

Universidad de Chile
Magíster en Salud Pública

Tesis

**“Cambios en la *Coordinación*
Relacional en un proceso de
Investigación Acción Participativa para
el fortalecimiento de una red
asistencial”**

Alejandra Quiroz Urzúa
Profesora Guía: Pamela Eguiguren Bravo



ÍNDICE

Resumen	2
1. Introducción	3
2. Marco teórico	5
Investigación Acción Participativa	5
Redes Integradas de Servicios de Salud	14
Coordinaciones y Coordinaciones Relacionales	22
3. Objetivos	29
4. Metodología	30
Perspectiva metodológica	30
Muestra	30
Técnica de producción de la información	31
Plan de análisis	32
Calidad y resguardos éticos	35
Limitaciones	35
5. Resultados	36
Dimensiones de Coordinación Relacional	37
Dimensiones de IAP identificadas como claves en el proceso colectivo del CCL y sus vínculos con los cambios de CR.	52
6. Discusión	62
La coordinación relacional y su aporte a la coordinación asistencial/RISS	62
Aportes de la IAP al fortalecimiento de la RISS	63
Futuras líneas de Investigación	64
7. Conclusiones	65
8. Bibliografía	67

RESUMEN

La fragmentación de los servicios de salud de los países latinoamericanos es un problema ampliamente conocido. La OPS ha impulsado el concepto de redes integradas de servicios de salud (RISS) desde el que se desprenden una serie de estrategias. Chile lo ha potenciado principalmente a través de compromisos de gestión y capacitación. Equity LA II es un estudio multicéntrico desarrollado en países de América y Europa que busca el fortalecimiento de la coordinación y la continuidad de la atención de redes asistenciales a través Investigación Acción Participativa (IAP), desarrollada en y por un Comité Conductor Local constituido por actores relevantes de una red, que en este caso fue una sub-red del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN), quienes han trabajado sistemáticamente desde el año 2015. Coordinación Relacional (CR) es el *“proceso de interacción que se refuerza mutuamente entre la comunicación y las relaciones llevadas a cabo con el propósito de la integración de tareas”*, tiene dimensiones comunicacionales y relacionales y se relaciona con mayor eficiencia del trabajo. El objetivo de esta investigación fue identificar cambios en la CR de un grupo de gestores/as de los distintos niveles de atención en la red del SSMN y su vínculo con percepciones y vivencias de un proceso de IAP. Se realizó un estudio cualitativo de tipo interpretativo, la muestra fue teórica, las fuentes de información fueron secundarias de dos tipos: actas de sesiones del CCL desde marzo 2015 a septiembre 2018 analizadas en tres momentos y entrevistas realizadas a integrantes del CCL. Los resultados muestran que emergen las dimensiones de CR en las sesiones del CCL y que estas se muestran en su totalidad desde el segundo momento de análisis en adelante, además se evidencia la mejora de la calidad de la CR a medida que se avanza en el proceso. Por otro lado, emergen dimensiones de IAP como relevantes para la construcción colectiva del CCL y como facilitadoras de la mejora de CR, a saber: participación, trabajo colectivo, rol del equipo investigador, flexibilidad del método, sistematización y empoderamiento. En conclusión, se identifican cambios positivos en la CR del

CCL entre marzo 2015 y septiembre de 2018 vinculados a elementos facilitadores del proceso IAP vivido por sus integrantes.

1. INTRODUCCION

El fortalecimiento de las redes asistenciales de salud es un problema y un mandato para muchos países latinoamericanos. El problema está dado por la fragmentación de los sistemas sanitarios que incide en la calidad de la atención de los usuarios, específicamente en barreras de acceso, pobre calidad técnica, falta de continuidad de la atención e ineficiencia del sistema. El mandato es avanzar hacia redes asistenciales integradas para lograr un sistema de salud que asegure una atención oportuna, coordinada y de alta calidad (1).

El año 2010, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó un documento de posición que pretende ser un marco conceptual y operativo para difundir la estrategia redes integradas de servicios de salud (RISS). Estrategia que se focaliza en la integración de la función de prestación de los servicios de salud (1).

Chile, reconociendo las limitaciones de su sistema sanitario público, en cuanto a coordinación entre los niveles de atención clásicamente existentes: primario, secundario y terciario, ha venido generando distintas estrategias para avanzar en este aspecto e hizo propias las recomendaciones de la OPS. El año 2014, el Ministerio de Salud del país, inició la implementación de una serie de medidas que pretenden avanzar hacia el fortalecimiento de las redes asistenciales. Una evaluación publicada en enero de 2018 muestra en cinco servicios de salud del país resultados del análisis de equipos directivos sobre 15 atributos propuestos por OPS, donde la medición para 14 de los 15 atributos no supera el 50% de lo esperado (2).

El año 2014 se inició el proyecto Equity LA II, investigación internacional y multi-céntrica, que se enmarca en la necesidad de mejorar la integración de redes

asistenciales públicas de países latinoamericanos. Involucra a Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay junto a dos países europeos (3). Su objetivo es evaluar la efectividad de intervenciones generadas en procesos participativos para mejorar la coordinación entre los niveles de atención y la calidad de la atención, en redes de servicios de salud de los seis países incorporados al estudio. La o las estrategias a implementar debieron ser definidas a través de una metodología de Investigación Acción Participativa (IAP), liderada por un Comité Conductor Local (CCL) en cada una de las redes de salud ingresadas al estudio.

La presente investigación se realizó en el marco del proyecto Equity-LA II y buscó describir el proceso relacional ocurrido dentro del CCL, en los más de tres años que lleva en funcionamiento, a través de la identificación de elementos del discurso de sus integrantes, que den cuenta de la coordinación que se fue construyendo entre ellos. Además, se pretende vincular los elementos de coordinación identificados con componentes del proceso de Investigación Acción Participativa percibidos por el mismo CCL.

