITACIÓN DESARROLLADAS		
PERÍODO	HORAS DESARROLLADAS	CANTIDAD DE PARTICIPANTES
1998-2001	1420	521
2002-2007	1977	1117

CUADRO 2: TOTAL DE CURSOS Y RENDIMIENTO DE CURSANTES	
Total de Cursos	%
Aprobados	79%
No alcanzó 75% asistencia	12%
Abandonó	4%
No aprobó evaluación	5%
TOTAL	100%

CUADRO 3: BECAS OTORGADAS PARA CURSAR LA MAESTRÍA ENTRE PROFESIONALES DEL MSP/GCBA Y RENDIMIENTO DE LOS BECARIOS				
Becas Otorgadas	Egresados	Abandonos	En Curso	Tesis en curso
3	10	6	7	5

CUADRO 4: ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DESARROLLADAS EN EL MARCO DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA		
Materiales didácticos publicados	Participaciones en Congresos y seminarios	Desarrollos conjuntos
1 Módulo Metodológico 14 Guías de Procedimientos focalizadas en Niños (5 guías) Adolescentes (2 guías) Adultos (5 guías) Programas escolares para salud bucal (1 guía) Programas y Proyectos de base comunitaria (1 guía)	1. Integración de comité científico del 2do. Congreso de Atención Primaria 2. Seminario Internacional para Formación de Directivos 3. Integración de comité científico del 3er. Congreso de Atención Primaria 4. Participación en el Taller de Resolución de Conflictos Cooperación Bilateral Francesa	Programa Virtual de Formación de Directivos en Salud PROFODISA Cantidad de cursantes:

- **Resumen de las actividades realizadas**

1. **Cursos de formación para distintos efectores del Primer Nivel de Atención de la Salud**

- Programas para Médicos de cabecera (PMC), personal de conducción, equipos de salud de los Centros de Salud y Atención Comunitaria y Centros Médicos Barriales (Cesacs y CMB)
- Programas para residentes en rotaciones por el primer nivel de atención.

Los contenidos principales se orientaron a los temas básicos y críticos del primer nivel de atención:

- Desarrollo de Redes en Salud
- Investigación en Servicios de Salud

- Reformulación del Primer Nivel de atención
- Los grandes problemas clínicos
- Planificación Estratégica.

2. **Capacitación en Servicio**

Aplicación de una metodología de educación permanente tutoriada con focalización en el área sur de la Ciudad de Buenos Aires focalizada en la Gestión de Recursos Humanos en el primer nivel de atención

3. **Cursos instrumentales**

- Estadística
- Epidemiología y Administración
- Diseño y seguimiento de proyectos de intervención
- Apoyo para la escritura y presentación de trabajos científicos

4. **Organización de Seminarios y Congresos.**

- Participación en Comités Científicos

5. **Elaboración y publicación de Guías de procedimientos** con la participación de expertos de ambas instituciones y de asociaciones profesionales.

6. **Becas** para cursar la MSP-UBA destinada a los profesionales del sistema de salud.

7. **Apoyo metodológico para la investigación** destinada a los directivos en salud pública.

8. Diseño y ejecución del Programa de formación virtual PROFODISA.

• **Dinámica de la gestión**

La Comisión establecida en el Convenio, formada por las autoridades del MS-CABA y de la MSP-UBA, designó una *coordinación operativa* integrada por representantes de ambas instituciones con el objeto de-

- mantener la articulación interinstitucional,
- gestionar las demandas del ministerio,
- plantear las propuestas de la programación académica a aprobarse por la Comisión de la MSP-UBA,

- organizar la difusión e inscripciones a las actividades y las comunicaciones institucionales,
- realizar el seguimiento de las acciones durante todo el desarrollo del programa,
- generar las autorizaciones institucionales, cuando resultaban necesarias, para la asistencia.

La presencia de la coordinación operativa en los cursos favoreció la evaluación permanente a través de la interacción con los participantes y los docentes y permitió realizar ajustes sobre la marcha de contenidos y metodologías pertinentes con las necesidades no previstas en la planificación de las actividades.

