



**Universidad de San Andrés**

**Escuela de Administración y Negocios**

**Maestría en Gestión y Dirección de Recursos Humanos**

***“La transformación cultural como herramienta de creación de una organización de salud del conurbano bonaerense centrada en el marco normativo vigente”***

**Autor: Zerbo, María Cecilia**

**DNI/Pas: 27162515**

**Director de Tesis: Gustavo Aquino**

**Lugar y fecha:**

**Buenos Aires, Septiembre del 2017**

## **Agradecimiento**

**Este trabajo final ha sido el resultado de un largo camino de crecimiento personal y profesional, posible gracias, al acompañamiento constante, y tenaz de Gustavo Aquino, que hace ya hace algunos años, comparte su sabiduría y su perspectiva conmigo y otros, con el afán sincero y simple de construir un mundo mejor.**

**Gracias a Fernando Pacifico por la calma brindada y la firmeza de su análisis, por su tiempo, por su calidez, y por su confianza.**

**Gracias a Virginia Giannoni por su perspectiva, inalcanzable en soledad, su cercanía logra, con resiliencia, con paciencia, y sobre todo con firme convicciones, que exista un aprendizaje constante en mí, que anhelo continúe.**

**Gracias a mis vínculos más cercanos, que me sostuvieron constantemente y me ayudaron a continuar.**

**Gracias a la Dra. Patricia Rosemberg, con quien soñamos ser actores sociales desde la salud pública, apostando a nuestro equipo de trabajo, como clave principal.**

**Y por último, agradecer enormemente a cada integrante del equipo de la Maternidad Estela de Carlotto, este desafío ha sido sin duda, absolutamente trascendental en mi vida en la mirada y las oportunidades de cada uno de ellos.**

## ÍNDICE

1. Resumen ejecutivo.....	4
2. Introducción.....	
2.1 Introducción y problema a abordar .....	5
2.2 Presentación de la organización.....	7
2.2.1 Hospital Materno Neonatal Estela de Carlotto.....	8
2.2.2 Misión.....	9
2.3.3 Visión.....	9
3. Objetivos.....	13
3.1 Objetivo general.....	13
3.2 Objetivo específico.....	13
4. Investigación bibliográfica.....	14
4.1 Lewin. Teoría del cambio .....	14
4.1.1 Descongelamiento (Unfreezing).....	17
4.1.2 Avance o cambio (Move).....	18
4.1.3 Congelamiento (Freezing).....	19
4.2 Modelos Mentales.....	19
4.3 Transparencia.....	21
4.4 Quiebre.....	22
5. Tema central desde la perspectiva específica del área científica .....	24
5.1 Modelo Médico Hegemónico.....	24
5.1.1 Críticas al MMH.....	25
6. De la metáfora a la acción.....	27
6.1 Teoría de la consolidación de comunidades.....	34
7. Investigación de campo.....	38
7.1 Objetivos.....	38
7.2 Metodología de relevamiento.....	39
7.3 Fase 1.....	45
7.4 Confección de la muestra .....	51
7.5 Implementación.....	51
7.6 Fase 2.....	52
7.7 Cuadro de resultados.....	51
8. Análisis de la investigación empírica y principales hallazgos.....	52
9. Conclusiones del trabajo de campo.....	54
10. Recomendaciones para la acción.....	57
11. Conclusiones finales.....	60
12. Bibliografía.....	62
13. Anexo 1: Descripción de Actividades.....	64
13.1 Cuadro 1.....	64
13.2 Cuadro 2.....	68

14. Anexo 2.....	87
14.1 Entrevistados .....	87
14.2 Guía de Entrevistas .....	89
15. Anexo 3.....	91
15.1 Formulario de encuesta. Trabajo de Campo.....	91
16. Anexo 4.....	98



Universidad de  
**San Andrés**

## 1. Resumen ejecutivo

Este trabajo final tiene como propósito describir un proceso de transformación de la cultura organizacional de un Hospital Público del Conurbano bonaerense a partir de su apertura.

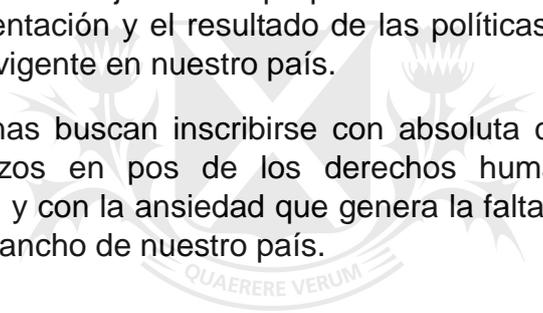
El proceso está basado en diferentes teorías, que permitieron dar marco al modelo de gestión de capital humano implementado.

A través del trabajo de campo realizado, se pretende mostrar la eficacia o no del proceso de transformación cultural puesto en funcionamiento, para validar la estrategia a través de resultados cuanti y cualitativos obtenidos durante y al finalizar la investigación.

Por último, y teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se realizan recomendaciones para la acción, luego del análisis global de la experiencia.

Como conclusión, este trabajo final se propone como estrategia emergente para fortalecer la implementación y el resultado de las políticas públicas basadas en el cuerpo legislativo vigente en nuestro país.

Las siguientes páginas buscan inscribirse con absoluta convicción en la larga herencia de esfuerzos en pos de los derechos humanos vigentes en la República Argentina, y con la ansiedad que genera la falta de justicia, equidad e igualdad a lo largo y ancho de nuestro país.



Universidad de  
San Andrés

## 2. Introducción

### 2.1 Introducción y problema a abordar

Este trabajo procura sistematizar el desafío de la **génesis de un hospital público cuya cultura organizacional garantice la implementación de las leyes que determinan el derecho a la salud integral de la comunidad** que allí recibe atención.

Desde el plano médico hasta el arquitectónico, el Hospital Materno Neonatal Estela de Carlotto (HMNEC) fue diseñado para que la comunidad sea atendida de acuerdo con los más modernos e inclusivos criterios médicos, exigentes parámetros de calidad y respeto por la diversidad.

Para facilitar el trabajo en equipo, el diseño evita los espacios aislados que pudieran favorecer el fraccionamiento de los diferentes grupos de trabajo, así como la conformación de estructuras funcionales hegemónicas. Por ejemplo, en lugar de despachos para las jefaturas hay salas de reuniones.

La señalética fue diseñada por profesionales especializados y representantes de la comunidad, de manera que los usuarios pudiesen recorrer fácilmente las instalaciones y comprender la distribución de los espacios.

La seguridad del paciente es un concepto concretado en detalles como la existencia de lavamanos en todos los espacios.

Pero el *lay out* y la señalética no bastan, los objetivos solo se lograrán con la articulación en un **sistema sociotécnico** sintónico (Emery, Trist 1960). Para ello, procesos de recursos humanos como la definición de la estructura organizacional, el proceso de selección de la dotación y la designación de los

mandos devienen críticos. El desafío es lograr esta articulación en una institución **atravesada por la política** (Crozier, 1963) con cuatro actores con voluntad de incidir sobre estos puntos críticos:

- Municipio
- Provincia
- Nación
- Sindicatos

El proceso de selección de la dotación según la práctica vigente para los hospitales públicos incluye un mix de jóvenes sin antecedentes laborales previos y trabajadores de la salud provenientes de diferentes hospitales públicos y privados de la provincia de Buenos Aires y del interior del país. Profesionales y no profesionales, formados en diferentes casas de estudio pero con un **currículum oculto** (Jackson, 1968) de **modelo médico hegemónico** (Menéndez, 1978) homogéneo. Es por ello que la consolidación de la cultura organizacional que garantice una atención acorde con la legislación vigente y los principios rectores de esta maternidad requiere cambios significativos en los **modelos mentales** (Senge 1990) del personal ingresante. El desafío consiste en que las **creencias básicas y los valores** del grupo fundador se expandan como **cultura** en la organización (Schein, 1985).

Este trabajo tendrá como objetivo describir y evaluar la efectividad de las intervenciones y acciones de formación que se realizaron para garantizar una cultura organizacional basada en el respeto por los derechos humanos y la legislación vigente, priorizando a la ciudadanía como centro de las escenas y reconociéndola portadora del poder de decidir sobre sí misma, contando con toda la información pertinente.

Esta gestión innovadora en un hospital bien podría transformarse en la base de un modelo de gestión integral replicable en otras organizaciones con visiones

similares.

Se describen las teorías de gestión del cambio o transformación que dieron marco y sustento a las acciones para modificar los modelos preexistentes y quebrar la **transparencia** (Echeverría, 1994) que posiciona al paciente como objeto de producción en lugar de postularlo como sujeto de derecho.

## 2.2 Presentación de la organización

La tasa de mortalidad materno infantil es un indicador socio-sanitario relevante en todo el mundo que integra variables sociales, educativas y sanitarias.

Si bien la inversión –en términos de porcentaje del PBI (producto bruto interno) – destinada a estas tres áreas de políticas públicas se incrementó en los últimos años hasta alcanzar niveles más elevados que otros países de la región, sus resultados en la Argentina no son los deseados.<sup>1</sup>

Desde la perspectiva de salud, se han realizado numerosos análisis –algunos de ellos sustentaron movimientos sociales que lograron conquistas normativas– y marcos legales orientados a mejorar en forma progresiva los indicadores sanitarios.

Estos marcos normativos –Ley del **derecho del paciente** (26.259), Ley del **parto humanizado** (25.929), Ley de **salud sexual y reproductiva** (25.673) y Ley de **educación sexual integral** (26.150) – dieron lugar a diferentes **programas** de implementación de políticas públicas tendientes a hacer tangibles estos derechos. Son claros ejemplos el Programa **Maternidad Segura y Centrada en la Familia**, el Programa de **Salud Sexual y Reproductiva**, y el **ESI (Programa de Educación Sexual Integral)**

---

<sup>1</sup> <http://www.revistamedicos.com.ar/numero73/pagina38.htm>

El **federalismo** vigente en el país resulta en **diferentes escenarios** provinciales, municipales y de región, con distintas progresiones de los indicadores, así como en la implementación de los programas propuestos por los Ministerios Nacionales seleccionados para cada ley.

El HMNEC se encuentra situado en la Provincia de Buenos Aires, Región Sanitaria VII, Partido de Moreno, barrio de Trujuy.

Es una organización sanitaria que integra un conjunto de estrategias orientadas a mejorar los indicadores de salud integral de las mujeres en este territorio, y a asegurar el cumplimiento de los marcos normativos citados. Por ello se diseñó e implementó un modelo alternativo al paradigma vigente en el que la cultura organizacional es uno de los pilares.

### **2.2.1 Hospital Materno Neonatal Estela de Carlotto**

Es un edificio de 5600 metros cuadrados, con 20 habitaciones de 2 camas cada una y una terapia neonatal de bajo riesgo que cuenta con 12 plazas.

Posee:

- 4 unidades de trabajo de parto/parto/recuperación.
- 3 quirófanos.
- 9 consultorios.
- 1 espacio de emergencias, conformado por 2 consultorios más 1 shock room.
- 1 salón de usos múltiples.
- 1 comedor.
- 5 parques.

## 2.2.2 Misión

- **Hospital provincial de bajo y mediano riesgo** (2do nivel de complejidad), forma parte del Sistema de Salud de la **Región Sanitaria VII**.
- Brinda **atención perinatal**, acompaña a las mujeres y sus familias electivas durante el tiempo inmediatamente anterior o posterior al nacimiento del bebé.
- Pensada desde sus comienzos como **maternidad segura y centrada en la familia**, promotora de los derechos de las mujeres, en línea con los **derechos del parto respetado y la salud sexual integral**.
- Realiza actividades de asistencia, promoción y prevención, desde la perspectiva de sujetos de derechos y en forma interdisciplinaria.
- Incluye acciones destinadas al **cuidado de la salud de la mujer** (como la detección de cáncer Cérvico-uterino y mamario); así como a la promoción y cuidado de la salud sexual y reproductiva.

## 2.2.3 Visión

- Ser una maternidad modelo con un **trabajo en red consolidado e integrado**.
- Constituirse como **centro de formación profesional** de pre y pos grado.
- Contar con **equipos de trabajadores altamente calificados**, con actualización permanente.
- Trabajar con **evaluación continua y mejora de procesos**.
- Obtener la acreditación como **hospital de calidad**.

La idea del HMNEC surgió entre 2005 y 2007 frente a los indicadores sanitarios del partido de Moreno, la razón de mortalidad materna (RMM) del distrito 6.8 superaba la media nacional, y la media provincial, la misma situación se

presentaba con la mortalidad infantil<sup>2</sup>, llegando a una RMM de 12,9 en el 2009-2010. En ese mismo periodo se comenzó la construcción de la obra, para culminar en 2012. La idea y el terreno fueron financiados por el Municipio, la obra por el Ministerio de Salud de la Nación, y su puesta en marcha y funcionamiento actual por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Entró en funcionamiento en 2013, con una etapa de construcción de la identidad basada en derechos sexuales y reproductivos y parto respetado.

Basando su acción en la gestión por procesos, se realizaron ejercicios de escenarios que permitieran imaginar diferentes posibles usuarias, con el propósito de proyectar con los equipos herramientas que en el futuro pudiesen beneficiar a mujeres, niños y familias. Sistematizando un MODO de HACER basado en el trabajo en equipo, colectivo, en donde cada actor es esencial para garantizar el éxito final en todos los parámetros de calidad (eficiencia, eficacia y efectividad)

El plantel de esta etapa era de 70 personas, con quienes se generaron actividades interdisciplinarias y horizontales.

Desde el inicio de la organización se consideró la **diversidad** como oportunidad y la **inclusión** como un valor estructurante.

Se internalizó la noción de **proceso de aprendizaje creativo**, que requiere de un esfuerzo individual para cambiar los **modelos mentales** y lograr **nuevas formas de trabajo**.

Desde el inicio se introdujeron los primeros ejercicios de **planificación estratégica**, siendo conscientes de que la evaluación constante y la rendición de cuentas iban a ser motores de crecimiento y mejora continuos.

---

<sup>2</sup> Mortalidad Materna. Partido de Moreno. Año 2013. ( ver Anexo 4)

A fines del 2013 y comienzos del 2014 **comenzó el funcionamiento** de toda la línea de servicios que se había diseñado en la etapa de identificación, y aquellos escenarios utópicos se volvieron **personas, sujetos de derecho que pusieron en tensión la Red Perinatal de Bajo Riesgo** que se había conformado. Las expectativas del resto de las organizaciones del sistema de salud local siempre son mayores hacia los nuevos integrantes de la red, y fue complejo obtener tiempo para la consolidación de las **nuevas prácticas y destrezas requeridas por el nuevo modelo de cultura basada en derechos.**

El desafío de fusión de saberes generó **rispedeces y contradicciones**, que fueron superadas –si no totalmente– para garantizar la puesta en marcha, el incremento de las prestaciones y la conformación de una línea de base de indicadores de calidad por servicios que permite obtener una primera medición de las prestaciones propias en el año 2015.

Asimismo continuó el ejercicio semidirigido de **planificación estratégica**, enriquecido por los primeros **indicadores de gestión** y los **sistemas de información** definidos.

El 2015 fue un año de **incremento masivo de la dotación** por procesos de contratación temporaria, que alcanzó las 270 personas del plantel de 400 planificados desde el proyecto original, y se realizaron los primeros concursos de pase a planta permanente de los primeros trabajadores que habían ingresado en 2013.

El 75 % de las trabajadoras son mujeres, y el 70 % tienen menos de 40 años, con un 20 % para quienes es su primera actividad laboral formal.

El 72 % de los trabajadores vive en el partido de Moreno, lo que permite una impronta local en la cultura que se interpretó como una oportunidad de construcción del sentido de pertenencia.

En 2016, el equipo de Dirección comprendió que la forma de consolidar una

organización con una cultura organizacional diferente era la de apostar a la gestión del CAPITAL HUMANO del hospital que permita replicar la etapa de inicio con esta nueva dotación.