Se considera un trabajo relevante para la Salud Pública ya que, por un lado, Chile es un país latinoamericano que ha invertido esfuerzos y recursos para superar la fragmentación de su sistema público de salud, con resultados, según informe del Ministerio de Salud, regulares y con desafíos pendientes de resolver (2). Por otro lado, los resultados en la red de salud intervenida por Equity-LAII, ponen en evidencia que el mecanismo participativo liderado por el CCL es sostenible y replicable, por lo que es de alto interés aproximarse en profundidad al proceso desarrollado en su interior (4).

A continuación, se presenta, en primer lugar, un marco teórico para comprender la base conceptual del trabajo. Luego se plantean los objetivos, la metodología propuesta y el plan de trabajo.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Investigación Acción Participativa (IAP)

2.1.1 Evolución Paradigmática de la Investigación

La naturaleza del conocimiento y su producción ha estado, por muchos años, definida por el paradigma positivista. Este concibe la realidad como una sola y que además es observable, donde el investigador es un observador objetivo y neutro y donde el método científico es la única forma de producción de conocimiento reconocida. En las últimas décadas emerge una corriente post-positivista que reconoce la necesidad de considerar las evidencias subjetivas para comprender la realidad de manera más holística, pero donde el investigador sigue siendo un sujeto objetivo y neutral (5) (6).

A pesar de la fuerza con que es utilizado este paradigma convencional en la investigación y con gran peso en el área de la salud, existen críticas tanto internas como externas. Las primeras se refieren a los desafíos implícitos de la aplicación de las metodologías cuantitativas, como son la separación teórica de elementos de contexto que pudieran afectar los hallazgos o la exclusión de los significados y propósitos de la conducta humana en las conclusiones de los estudios. Las críticas externas son respuestas del rechazo al paradigma tradicional y se refieren, entre otras, a la carga teórica de los hechos, es decir, que las teorías y los hechos son interdependientes y que los segundos sólo ocurren dentro de un marco teórico, por lo tanto cuestiona la existencia de la objetividad; y a la naturaleza interactiva del investigador/investigado como diáda, esta es la idea de que los hallazgos resultan de la interacción entre el investigador y el fenómeno de estudio (7).

Es así como surgen, por ejemplo, la teoría crítica y el constructivismo. Ambos paradigmas sostienen que el conocimiento es subjetivo, delimitado por el contexto normativo y de manera muy importante, siempre político. Entienden la producción del conocimiento como el resultado de relaciones sociales (8). La teoría crítica supone que la realidad ha sido construida por una serie de factores sociales, políticos, culturales y económicos, que se cristalizan en la realidad actual. Además, supone que los valores del investigador influyen la investigación de manera inevitable. Incluye una serie de paradigmas alternativos como el feminismo, el neo-marxismo, el materialismo y la investigación participativa. Por su parte, el constructivismo, asume que la realidad es comprensible en forma de construcciones mentales basadas en la experiencia social, local y específica. Lejos de ser verdaderas, esas construcciones son más o menos informadas, además de ser alterables. En estos casos el investigador y el objeto de estudio están vinculados dialógicamente e interactivamente, por lo tanto, los hallazgos son creados a medida que se avanza en la investigación.

El desarrollo del conocimiento en salud ha transitado desde una perspectiva clásica que buscaba dar respuesta al dualismo salud/enfermedad, centrada en conocimientos positivistas como la fisiología, bioquímica, microbiología y otros, hacia una perspectiva de salud colectiva que considera los diferenciales y determinantes ante la vida, la enfermedad y la muerte y que permite su concepción gracias a las ciencias sociales. Esta última se ha ido consolidando desde finales del siglo XIX y con mayor fuerza desde el siglo XX en donde se propuso que la noción de salud requiere un equilibrio entre la estructura social y la función corporal, mirada que considera que la unidad básica de observación para las ciencias de la salud no es el individuo como tal, sino un conjunto concatenado de procesos respecto de los cuales la evidencia individual es una expresión parcial. Lo que se logra sólo en concurrencia con las ciencias sociales (9)(10). El objeto de estudio es considerado como un producto teórico del proceso de investigación y por tanto, un objeto de conocimiento (9). De esta manera, el objeto

de estudio en salud y en la investigación de sus instituciones relacionadas, es un objeto de estudio social.

2.1.2 Origen de la Investigación Acción Participativa

La IAP surge como método que toma elementos de la teoría crítica y del constructivismo y reconoce que el conocimiento se construye desde la comparación colectiva de la experiencia subjetiva de la realidad, por grupos de personas expuestos constantemente a esa realidad, que actúan sobre ella o la viven directamente (8).

La IAP se sostiene, además, en el paradigma participativo que afirma que las personas no pueden ser movilizadas por un conocimiento que no sienten como propios y que la concientización endógena en la generación del conocimiento, es un proceso que adquiere el poder social. El paradigma participativo comprende la realidad como el resultado de la interacción de las inter-subjetividades con una realidad objetiva. En términos metodológicos, la creación de conocimiento es desde la participación política, activa y colaborativa, quedando situado en las comunidades participantes de la investigación, donde adquiere la dimensión de conocimiento vivo (11).

El conocimiento popular y participativo se ha documentado históricamente, pero de la misma forma se ha descalificado por parte de la élite académica (12). Existen ejemplos de grupos subordinados que han acumulado conocimiento y que, en ciertos momentos históricos, han tenido impacto, generando cambios en la sociedad. El esfuerzo organizado de trabajadores fabriles italianos permitió el reconocimiento de nuevas enfermedades laborales (13), la contribución de movimientos sociales de personas que viven con VIH, ha logrado poner en la

mesa de la discusión pública, evidencia sobre las mejores terapias y la necesidad de garantizar el acceso al tratamiento (14).