Otra figura importante que fue surgiendo con el desarrollo de los sucesivos programas fue la identificación e incorporación de expertos pertenecientes al Sistema de Salud en carácter de contraparte activa en el proceso de capacitación. Estos funcionarios o miembros de los equipos de salud acercaron la mirada institucional y la *expertise* propias como actor privilegiado de la base territorial, optimizando el abordaje de problemáticas específicas del Sistema de Salud de la Ciudad.

Los obstáculos que debió sortear la coordinación operativa estuvieron relacionados con la esencia burocrática de ambas instituciones puesta de manifiesto en la gestión anual de cada Programa que incluía tramitación de aprobaciones, presupuestos y pagos en tiempo, de forma tal, que permitiera el desarrollo de las actividades. Estos procesos, bien conocidos por todos los que transitan la administración pública, requieren no sólo del conocimiento técnico sino también de una laboriosa gestión. Tanto la universidad como el ministerio atravesaron en estos años varios cambios en las estructuras de conducción, sin embargo el programa se sostuvo en buena parte por la permanencia en la gestión de varios de los profesionales que organizaron y diseñaron la cooperación.

La “*gestión clásica*” se caracterizó siempre por dedicarse a administrar y preocuparse por el aumento de la producción, de *plus valía*, de productividad y de reproducción del *status quo*¹². En esta experiencia se intentó llevar adelante una gestión más creativa, orientada a la posibilidad de gerenciar y generar cambios a través de la capacitación y de instancias de discusión y debate con la participación de

¹² Onocko. Campos, Rosana La gestión: espacio de intervención, análisis y especificidades técnicas., Julio de 2002Campinas ,MAL CITAD

todos los actores de la experiencia. De este modo, la gestión operativa actuó de lazo entre la demanda de los decisores de políticas y la respuesta de la institución formadora.

DISCUSIÓN

Las estrategias educacionales: aciertos y desaciertos

Los profesionales de la salud en general resisten la incorporación de conocimientos de campos disciplinares alejados de su práctica y no incorporados en su formación de grado, tales como administración, ciencias sociales, gestión de recursos, estadística, epidemiología, metodología de investigación.

Dicha resistencia parece sustentada en la pregunta acerca de *“por qué estudiar planificación y gestión local sino soy yo quien debe hacerlo”*. Sin embargo, la competencia en la toma de decisiones se expresa no solamente en los niveles centrales sino en la cotidianeidad de la toma de decisiones clínico-sanitarias.

La realidad sanitaria muestra que el abordaje de los problemas, en el terreno del primer nivel de atención, es cada vez más complejo y requiere para intervenir de una comprensión cada vez mayor de los factores ambientales, psicosociales, culturales, económicos, que inciden en las condiciones de vida, en las percepciones de los actores y, por ende, en la salud. Por ello, *“las nuevas demandas de formación y de capacitación en salud pública y los cambios en las organizaciones del trabajo exigen pensar en contenidos y en perfiles educacionales novedosos.”* Es necesario una reflexión y una evaluación sistemática para definir las competencias adecuadas para el desempeño en la práctica de salud pública.¹³

Las estrategias mejor recibidas fueron aquéllas que conectaban la teoría y la práctica utilizando procesos inductivos y deductivos. La utilización de problemas reales del campo profesional facilitó el aprendizaje y motivó la búsqueda de información. La modalidad de taller y trabajo grupal fue una de las más utilizadas en los diferentes cursos, tendiendo al desarrollo de nuevos criterios o capacidades para resolver problemas. En este sentido, se trató que la selección de experiencias de aprendizaje garantizara al profesional alumno la construcción de nuevos

¹³ Davini, Cristina; Lemus, Jorge; Prado, Oscar. Programa de Desarrollo del componente educativo en la formación inicial y permanente en Salud Pública. En: Formación de Posgrado en Salud Pública. Nuevos desafíos, nuevos caminos N59. OPS/OMS. Representación Argentina. Año 2004.

conocimientos a partir de sus saberes previos, con la idea de poner en la mesa de discusión los problemas concretos, analizando las perspectivas de los diferentes actores así como la capacidad para la toma de decisiones clínicas y de gestión¹⁴.