Esta consolidación garantiza que el 70 % de la dotación planificada se haya involucrado en el nuevo modelo:

- Basado en derechos
- Gestionado por procesos
- Promotor del trabajo interdisciplinario
- Generador de un ciclo permanente de planificación estratégica y evaluación de gestión
- Con la comunidad como centro de la institución, participando en la toma de decisiones

Existen algunos aspectos del contexto que vale la pena mencionar:

- Las políticas de remuneración del personal están basadas en las leyes 10.430 y 10.471 de la administración pública de la Provincia de Buenos Aires. Esto, complica la estabilidad del equipo, ya que las contrataciones temporarias, los concursos de pase a planta demorados, las asignaciones familiares con demoras de 3 años, el trabajo no remunerado por funciones específicas dentro de la organización y las deudas acumulativas para garantizar las coberturas de guardias de emergencia dificultan la estabilidad y generan conflictos. También la débil categorización interna dentro del escalafón provincial, el dificultoso proceso de reconocimiento de la profesionalización continua y antigüedad laboral, el trabajo insalubre no reconocido y los horarios extendidos para determinadas áreas.
- El contexto político partidario que se suscita en paralelo a la apertura de este hospital, como las elecciones de fines del 2015, condicionan su

estabilidad. En la Provincia de Buenos Aires, en el Ministerio de Salud y en Moreno hubo cambio de autoridades, generando tensiones internas y externas que podrían haber impedido la implementación del diseño original.

- El conflicto sostenido con los sindicatos: trabajadores de ATE (no profesionales) y de CICOP (profesionales), ambos con comisión interna en la maternidad, con un porcentaje de afiliación del 60 %.

### 3. Objetivos

#### 3.1 Objetivo General

1-Describir un proceso de transformación de la cultura organizacional de un hospital público del conurbano bonaerense a partir de su apertura.

#### 3.2 Objetivo Especifico

1- Analizar en qué medida **un nuevo modelo compartido por el grupo de los fundadores**, de cultura organizacional, centrada en los derechos de la comunidad, **puede volverse sustentable**, aun con el Modelo Médico Hegemónico instalado en la sociedad y en los trabajadores.

2- A través del trabajo de campo realizado, se pretende mostrar la eficacia o no del proceso de transformación cultural puesto en funcionamiento, para validar la estrategia a través de resultados cuanti y cualitativos obtenidos durante y al finalizar la investigación.

3- Describir y evaluar la efectividad de las intervenciones y acciones de formación que se realizaron para garantizar una cultura organizacional basada en la legislación vigente.

## 4. Investigación bibliográfica

### Temas centrales desde la perspectiva de RRHH:

Lewin. La teoría del cambio.

Senge. Modelos Mentales.

Echeverría. Transparencia y quiebre.

### 4.1 Lewin. Teoría del cambio

Para **Kurt Lewin** (1890-1947) la conducta grupal será el producto del particular sistema de tensión de los miembros del grupo en un determinado momento.

Describe al **espacio vital** como la totalidad de los hechos que determinan la conducta de un individuo, en un momento dado, dependiendo del espacio ambiente que lo rodea. En este espacio se encuentran las metas que busca una persona, lo que trata de evitar, y las barreras que lo separan de sus objetivos.

Este espacio vital contiene dos factores fundamentales: la **persona** y el **ambiente**. Por lo tanto, la conducta está en función de ambos, según la fórmula:

$$C = F(p, a)$$

Dentro de este gran marco teórico que lo distingue de los troncos dominantes en su campo, el psicoanalítico y el conductista, desarrolla desde 1937 el modelo de **Dinámica de Grupos** que aplicará, desde 1939 hasta su muerte, en una organización concreta, la *Harwood Manufacturing Corporation*. Allí comienza a hablar de **investigación-acción, cultura, cambio y resistencia al cambio**.

Es por estos años también cuando crea el Centro para la Investigación de la Dinámica de Grupos, donde comienzan los Training Groups (Grupos T). En los **Grupos T** el diálogo sobre la práctica laboral es facilitado por un coordinador formado. Esta práctica permite poner en cuestión tareas, ritos y temas tradicionalmente aceptados, primer paso para trabajar la resistencia al cambio.

Lo que sucede en un momento de la vida de una persona, o de un grupo, es la resultante de un campo de fuerzas. A través de la mutua presión que éstas ejercen se logra un punto de equilibrio, que él llamó “**equilibrio cuasi estacionario**”, o **equilibrio dinámico**. Esta configuración es la resultante que se traduce en la actuación, expectativas, ideas, o clima dentro de un grupo en una situación concreta.

Este equilibrio dinámico puede ser modificado si se alteran las fuerzas actuantes. De ahí que sea posible cambiar una situación y orientarla en una dirección deseada, si se actúa convenientemente sobre las fuerzas que conforman un “**campo**”.

Por ejemplo, el nivel de desempeño de un grupo de trabajo podría ser estable cuando las normas del grupo que lo sostiene son equivalentes a las presiones del supervisor para alcanzar niveles más altos. Se puede elevar el nivel modificando las normas del grupo para apoyar niveles superiores de desempeño o intensificar las presiones del supervisor para alcanzarlos. Mediante el análisis del campo de fuerzas, se pueden identificar las fuerzas presente en él para, posteriormente, instrumentar un plan de acción encaminado a influir en esas fuerzas y, por lo tanto, a modificar el punto de equilibrio de acuerdo a propósitos prefijados. Se ve, por tanto, la **importancia que puede tener esta concepción del “campo de fuerzas” para la promoción de procesos de cambio deseados y planificados.**

Modificar las fuerzas que mantienen el status quo genera menos tensión y resistencia que intensificar las fuerzas de cambio (Lewin, 1947). De allí que sea una estrategia más efectiva para vencer los dos principales factores inhibidores de este proceso:

En primer lugar, no están dispuestos (o no pueden) modificar las conductas arraigadas desde mucho tiempo atrás.

En segundo lugar, que el cambio suele durar poco tiempo. Tras un

breve periodo de intentar hacer las cosas de forma diferente (vacunación, *shot in the arm*), a menudo, vuelven a sus patrones tradicionales de conducta.

Sobre estos hallazgos, propone Lewin un esquema para lograr cambios sustentables que requiere tres etapas bien definidas: **descongelar** (*unfreezing*), **avance o cambio** (*move*) y **recongelación** (*freezing*).

Gráfico 1. Diagrama de los campos de fuerzas. Lewin 1947.

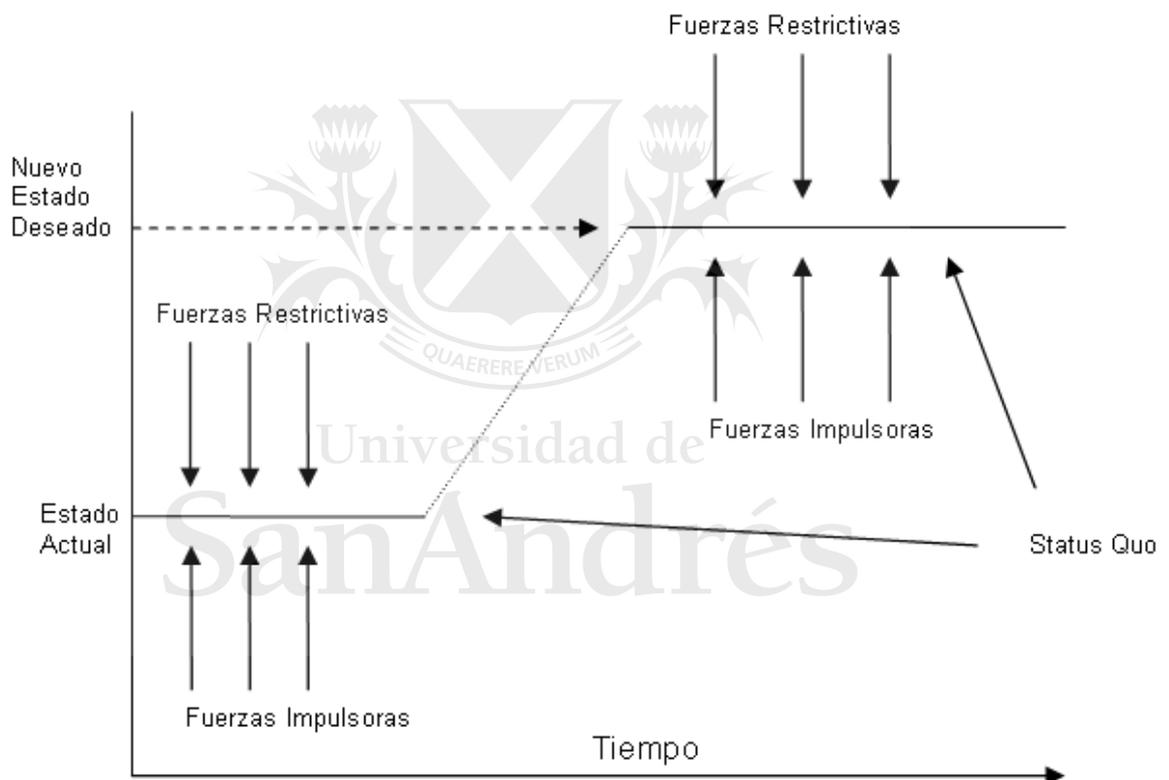


Diagrama de los campos de fuerzas

#### 4.1.1 Descongelamiento (Unfreezing)

Etapa necesaria para desarraigar o debilitar los comportamientos o prácticas a modificar. Es el destinado a bajar la **resistencia al cambio**, lograr que, para los individuos, los grupos y la organización resulte evidente la necesidad del cambio, para que puedan comprender y aceptar que éste debe ocurrir y que es posible hacerlo.

Para que un grupo decida iniciar, o asumir un cambio, primero hay que lograr que sientan **insatisfacción** con el **estado actual**; en segundo lugar, que tengan motivación para alcanzar el **estado deseado** que alcanzan con el cambio. En cualquiera de estos dos estados, el **agente de cambio**, que puede ser un gerente, un consultor (externo o interno), o una combinación de ambos, utilizan alguno de estos tres sentimientos o situaciones: el temor, el deseo de mejoramiento, o la aspiración de mantenerse como los mejores.

Lewin mismo cita a Allport (1945) al destacar la validez de los procesos de **catarsis** en esta etapa crucial:

El “descongelamiento” del nivel actual implica varios problemas según los casos. Allport (1945) postuló a la “catarsis” para la remoción de los prejuicios. Quebrar el cascarón de la autocomplacencia y la arrogancia requiere, a veces, ciertas provocaciones emocionales. (Lewin, 1947)

La escuela dinamista complementa a estos procesos con los **Grupos T**, que ya se han reseñado y que luego se desarrollarán para este caso, para contribuir a poner en cuestión el modo tradicional de gestionar.

#### 4.1.2 Avance o cambio (Move)

Esta etapa comprende los procesos a través de los cuales se aprenden e introducen los **nuevos comportamientos**. Incluye la **formación** y **entrenamiento**, el establecimiento de nuevos **procedimientos de trabajo** y de **relaciones**, determinación de la **visión**, los **objetivos**, las **estrategias** y los **planes de acción** que deberán desarrollarse. Un papel importante en este paso es la identificación y designación de agentes de cambio, grupos especiales, y otras formas de trabajo que permitan llegar a todos los niveles de la organización.

Para que el cambio tenga lugar, no es suficiente que exista una **motivación** y disposición favorables. Muchas veces se “sabe” que algo anda mal y se lo reconoce, pero no se sabe qué hacer. El descongelamiento debe proporcionar nuevas fuentes de **información** y nuevos conceptos que permitan ver la situación de otra forma para poder **reestructurarla**.

Schein (1984) propone dos mecanismos por medio de los cuales la información permite reestructurar la manera en que se perciben las cosas:

- el primero, es seleccionar un **modelo** con el cual nos identifiquemos, para utilizarlo como guía y orientación en el proceso de cambio;
- el segundo, explorar nuestro propio entorno, para encontrar **nuevas posibilidades**.

El proceso de interiorización de nuevos objetivos es a menudo difícil, por lo que generalmente requiere del promotor mucha creatividad para ayudar a otras personas a convertir motivaciones externas (generales) en internas (concretas y personales), que las induzcan a aceptar el cambio propuesto.

### 4.1.3 Congelamiento (Freezing)

El recongelamiento se produce cuando las personas operan el cambio por medio de la experiencia, es decir la repetición del comportamiento, que se convierte en **nuevos hábitos**. Los subprocesos implicados en esto exigen un ambiente apropiado y favorable (por ejemplo, la **aprobación de los directivos** principales), y suelen ir acompañados de la elevación de la autoestima de las personas que experimentan el cambio, como sensación de plenitud derivada del cumplimiento de la tarea.

Para lograr esto, se recomienda que, en las etapas iniciales del recongelamiento, se **estimule constantemente el comportamiento requerido** para acelerar y consolidar el proceso de cambio. En etapas posteriores, utilizar estímulos intermitentes o aislados, para evitar que las pautas de comportamiento recién adquiridas se vayan perdiendo.

Un aspecto importante en este proceso es la adaptación de los criterios de **evaluación del desempeño** y la aplicación de **estímulos** en correspondencia con los nuevos patrones. Si se desea desarrollar una cultura de calidad, no se puede seguir dando los estímulos por la reducción de los costos. Otro factor es el papel del ejemplo, **los jefes** tienen que constituir los **modelos** principales de los nuevos comportamientos.

## 4.2 Modelos Mentales

En *La Quinta Disciplina*, (Senge, 1990) Peter Senge propone el **enfoque sistémico** en el management, un modelo integrador contrapuesto a la tradición analítica de esta disciplina. Uno de sus conceptos clave, una de las 5 disciplinas, de hecho, es lo que llama Modelos Mentales:

(...) supuestos hondamente arraigados, generalizaciones e imágenes que

influyen sobre nuestro modo de comprender el mundo y actuar. A menudo no tenemos conciencia de nuestros modelos mentales o sus efectos sobre nuestra conducta. (Senge, 1990, p. 14)

Están presentes siempre y actúan como **justificadores/reforzadores de rutinas inhibitoras del aprendizaje**. Este concepto, en tanto restrictor de la innovación, se emparenta con las nociones de **obstáculo epistemológico** de Bachelard (1948).y de **paradigma** de Kuhn (1962). De algún modo, Senge lleva este acervo epistemológico a las escuelas de negocios para ser aplicado en procesos organizacionales. Específicamente lo relaciona con la noción de **aprendizaje organizacional**. Los modelos mentales preexistentes condicionan, restringen, la capacidad de aprender de las organizaciones y por lo tanto, de cambio. **No hay cambio sin la deconstrucción** de éstos. Por ejemplo, en capacitación, no se avanza sobre el vacío sino sobre conceptos previos fuertemente arraigados. En el caso que aquí se trata, **el MMH**, que más adelante se describe, es, en gran medida, el eje de este **modelo mental**, el obstáculo epistemológico a superar, el paradigma a cambiar.

Todo **cambio** requiere, entonces, el **desmontaje de los modelos mentales preexistentes**. Kuhn recuerda que un Niels Bohr atribulado por las dificultades para difundir la física cuántica decía que para que una verdad científica se imponga, debía morir una generación de científicos. El aprendizaje no depende exclusivamente del entendimiento, los físicos entendían las ecuaciones y experiencias de la cuántica, lo que les costaba era desmontar sus teorías y conceptos, el modelo de la física tradicional en el que habían sido formados y con el que formaban a sus alumnos, el abandono de los artículos y libros que pudieran haber publicado. **El cambio es una dialéctica entre modelos mentales**. Gran parte del trabajo que aquí se relata está orientado a este proceso inicial requerido para el **cambio de modelo**. En tal sentido es relevante la afirmación de Senge sobre la disciplina de los modelos mentales:

La disciplina de trabajar con modelos mentales empieza por volver el espejo hacia adentro: aprender a exhumar nuestras imágenes internas del mundo, para llevarlas a la superficie y someterlas a un riguroso escrutinio. También incluye la aptitud para entablar conversaciones abiertas donde se equilibre la indagación (actitud inquisitiva) con la persuasión, donde la gente manifieste sus pensamientos para exponerlos a la influencia de otros. (Senge, 1992, p. 15)

Es notable en este párrafo cómo Senge toma de David Bohm la noción de diálogo. Este físico y humanista entendía que gran parte de los males de nuestra sociedad están originados y alimentados por la pérdida de las habilidades dialogales, por la incapacidad creciente de generar sentido a través de la conversación con otros. Es en este sentido que la creación de espacios de diálogo gestionados en el Hospital permitió la puesta en claro de los modelos mentales preexistentes. Práctica, además encuadrada, metodológicamente a través de los **Grupos T** de Lewin y la **catarsis** de Allport.