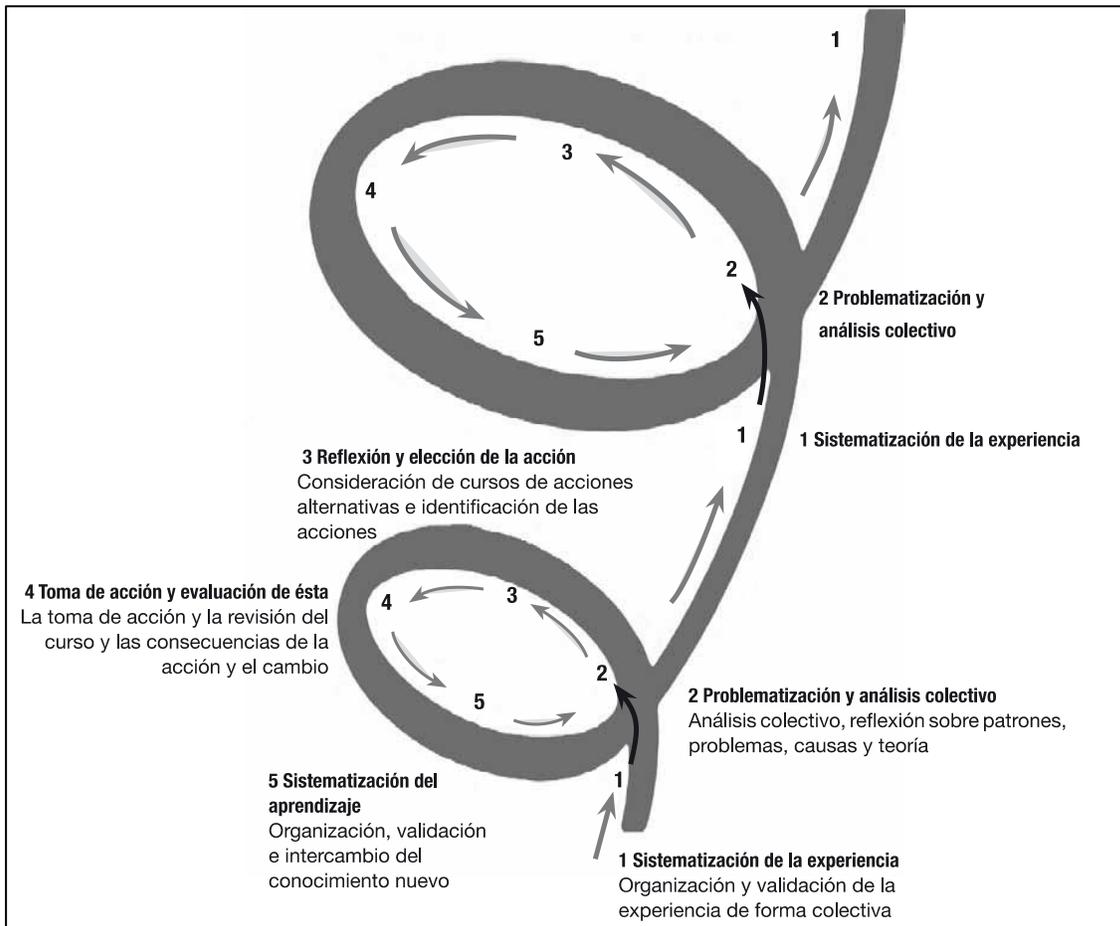
2.1.3 Definición de Investigación Acción Participativa

La IAP es un proceso de investigación que reconoce la riqueza de los recursos de los miembros de una comunidad en tanto su aporte al conocer, crear conocimiento y actuar sobre ese conocimiento para lograr cambios (15).

Loewenson et al. definen, en la guía metodológica “Investigación-Acción Participativa en sistemas de salud”, comunidad para procesos de IAP como grupos con intereses o cultura compartida, sin ser requisito el pertenecer a un segmento geográfico o administrativo definido, ya que quienes viven en una determinada localidad, en general no comparten, necesariamente, intereses sociales, normas o problemas (15). Esto es importante de reconocer para comprender que la IAP no se restringe a lo territorial sino que son los intereses comunes de quienes se implican en los procesos, los que dan el sustento a la metodología.

En la misma guía se valida la experiencia práctica como fuente de conocimiento, que puede ser convertido en científico gracias a una metodología adecuada. Esta es una cadena de ciclos que se repiten. En cada uno la experiencia y el aprendizaje de la acción y la transformación de la realidad se convierten en el punto de partida para una nueva fase de indagación colectiva y auto-reflexiva. Así, en cada ciclo, se va incorporando un conocimiento más extenso y pertinente (figura 1).

Figura 1: El proceso cíclico y en espiral de la IAP [1] [SEP]



Fuente: Investigación-Acción Participativa. Una guía de métodos. EQUINET 2014 (15)

La IAP busca comprender y cambiar el mundo para mejorarlo. Es una investigación colectiva y auto-reflexiva, desarrollada por investigadores y comunidad participante, con el objetivo de comprender y mejorar sus propias

prácticas y las situaciones en las que se encuentran. En su metodología es fundamental el proceso reflexivo que se encuentra directamente relacionado con la acción, influenciado por la comprensión de la historia, la cultura y el contexto local, y está integrado en las relaciones sociales (16). La IAP toma, como uno de sus objetivos, el concepto de empoderamiento definido por Wallerstein, por lo tanto, se espera que “potencie las capacidades de las personas de actuar, a través de la participación colectiva, para fortalecer sus capacidades organizacionales, desafiar las desigualdades de poder y obtener resultados en diversos niveles interrelacionados en diferentes dominios: empoderamiento psicológico, instituciones transformadas, gobernanza abierta, mayor acceso a recursos y condiciones comunitarias crecientemente abiertas” (17)

2.1.4 Características de la Investigación Acción Participativa

La IAP tiene dos características fundamentales. El proceso permite identificar actores que son parte de la comunidad afectada y resituarlos desde sujetos de investigación a investigadores activos y agentes de cambio. Reconociendo en ellos mismos, la fuente primaria de información y los principales generadores, validadores y usuarios del conocimiento en la acción. En este sentido, no importan el grado de educación y/o posición social de los participantes ya que lo relevante es la valoración de la experiencia de todas las personas, como plataforma desde la cual se pueden encontrar soluciones a sus propios problemas y promover transformaciones políticas y sociales (18). En segundo lugar, conlleva de manera vital para el proceso, reflexionar sobre las acciones, además de su desarrollo e implementación y así dar respuesta al propósito implícito de la metodología, de entender y mejorar el mundo a través de la producción colectiva de un conocimiento nuevo por parte de los mismos afectados de los problemas (19).