Los participantes valoraron especialmente aquellas actividades que integraron profesionales de otros sectores (educación, minoridad, desarrollo social) y también las que reunían distintos efectores de una misma área o zona de trabajo. El conocimiento y la posibilidad de compartir la misma problemática desde ópticas profesionales diversas, agregó interés a la capacitación y generó algunas redes de trabajo que fueron acompañadas en su conformación por docentes de la Maestría. Sin embargo, no prosperaron algunas experiencias de capacitación en servicio. La vecindad de la demanda del público, la falta de espacio para las reuniones, la postura reactiva de los Jefes de Servicios con la propuesta conspiró contra la instalación de esta modalidad en el seno de los Centros de Salud para la instalación de esta modalidad. Estas circunstancias permiten argumentar respecto de las dificultades para introducir prácticas innovadoras que resulten interpretadas como erosivas de hábitos instalados.

En cambio, fueron muy bien recibidas por los profesionales alumnos la participación de expertos de diferentes áreas del nivel central participando en actividades que proponían trabajar con información del sistema de salud de la ciudad.

Otra experiencia para destacar fueron los grupos de consenso organizados para definir las guías de procedimientos. En determinados casos, resultaron fortalecedoras de los resultados obtenidos y en otros casos, posiciones antagónicas que expresaban perspectivas endogámicas obstaculizaron y demoraron la producción de los materiales solicitados. Luego de un proceso de casi un año de duración y luego de la etapa de consenso realizada con los propios efectores asistentes a los cursos y, a la vez, destinatarios del material, se publicaron y distribuyeron las Guías de Procedimientos Para el Primer Nivel de Atención.

La experiencia conjunta del PROFODISA y la sinergia que produjo este trabajo conjunto permitió diseñar *casos problemas* con la impronta de la realidad que

¹⁴Bordoni, Noemí. Papel de la Universidad en la Formación de Recursos Humanos en Salud Pública. Experiencia de cooperación técnica entre la Maestría en Salud Pública de la UBA y la Secretaría de Salud del GCBA. En Seminario Internacional. Formación de Directivos de Salud Pública. Abril 2005. OPS/OMS. Buenos Aires Argentina. .

transitan los profesionales de salud del sistema y trabajarlos con la *expertise* en tutorías de los docentes de la Maestría.

De puentes y lazos

Han pasado diez años de cooperación técnica, expresión de una nueva extensión ligada a la docencia y a la investigación en menor grado.

Lo que importante es transmitir como se ha logrado: el lazo adecuado entre lo realizado y lo que se transmite. El medio por el que se transmite determina la comprensión de lo que se comunica y lleva mensajes implícitos, por ejemplo, aquellas experiencias que refuerzan el divorcio entre la práctica y la teoría.

Con más de 3600 horas de capacitación, 1600 alumnos y 23 becas se puede sostener que, sin ser obligatoria ni la única oferta de capacitación disponible, tiene una alta tasa de respuesta entre los profesionales del sistema. Esta interacción institucional se ha basado en la construcción de alianzas estratégicas proponiendo soluciones para los problemas priorizados en cada oportunidad.¹⁵

Este informe apunta a mostrar el *backstage* de la cooperación: la gestión; ese trabajo que hace posible que se levante el telón a la hora señalada y algo se produzca allí en la escena. La intención es la construcción de lazos entre el trabajo realizado y la comunicación.

Los datos presentados y la revisión realizada de la documentación existente nos permiten afirmar que las acciones realizadas en el marco del convenio entre ambas instituciones han contribuido a sostener un proceso de reflexión sobre la calidad en educación y en salud. Aunque está demostrado que los cambios en la formación y la capacitación permanente son un requisito necesario pero no suficiente para producir cambios en el modelo prestador, este proceso ha permitido, además del impacto individual producido sobre las competencias de efectores en particular, acompañar con éxito varias de las estrategias de intervención en el Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud del GCBA.

¹⁵ Bordoni, N. op.cit.