### 4.3 Transparencia

La dupla **transparencia / quiebre** (Echeverría, 1994) es particularmente significativa para este trabajo. Un par conceptual que implanta Rafael Echeverría en la temática de recursos humanos, así como en la del management, para postular, desde el coaching ontológico, la posibilidad del cambio.

Echeverría toma la noción de **transparencia** de **Martín Heidegger**, quien, de alguna manera, la contrapone a la de **conciencia**. A la vez, transparencia y conciencia se relacionan con otro par heideggeriano, la **existencia inauténtica** y la **auténtica**.

Transparente es la actividad **automática o no reflexiva**, aquel conjunto de acciones rutinarias que se llevan a cabo todos los días en el límite mismo de la conciencia. En gran medida, el trabajo es transparente. En cuanto encuadrado

por normas, procedimientos, protocolos ya aprendidos, el trabajador completa su jornada en esta situación de umbral mínimo de conciencia. Todos los días **se** viaja hacia el trabajo, **se** usa la computadora, se habla por teléfono, se desplaza en la oficina, se sale a almorzar, **se** toma café, **se** conversa con los compañeros y **se** vuelve a casa sin poner mayor atención en cada una de estas acciones. De algún modo en la abrumadora mayoría de las acciones, el **sujeto** está **ausente**.

El **avance tecnológico** en la **medicina** promueve la transparencia, en gran medida el trabajo médico consiste en responder a mediciones y señales de instrumentos. Así la **transparencia** aumentada fomenta la **no puesta en cuestión de los valores que subyacen y dan forma a la tecnología** (Schein, 1984). Así como se verá más adelante, la **fordización del trabajo médico genera la transparencia que hace inconsciente, que invisibiliza al propio paradigma fordista**.

#### 4.4 Quiebre

El **quiebre**, como concepto, es la **no transparencia**. Es la aparición, ante la alteración de la línea de expectativa, del **sujeto consciente**. Dice Echeverría:

Sostenemos que sólo emerge la deliberación, la conciencia de lo que estamos ejecutando, cuando este fluir en la transparencia, por alguna razón, se ve interrumpido: cuando se produce lo que llamamos un quiebre. Un quiebre, diremos, es una interrupción en el fluir transparente de la vida. (...) que todo quiebre involucra un juicio de que aquello que acontece, sea ello lo que sea, no cumple con lo que esperábamos que aconteciera. Un quiebre, por lo tanto, es un juicio de que lo acontecido altera el curso esperado de los acontecimientos. (Echeverría, 1994, p. 110)

Es en este sentido que los quiebres son la **base necesaria para los procesos de cambio**. La transparencia se basa en la aceptación acrítica del status quo, el equilibrio dinámico del que habla Lewin en el momento anterior al cambio. La **insatisfacción** que lo **problematiza** y que lo interpela sólo aparece ante el quiebre. Así nacen los **juicios** que sustentan la modificación de rutinas, en primer lugar, “no se puede seguir así”, el juicio **negativo** y luego el **propositivo**, “habría que seguir de esta otra forma”.

En esta apropiación de la dupla conceptual transparencia / quiebre, es interesante para esta tesis una última distinción de Echeverría sobre **dos tipos de quiebre**: aquellos que, podría decirse, **acontecen**, y aquellos que podrían llamarse **provocados**:

La primera, quizás la más habitual, se refiere a situaciones en las que el quiebre aparece como tal; sin que nos demos cuenta emerge de un juicio que nosotros hacemos. (...) cuando estos acontecimientos tienen lugar, parecieran no necesitar que hagamos juicio alguno.

(...)

La segunda forma de ocurrencia es aquella en que el quiebre no surge como expresión espontánea de un determinado discurso histórico que afecta a los miembros de una comunidad, sino, precisamente, porque un individuo resuelve declararlo. Dentro de los condicionamientos históricos a los que todos estamos sometidos, el individuo tiene la capacidad y autonomía de declarar distintos grados de satisfacción o de insatisfacción. (Echeverría, 1994, p. 113)

Esta segunda forma es la que más ajusta a los procesos de cambio planificado o gestionado. Este tipo de **quiebres provocados** por los agentes de cambio mediante actividades planeadas a tal fin sostienen la primera etapa (**descongelamiento**) del proceso llevado a cabo en el HMNEC.

Más adelante se relatará cómo se idearon e implementaron las actividades y los espacios que llevaron estos planteos teóricos, las etapas del cambio de Lewin, los modelos mentales de Senge y la dupla transparencia / quiebre de Echeverría, al terreno de los hechos. Se verá cómo se establece un diálogo entre la teoría, su aplicación a través de actividades concretas y el análisis de los resultados para un caso particular en el que se privilegió la gestión del capital humano.

## **5. Tema central desde la perspectiva específica del área científica:**

### **5.1 Modelo Médico Hegemónico:**

Eduardo **Menéndez** sintetiza en el constructo del MMH (**MMH**) “al conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, a partir del Siglo XVIII, y que ha logrado identificarse como única forma de atender la enfermedad legitimada por criterios científicos y el Estado”.<sup>3</sup>

El MMH es el **paradigma** científico (Kuhn; 1962) dominante en la formación de los profesionales de la salud en la Argentina y, por lo tanto en la dotación ingresante al HMNEC, así como en los pacientes. Es la base del **modelo mental** (Senge, 1990) que habrá que cambiar para garantizar la aplicación de la legislación vigente.

El MMH como paradigma es un todo estructurado sobre la base de una serie de **axiomas**:

---

<sup>3</sup> Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464.

La construcción de este modelo supone detectar una serie de rasgos considerados como estructurales, los cuales deben ser entendidos como modelo a partir de la estructura de relaciones que opera entre los mismos. Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.(Menéndez, 1988, p.2)

A pesar de que la definición de salud según la **OMS** es el **bienestar bio-psico-social**, el MMH se sustenta en profesionales de la salud capacitados en escuelas formales orientadas sólo a los aspectos biológicos; relegando los sociales y los psicológicos. La práctica médica u acto médico queda reducida a un intercambio “científico”, cuando es en realidad acto de tipo médico, social e ideológico (Menéndez, 1988).

### 5.1.1 Críticas al MMH

La hegemonía de este paradigma devino en prácticas estandarizadas y reificantes que burocratizan y vacían de sentido el trabajo en salud pública. Como reacción a esta tendencia, desde los años 60 del siglo pasado, surgen en el mundo **diferentes cuestionamientos** al MMH, basados en los siguientes puntos:

- El MMH **eleva** los **costos** de la salud hasta el descontrol. A modo de ejemplo véase la problemática creada sobre el tema en los Estados Unidos desde el gobierno de Clinton, que se sigue discutiendo hasta la actualidad.
- El aumento de consumo de **fármacos** complicó a los países que

garantizan el acceso a los medicamentos. En algunos países el 10 % del total del PBI llegó a ser invertido en fármacos. A la fecha, el costo del sistema de salud en la Argentina ronda el 7 % del PBI.

- El incremento masivo de las **intervenciones** médicas. (OMS)
- El incremento de la **iatrogenia** negativa.
- La **epidemiología** no ha demostrado mejoras significativas en indicadores de eficacia.
- Se pudo ver incremento de los niveles de producción y rendimiento, pero con franco deterioro de la **calidad**.
- El estancamiento de los **indicadores** o incluso empeoramiento de aquellos claves como el aumento de la **mortalidad** en los varones en edad reproductiva.
- La falta de mejora en las determinadas causas de muerte como aquellas asociadas a las drogas, o los homicidios, o el aumento de los accidentes viales, o la incidencia de tuberculosis, o de sífilis en la Argentina.<sup>4</sup>

Estos cuestionamientos al MMH se han organizado desde los siguientes grupos de presión:

1. Los **organismos internacionales** vinculados con la salud, como UNICEF y OMS (Organización Mundial de la Salud).
2. **Profesionales** con modelos y fórmulas científicas alternativas.
3. Aquellas corrientes del **neoliberalismo** que han demostrado que es un modelo poco rentable, en términos económicos.
4. Y la **atención primaria de la salud** como nuevo paradigma fundamentado en el preceptismo como función esencial del sistema de salud, y no en la curación.

---

<sup>4</sup> Sistema estadístico de Salud. Estadísticas vitales. Información Básica. S5 (59). Dirección de estadísticas e información en salud. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Diciembre del 2016.

Asimismo, desde el punto de vista de la literatura de recursos humanos, tributaria, en cierta medida, de la sociología del trabajo, es notorio cómo el MMH sirvió de vía regia para la introducción del **taylorismo** y del **fordismo** (Coriat, 1984) en las instituciones de salud. La **fordización del trabajo en salud** aumenta la transparencia, esto es, la ausencia del sujeto y la reificación del paciente. Genera estructuras organizacionales jerárquicas y departamentales, así como el fraccionamiento de la tarea y la desvalorización del saber técnico, colocándolo en un simple rol de producción estandarizada. Para cambiar el proceso de trabajo por uno superior del fordismo **deben cambiar las tecnologías y los enfoques de la gestión de recursos humanos**. En este contexto se implementó un modo de trabajo alternativo al vigente en la administración de la salud tanto en la provincia de Buenos Aires como en la Argentina.

El **paradigma** médico hegemónico incorporado al personal como **modelo mental** es un serio obstáculo para que la atención en el HMNEC respete el **marco normativo vigente** –en el país con las leyes de derecho del paciente (26.259), de parto humanizado (25.929), de salud sexual y reproductiva (25.673) y de educación sexual integral (26.150); y los programas tendientes a garantizar su cumplimiento (de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, de Salud Sexual y Reproductiva, y el de Educación Sexual Integral)–. Consciente la Dirección de este obstáculo, la función de Capital Humano planifica y coordina la implementación del programa de **cambio cultural gestionado** en sus etapas de descongelamiento, cambio y recongelamiento.

## **6. De la metáfora a la acción:**

Partiendo de la investigación bibliográfica, y en el contexto descrito en la introducción, se realiza en este apartado una descripción secuencial de las

actividades desarrolladas durante las diferentes etapas del proceso de apertura del HMNEC. El objetivo, en lo que respecta a la estrategia de Capital Humano, fue generar los quiebres y las visualizaciones de transparencias necesarias –en todos sus integrantes–, para provocar descongelamiento, acción y recongelamiento, que permitan un cambio de creación en la cultura organizacional para desencadenar nuevos procesos orientados a garantizar los derechos de los usuarios, según el cuerpo legislativo vigente.

La división en etapas del proceso de apertura ha sido innovadora como start up de los hospitales públicos en la Argentina. En los siguientes esquemas se grafica la línea de tiempo que permite situarse temporalmente, desde los inicios de la idea original del HMNEC, hasta su puesta en funcionamiento.

En su etapa de creación la institución aún no tenía nombre, y un grupo de expertos en salud pública –que provenían de la gestión de política sanitaria de Moreno– analizaba la idea original, colaborando con la confección del plano médico arquitectónico y propiciando a los arquitectos información vinculada con la ley de parto respetado, como horizonte de lo que se anhelaba implementar allí, y tomando el modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, y la promoción de los derechos de las mujeres, como modelo sugerido para la reconstrucción que Senge nos sugiere en su teoría.

Es interesante destacar aquí que el propio concepto de familia, en la cultura de la organización, ha sido deconstruido, incluyendo diversas formas de vinculaciones familiares, adaptándose a las formas de la autonomía de las mujeres.

Gráfico 2: Etapas de creación, Informe de Gestion.2015. Maternidad Estela de Carlotto. Buenos Aires. Argentina.



Fue en la Etapa de apertura donde la estrategia de capital humano comienza a ser implementada, iniciándose a puerta cerradas, en un tiempo de seis meses, en el que se realizaron principalmente actividades de identificación de las personas convocadas y del nuevo espacio físico.

En el anexo 1 se puede ver una descripción de las actividades con sus objetivos, dinámicas pedagógicas utilizadas, y destinatarios.

Lo sucedido en estos seis meses permitió conocer los marcos normativos vigentes, a través de dinámicas conjuntas orientadas a tal fin, con participación de la comunidad. Asimismo, a través de los grupos T, se trabajaron las transparencias del MMH, provocando un quiebre en algunos trabajadores, y la capacidad de reflexionar sobre esto en forma colectiva.

Este tiempo de identificación fue diseñado *ad hoc*, considerando a las personas individualmente y teniendo en cuenta los conocimientos colectivos necesarios para la implementación de la estrategia orientada a garantizar derechos, como la necesidad de adaptación a un nuevo espacio físico que aparecía en un barrio – y en su comunidad– y en la vida individual de cada uno de los trabajadores desde los comienzos de la construcción.

Es importante recordar que el número de trabajadores era 70, y aún no estaban definidos los perfiles de coordinación de los equipos.

**Gráfico 3: Etapas de apertura, Informe de Gestión.2015. Maternidad Estela de Carlotto. Buenos Aires. Argentina.**



En 2014 comienza la etapa de consolidación del HMNEC y de apertura a la comunidad, lo que requirió fortalecer las **actividades orientadas al desarrollo de nuevas competencias individuales y grupales**. Fueron prácticas de mayor complejidad que las que se ponían en juego durante la escritura interdisciplinaria de los procesos de trabajo, y de los *escenarios imaginarios*, (Ver Anexo 1. Descripción de actividades) o en las dramatizaciones que se había logrado llevar a cabo para en la etapa anterior. Al mismo tiempo, el número de trabajadores se incrementó de forma brusca, y la necesidad de intensificar las **actividades orientadas a fortalecer y consolidar la cultura inicialmente pensada** fue imperante.

Se planificaron entonces actividades sistematizadas con objetivos comunes, variando las dinámicas, a fin de que todos los trabajadores pudiesen participar activamente de ellas, involucrando equipos responsables de la asistencia directa al usuario –como aquellos equipos de soporte–, aún desde la perspectiva contable, favoreciendo **espacios de construcción colectiva** desde los cuales se tomaron decisiones clave para cada etapa. (Ver Anexo 1)

La comunidad externa fue participando paulatinamente de estas actividades, que no solo eran abiertas al interior del Hospital, sino que comenzaron a abrirse a la **presencia del usuario externo en actividades de capacitación**.

Con el objetivo de la transformación, los diferentes *stakeholders* del proyecto también tuvieron que ser incorporados a la gestión del cambio como:

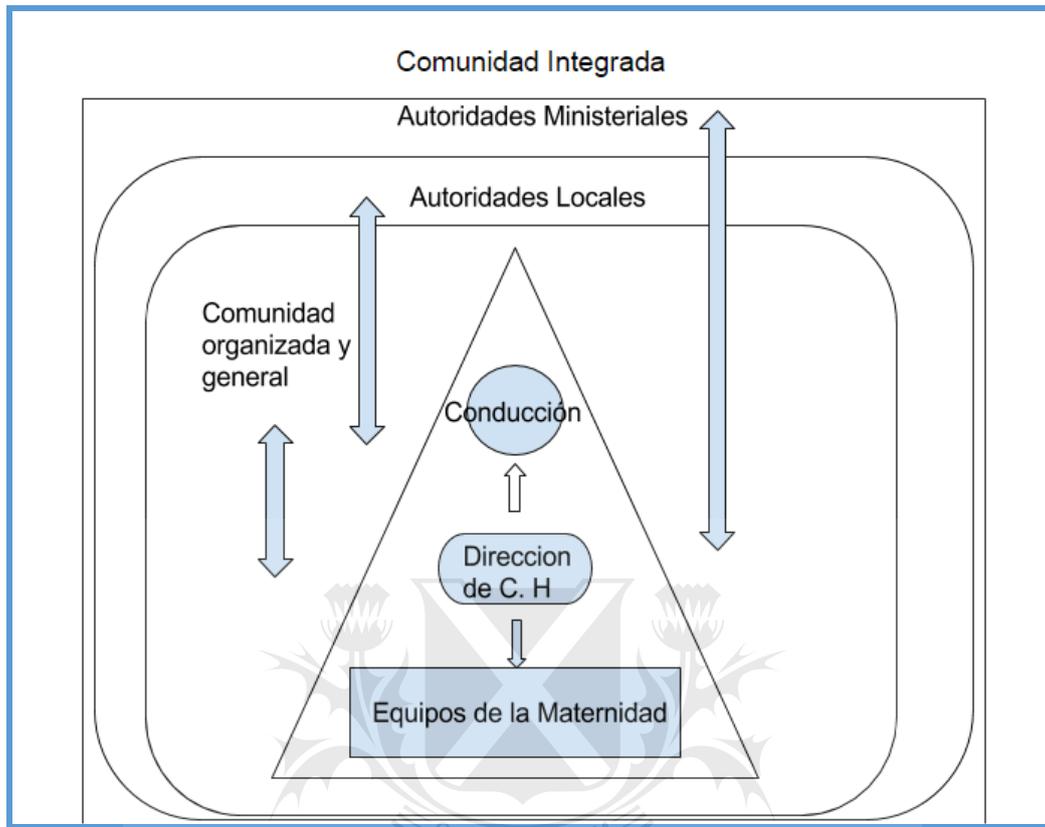
- Autoridades locales, provinciales y nacionales, que fueron clave para continuar obteniendo el financiamiento requerido para completar la etapa de equipamiento; y equipos de salud, observando la complejidad de que en el caso de las autoridades vinculadas con el Estado, los tiempos de función están marcados por la agenda democrática y debieron ser

contemplados constantemente, requiriendo también rendiciones de cuentas sistemáticas, y presentaciones periódicas y reiteradas de la organización en los distintas jurisdicciones del sistema de salud.