Desde el punto de vista ideológico, la IAP se sostiene teóricamente en el reconocimiento del papel social de la investigación en la disminución de la

injusticia social y en el fomento del empoderamiento de comunidades pertenecientes a grupos minoritarios, explotados y/o marginados. Busca el involucramiento de miembros de una comunidad en el proceso de investigación, como agentes de cambio y no como objetos de estudio (20).

Desde el punto de vista epistemológico, la IAP plantea que la experiencia en el proceso de investigación, permite que los participantes “aprendan a aprender”, busca que los participantes desarrollen sus propias capacidades de descubrir su mundo con una óptica crítica. Por otro lado, el proceso de investigación de la IAP les permite a los miembros de la comunidad aprender como conducir investigación y valorar el papel que esta puede jugar en sus vidas. Además, los participantes en IAP tienen la posibilidad de entender su papel en el proceso de transformación de su realidad social, no como víctimas o espectadores pasivos, sino como actores centrales en el proceso de cambio (18). Es lo que Freire denomina “humanización”, es decir, romper con las fuerzas sociales que lo definen como objeto y desarrollar su potencial humano capaz de transformar su vida (21).

Un proceso IAP puede ser iniciado por un agente externo, transformando su rol a medida que el proceso avanza, para generar espacios donde sean los líderes locales quienes dirigen el proceso de cambio, según sus propias agendas y metas fijadas por el grupo o comunidad. El investigador se convierte así en un facilitador del proceso y promotor del desarrollo de la conciencia crítica de los participantes (18).

2.1.5 Aplicación de Investigación Acción Participativa en Salud

Las experiencias del uso de IAP en el sector sanitario, son múltiples. Ha sido aplicada principalmente en dos áreas, en la práctica institucional de los sistemas de salud y en la formulación de políticas públicas. A continuación, algunos ejemplos.

En relación a la práctica institucional, un estudio de China rural usó IAP para identificar las percepciones de personas mayores sobre sus necesidades de salud y las barreras en el acceso a los servicios. Se realizó un trabajo de revisión de la evidencia en adultos mayores, entre ellos mismos y con los prestadores de salud, con lo que se consensó la necesidad de una colaboración integral. Se desarrolló un trabajo coordinado entre representantes locales gubernamentales, de la oficina de asuntos de adultos mayores y líderes comunitarios, para mejorar tanto las prestaciones de salud ofrecidas a esta población como su entorno. Este proceso terminó con la cesión de terrenos para adultos mayores por parte del estado (22). En Uganda, debido al bajo reporte de efectos adversos de medicamentos anti-maláricos, principalmente por parte de distribuidores comunitarios de medicamentos, se realizó un proceso de IAP para desarrollar formularios de notificación de efectos adversos que fueran fáciles de comprender y de llenar. El trabajo se hizo involucrando directamente a trabajadores de la salud y distribuidores comunitarios de medicamentos. Se llegó a un formulario con explicaciones gráficas y se logró que el 80% fueran completados correctamente (23). En Kenia se convocó a miembros de la comunidad y trabajadores de atención primaria de salud, para identificar y encontrar soluciones a problemas de salud mental, en un contexto socioeconómico desfavorecido, utilizando IAP. De este trabajo surgió la organización de familiares de las personas con enfermedades mentales en grupos de autoayuda, con el apoyo del personal de salud. Estos grupos identificarían los recursos disponibles y coordinarían los programas de salud mental dentro de la comunidad. Además se iniciaron pequeñas empresas generadoras de ingresos para fortalecerlos, junto con el aporte de expertos invitados (24).

Existen varios ejemplos relacionados a la formulación de políticas públicas. El año 1992 se publicó un trabajo realizado en una fábrica de acero en México, que mediante metodología IAP, pudo obtener una imagen precisa de los principales riesgos del proceso de producción y sobre daños a la salud. Al mismo

tiempo, se generó un proceso de conciencia y organización entre los trabajadores que les permitió promover acciones orientadas hacia su bienestar y finalmente redefinir las reglas de negociación colectiva (25). El año 2010 se publicó un trabajo realizado en Estados Unidos que ilustra las estrategias utilizadas para diseñar e implementar un proyecto de investigación de acción participativa, centrado en la familia, para satisfacer las necesidades de información sobre el asma, identificadas por los padres de niños en edad preescolar con asma que hablaban inglés, lenguas asiáticas y español. El resultado fue el desarrollo y difusión de material culturalmente adecuado sobre el manejo del asma (26). Otro documento publicado el mismo año refleja algunas de las ideas que surgieron de una investigación de acción participativa con una pequeña comunidad indígena Ayta en Filipinas. Su objetivo era generar conocimiento basado en la comunidad para informar y provocar la acción social. En el proceso, se movilizó la acción comunitaria e incluso se produjeron hostilidades, pero finalmente, el gobierno local incluyó las recomendaciones de este trabajo en la planificación local y construyó un centro de alfabetización (27). Una experiencia mas cercana, específicamente en Uruguay, publicada el año 2012, tuvo el propósito de visibilizar la situación de las policlínicas comunitarias y rurales, no incorporadas al sistema nacional integrado de salud, resaltar su historia y además generar propuestas-acciones de incidencia para su integración, nutriendo el desarrollo de la Atención Primaria de Salud Integral. Utilizando investigación acción participativa, además de la obtención de datos cuantitativos, cualitativos, y análisis colectivo, lograron contribuir a la priorización de la salud rural como política pública (28).