Entre las intervenciones que actuaron tendiendo puentes pueden mencionarse:

- la programación conjunta desarrollada por equipos de ambas instituciones hizo posible elegir anualmente la modalidad más adecuada, los ejes ordenadores y las competencias que se esperaban lograr,
- el acceso a becas acompañó una política de formación para los cuadros de conducción,
- los equipos responsables de la gestión estratégica y de la docencia,
- las dinámicas de trabajo ofrecidas, el enfoque de redes, el diseño de proyectos y la planificación estratégica¹⁶

La asistencia técnica estratégica expresada en talleres de metodología, escritura de ponencias y talleres de presentación oral alcanzó un alto grado de adhesión por parte de los profesionales, ya que facilitó la incorporación de técnicas y metodologías tendientes a favorecer reflexión sobre las prácticas y su diseminación. Se intentó con esta modalidad lograr que los trabajos a presentar aportaran a la construcción de nuevos saberes a partir de la incorporación de las herramientas metodológicas necesarias para la difusión de las múltiples intervenciones realizadas por los profesionales del primer nivel de atención.

Es conocida la gran preocupación por buscar estrategias que creen el puente entre los resultados de la investigación en salud pública y los encargados de tomar las decisiones y formular las políticas se identificaron algunos de los obstáculos que impiden que estos resultados se plasmen en acciones. Los más frecuentes se refieren al contexto, al contenido, al proceso, a la falta de continuidad en las gestiones y a la ausencia de planificación. El divorcio entre investigadores y decisores parece estar dado por la diferente naturaleza de los sistemas donde se desarrolla la investigación y donde se concreta la política. El primero es un escenario cerrado y previsible, el segundo es un campo abierto y con un alto grado de incertidumbre. Influyen también la

¹⁶ EVALUACIÓN DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA REALIZADA POR EL MINISTERIO DE SALUD DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES Y LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA DE LA UBA 1998-2007. Informe presentado a la DGAAPS en noviembre 2007. Perrone, Nestor; Aulicino, Margarita; Cadile, Maria del Carmen

imposibilidad de traducción de los resultados a un lenguaje accesible, las diferencias entre los tiempos entre la gestión y la investigación, la falta de difusión de los resultados, la costumbre de tomar decisiones sin soporte científica e improvisar sobre la coyuntura pero, fundamentalmente, a la falta de participación de los encargados de tomar las decisiones en los procesos de investigación y a la ausencia de un contexto común de aplicación.

La gestión del conocimiento reconoce la misma preocupación. La formación en salud pública necesita buscar alianzas estratégicas, realizar más trabajo bajo la forma de la cooperación técnica para la búsqueda de soluciones que respondan a las necesidades de los diversos grupos y niveles de atención.

Esta experiencia parece demostrar que la gestión conjunta ha viabilizado entre las dos instituciones un intercambio que tiende un puente y cierra lazos permitiendo el crecimiento de una relación de cooperación enriquecedora. Desde el punto de vista de la Maestría en Salud Pública uno de los réditos importantes de esta vinculación es la posibilidad de trabajar colaborativamente en la construcción del conocimiento de la situación de salud y de los servicios de su área de influencia participando, activamente de la reflexión y el debate sobre las problemáticas de salud reales que deben enfrentar los profesionales del sector.

Desde la mirada de la cooperación técnica y la capacitación de recursos humanos en salud pública, esta experiencia parece haber acortado el *gap* del que habla Brofman¹⁷, señalando la necesidad de que se produzcan “esos *importantes y cruciales eventos*” (la gestión) que permitan construir el puente entre las instituciones de educación y los decisores de políticas.

¹⁷Bronfman, M. *et al.*, De la investigación en salud a la política: La difícil traducción. 2000. Editorial Manual Moderno .Santa Fé, Bogotá, Colombia.

ANEXO I

HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	
HOSPITALES GENERALES	
Cantidad	Tipo
13	Hospitales generales de agudos ¹⁸
2	Hospitales generales de niños
15	Total
HOSPITALES ESPECIALIZADOS	
1	Materno-infantil
1	Enfermedades Infecciosas
1	Oncología
2	Oftalmología
1	Gastroenterología
1	Rehabilitación respiratoria
2	Rehabilitación psicofísica
1	Emergencia psiquiátrica
3	Psiquiatría
3	Odontología
16	Total

¹⁸ A los 12 hospitales generales de agudos de dependencia comunal sobre los que se definieron las áreas programáticas en 1987, se sumó la transferencia de otro más en 1992, cuando se produce la descentralización de los servicios por parte del Estado nacional hacia las diferentes jurisdicciones subnacionales