- El sistema de salud público local en el que el HMNEC se insertaba, representado por sus autoridades, que se conformaba en un espacio hostil a las nuevas formas de hacer, ciertamente contraculturales a lo que las otras organizaciones sanitarias venían desarrollando. Aquí también fue necesaria la reiteración sistemática de actividades con objetivos similares, aunque con diferentes dinámicas.
- La comunidad interna que se fue conformando requirió acciones orientadas a monitorear el funcionamiento sistemático del hospital en sí, poniendo especial atención a los procesos de trabajo, con evaluaciones sistemáticas, la incorporación de *check list* en aquellos lugares clave, y la propuesta de planificación estratégica ascendente que dieron puntapié para la consolidación de un *pool* de actividades orientadas directamente a propiciar calidad y manejo del error como oportunidad. Este grupo de actividades tenían que ver con ir profundizando la nueva cultura en aquellos que habían logrado su propio quiebre y, por otro lado, consolidar información científica de éxito sobre las nuevas prácticas, que permitiera a más trabajadores sus procesos de descongelamiento.
- La comunidad –organizada, o no– fue cobrando protagonismo, en virtud de la inclusión sistemática en diferentes actividades, cediéndose un lugar principal a sus observaciones y voluntades de participación.

Dividiremos las actividades según la población hacia la que están orientadas. Este gráfico permite comprender los diferentes actores / *stakeholders* que forman parte del contexto global en el que se inserta el HMNEC. Llamaremos comunidad integrada al conjunto.

Las diferentes acciones en las distintas etapas de apertura de la maternidad, fueron orientadas secuencialmente a diferentes *stakeholders*.



Se realizaron monitoreos permanentes de los vínculos de las diferentes redes – asistenciales, pero también sociales, de la organización sanitaria–, a fin de que los mismos se fortalezcan periódicamente, evitando pérdidas a lo largo del tiempo, o bien procurando sumar actores clave de la comunidad que conocieran el nuevo paradigma basado en derechos por haber sido protagonistas del mismo, pudiendo ser ellos mismos quienes transmitan a los trabajadores, en primera persona, instancias de reflexión y agradecimiento que retroalimentaron la identidad, y la implicancia de todos cuantos conforman la comunidad.

Es decir que a lo largo del proceso de apertura se realizaron actividades secuenciales, programadas y rítmicas, que permitieron ir acompañando a cada

trabajador en su proceso de transformación, ya sea durante la ruptura de su transparencia, en su descongelamiento, o en la adquisición de nuevas destrezas que le permitiesen adoptar nuevas prácticas orientadas a garantizar las normativas vigentes.

En el siguiente esquema veremos representado este andar en forma cíclica:



### 6.1 Teoría de la consolidación de comunidades:

La descripción de las actividades realizadas desde la perspectiva de capital humano como herramientas de transformación requiere de una minuciosa transcripción de las mismas, agrupándolas de algún modo en particular que permite vincularlas con teorías relacionadas.

Durante su descripción se ha podido observar que los destinatarios de cada una de estas actividades consolidaron en sí un excelente método de agrupamiento, ya que inicialmente podría hacerse un **mapa de stakeholders internos o externos de la organización que pudiesen ejercer fuerzas positivas o negativas en la consolidación de un nuevo modelo de gestión**, pero luego la interpretación de comunidad integrada fue facilitando el relato, permitió vincular la experiencia con el concepto de **comunidad** acuñado por Tönnies (1949).

***“Comunidad es lo antiguo y sociedad es lo nuevo como cosa y nombre (...) Comunidad es la vida en común duradera y auténtica; Sociedad es solo una vida en común pasajera y aparente. Con ello coincide el que la comunidad deba ser entendida a modo de organismo vivo y la sociedad como agregado y artefacto mecánico.”*** Ferdinand Tönnies, Comunidad y Sociedad.1949.

En las comunidades prima una conformación de **derechos colectivos** desde la edad media, mientras que en la sociedad se orienta el **derecho a los individuos**.

La idea de construir una comunidad integrada a la luz de la garantía de derechos, consolida un horizonte de llegada al nuevo paradigma, que deberá evaluarse a la luz de indicadores sanitarios y percepciones cualitativas del modo de **hacer**. Sin embargo el punto de partida descrito en el capítulo inicial, y el modo de hacer hegemónico operante hasta el momento, forzaron la búsqueda de teorías de cambio que hemos analizado en el capítulo anterior, y que nos permiten comprender el contexto global en el cual se decide esta nueva construcción.

Al describir las actividades, se visualiza un ritmo **espiralado** de las mismas sobre similares objetivos, sumando destinatarios y variando las dinámicas, de manera tal de poder ir adaptando las mismas al contexto sociopolítico interno y externo de la organización sanitaria.

El ritmo de las acciones simula una espiral ascendente en la que se retoma una y otra vez sobre el mismo objetivo, cada vez con mayor desafío de consolidación de la comunidad integrada.

El **protagonismo compartido y la permanente presencia del usuario externo** en las actividades pone, sin duda, a este actor en el rol protagónico, asumiendo la representación viva del derecho, y permitiendo que la reflexión sobre la ley sea más cercana.

Tanto los relatos de buenas experiencias como la gestión de quejas acompañan a la sistematización de indicadores sanitarios como herramientas de control permanentes e indicios directos de las necesidades de retornar sobre uno y otro objetivo desde el diagnóstico propiciado por estas herramientas.

Si bien el porcentaje de presentismo, la participación activa de los trabajadores, y la afiliación sindical también fueron monitoreados, recordamos que los mismos están condicionados por fuerzas del contexto político que solo pueden tenerse en cuenta, aunque no modificarse desde la estrategia de capital humano, ni de la dirección ejecutiva de la maternidad. Es por esto que no fueron utilizados ni en la medición de clima ni de satisfacción de los usuarios internos en forma sistemática. Se sabe que la precariedad de los modelos de contratación de los trabajadores de salud y los contextos normativos en los que se desempeñan, en el marco del sistema público, condicionan, sin lugar a duda, los resultados esperables.

A pesar de esto, habría sido interesante comparar estos indicadores de capital humano con el de los de **otros hospitales públicos, en contextos similares**, ya que durante el mismo periodo de tiempo cuatro hospitales públicos estaban transcurriendo su etapa de apertura en la zona geográfica del HMNEC, y **ninguno de ellos pudo ser sostenido en funcionamiento hasta la fecha**, por lo que no son comparables sus procesos de apertura.

La necesidad de conocer el **clima interno** fue constante, por lo que se diseñaron herramientas de medición indirectas que permitieran conocer las áreas de insatisfacción de los trabajadores, encuentros de equipos, presupuesto participativo, reuniones periódicas. (Ver Anexo 1)

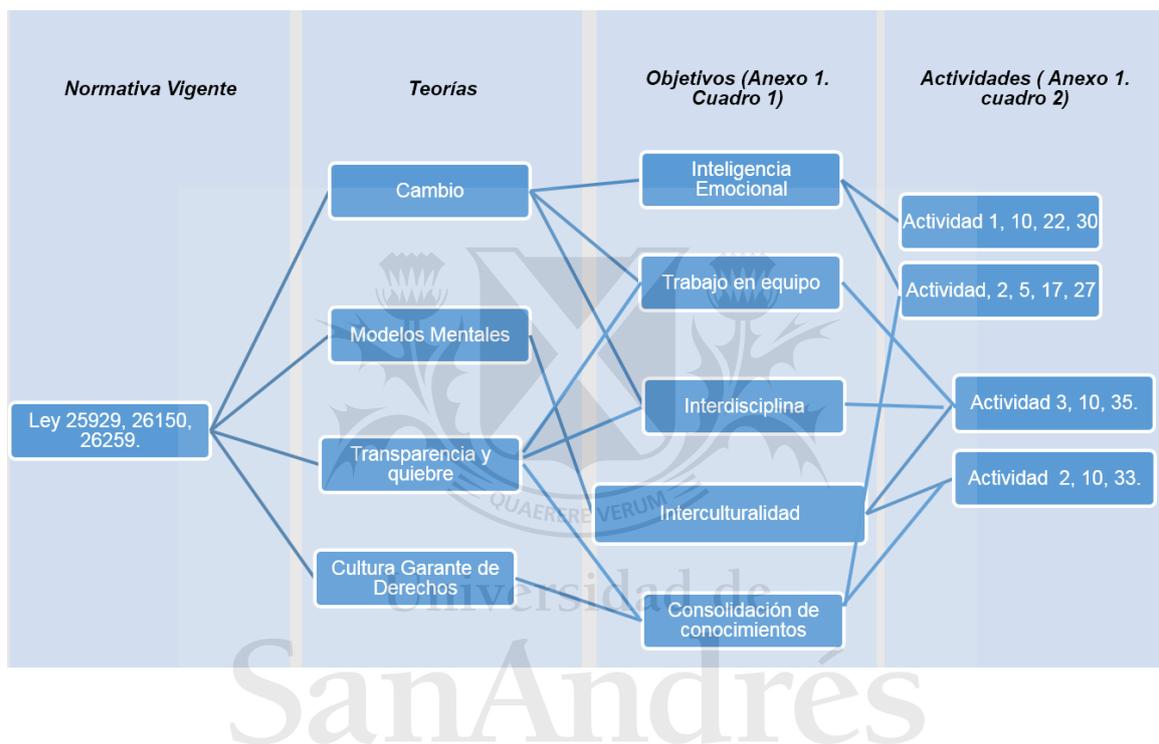
La destreza de la **conducción** se puso en evidencia al sostener –a pesar de los contextos e individualidades– la **repetición sistemática** de actividades con objetivos claros, orientados constantemente a la **consolidación de la nueva forma de hacer**. Al mismo tiempo se fueron sumando actores a la comunidad integrada, conservando las características de la misma, monitoreando los resultados en los nuevos protagonistas, y haciendo una lectura de contexto que permitiera continuar hacia la siguiente etapa, aun sin conocerla.

Aquí fue necesario, también, conservar **espacios de manejo de la incertidumbre** que permitieran al equipo de dirección adquirir herramientas de **inteligencia emocional**, orientadas a identificar las propias áreas de mejora, a fin de continuar teniendo el equilibrio requerido para la conducción de la organización.

Hasta aquí, entonces, hemos desarrollado una inicial introducción en el problema a abordar, una presentación de la organización en la cual el problema es abordado desde diferentes teorías que permiten imaginar una probable

explicación y vías de resolución del mismo, y un esquema de actividades secuenciales que sería la herramienta utilizada para poder dar inicio concreto, a la resolución del problema en sí.

A través del siguiente esquema se resumirá el avance hasta aquí del trabajo, de manera de poder continuar, luego, con el trabajo de campo, y la comprobación o no, de la utilidad del método propuesto.



## 7. Investigación de campo

### 7.1 Objetivos

1. Validar la estrategia de capital humano implementada como nuevo modelo de gestión del cambio.

2. Evaluar la perspectiva de derechos humanos de las prácticas en el HMNEC.
3. Obtener información cualitativa que, en conjunto con los indicadores secuencialmente sistematizados –tanto científicos como de calidad–, permitan evaluar la estrategia de transformación utilizada.

## 7.2 Metodología de relevamiento

A lo largo del presente trabajo se han combinado básicamente dos tipos de informaciones para evaluar el grado de avance y éxito en la implementación de procesos de salud orientados a derecho.

- A) El primer tipo corresponde a indicadores sanitarios estandarizados de calidad de atención y productividad. La sistematización de información cuantitativa fue obtenida del sistema de información perinatal<sup>5</sup>, que permite comparar indicadores del HMNEC con iguales indicadores del partido de Moreno, la provincia de Buenos Aires y la Argentina.

Compartiremos aquí alguno de los indicadores comparativos en las siguientes tablas:

---

<sup>5</sup> Segundo Informe Nacional de Relevamiento Epidemiológico SIP-Gestión (preliminar) Desarrollo e Implementación a escala nacional de un sistema de información en salud de la mujer y perinatal en la República Argentina (en prensa).

**Tabla 1: Comparación de indicadores según Jurisdicción. Tendencia en los últimos 7 años.**

Porcentaje de Acompañamiento a la mujer embarazada durante el Trabajo de Parto, Parto y Puerperio	2011	2014	2015	2016
Argentina	34.2	46.7	50.3	Sin dato
Provincia de Buenos Aires	42.3	46.4	50	Sin dato
Moreno	Sin dato	98	79.9	62.4
HMNEC	Sin dato	92.8	93	96

Los indicadores seleccionados para la comparación son aquellos estrictamente relacionados con la ley de parto respetado, y aquellos que podrían **poner en evidencia transformaciones vinculadas con la adquisición de nuevas destrezas**, a lo largo del proceso de aprendizaje que se dio en el HMNEC.

En el caso anteriormente descrito, el porcentaje de acompañamiento a la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y postparto, **la diferencia del HMNEC es significativa** en comparación con el resto de los escenarios. En rojo se señala un dato que no parece ser del todo genuino sobre Moreno, ya que los siguientes porcentajes distan mucho del señalado.

A continuación se analiza el porcentaje de mujeres primigestas que han requerido episiotomía<sup>6</sup> durante la evolución de su parto vaginal. Esta práctica está íntimamente ligada a destrezas vinculadas con el parto y sus tiempos.