El proyecto Equity LA II es una investigación internacional y multi-céntrica que se inició el año 2014 y se desarrolla en seis países latinoamericanos: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay (3). Enmarcado en la necesidad de fortalecer las redes asistenciales, tiene como objetivo evaluar la efectividad de un mecanismo participativo para mejorar la coordinación entre los niveles de atención y la calidad de la atención, en las redes de servicios de salud de los países incorporados al estudio. El mecanismo participativo definido en este

estudio se refiere a la Investigación Acción Participativa como metodología de estudio y a través de la cual debieron definirse estrategias para fortalecer las redes asistenciales participantes. Esta decisión se basa en el hecho de que la evidencia existente es escasa sobre la efectividad de las estrategias de las organizaciones para mejorar la coordinación y existe la necesidad manifiesta de desarrollar más investigaciones cuasi experimentales (29). Una etapa de Equity-LAll consistió en la realización de un trabajo de evaluación que tuvo como objetivo analizar características y aportes del proceso participativo de construcción e implementación de intervenciones para mejorar la coordinación, desde la perspectiva de sus actores. En Chile, este trabajo concluyó que emergen de esta experiencia elementos clave de la IAP y del proceso de la misma, vinculados a una percepción de éxito de las intervenciones, que el proceso participativo de IAP y sus métodos generaron intervenciones apropiadas para la red, hoy en fase avanzada de legitimación e institucionalización en la red y finalmente, que la sostenibilidad y replicabilidad de las intervenciones para sus protagonistas está anclada en el método, principalmente en lo participativo de este, lo que permitió una construcción colectiva de estrategias de fortalecimiento de la sub-red intervenida, por un lado reconociendo las características específicas de esta red y por ende, permitiendo generar estrategias materializables en un territorio en particular y por otro lado, empoderando a los protagonistas del proceso quienes relevan la forma de realizar el trabajo más que las intervenciones en sí mismas (30).

2.2 Redes integradas de Servicios de Salud

2.2.1 Definiciones relacionadas con Redes integradas de Salud

La coordinación asistencial en servicios de salud se define como la *“concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se*

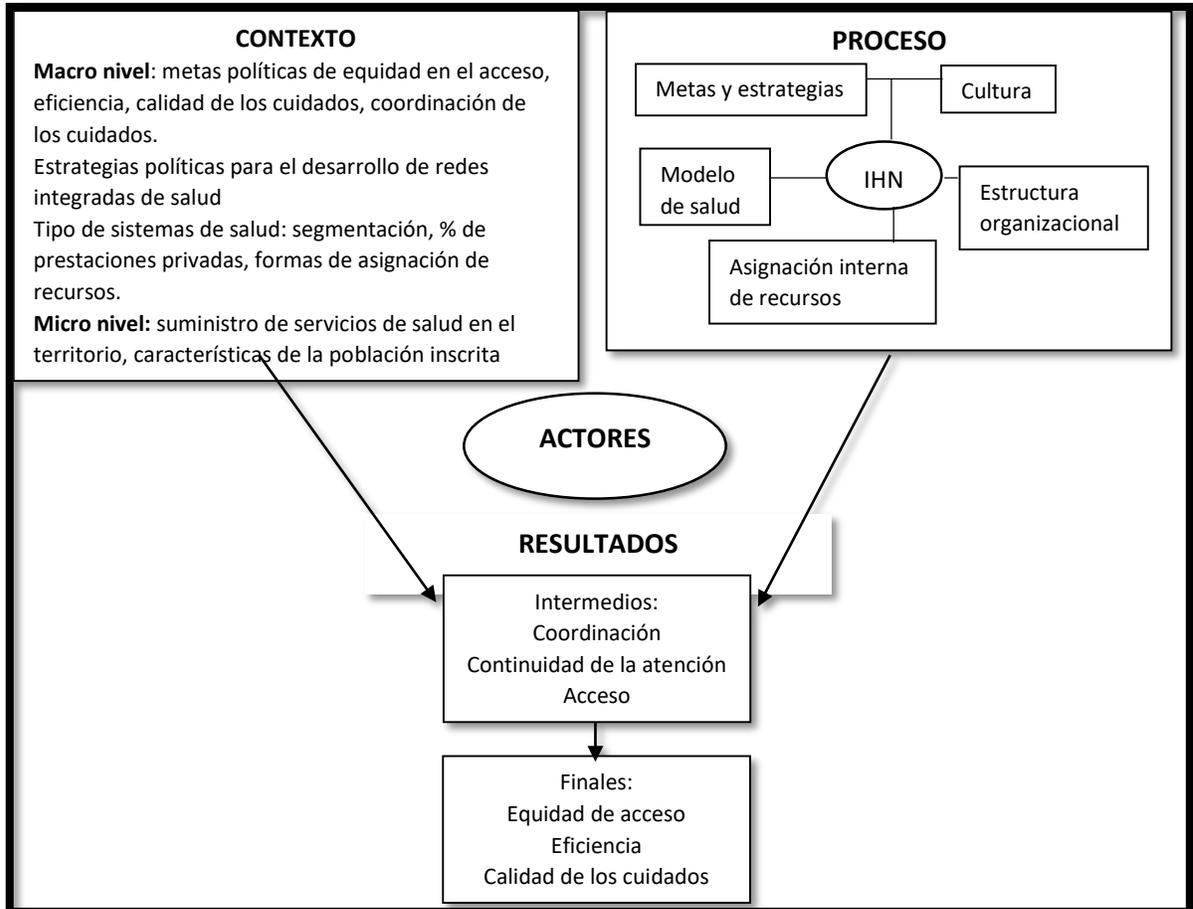
alcance un objetivo común, sin que se produzcan conflictos. Siendo su desarrollo máximo, la atención de salud Integrada” (31).

La coordinación de la atención sanitaria es considerada un proceso complejo que históricamente se ha sustentado en las competencias técnicas de los profesionales y en la estandarización de procesos de trabajo. Mecanismos que han resultado insuficientes para el engranaje armónico de las prestaciones sanitarias frente a los complejos problemas de salud que surgen con el envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas. De esta manera, desde principios del siglo XXI, el reto para los sistemas de salud ha sido la introducción de sistemas basados en la adaptación mutua, en la relación entre los diferentes profesionales y servicios a lo largo del continuo asistencial (32).

Pretendiendo resolver las desigualdades y mejorar la eficiencia de los sistemas de salud, se han generado reformas de salud en la región, pero, por el contrario, han profundizado la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud latinoamericanos. En respuesta a ello, se ha introducido a las “redes integradas de salud” como eje teórico para intentar reforzar los sistemas de salud de la región. Estas se definen como “redes que proveen un continuo coordinado de servicios de salud a una población definida” (33).