---

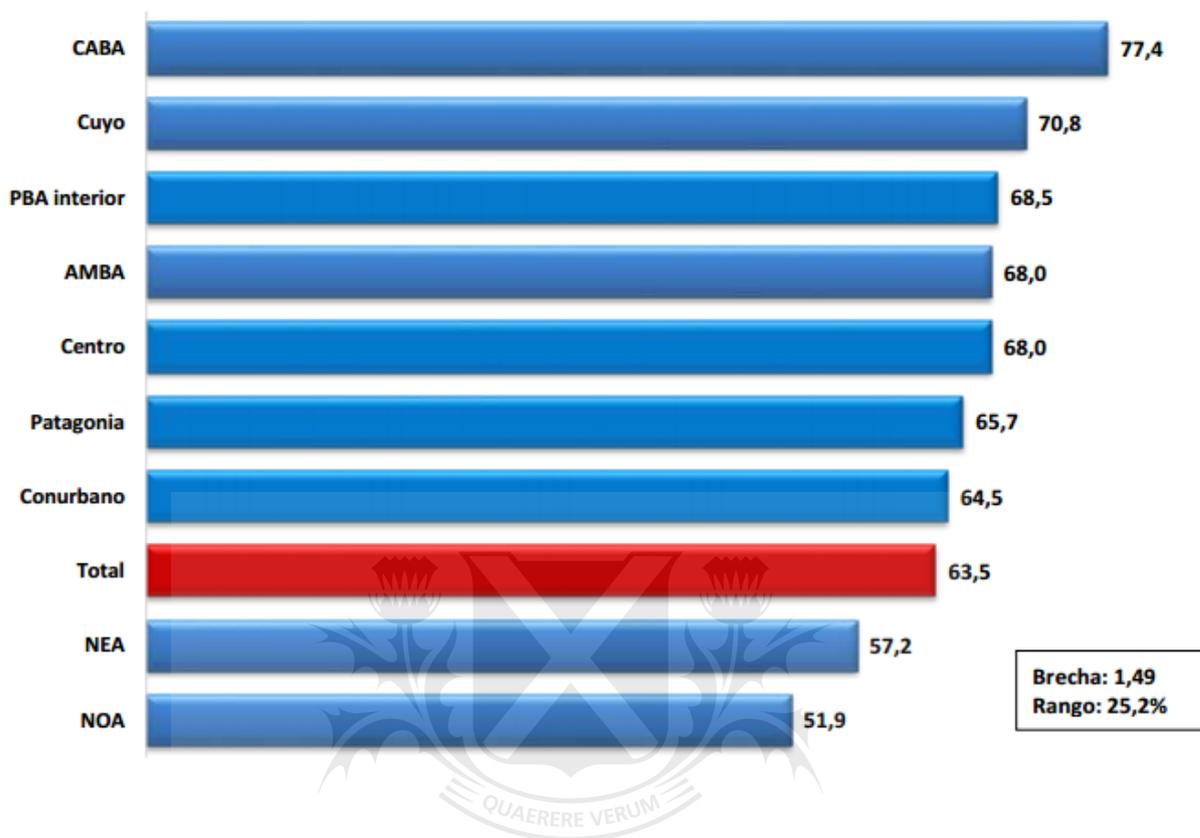
<sup>6</sup> Episiotomía: Incisión que se practica en el periné de la mujer, partiendo de la comisura posterior de la vulva hacia el año, con el fin de evitar un desgarramiento de los tejidos durante el parto y facilitar la expulsión de la criatura.

**Tabla 2: Comparación de indicadores según Jurisdicción. Tendencia en los últimos 7 años.**

Porcentaje de Episiotomía realizada en mujeres primigestas.	2011	2014	2015	2016
Argentina	63.1	63.3	61.8	Sin dato
Provincia de Buenos Aires	63.6	63.5	60.8	Sin dato
Moreno	Sin Dato	sin dato	sin dato	sin dato
HMNEC	Sin Dato	<b>21.5</b>	<b>23</b>	<b>14.2</b>

En el siguiente gráfico se presenta la distribución de porcentajes de episiotomías realizadas en mujeres primíparas en toda la Argentina. Se recuerda que en el HMNEC el Porcentaje es del 23 % en el peor de sus registros anuales desde su apertura, lo que marca una brecha de 29 % con la región del NOA, que es el menor de los porcentajes de todo el país.

**Gráfico 4: Distribución porcentual de episiotomía en primíparas por Región Sanitaria. Acumulado 2010-2014**



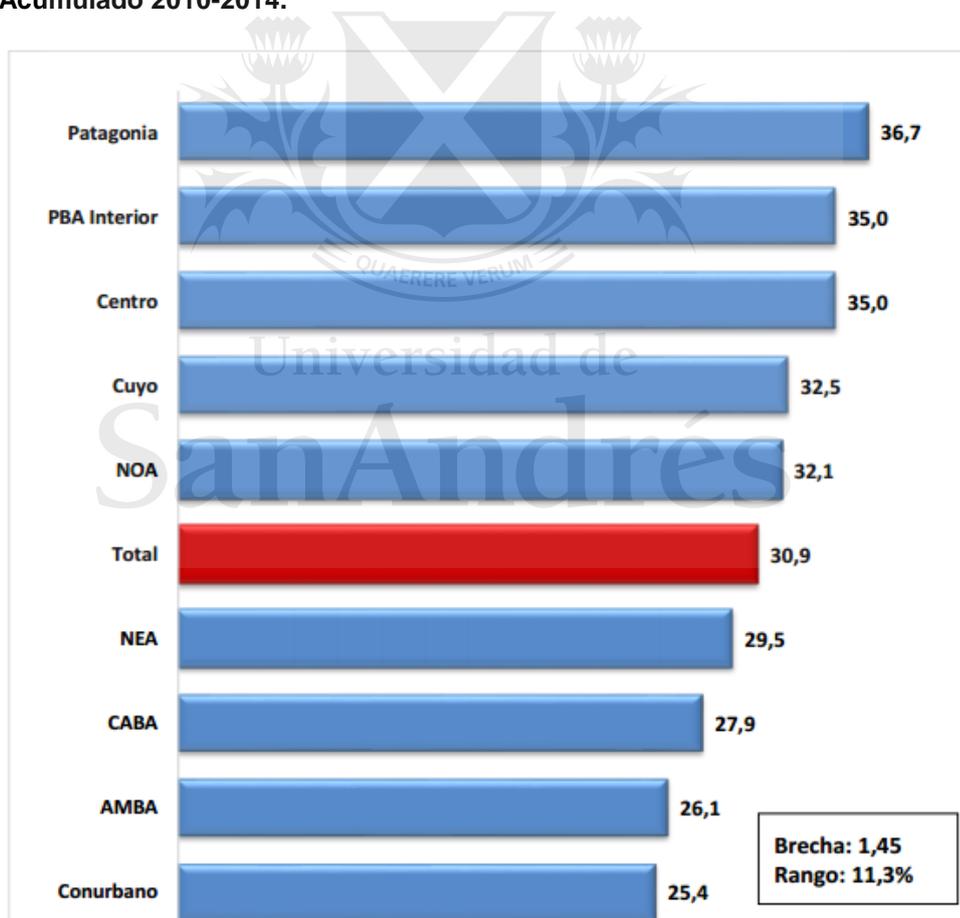
**La Maternidad Estela de Carlotto consolida un Porcentaje de realización de Episiotomía a primigestas del 14, 2 %**

Mucho se habla sobre el **porcentaje de nacimientos por cesáreas como indicador sanitario vinculado con la ley de parto respetado**, y las recomendaciones al respecto de la OMS: menor al 15%, como meta ideal. Tanto en la tabla siguiente como en el gráfico se podrá observar los porcentajes en distintas jurisdicciones y el porcentaje obtenido en el HMNEC, que no supera el 15 % en ninguno de los periodos analizados.

**Tabla 3: Comparación de indicadores según Jurisdicción. Tendencia en los últimos 7 años.**

Porcentaje de nacimientos por Cesárea	2011	2014	2015	2016
Argentina	30.4	31.9	32.8	Sin dato
Provincia de Buenos Aires	25.3	28.2	32.6	Sin dato
Moreno	Sin dato	14.3	30	26.3
HMNEC	Sin dato	7	13	13.4

**Gráfico 5: Distribución porcentual de nacimientos por operación cesárea por región sanitaria. Acumulado 2010-2014.**



**La Maternidad Estela de Carlotto consolida un Porcentaje de nacimientos por cesárea del 13,4 % para el año 2016.**

Hasta aquí compartimos indicadores que nos hablan de la mujer; es interesante analizar también las diferencias obtenidas en el porcentaje de prematurez de los niños. En la siguiente tabla esta diferencia resalta, poniendo en evidencia que con una cultura orientada a derechos, también los niños se ven beneficiados.

**Tabla 4: Comparación de indicadores según Jurisdicción. Tendencia en los últimos 7 años.**

Porcentaje de nacimientos de niños Prematuros	2011	2014	2015	2016
Argentina	9.7	9.8	11.4	Sin dato
Provincia de Buenos Aires	9.3	10	10	Sin dato
Moreno	Sin dato	10.2	8.7	7.4
HMNEC	Sin dato	sin dato	<b>1.7</b>	<b>1.9</b>

B) El segundo tipo de información relevada apunta a la **percepción que tienen los trabajadores** de la maternidad y de otras instituciones acerca del proceso de trabajo en las instituciones para las que trabajan.

El trabajo de campo que se desarrolla a continuación estuvo destinado a la obtención de información de este segundo tipo.

Metodológicamente está compuesto por dos fases:

1. Una serie de **entrevistas semiestructuradas** con expertos en la temática para la clarificación del abordaje.
2. Una **encuesta estructurada** para trabajadores de la salud, corrida tanto en la HMNEC como en otras instituciones para conocer las diferencias o similitudes entre las percepciones de los integrantes de una y otra muestra acerca de las características de los procesos de trabajo en sus respectivas instituciones.

### **7.3 FASE 1**

Se realizaron tres entrevistas por un tercero externo, ya que la relación existente entre el maestrando, la organización y la salud pública podría inferir y condicionar las respuestas (ver curriculums de los entrevistados y guía de las entrevistas en Anexo 2).

#### **Resultados de las entrevistas a expertos y confección del instrumento para Fase 2:**

El objetivo de las entrevistas a expertos fue metodológico. Esta actividad (Método Delphi) se implementó para incluir la mirada de especialistas en la materia y garantizar la consistencia conceptual de la encuesta que se presenta en el punto siguiente, mediante la cual se recabó la información para este capítulo de trabajo de campo. Se buscó definir sobre qué aspectos concretos de la operación en establecimientos de salud se debía poner el foco para encontrar la evidencia empírica que validara o refutara las hipótesis de este trabajo.

El primer punto a determinar fue la existencia real del MMH, sus características y peso dentro del sistema sanitario argentino, llegándose a conclusiones muy similares a las expresadas en el marco teórico de esta tesis. El MMH es el paradigma bajo el cual se ordena casi la totalidad de las prácticas en hospitales y centros de salud, en la Argentina y gran parte del mundo. Como modelo está

anclado en un fuerte biologismo que hace que el saber quede sesgado hacia el lado de quien posee el conocimiento científico –es decir, el médico– frente al destinatario del servicio y frente al resto de los trabajadores de la salud. Es paradigmático debido a que está instalado en las universidades que forman trabajadores de la salud –y que, por lo tanto, a la hora de integrarse al mercado de trabajo llegan ya formados bajo estos lineamientos– y en la sociedad en general que lo reproduce, especialmente desde el rol del paciente que lo valida en última instancia.

El problema principal del MMH es que con el avance de la reglamentación de los derechos de las personas, el accionar médico y el de los trabajadores de la salud en general fue quedando distanciado de la legislación actualmente vigente. Es por esto que surgieron nuevos enfoques que apuntan a conciliar la operatoria en los establecimientos del sector con la ley, con una mirada transversal desde los derechos humanos.

En este sentido verificamos la existencia de **nuevos paradigmas** bajo los cuales se organiza la producción de los servicios de salud, y la consideración de los expertos de que la HMNEC es un establecimiento que ha logrado una nueva manera de trabajar significativamente distanciada del MMH, en mayor concordancia con el nuevo cuerpo legislativo.

Llegado este momento surgió la necesidad de detectar los puntos críticos del proceso de parto sobre los cuales hacer foco para entender en qué instancias podía haber un conflicto entre el accionar de los trabajadores de la salud y el respeto de los derechos de los usuarios de los servicios para luego, en la Fase 2, medir la orientación al derecho en la HMNEC en relación con otros establecimientos, su penetración en la cultura organizacional y en la operatoria de sus trabajadores.

En ese sentido hemos detectado los siguientes momentos del proceso de atención a mujeres embarazadas:

- **La designación del acompañante de la usuaria** en la sala de internación, el trabajo de parto, el parto propiamente dicho y la recuperación. Este punto es crítico ya que es la instancia en la que la persona determina quién va a darle apoyo durante el proceso de parto y que en última instancia será el garante del cumplimiento de sus derechos y necesidades.
- **La utilización y calidad del consentimiento informado:** es el procedimiento formal mediante el cual el usuario ratifica que está tomando las decisiones sobre su propio cuerpo y embarazo. No sólo es importante la existencia de esta instancia sino también el que se practique de manera no rutinaria, informando debidamente a la persona y dándole espacio para que tome las decisiones que debe tomar bajo las mejores circunstancias posibles.
- **El procedimiento de ruptura de bolsa:** es la rotura del saco amniótico. Su aplicación obedece a las necesidades de los establecimientos de salud de programación y aceleración de los partos. En términos de organización del trabajo, es una actividad de carácter taylorista, que va en detrimento del derecho del usuario a tener un parto respetado de acuerdo con las necesidades biológicas –y no de las económicas– de la maternidad. Es una práctica desaconsejada por la Organización Mundial de la Salud.
- **El procedimiento de aplicación de oxitocina:** es la administración de una solución sintética con el objetivo de la inducción de la labor de parto, aumentando las contracciones. La Organización Mundial de la Salud desaconseja su utilización rutinaria para partos normales, no prolongados, por la gran cantidad de contraindicaciones que tiene esta práctica.
- **El procedimiento de tacto vaginal:** es la obtención de información mediante la introducción de dedos y mano en la vagina, constituyendo

una maniobra altamente invasiva, sobre todo en relación con la calidad del diagnóstico que aporta.

- **La decisión de practicar la intervención cesárea:** es la realización de una incisión en el abdomen y otra en el útero para la extracción del bebé por una vía alternativa a la vaginal. Está prevista para partos con complicaciones, ya que tiene demasiado riesgo. No obstante se difundió como práctica de rutina por el mismo motivo: programar y acelerar el parto con fines económicos, siempre en detrimento del derecho de las usuarias.
- **La decisión de practicar episiotomía:** es una incisión en el periné para facilitar la expulsión del bebé y evitar desgarros. Es una práctica desaconsejada por la Organización Mundial de la Salud ya que, si la persona en situación de parto se acomoda a gusto, el riesgo de desgarro es bajo. No obstante esto, es incluso más fácil curar un desgarro que cicatrizar una episiotomía. Sin embargo está ampliamente practicada por los mismos motivos que las acciones anteriormente descritas.
- **Maniobras de control sobre el recién nacido:** se ha establecido como una rutina separar al bebé de los padres inmediatamente después del parto para la realización de una serie de controles, la mayoría de ellos no de carácter urgente y realizables en contacto piel a piel con la madre.
- **Contacto piel a piel madre/hijo:** es la práctica alternativa a su separación para la realización de controles. Es importante emocionalmente tanto para la madre como para el hijo y para el vínculo entre ellos, muy por encima de lo importante que pueden ser los controles rutinarios.

No obstante a lo largo del intercambio con los expertos apareció la necesidad de no limitar la mirada al proceso de parto, buscando captar la orientación a derecho de una forma más completa y consistente, en un sentido más amplio,

no limitado a las técnicas de parto sino hacia una mirada holística de la persona que implica mirar su sexualidad, las relaciones de género, el tratamiento posterior al parto del recién nacido y las relaciones entre distintos actores al interior del establecimiento, agregándose a la encuesta los siguientes aspectos:

- **Consulta y análisis de situaciones de violencia de género:** es importante para contextualizar el embarazo y uno de los puntos fundamentales para la reconversión del perfil de trabajador de la salud de un rol meramente técnico hacia otro de garante de derecho de los usuarios de los establecimientos.
- **La instancia de consejería sexual:** es el complemento proactivo de la acción anterior. Es el rol del trabajador de la salud construido como formador de usuarios más informados y con mayor capacidad de decisión del ejercicio de sus derechos. Le da la posibilidad al usuario de tomar control de su cuerpo, evitando la rutinización de las prácticas médicas. Es una de las claves del proceso de cambio cultural.
- **Asesoramiento sobre lactancia materna y otros talleres significativos:** es una práctica análoga a la anterior pero apuntada al respeto de los derechos del niño, su salud y alimentación.
- **La implementación del proceso de interrupción legal del embarazo:** su implementación es indicador del respeto del derecho dentro de la institución, y del rol de garante de derecho de sus trabajadores. Es fundamental para garantizar derechos básicos de las mujeres.
- **El servicio de seguridad o cuidado hospitalario:** un indicador clave de bajo qué paradigma se estructura un establecimiento es este punto. El servicio de seguridad coherente con el MMH apunta al cuidado de las instalaciones y el personal, mientras que el cuidado hospitalario agrega a sus funciones la orientación y asesoramiento del usuario y la detección de potenciales situaciones de violencia de género, entre otras.

Como consecuencia de lo dicho anteriormente se llegó a la conclusión de que este trabajo de campo debía dar cuenta principalmente de los roles que pueden asumir los trabajadores de la salud, de manera asociada a dichos procesos.

Concretamente, los expertos manifestaron de manera unánime la necesidad de pensar el cambio de paradigma no sólo como un cambio en las técnicas implementadas sino directamente en el paso de un perfil técnico propio del MMH (ya sea departamental en caso de los empleados administrativos, como por especialidad en el caso de los médicos, donde el objeto queda acotado al órgano o patología) a otro perfil más integral que aborde a la persona como sujeto, y más claramente como sujeto de derecho.

De esta manera el trabajador de la salud, cualquiera sea su puesto, **amplía el alcance de su rol desde la tarea parcial y específica hasta convertirse en un garante del derecho de los usuarios**, lo que se operativiza trabajando por elevar los niveles de información y conocimientos que manejan los beneficiarios del servicio de salud, fortaleciendo sus capacidades para decidir sobre su propio cuerpo, además de generar las instancias dentro de los procesos del establecimiento para que esa decisión tenga lugar y sea respetada.

Es por esto que se incluyeron las preguntas en la encuesta acerca del consentimiento informado, del asesoramiento y consejería, de las relaciones de género, el proceso de interrupción legal del embarazo y del accionar del personal de seguridad.

Con el relevamiento teórico y las entrevistas a expertos por un lado, y el análisis de los procesos y procedimientos de atención al público en los establecimientos de salud por el otro, se confeccionó una encuesta que tuvo como objetivo analizar los puntos críticos en los cuales tanto la institución como sus trabajadores pueden promover una operatoria organizada en función del MMH o bien de los derechos de las personas, lo que es igual el nivel de consolidación del cambio cultural dentro de la HMNEC.

## **7.4 Confección de la muestra**

La muestra está compuesta por 84 casos, divididos en un 50% entre trabajadores de la HMNEC y de otros establecimientos.

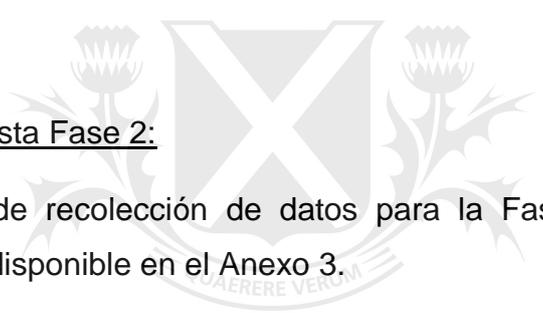
Selección de los encuestados de ambos grupos:  
Aleatoria y anónima.

## **7.5 Implementación**

El formato utilizado fue un formulario de google drive, que permite una circulación del instrumento y una sistematización rápida de los datos.

Formulario de encuesta Fase 2:

Como instrumento de recolección de datos para la Fase 2 se construyó el formulario que está disponible en el Anexo 3.



Universidad de  
**San Andrés**

## 7.6 FASE 2

### 7.7 Cuadro de resultados

<b>Instancia</b>	<b>Muestra Control</b>	<b>HMNEC</b>
1. Acompañamiento de la mujer embarazada	77,98	97,02
2. Consultoría de violencia de género	67,46	89,68
3. Consentimiento informado	69,05	78,57
4. Consejería en salud sexual	66,67	100,00
5. Ruptura de bolsa	50,00	95,24
6. Acompañamiento al recién nacido	71,43	97,62
7. Interrupción legal del embarazo	42,86	100,00
8. Libertad de movimiento en situación de parto	78,57	100,00
9. Información a los usuarios	52,86	70,00
10. Servicio de seguridad hospitalaria	37,62	46,19
11. Contacto piel a piel	52,38	95,24

## **8. Análisis de la investigación empírica y principales hallazgos:**

Mediante la percepción de los trabajadores de la HMMEC y de una muestra de control compuesta por trabajadores de otros establecimientos se evaluó la diferencia entre la orientación a derechos de los usuarios de los servicios de salud en ambos grupos.

En el cuadro de resultados se establece un resumen de lo surgido de una y otra encuesta. En el Punto 1 se analizó el acompañamiento a la mujer durante el trabajo de parto, el parto, la recuperación y la sala de internación, siendo la identificación del acompañante en la HMNEC tendiente al 100% mientras que en otros establecimientos este mismo indicador se mantiene por debajo del 80%.

En lo que respecta al indicador de violencia de género se evaluó la posibilidad dentro de la institución de pedir interconsulta, el conocimiento del procedimiento para dicho pedido y la presencia de información institucional sobre el tema, habiendo una diferencia mayor al 22% entre las dos muestras en favor de la HMNEC, donde roza el 90%.

Una diferencia menor se encuentra en el punto 3, en el cual se evalúa la existencia y calidad del consentimiento informado, rastreando la implementación del mismo; pero también si se hace de manera rutinaria o si lo utiliza para incrementar el nivel de conocimiento del usuario. Este es un procedimiento importante para garantizar el derecho de los usuarios, pero además es una instancia cara a cara en la que se determina cómo es el rol del trabajador de la salud entre un perfil más técnico operativo y otro más complejo de garante del derecho de las personas. Puede verse en el Punto 9 cómo también esta institución da más información a los usuarios.

Existe una diferencia muy significativa en los ítems relativos al cuidado y la decisión sobre el propio cuerpo de la mujer embarazada reflejados en la ruptura de bolsa y el acceso a la interrupción legal del embarazo. En el primero hay una

diferencia del 45% y en el segundo del 57%, mostrando cómo el trabajo realizado modificó el modo de trabajar en la HMNEC.

Se observa una gran diferencia también en los puntos relacionados con el parto respetado. Con una tendencia al 100% en la HMNEC en cuanto al acompañamiento al recién nacido y a la libertad de movimiento de la mujer próxima al parto, y con una diferencia del 42% con respecto a lo observado en otros establecimientos en cuanto a la práctica habitual del contacto piel a piel entre madre e hijo posterior al nacimiento.

Finalmente, en cuanto el rol de los trabajadores de los servicios de seguridad hospitalaria se ve una pequeña diferencia en favor de la HMNEC, pero en ambos casos mostrando indicadores bajos: inferiores al 50%. Este indicador se compuso analizando la participación del personal de seguridad durante el nacimiento, la atención ambulatoria, el ingreso de óbitos, situaciones de violencia de género y las capacitaciones en derechos. Quedará analizar la pertinencia o necesidad de la intervención de los mismos en estas instancias.

Como conclusión de esta fase del trabajo de campo se puede decir que **en todos los indicadores se ha observado un mejor rendimiento en la muestra de la HMNEC** que en la de otros establecimientos, alcanzando en varios de ellos resultados óptimos. No obstante, las menores diferencias y resultados absolutos se encontraron a la hora de brindar información y participar al usuario en la toma de decisiones. Esto daría cuenta de que el nivel de **implementación de buenas prácticas orientadas al derecho de los usuarios** demuestra un avance muy cercano a lo óptimo, mientras que la incorporación del rol de garante de derecho por parte de los trabajadores de la HMNEC, si bien es mayor que en otras instituciones, avanza a un ritmo menor, pudiendo por momentos hacerse rutinario e incurriendo en prácticas más cercanas a las del MMH.

## 9. Conclusiones del trabajo de campo

Realizar una descripción del contexto en el que el trabajo de campo fue desarrollado es esencial para tenerlo en cuenta en el momento de asumir análisis y conclusiones del mismo. Es relevante comunicar al lector que en octubre del 2015, en el marco de las elecciones del poder ejecutivo, municipal, provincial y nacional, hubo recambio de **todas** las autoridades que formaban parte de los *stakeholders* del proyecto, generando un cambio de contexto que amerita un replanteo en la estrategia de conformación de comunidades de práctica que se venía desarrollando en cada etapa.

Retomando sobre los resultados obtenidos, surge que la estrategia de capital humano implementada ha sido determinante para el modelo de trabajo del HMNEC, y que ha generado características propias de una nueva cultura organizacional hospitalaria orientada a garantizar derechos, con diferencias demostrables a través del trabajo de campo realizado.

Los resultados obtenidos remiten al modelo de **Etienne Wenger** sobre las **comunidades de práctica** como teoría social del **aprendizaje**.

La participación colectiva ha resultado clave, compartimos aquí algunas posibles repercusiones de la misma desde diferentes perspectivas:

1. Para los individuos significa que el aprendizaje consiste en participar y contribuir a las prácticas de sus comunidades.
2. Para las comunidades significa que el aprendizaje consiste en refinar su práctica y garantizar nuevas generaciones de miembros.
3. Para las organizaciones significa que el aprendizaje consiste en sostener interconectadas comunidades de práctica a través de las cuales una

organización sabe lo que sabe y, en consecuencia, llega a ser eficaz y valiosa como organización.<sup>7</sup>

Esta intersección existente entre la comunidad de práctica y la participación colectiva nos encuentra reflexionando que:

**“El aprendizaje, en este sentido, no es una actividad separada. No es algo que hacemos cuando no hacemos nada más o que dejamos de hacer cuando hacemos otra cosa.”** (Wenger, 1991)

Aprender es consustancial a la acción, aún cuando no se es consciente de ello, y las actividades que sistematizan la práctica cotidiana constituyen comunidades de práctica.

Otro concepto que surge es el de “participación periférica legítima”, de Jean Lave<sup>8</sup>, que conduce a pensar **cómo mutan marginalidades en sabidurías periféricas**. En este sentido se puede interpretar el proyecto del HMNEC como una construcción periférica a la centralidad de la Academia, organismos de Naciones Unidas y sindicatos; que legitima un nuevo modelo de cultura gracias a la construcción de una comunidad de práctica.

***“Las comunidades de práctica son un contexto para transformar nuevas visiones en conocimiento. Son un lugar de privilegio para la adquisición de conocimiento. En la interacción entre experiencia y competencia, ambos deben permanecer en tensión, si se acomodan en un estado de congruencia cerrada, el aprendizaje se irá reduciendo y la práctica se estancará.”***

***“Como el aprendizaje transforma quiénes somos y lo que podemos hacer, por eso es una experiencia de IDENTIDAD.”***

---

<sup>7</sup> Comunidades de práctica. Aprendizaje, significado e identidad. Etienne Wenger. Paidós.

<sup>8</sup> Lave y Wenger (1991)

***“Las comunidades de práctica se convertirán en lugares de identidad en la medida que posibiliten trayectorias. (Wenger, E 2001)***

Esta construcción requiere (y habilita) adaptaciones constantes a los cambios de contexto y *stakeholders*, que se pusieron en evidencia en el primer párrafo de este apartado.

Aun algunos de los ítems medidos por el trabajo de campo en sus resultados no satisfacen al marco normativo vigente, por lo que el desafío persiste y se potencia con las modificaciones impuestas, a menos que, en algún sentido y en algunas de las prácticas, ya se haya disparado el proceso de **recongelamiento**, y entonces se haya logrado transparentar la nueva acción de una manera más definitiva.

Esta afirmación sólo podrá comprobarse con el seguimiento de los indicadores sanitarios del HMNEC en el tiempo, entendiendo que los mismos no solo dependen de la cultura organizacional sino, también, del cumplimiento de los derechos de los trabajadores, la asignación de recursos esenciales, físicos, tecnológicos, de recursos humanos, y de aquellos orientados a seguir trabajando la estrategia de capital humano, directa o indirectamente, a fin de consolidar un porcentaje cada vez más significativo de nuevas formas de HACER.

## **10. Recomendaciones para la acción**

La primera recomendación es, tal vez, haber extendido la comunidad de práctica a otros hospitales, que se pudiesen haberse enriquecido al compartir las experiencias de transformación, favoreciendo el descongelamiento de aquellos trabajadores que aún no hayan comenzado el proceso de cambio del HMNEC, como así también favorecer el recongelamiento de aquellos que ya estaban

atravesando el proceso de cambio. Generando redes vinculares con otros profesionales y no profesionales que estén en iguales desafíos. Este hecho, también podría haber colaborado en garantizar la trayectoria necesaria para fortalecer el nuevo modelo de abordaje.

Aun cuando es lo planteado a UNICEF, el proyecto podría haberse favorecido por fuera de la financiación de Naciones Unidas, lo que tal vez, podría haber facilitado el comienzo del mismo, evitando el proceso burocrático e inconvenientes de poder, que se dieron por no continuar con la idea de aprendizaje periférico. La búsqueda de legitimidad en organizaciones centrales, expuso al HMNEC a conflictos relacionados a la centralidad, que no eran los que se venían sorteando desde su creación y apertura. De algún modo, es evidente que las competencias requeridas para dicha centralidad no estaban presentes en el equipo de conducción, lo que lo expuesto, y tal vez determinó sus desvinculaciones.

Así mismo, este intercambio de experiencias con otros, podría haber también sido enriquecedor si se basara en los roles no profesionales de la organización, o con la comunidad, lo que tal vez, podría haber permitido que los mismos continúen teniendo espacios esenciales y protagónicos en los procesos de atención en forma transversal.

La segunda recomendación se basa en las alianzas con universidades y/o asociaciones profesionales que pudiesen haber acompañado el proceso, respaldando los resultados.

Si bien estas alianzas se lograron en lo interno:

- Universidad Nacional de Moreno. Prácticas extracurriculares de carreras contables y centro de prácticas de la carrera de trabajo social.

- Universidad Nacional de la Matanza. Centro de prácticas de materias de segundo año de la carrera de medicina.
- Universidad Nacional de Lanús: Becas de especializaciones en gestión para mandos medios.
- Universidad de Buenos Aires. Financiamiento por concurso de trabajo de extensión universitaria de FiloAntropología.

Los mismo no lograron ser, lo suficientemente explícitos hacia el contexto en general, debilitando los resultados obtenidos de sustento científico esencial en contextos tan cambiantes.

Si bien el tiempo transcurrido desde el inicio de la estrategia hasta la consolidación de los resultados expuestos en el trabajo de campo es poco, para pensar en un cambio de cultura organizacional, sobre todo teniendo en cuenta que el 70 % de los trabajadores venían con de otras experiencias laborales, y de formación vinculados al MMH, este tiempo, fue lo suficiente para dar pasos concretos hacia un nuevo paradigma.

Otra recomendación posible podría ser la de haber obtenido financiamiento específico que permita armar un sistema de beneficios explícito, que refuerce los avances del nuevo modelo, que permita construir un sistema de “premios” para aquellos que decidieron apostar a la transformación, sobre todo para aquellos que ocupaban roles no profesionalizados de la organización.

Estos premios podrían haber incluido, la generación de publicaciones científicas que pueda dar prestigio. y conquistar más stakeholders.

Es importante señalar aquí, que desde los inicios hasta el momento de recopilación de información, los mandos medios no cobraron diferenciales en su

sueldos, ni se obtuvieron sus contratos de planta definitivos, lo que debilitó a muchos de ellos, en sus roles de conducción.

Como última recomendación, y conociendo la representación sindical de los trabajadores, la estrategia de relaciones laborales llevada a cabo, no fue lo suficientemente exitosa, como para que los sindicatos lograsen involucrarse en la transformación, y esto debilitó mucho al equipo de conducción.

## **11. Conclusiones finales**

Se aplicaron las teorías descritas en el capítulo inicial a través de la realización de diferentes **actividades secuenciales orientadas a provocar un cambio de paradigma en los trabajadores** de la salud que integran el equipo del HMNEC, utilizando su apertura como evento de fundación.

A través del trabajo de campo realizado, se pone de manifiesto que la aplicación de estas teorías de gestión del cambio y aprendizaje colectivo habilitaron un cambio de destrezas en los equipos de salud como consecuencia de la **modificación de sus modelos mentales y el quiebre de sus propias transparencias, generando una cultura organizacional alineada con el marco normativo vigente.**

Es evidente el descongelamiento logrado y el recongelamiento de las nuevas prácticas que muestran los resultados medidos por sus indicadores de gestión.

La consolidación de **comunidades de práctica y el aprendizaje periférico** fueron teorías que pudieron aplicarse luego de la descripción de las actividades llevadas a cabo y la investigación de campo, como interpretaciones teóricas de lo sucedido en el HMNEC.