Si bien, en los últimos años, el fortalecimiento de las redes de salud se ha impulsado de manera importante en Latinoamérica, este no ha sido un tema exclusivo de la región, experiencias de integración de redes sanitarias, se han desarrollado los últimos 30 años también en Norte América y Europa (34). La observación de estos procesos ha permitido construir un marco de análisis y evaluación del impacto de las redes integradas de salud, que considera elementos de contexto y de proceso de la implementación como determinantes para outcomes intermedios: coordinación, continuidad de la atención y acceso. Y para outcomes finales: equidad en el acceso y eficiencia (figura 2).

Figura 2: Marco conceptual para el análisis del impacto de la red integrada de atención de salud (sigla en inglés IHN)



Fuente: tomado de Vasquez M.L. et al. (33)

2.2.2 Política intencionada desde la Organización Panamericana de la Salud

Reconociendo la fragmentación de los sistemas de salud latinoamericanos, como un problema relevante para el logro de metas sanitarias, desde el año 2007 la Organización Panamericana de la Salud, desarrolló una serie de hitos que buscaron sentar las bases estratégicas para fortalecimiento de las redes asistenciales de los países de la región, estrategia que se denominó globalmente Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). El 5 de octubre de 2007 se realizó el taller de expertos en Sistemas Integrados de Servicios de Salud (SISS) en la ciudad de Santiago, Chile. Durante 2007 y 2008 se realizaron numerosas consultas nacionales y sub-regionales sobre el tema, en noviembre del 2008 se realizó una consulta regional en Belo Horizonte, Brasil, el 2 de octubre del 2009 la

novena reunión del 49.º Consejo Directivo de la OPS/OMS emanó recomendaciones sobre RISS y en noviembre del 2009 se realizó una consulta regional en Cusco, Perú. Todos estos insumos fueron la base para el documento publicado por la OPS el año 2010: *“Redes Integradas de Servicios de Salud, Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”* número 4 de la serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.

El trabajo desarrollado por la OPS, reconoce como causas principales de la fragmentación de sistemas de salud regional, a la segmentación institucional de los sistemas de salud; descentralización de los servicios de salud; predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicos que no están integrados al sistema de salud; separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas; modelo de atención centrado en la enfermedad; debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria; problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos; y prácticas de financiamiento de algunos organismos de cooperación/donantes internacionales que promueven los programas verticales.

Además, admite que las reformas estructurales de los sistemas de salud regionales impulsadas en las décadas de los ochenta y noventa se inclinaron por incorporar modelos estandarizados centrados en modificaciones financieras y de gestión, sin considerar las características propias de cada país y sin propiciar la articulación y sinergia de las funciones de los sistemas, con lo que aumentó la fragmentación de los servicios de salud.

El documento publicado el 2010 propone un marco conceptual y operativo para entender las RISS, dentro de los que destaca la propuesta de cuatro ámbitos de abordaje para avanzar hacia un modelo de atención integrado y centrado en el usuario: modelo asistencial, gobernanza y estrategia, organización y gestión, y asignación de recursos e incentivos. Además, presenta instrumentos de política

pública y mecanismos institucionales para desarrollarlas y propone una “hoja de ruta” para su implementación en América.

2.2.3 Estado de las RISS en Chile

Chile comparte con varios países latinoamericanos, la fragmentación de su sistema de salud y desde el año 2004, ha realizado esfuerzos para mejorar esta situación, desde cambios estructurales profundos del Ministerio de Salud hasta tareas concretas para los Servicios de Salud mediante compromisos de gestión. El año 2004 se realizó una reforma de salud que separó las funciones de Salud Pública y Gestión de Redes Asistenciales en dos sub-secretarías independientes, con el objetivo hacer más eficientes estas tareas ministeriales. Pretendía reforzar la integración de las redes asistenciales de los 29 de Servicios de Salud distribuidos en el país, gracias a la re-definición de los directores de dichos Servicios como “Gestores de las Redes Asistenciales” y a la creación de un dispositivo de coordinación denominado Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA). Este último, si bien se reconoce como un espacio que permite compartir buenas prácticas, es identificado con más fuerza como un “espacio de socialización y comunicación de aspectos que interesan al ministerio, más que como un espacio dialógico para la generación participativa de estrategias y propuestas desde abajo hacia arriba” (35).

El año 2014 se diseñaron y plantearon tres estrategias basadas en el modelo RISS, propuesto por la OPS. La primera fue el diseño de los Compromisos de Gestión para los Servicios de Salud, fundamentados en los cuatro componentes de RISS: modelo asistencial, gobernanza y estrategias, organización y gestión y asignación de recursos e incentivos. Son 23 Compromisos de Gestión bajo el alero teórico de cada uno de los componentes y se debían desarrollar entre los años 2015 y 2018. De esta manera se pretendía que los Servicios de Salud, en su quehacer, potenciaran de forma más explícita e intencionada, herramientas de avance hacia una red de salud menos fragmentada. La segunda estrategia fueron

las Jornadas de Coordinación y Formación en RISS, cuyo objetivo era integrar la mirada de los equipos directivos y reforzar el liderazgo de las autoridades institucionales para implementar un modelo de gestión integrador. Y la tercera, fueron las Autovaloraciones del modelo RISS/OPS que pretendían que los Servicios de Salud reflexionaran respecto al modelo de salud que ofrecían a la ciudadanía, si daban respuestas integradas y continuas del cuidado en salud, colocando a las personas al centro de la atención (2).