El nacimiento y el parto son parte de un evento único e irremplazable, el cumplimiento de los derechos dispuestos en la norma debería ser un objetivo social. **La gestión profesional de recursos humanos posibilitó el cambio de las prácticas preexistentes no ajustadas a derecho por las requeridas por el nuevo marco normativo.**

La trascendencia de lo alcanzado dependerá de alcanzar equipos sostenibles, con derechos laborales garantizados, y de la continuidad y profundización de las acciones planteadas.



## 12. Bibliografía

- 1) Bachelard, Gastón. (1948). La formación del espíritu científico. Buenos Aires: Argos.
- 2) Coriat, Benjamín (1982), El taller y el cronómetro, México, Siglo XXI.
- 3) Crozier, Michel. (1969), El fenómeno burocrático, Buenos Aires, Amorrortu.
- 4) Echeverría, Rafael. (1994). Ontología del lenguaje. Chile. Dolmen/Granica.
- 5) Emery, F. E., y Trist, E. (1960). Socio - Technical Systems. En C. Churchman, & M. Verhulst, Management Sciences, Models and Techniques (págs. 83-297). Oxford: Pergamon.
- 6) Jackson, Philip (1992): La vida en las aulas. Madrid, Morata.
- 7) Lave J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge University Press.
- 8) Lewin, Kurt. (1978). La teoría del campo en la ciencia social. Buenos Aires: Paidós.
- 9) Menéndez, E. L, (1978): "El Modelo médico y la salud de los trabajadores en: F. Basaglia y otros, La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud. México: Nueva Imagen.
- 10) Menéndez E. L. 1988. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464.
- 11) Senge, Peter. (1990). La quinta disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Barcelona, Granica.
- 12) Schein, Edgar (1985). La Cultura Empresarial y el Liderazgo, Barcelona, Plaza & Janés.
- 13) Tönnies, Ferdinand, 1947, Comunidad y sociedad [1887], Buenos Aires: Losada.
- 14) Wenger, E. (2001). *Comunidades de práctica: aprendizaje, significado e*

*identidad*. Barcelona, Paidós.

- 15) Wenger, E. (1991). *Toward a theory of culture transparency. Elements of a social discourse of the visible on the invisible*. Institute for Research of learning. 2550 Hanover. Palo Alto. CA 94304.
- 



Universidad de  
**San Andrés**

## 13. Anexo 1: Descripción de Actividades

Esta descripción se realizará desde dos perspectivas:

Inicialmente se vincularon las actividades desarrolladas con las teorías de cambio propuestas por el capítulo anterior.

### 13.1 Cuadro 1

Objetivo de las Actividades	Descongela miento	Movimiento	Recongelamiento	Transparencia	Quiebre
Proponer herramientas de autoconocimiento e Inteligencia emocional					
Definir equipo de conducción inicial, con ideas fuerza clara, basadas en el derecho, en la medicina basada en la evidencia, y en los fracasos. Aun cuando esta idea fuerza generada esté distante a las posibilidades personalísimas e individuales.					
Poner en común de la identidad de la maternidad. Nombre, logo, palabras claves, sentimientos, colores, olores.					
Escribir y compartir procesos de atención según los escenarios imaginarios.					
Actuación de escenarios escritos, con mujeres de la comunidad como actores.					
Selección de guías científicas que serían la base del trabajo y fuente bibliográfica reconocida en la organización.					
Solicitud de equipamiento por áreas basadas en los escenarios planteados. Armado de insumos necesarios para el arranque. (recordando que el hospital solo tenía 30 sillas y 2 escritorios)					

Inauguración fundacional.					
Reconocimiento de la maternidad como espacio. Apertura de cajas de elementos NUEVOS. Ejercicio simbólico de creación.					
Reconocimiento Interpersonal.					
Definir la intención de implementar un Nuevo Modelo a seguir que conquiste a los diferentes actores, y que aborde los temas desde una perspectiva interdisciplinaria, de manera tal de que varias disciplinas se vean convocadas en el mismo modelo.					
Como equipo de conducción desarrollar las destrezas y competencias de gestión necesarias para favorecer la implementación del modelo seleccionado.					
Fortalecer el nuevo modelo de gestión, a través de la reflexión participativa y el análisis de los logros obtenidos.					
Reflexionar sobre experiencias negativas de mujeres utilizando el modelo anterior. Estos espacios podían ser a partir de dispositivos creados por organizaciones sociales orientadas al Parto Respetado, o relatos propios de trabajadoras, o relatos de mujeres en primera persona.					
Favorecer las Conversaciones abiertas sobre derechos, nacimientos, maternales, hospitales gestión, trato, en busca de una identidad colectiva.					
Compartir el nuevo modelo y sus resultados con expertos sobre temas técnicos y temas de gestión.					
Fortalecer la Participación Comunitaria activa.					
Reuniones de gestión en 3 niveles (dirección, conducción, y conducción ampliada), semanales, quincenales, mensuales.					
Diseñar un modelo de estratificación de riesgo. Red asistencial. Incluir un					

Hospital de Nivel II al sistema de salud público local.					
Completar la infraestructura y suministros necesarios para posibilitar la siguiente etapa de apertura.					
Recopilación permanentes de buenas experiencias vividas al implementarse el NUEVO MODELO DE HOSPITAL, material audio visual y en vivo que permita socializar lo vivido a otros y otras, ya sean del equipo de salud como de la comunidad. Un numero importantes de familias prestas su tiempo en talleres comunitarios y espacios de capacitación, para venir a contar su experiencia como acción de gratitud a los integrantes de cada equipo.					
Ateneos centrales.					
Profundizar la vinculación con el usuario externo a través de diferentes métodos de comunicación y participación colectiva.					
División en equipos interdisciplinarios para conversar sobre temas diversos. Nacimiento, aborto, muerte.					
Definir de un nuevo MODELO DE HOSPITAL BASADO EN GARANTIZAR DERECHOS.					
Obtener diferentes fuentes de financiamiento					
Unificar criterios y forzar la relectura de los procesos. Asegurar circuitos de calidad. Generando capacitación como efecto secundario a la obtención de la certificación.					
Fortalecer la red de vínculos interdisciplinarios interna y externa, favorecer la autocrítica y la evaluación permanente, asumir la información como fuente de luz en el ANDAR. Cuidar a los que cuidan.					
Capacitación formal para mandos medios.					
Incorporar los conceptos de seguridad del paciente, y el error como oportunidad.					

Promover la transferencia de la experiencia a comunidades científicas, y/o organizaciones de salud a fin de trascender en el modelo de gestión.					
Garantizar la calidad					
Evaluaciones de clima indirectas.					
Evaluaciones de desempeño grupales					
Favorecer la Integración de los equipos					

## 13.2 Cuadro 2

En la segunda perspectiva la descripción contempla objetivos, coordinación contenidos, duración, y dinámica utilizada, incluyendo en el anexo, ejemplos de cada una de ellas con los materiales de difusión utilizados.

Número	Objetivo de las Actividades	Duración	Población objetivo	Coordinación	Contenidos	Dinámica
1	Proponer herramientas de Inteligencia emocional	Primer año	Trabajadores de la maternidad	Referentes invitados	Autoconocimiento	Espacios Protegidos de Autoconocimiento
2	Definir equipo de conducción inicial, con ideas fuerza clara, basadas en el derecho, en la medicina basada en la evidencia, y en los fracasos.	Muy intenso el primer año y luego constantes	Trabajadores de la maternidad	Equipo de dirección de la maternidad	Historia, nombre, misión, visión, objetivo, pilares institucionales, productos, indicadores de calidad, indicadores epidemiológicos, etc.	Estrategia de comunicación. Visualización en forma constante y repetitiva, visible, comprensible, accesible y con actualización de la información.

3	Poner en común la identidad de la maternidad.	Primeros 6 meses	Trabajadores de la maternidad	Equipo de dirección de la maternidad	Identidad colectiva, desarrollar pertenencia e implicación con la organización y sus objetivos.	Talleres de arte, votaciones públicas, ejercicios de creatividad.
4	Escribir y compartir procesos de atención según los escenarios imaginarios.	Primeros 6 meses	Trabajadores de la maternidad	Equipo de dirección	Gestión por procesos.	Talleres de escritura, herramienta homogénea, actuaciones de escenarios imaginarios que permitan reflexionar en el paso a paso, reconociendo la importancia de todos los roles y funciones.

5	Actuación de escenarios escritos, con mujeres de la comunidad como actores.	Primeros 6 meses	Trabajadores de la maternidad	Equipo de dirección	Gestión por procesos.	Talleres de escritura, herramienta homogénea, actuaciones de escenarios imaginarios que permitan reflexionar en el paso a paso, reconociendo la importancia de todos los roles y funciones.
6	Selección de guías científicas que serían la base del trabajo y fuente bibliográfica reconocida en la organización.	Primeros 6 meses	Trabajadores de la maternidad	Ministerio de salud de la provincia y la nación	Medicina basada en la evidencia. Seguridad del Paciente. protocolos diseñados por el Ministerio.	Descripción de fundamentación de los procesos propuestos.

7	Solicitud de equipamiento por áreas, basadas en los escenarios planteados. Armado de insumos necesarios para el arranque. (recordando que el hospital sólo tenía 30 sillas y 2 escritorios)	Primer año	Trabajadores de la maternidad	Equipo de dirección	Identidad colectiva, implicancia con la organización.	Listados sugeridos por disciplina para facilitar el trabajo usando el plano médico arquitectónico como fuente, de manera de linquear la idea en la construcción con la puesta en funcionamiento
8	Inauguración fundacional.	Primer año	Trabajadores de la maternidad	Presidencia de la nación y equipo de dirección	Identidad	Visita presidencial de inauguración más acto.
9	Reconocimiento de la maternidad como espacio. Apertura de cajas de elementos NUEVOS. Ejercicio simbólico de creación.	Primer año	Trabajadores de la maternidad	Coordinadores de equipos	Identidad, implicancia, creación.	Apertura concreta de cajas de TODO el equipamiento

10	Reconocimientos Interpersonales.	Constante	Trabajadores de la maternidad	Equipo de dirección de la maternidad, expertos invitados puntualmente o bien, trabajadores según su disciplina	Reflexiones sobre el nacimiento, la familia, el ser madres, los derechos, la identidad individual, la historia propia, comparada con el ideal esperado	Talleres, cines debates, capacitaciones formales, teatralizaciones de escenas, lectura de textos, realización de actividades abiertas a la comunidad para ceder la palabra a las familias y que los trabajadores escuchen en primera persona sus relatos y experiencias, y sus deseos y sueños.
----	----------------------------------	-----------	-------------------------------	--	--	---

11	Definir la intención de implementar un Nuevo Modelo a seguir que conquiste a los diferentes actores, y que aborde los temas desde una perspectiva interdisciplinaria, de manera tal de que varias disciplinas se vean convocadas en el mismo modelo.	Constante	Comunidad integrada	Equipo de dirección de la maternidad	Maternidad segura y centrada en la familia. Ley de salud Sexual Integral. Ley de Parto respetado	Capacitaciones presenciales, capacitaciones autogeneradas por la lectura del material, incorporación de profesionales que conocían el modelo. Adecuación del modelo a los trabajadores de la maternidad apropiándose de la estrategia de implementación. Jornadas Anuales. Hitos
----	--	-----------	---------------------	--------------------------------------	--	--

12	Como equipo de conducción desarrollar las destrezas y competencias de gestión necesarias para favorecer la implementación del modelo seleccionado.	Constantes	28 Coordinadores de equipos	Equipo de dirección de la maternidad y Profesionales expertos convocados especialmente	Liderazgo. Planificación estratégica. Trabajo en equipo. Inteligencia emocional.	Ejercicios de planificación estratégica ascendente. Acreditación de calidad. Plan de Mejora anual para mandos medios. Talleres con expertos en Gestión y conducción.
13	Fortalecer el nuevo modelo de gestión, a través de la reflexión participativa y el análisis de los logros obtenidos.	Constantes	Comunidad integrada	Equipo de dirección de la maternidad, expertos invitados puntualmente o bien, trabajadores según su disciplina	Los contenidos están siempre orientados a reflexionar sobre los derechos que se desea garantizar, y evaluaciones de procesos asistenciales que previamente estaban determinados, a fin de objetivar el cumplimiento de los mismos. Temas científicos y técnicos	talleres, invitaciones a expertos, visitas sistemáticas a la maternidad que favorezcan el aprendizaje homogéneo de algunos procesos de trabajo. Debates con diferentes actores vinculados a las temáticas, informes sistemáticos,

14	Reflexionar sobre experiencias negativas de mujeres utilizando el modelo anterior. Estos espacios podrían ser a partir de dispositivos creados por organizaciones sociales orientadas al Parto Respetado, o relatos propios de trabajadoras, o relatos de mujeres en primera persona.	Constante con diferentes periodicidad y dinámicas	Comunidad Integrada	Dirección médica mas equipo de trabajo social y psicología, más organizaciones sociales	Derechos relacionados con la atención en salud, seguridad del paciente, error médico, gestión por procesos, violencia obstétrica	Armado del comité de calidad, reuniones con familias con malas experiencias, gestión de quejas. Talleres.
----	---	---	---------------------	---	--	---

15	Favorecer las Conversaciones abiertas sobre derechos, nacimientos, maternaje, hospitales, gestión, trato, en busca de una identidad colectiva.	Constantes	Comunidad Integrada	Equipo de dirección más coordinadores de equipos, más trabajadores colaborando y grupos de la comunidad	Derechos Humanos, identidad, muerte, implementación, indicadores de mejora continua	Semanas anuales específicas (parto respetado, cesar, lactancia materna, prematuros) musicoterapia, arte, teatro del oprimido, talleres de reflexión, conversaciones conducidas informales. (ver nombre técnico para cuando un fuerza la inserción de temas dentro de la organización) que no se animan a decir.
16	Compartir el nuevo modelo y sus resultados con expertos sobre temas técnicos y temas de gestión.	Constante. Uno por semestre	Comunidad Integrada	Equipo de dirección más coordinadores de equipos, más trabajadores colaborando y grupos de la comunidad	Salud pública, gestión por procesos, epidemiología, temas técnicos de diferentes disciplinas	Reuniones Periódicas con diferentes actores.

17	Fortalecer la Participación Comunitaria activa.	Constante	Comunidad integrada	Coordinadores de equipos	Construcción de redes. Fomentar el protagonismo de la comunidad externa de forma explícita como estrategia de aprendizaje bilateral.	Jornadas, pintada de murales, talleres organizados en forma conjunta, incorporación de proyectos específicos como educación física, fotografía, toque eutónico.
18	Reuniones de gestión en 3 niveles (dirección, conducción, y conducción ampliada), semanales, quincenales, mensuales.	Constante	Comunidad integrada	Equipo de dirección	Funcionamiento del hospital y difundir información hacia los equipos	reuniones coordinadas, con diferentes disciplinas, que permita un análisis tras disciplinar de las problemáticas.
19	Diseñar un modelo de estratificación de riesgo. Red asistencial. Incluir un Hospital de Nivel II al sistema de salud público local.	Constante	Funcionarios públicos del sistema de salud local, mas coordinadores	Equipo de Dirección	Corredor sanitario, al funcionamiento de la red, análisis de muerte maternas o infantiles	Reuniones presenciales.

20	Completar la infraestructura y suministros necesarios para posibilitar la siguiente etapa de apertura.	Constantes	Funcionarios públicos de los que depende el financiamiento	Equipo de dirección	Rendición de cuenta ante diferentes autoridades, con el objetivo de reportar informes de gestión que permitan la toma de decisiones que favorezcan la apertura paulatina y constante de más y más áreas y productos.	Reuniones presenciales.
----	--	------------	--	---------------------	--	-------------------------

21	<p>Recopilación permanentes de buenas experiencias vividas al implementars e el NUEVO MODELO DE HOSPITAL, material audio visual y en vivo que permita socializar lo vivido a otros y otras, ya sean del equipo de salud como de la comunidad. Un numero importantes de familias prestas su tiempo en talleres comunitarios y espacios de capacitación, para venir a contar su experiencia como acción de gratitud a los integrantes de cada equipo.</p>	Constante	Comunidad integrada	Equipo de comunicaci ón más trabajo social y psicología	buenas prácticas y relatos en primera persona.	videos, mensajes, relatos en vivo, indicadores en general
----	---	-----------	---------------------	---	--	---

22	Ateneos centrales.	Constantes	Trabajadores de la maternidad	Coordinadores de equipos	Medicina basada en la evidencia. Seguridad del Paciente. protocolos diseñados por el Ministerio.	Discusiones de casos. Aprendizaje basado en problemas.
23	Profundizar la vinculación con el usuario externo a través de diferentes métodos de comunicación y participación colectiva.	Constante	Comunidad integrada	Equipo de comunicación, enfermería y administración	Satisfacción del usuario, seguridad del paciente, visitantes, seguidores de la organización	Sistematización de la información en libro de quejas, libros de relatos de experiencias, evaluación de procesos asistenciales, análisis de repercusiones en Facebook, y otras páginas relacionadas, Repercusiones periodísticas y científicas de la organización.

24	División en equipos interdisciplinarios para conversar sobre temas diversos. Nacimiento, aborto, muerte.	Últimos 2 años	Comunidad Integrada	Equipo de dirección más coordinadores de equipos, más trabajadores colaborando y grupos de la comunidad	Gestión por procesos, división del trabajo por producto, consultorios externos, guardia, quirófano, nacimiento. Equipos interdisciplinarios todos que vamos intentando madurar, y que sistematizan su crecimiento y errores.	Encuentro de equipos, (a fin de cada año), comités de calidad, docencia, historia clínica, intercomité, equipo interdisciplinario de ssyr, y equipo interdisciplinario del taller de preparación integral para la maternidad, red de mamás.
25	Definir de un nuevo MODELO DE HOSPITAL BASADO EN GARANTIZAR DERECHOS.	Último año	Coordinadores de equipos y equipo de dirección	equipo de dirección más mentor externo	Sistematización gráfica del modelo de gestión	Grupos t, reuniones individuales con cada director y coordinadores para buscar una forma de sistematizarlo que represente al equipo global.

26	Obtener diferentes fuentes de financiamiento	Últimos 2 años	Comunidad Integrada	Trabajadores individuales	Creación de redes, fortalecimiento de la identidad, y la participación comunitaria	Proyecto de Residencia de madres, un juguete para mi hermanito, el roperito comunitario, el lactario, el consultorio de lactancia, servicio de puericultura
27	Unificar criterios y forzar la relectura de los procesos. Asegurar circuitos de calidad. Generando capacitación como efecto secundario a la obtención de la certificación.	Últimos 2 años	Comunidad integrada	CENAS	Estándares de calidad que se requieren para alcanzar la misma acreditación que un hospital privado.	Acreditación de Calidad con estándares globales.

28	Fortalecer la red de vínculos interdisciplinarios interna y externa, favorecer la autocrítica y la evaluación permanente, asumir la información como fuente de luz en el ANDAR. Cuidar a los que cuidan.	Últimos 2 años	Comunidad integrada	Equipo de dirección	Gestión estratégica de RRHH integral. Relaciones laborales integradas.	Dirección de capital humano. Engloba, RR.HH., gestión de enlace, comunicación interna y externa, cuidadores hospitalarios, higiene hospitalaria, biomedicina, infraestructura, desarrollo de las personas.
29	Capacitación formal para mandos medios.	Últimos 2 años	Coordinadores de equipos y equipo de dirección	Universidad de Lanús. Instituto de Salud colectiva	Salud pública, gestión por procesos, epidemiología, temas técnicos de diferentes disciplinas	Becas en Especialización en Gestión.

30	Incorporar el concepto de seguridad del paciente, y el error como oportunidad.	Últimos 2 años	Comunidad integrada	Equipo de dirección y comité de calidad	Seguridad del Paciente. Calidad. Gestión por procesos.	Reuniones periódicas, uso de tecnología para la evaluación de errores, análisis de causa raíz sobre errores, sistematización de monitoreo de depósitos de enfermería y utilización sistemática de listas de chequeo
31	Promover la transferencia de la experiencia a comunidades científicas, y/o organizaciones de salud a fin de trascender en el modelo de gestión.	Últimos 2 años	Comunidad integrada	Equipo de dirección	Modelo de gestión, procesos de trabajo, regionalización	Modelo de Transferencia diseñado para 5 provincias de la argentina con financiamiento de UNICEF, publicaciones científicas que sintetice el modelo de gestión. OPS

32	Garantizar la calidad	Últimos 2 años	Comunidad integrada	Equipo de dirección más colaboradores externos. Estudiantes rotantes, o actores provisorios	Modelo de gestión, gestión por procesos, regionalización	A partir de la evaluación de los procesos centrales de la maternidad. Utilizando encuestas dirigidas a usuarios externos e Internos que permitieran comprobar el cumplimiento o no del proceso escrito.
33	Evaluaciones de clima indirectas.	Últimos 2 años	Trabajadores de la maternidad	Equipo de Conducción .	Evaluaciones de Facebook, acreditación, ausentismo, presupuestos colaborativos y participación	Cada formato de evaluación indirecta tenía una dinámica puntual.
34	Evaluaciones de desempeño grupales	Últimos 2 años	Comunidad integral	Equipo de Conducción	Gestión por procesos, garantía de derechos, MSCF, Planificación estratégica	Informes periódicos de gestión. Encuentros de equipos.

35	Favorecer la Integración de los equipos	Último Año	Trabajadores de la maternidad	Equipo de Dirección	Trabajo en equipo, pertenencia, identidad	Asados de Viernes. 1 por mes. Rotando el equipo que cocina.
----	---	------------	-------------------------------	---------------------	---	---

## **14. Anexo 2**

### **14.1 Entrevistados:**

#### **Dra. Lucrecia Raffo:**

- Médica Facultad de Medicina UBA especialista en Clínica Médica.
- Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud Universidad Nacional de Lanús
- Coordinadora de Consultorios Externos Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas
- Ex Consultora INCUCAI
- Ex Directora Ejecutiva y Directora de Prestaciones Asistenciales Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas
- Ex Responsable de Capacitación Región Sanitaria V y Región VII B, Ministerio de Salud, prov. de Bs. As.
- Ex Responsable del Programa de VIH/SIDA/ETS de Región Sanitaria V y VII B, Min de Salud prov. de Bs. As.
- Ex Responsable Programa de Tuberculosis, PRODIABA, Epidemiología Región Sanitaria VII B, Min de Salud prov. de Bs. As
- Ex Consultora del Programa Nacional de VIH/SIDA (Proyecto LUSIDA y Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, TBC y Malaria)

#### **Lic. Carlotta Ramirez:**

- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina
- Diploma Superior de Especialización en Género y Políticas Públicas, (2003)

- Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Buenos Aires, Argentina
- Licenciada en Psicología (1985)
- 30 años de experiencia laboral en las áreas de desarrollo de programas sociales y de salud pública con enfoque de género (planeación, sistemas de información, evaluación, seguimiento y dirección)
- Cuenta con amplia experiencia en el desarrollo, implementación y evaluación de programas sociales y de salud pública con enfoque de género en Argentina y Estados Unidos. Su recorrido incluye programas dirigidos a mujeres migrantes, prevención y atención de violencia de género, promoción de paternidades, Salud reproductiva y atención a víctimas del terrorismo de estado. Ha sido consultora del Área de Género, sociedad y Políticas de FLACSO Argentina, OPS, INSTRAW, Asociación Civil de Derechos Humanos Mujeres Migrantes y Refugiadas Massachusetts Department of Public Health, University of Massachusetts, School of Medicine y Cambridge Health Alliance. También se ha desempeñado como Investigadora senior asociada en New England Research Institute y como docente de la Universidad de Buenos Aires, Universidad de la Plata y en la Universidad de Lomas de Zamora. Ha sido miembro fundador del Movimiento Solidario de Salud Mental, equipo asistencial de la Comisión de Familiares de Presos y Detenidos por razones Políticas.
- Entre los años 2009 al 2015 se desempeñó en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, donde coordinó el área de capacitación y asistencia técnica. Desde el 2016 forma parte del Área de Capacitación del Programa SUMAR.

### **Dr. Raúl Mercer:**

- Médico, pediatra, especialista en salud pública.
- Máster en epidemiología de la Universidad de Madison, WI, USA.
- Coordinador del Programa de Ciencias Sociales y Salud de FLACSO, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Buenos Aires, Argentina
- Investigador del CISAP; Centro de Investigación en Salud Poblacional, Hospital Durand, CABA.
- Ex Coordinador el Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires´
- Ex Coordinador Técnico de la Unidad Coordinadora de Programas Materno Infantiles del Ministerio de Salud de la Nación
- Ex Investigador del CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad).
- Consultor de agencias y organismos internacionales.
- Temas de interés: salud de la niñez y la mujer, género, derechos, promoción de la salud, desarrollo infantil.

### **14.1 Guía de entrevistas:**

- Edificios: fraccionamiento de equipos de trabajo
- Modelo Médico Hegemónico
  - Biologismo
  - Individualismo
  - A historicidad
  - Mercantilismo
  - Eficacia pragmática
  - Asimetría
  - Autoritarismo

- Participación subordinada y pasiva del paciente.
- Exclusión del conocimiento ajeno
- Legitimación Jurídica.
- Profesionalización Formalizada
- Racionalidad Científica.
- Tendencias Inductivas al consumo médico
- Crítica al Modelo Médico Hegemónico
  - Forma de hacer de elevado costo
  - Consumo de fármacos
  - Incremento masivo de las intervenciones médicas
  - Incremento de la iatrogenia negativa
  - Producción y rendimiento vs. calidad
- Parto respetado / Roles de los diferentes sectores dentro del equipo
- Decisión sobre sí mismo: información disponible. Derechos sexuales y reproductivos.

## **15. Anexo 3**

### **15.1 Formulario de Encuesta. Trabajo de Campo.**

Este formulario tiene como objetivo, "obtener rasgos y tendencias del modelo de atención actual en relación al parto, la violencia de género, y la salud sexual integral"

Es anónimo, voluntario, y no identifica organizaciones sanitarias. Parte de una verdadera convicción acerca de la necesidad de mejora continúa en la implementación de políticas públicas.

Es clave que las respuestas que nos facilite sean objetivas y realistas sobre su organización sanitaria y lo que en ella ocurra, para que lo obtenido pueda ser luz de mejores estrategias en el Sistema de Salud Argentino.

#### **1. Género**

- Femenino
- Masculino
- Otro:

#### **2. Edad**

- De 18 a 25
- De 26 a 35
- De 36 a 50
- De 51 a 65
- Otro:

**3. En el desarrollo de su actividad laboral: ¿se ha desempeñado en más de una organización sanitaria?**

- Sí
- No

**4. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la organización sanitaria actual?**

- Más de 5 años.
- Entre 5 y 3 años.
- Entre 1 y 3 años
- Menos de 1 año.

**5. ¿Qué nivel de estudios completos posee?**

- Primario
- Secundario
- Terciario
- Universitario o más

**6. ¿Cuál es el rol, que en la organización sanitaria en la que trabaja, usted desempeña?**

- Administración y Servicios
- Personal sanitario con contacto directo con los/las pacientes.
- Personal sanitario sin contacto directo con los/las pacientes.

**7. ¿Podría indicar el área de la organización a la que pertenece?**

**8. Con respecto a la atención a mujeres embarazadas de bajo riesgo: ¿En qué situaciones de las siguientes, el acompañamiento de a la paciente es habitual dentro de la organización sanitaria en la que usted trabaja?**

- Trabajo de parto
- Parto
- Recuperación
- Sala de internación

**9. En caso de detectar una situación de violencia de género: Usted, ¿puede solicitar interconsulta a los equipos específicos?**

- Sí
- No

**10. En caso que la respuesta anterior sea positiva: ¿Conoce cómo hacerlo?**

- Sí
- No

**11. En la organización sanitaria en la que usted trabaja: ¿Existe el consentimiento informado?**

- Sí
- No
- Desconoce

**12. En caso de respuesta positiva: ¿Cómo se lleva a cabo el proceso de firma del mismo, en la organización sanitaria en la que usted trabaja?**

- La firma del consentimiento informado es un procedimiento mecánico y rutinario.
- Se brinda información concreta sobre el consentimiento de manera entendible, previa a la firma.
- Es leído por un trabajador de la institución antes de la firma.
- Usualmente los usuarios pueden realizar preguntas sobre el consentimiento informado

**13. En la organización sanitaria en la que usted trabaja: ¿hay información accesible acerca de la violencia de género?**

- Folletería
- Talleres
- Carteleros
- Discusión de casos
- No hay información accesible.

**14. En la organización sanitaria en la que usted trabaja, ¿se brinda consejería en salud sexual?**

- Sí
- No
- Desconoce

**15. En la organización sanitaria donde usted trabaja, en el transcurso del trabajo de parto, ¿la ruptura artificial de membrana o ruptura de bolsa de qué forma de las siguientes se practica?**

- Rutinaria

- Frecuentemente
- Excepcionalmente
- Nunca

**17. En la organización sanitaria donde usted trabaja: ¿se brinda asesoramiento gratuito sobre la lactancia materna?**

- Si
- No
- Desconoce

**18. En la organización sanitaria donde usted trabaja: ¿se cumple el derecho del recién nacido de estar acompañado en todo momento?**

- Si
- No
- No corresponde a mi tarea
- Desconoce

**19. En la organización sanitaria donde usted trabaja: ¿qué talleres son realizados por el servicio de enfermería?**

- Lactancia
- Vacunación
- Lavado de manos
- No realizan talleres.

**20. En la organización sanitaria donde usted trabaja, cuando un paciente ingresa por guardia, ¿se identifica también al acompañante?**

- Si
- No

**21. En la organización sanitaria donde usted trabaja: ¿se asegura el acceso al derecho de interrupción legal del embarazo?**

- Si
- No

**22. En la organización sanitaria donde usted trabaja, durante el trabajo de parto en una mujer de bajo riesgo, ¿tiene posibilidad de moverse con libertad?**

- Sí, puede moverse y cambiar de posición.
- Debe permanecer en la cama

**23. En la organización sanitaria donde usted trabaja, ante las siguientes situaciones: ¿con qué frecuencia se brinda información a las pacientes?**

Frecuencia

- Siempre
- Frecuentemente
- Solo ante Reclamos
- Nunca

## Situaciones

- Colocación de Oxitócica sintética.
- Realización de Tacto Vaginal
- Necesidad de realizar Cesárea
- Realización de Episiotomía
- Realización de maniobras de control sobre el recién nacido

**24. En la organización sanitaria donde usted trabaja ¿En cuáles de los siguientes procesos asistenciales está involucrado el Servicio de Seguridad o Cuidadores hospitalarios?**

- Nacimiento
- Atención ambulatoria
- Ingreso de óbitos
- Situaciones de violencia de género
- Capacitaciones en Derechos

**25. En la organización sanitaria donde usted trabaja, el COPAP (contacto piel a piel) inmediatamente después del nacimiento se realiza:**

- En todos los nacimientos, salvo urgencias neonatales.
- En todos los nacimientos por vía vaginal
- Ante el pedido de la madre.
- Solo en situaciones especiales
- No se realiza.

## 16. Anexo 4

Parto Humanizado - Ley nacional N° 25.929

Ley Nacional N° 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer, por parte del Senado de la Nación.

Declaración sobre difusión del Parto Humanizado

LA CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN DECLARA:

Solicitar al Poder Ejecutivo, que a través del organismo que corresponda, inicie dentro de sus actividades una campaña destinada a concientizar a la sociedad, sobre la importancia del acompañamiento de la mujer en el parto por una persona de su elección, y de los beneficios que significa para la salud del binomio madre-hijo.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

Artículo 1º.- La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación.

Las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio.

Artículo 2º.- Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando

prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Artículo 3º.- Toda persona recién nacida tiene derecho:

a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.

b) A su inequívoca identificación.

c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla.

e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

Artículo 4º.- El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente

adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.

c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.

e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

Artículo 5º.- Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación en el ámbito de su competencia; y en las provincias y la Ciudad de Buenos Aires sus respectivas autoridades sanitarias.

Artículo 6º.- El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

Artículo 7º.- La presente ley entrará en vigencia a los SESENTA (60) días de su promulgación.

Artículo 8º.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a los veinticinco días del mes de agosto del año dos mil cuatro.

Sanción.- 25 de agosto de 2004

Promulgación.- 17 de septiembre de 2004