En febrero de 2018, el Ministerio de Salud publicó un trabajo que reporta los resultados de una evaluación realizada por la OPS, sobre el desarrollo de las RISS, basado en la valoración de la implementación de las estrategias mencionadas. Sobre los compromisos de gestión, no se da cuenta de resultados cuantitativos, pero si de la consolidación de un modelo organizado en mesas de trabajo para cada uno de los cuatro ámbitos de RISS, principalmente, de las mesas que reúnen los compromisos del ámbito asistencial, de gobernanza y los relativos a recursos e incentivos para el modelo, ya que, gracias a su trabajo, se ha favorecido la coordinación entre equipos. Las jornadas de coordinación y formación en RISS se realizaron durante los años 2015, 2016 y 2017 e incluyeron jornadas presenciales, un módulo de formación virtual de 20 horas para cualquier trabajador público de salud que quisiera realizarlo y un diplomado e-learning para equipos directivos de los Servicios de Salud. Los principales logros fueron, en primer lugar, instalar en los equipos de salud los conceptos de gestión de redes integradas y en segundo lugar, la reflexión crítica sobre los desafíos que se presentan para implementar este modelo. Las autovaloraciones del modelo RISS/OPS se realizaron en cinco Servicios de Salud del país, con la aplicación de una herramienta diseñada por OPS. Los resultados evidencian un desarrollo de las RISS que no supera el 50%, siendo el ámbito gobernanza el que presenta el desarrollo promedio más bajo, de un 38%. La evaluación plantea desafíos dentro de los que el primero es “romper la fragmentación administrativa, institucional y organizacional en la cual se desempeña el sector salud, donde lo más importante es el cambio de foco de gestión hacia uno coordinado entre los diferentes

dispositivos de la red y en el que valoren su trabajo mutuamente, superando las barreras de desconfianza y desconocimiento e institucionalizando espacios para definir estrategias de trabajo conjuntas” (2).

2.2.4 Estudios Relacionados con Estado y Fortalecimiento de las Redes Asistenciales de Salud

El aumento de las enfermedades crónicas, requiere de coordinación estrecha entre los diferentes niveles de atención. El primer paso para lograrla es una buena comunicación. La mala comunicación tiene resultados negativos documentados: discontinuidad de la atención, desmedro de la seguridad del paciente, uso ineficiente de recursos, insatisfacción en los pacientes y profesionales sanitarios con sobrecarga laboral (36).

Investigaciones que han estudiado factores relacionados con el funcionamiento de las redes asistenciales, son coincidentes en que uno de los aspectos más importantes y reconocido como falente, es la comunicación entre los actores de los diferentes dispositivos y niveles de atención de las redes asistenciales. Comunicación referida como espacios de encuentro cara a cara para conocerse y trabajar en conjunto, pero también comunicación a través de mecanismos virtuales que faciliten el tránsito de la información clínica de los usuarios. Los resultados de la indagación de formas de mejora del funcionamiento de las redes de salud, también apuntan a la mejora de la comunicación. La opinión de directivos sanitarios como de profesionales clínicos, si bien difieren en cuanto a mecanismo específico, apuntan en el mismo sentido de facilitar la comunicación, compartir la información y consensuar, en un trabajo conjunto, la atención de los pacientes (37)(38), es decir, lograr la coordinación de tareas de los trabajadores de los distintos establecimientos involucrados, en pro del beneficio de los usuarios.

En Chile, el proyecto Equity LA II se está desarrollando desde el año 2014 y es dirigido por un equipo investigador de la Escuela de Salud Pública de la

Universidad de Chile. La red intervenida fue el Servicio de Salud Metropolitano Norte. Para efectos del estudio, participaron tres de las ocho comunas que forman esta red: Huechuraba, Independencia y Recoleta. Además del Hospital San José, el Centro de diagnóstico y tratamiento (CDT) y el Servicio de Salud. El proceso ha sido liderado por el Comité Conductor Local (CCL), que se reúne mensualmente, desde marzo de 2015 hasta la fecha. Está formado por Director y mandos intermedios/gestores de la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Norte, Director y mandos intermedios/gestores del Hospital San José y CDT, Directores de salud comunales de las tres comunas incorporadas, y Directoras de Centros de Salud Familiar de las mismas comunas. Este es un espacio de trabajo colectivo en base a la metodología de Investigación Acción Participativa y ha tenido las atribuciones para liderar el proceso, tomar decisiones, definir estrategias de fortalecimiento de la red asistencial, implementarlas, evaluarlas y modificarlas. La formación del CCL se hizo bajo el alero del proyecto, lo integran actores claves, que fueron invitados y que posteriormente decidieron quedarse de manera voluntaria. Son los responsables de liderar el desarrollo de un trabajo que se basa en la misma red, en su realidad local y en sus trabajadores. La construcción de este espacio de labor colectiva fue un proceso que, luego de más de tres años de trabajo, está validado por sus integrantes y dentro de la red de salud metropolitana norte. Durante el segundo semestre de 2017 e inicios de 2018, se realizó una evaluación del impacto generado por las estrategias de integración implementadas por el CCL, en el desempeño de la red metropolitana norte. Esta constó de una evaluación cualitativa y una cuantitativa. La primera pone en evidencia que el CCL transitó desde ser un grupo de personas convocados por un externo a un grupo empoderado, capaz de definir en conjunto las estrategias a implementar y las etapas posteriores y que, en la actualidad, se ha posicionado como un espacio articulador de la red donde se inserta, clave para el trabajo coordinado dentro de la misma. Además, concluye que los resultados apuntan con fuerza a la importancia del proceso participativo como explicación del éxito de las intervenciones y de la sostenibilidad y aplicabilidad que se visualiza para otras redes de salud. La valoración cuantitativa, realizada en el mismo período, da

cuenta de un nuevo estado de esta red de salud. Luego de un año de intervención, existe mayor conocimiento de los mecanismos de coordinación de la red por parte de sus actores y en todos los niveles de atención, mayor uso de los mecanismos, en especial la contra-referencia y de los espacios de trabajo conjunto entre niveles (4).

2.3 Coordinación y Coordinación Relacional

2.3.1 Definiciones

El concepto de coordinación ha ido transformándose con los avances en la comprensión de los procesos relacionales. Clásicamente se entendía como la problemática existente en el procesamiento de la información, para luego convertirse en un *“proceso relacional que implica entendimientos compartidos del trabajo y el contexto en el que se lleva a cabo”*(39).

La coordinación relacional es una teoría emergente que pretende comprender las dinámicas relacionales del trabajo de coordinación. Jody Gittel describió la teoría de la Coordinación Relacional y la define como *“proceso de interacción que se refuerza mutuamente entre la comunicación y las relaciones llevadas a cabo con el propósito de la integración de tareas”* (40). Reconoce que la efectividad de la coordinación está determinada por la calidad de la comunicación entre los participantes, en un proceso de trabajo que, a su vez, depende de la calidad de sus relaciones subyacentes, con énfasis en la existencia de objetivos comunes, conocimiento compartido y respeto mutuo. Comprendido esto, coordinación y coordinación relacional son diferentes. La primera gestiona las interdependencias entre *tareas* mientras que la coordinación relacional gestiona las interdependencias entre las *personas* que realizan esas tareas (41).

2.3.2 Dimensiones de la Coordinación Relacional

Las dimensiones de la coordinación relacional se identificaron a través de la investigación de campo inductiva y se validaron a través de varios estudios posteriores (de los que se hablará en el próximo capítulo). Se describen a continuación (42):

*i) Dimensiones de la **comunicación** de la coordinación relacional.*

- a) Frecuencia de Comunicación. La comunicación frecuente ayuda a construir relaciones a través de la familiaridad que crece a partir de la interacción repetida. Si bien algunos teóricos argumentan que pueden existir relaciones de calidad sin importar la frecuencia de la comunicación, reconocen su importancia para lograr coordinaciones de tareas altamente independientes. Otros enfoques, como la teoría de redes, aducen que los lazos fuertes se definen principalmente y a veces, únicamente, en términos de frecuencia.
- b) Comunicación oportuna. En la coordinación de trabajos, el tiempo de la comunicación puede ser crítico. Si es retrasada puede ocasionar errores o demoras, con implicancias negativas para los resultados que busca la organización. Algunos autores respaldan la importancia de la comunicación oportuna para el desempeño exitoso de la tarea (43) (44).
- c) Comunicación precisa. La coordinación efectiva del trabajo requiere de información exacta, de lo contrario, se producirán errores o retrasos debido a la búsqueda de información más precisa. La precisión de la comunicación es fundamental en la efectividad de los grupos de tareas y en la construcción de confianzas (45).
- d) Resolución de problemas de comunicación. Las tareas interdependientes habitualmente presentan problemas que requieren resolución en conjunto para que este se resuelva a todo nivel, pero la respuesta más común es el

conflicto, la culpa y la evitación de la culpa, lo que reduce las oportunidades para resolver problemas y además, significa la generación de consecuencias negativas para la organización.

*ii) Dimensiones de la **relación** de coordinación relacional*

- a) **Objetivos compartidos:** un conjunto de objetivos compartidos en el proceso de trabajo, facilita que los participantes construyan vínculos poderosos y lleguen más fácilmente a conclusiones compatibles sobre cómo responder frente a nuevas situaciones. Sin embargo, a menudo estos no existen y los participantes persiguen sus propios objetivos funcionales, sin ver ni referenciar los objetivos superiores del proceso de trabajo en el que participan. Se ha identificado que los objetivos compartidos juegan un papel importante en la coordinación de un trabajo altamente interdependiente.

- b) **Conocimiento compartido.** Cuando los participantes saben cómo sus tareas encajan con las tareas de otros en el mismo proceso de trabajo, cuentan con un contexto gracias al que podrán reconocer quien o quienes se verán afectados por cualquier cambio dado. Pero a menudo falta este conocimiento compartido. Existe evidencia de que los participantes de diferentes tareas que deben interactuar, con frecuencia residen en diferentes "mundos de pensamiento" debido a las diferencias en su capacitación, socialización y experiencia. Estos mundos de pensamiento diferentes, crean obstáculos para una comunicación efectiva, socavando la coordinación necesaria para el trabajo. Por otro lado, la comprensión compartida del proceso de trabajo por parte de quienes participan en él, puede conectar a los participantes de estos distintos mundos de pensamiento y por ende, mejorar la coordinación.

- c) Respeto mutuo. La coordinación efectiva depende de que los participantes respeten a otros participantes en el mismo proceso de trabajo. La falta de respeto es una de las fuentes potenciales de división entre quienes desempeñan diferentes roles en un proceso de trabajo determinado. La identidad ocupacional sirve como una fuente de orgullo, así como una fuente de comparación injusta. Los miembros de distintas comunidades ocupacionales a menudo tienen un estatus diferente y pueden reforzar su propio estatus cultivando activamente la falta de respeto por el trabajo realizado por otros. Cuando los miembros de estas comunidades sociales específicas, se involucran en un proceso de trabajo común, el potencial de estas relaciones divisivas para minar la coordinación es evidente. Por el contrario, el respeto por la competencia de los demás crea un vínculo poderoso y es parte integral de la coordinación efectiva de un trabajo altamente interdependiente.

iii) Relaciones entre las diferentes dimensiones de la Coordinación Relacional

Algunos investigadores del ámbito de las comunicaciones argumentan que la comunicación frecuente y de alta calidad es gratificante para quienes se involucran en ella y por lo tanto, desarrolla la base para relaciones de confianza y respeto. Otros, postulan un camino causal inverso, es decir, que las relaciones sólidas de los miembros de un grupo forman la base para una comunicación efectiva (46).

La teoría de la coordinación relacional reconoce esencialmente la influencia mutua entre comunicación y relaciones. Establece que la coordinación del trabajo se realiza de manera más efectiva si se produce una comunicación frecuente y de alta calidad, además de relaciones de alta calidad entre los participantes. Por otro lado, sostiene que las relaciones entre objetivos compartidos, conocimiento compartido y respeto mutuo apoyan la comunicación frecuente y de alta calidad y viceversa, y que estas dimensiones trabajan juntas para permitir que los

participantes puedan coordinar efectivamente su trabajo.

Los objetivos compartidos motivan a los participantes a ir más allá de la optimización de sub-objetivos y a actuar en relación al proceso de trabajo general.

El conocimiento compartido informa a los participantes de cómo sus propias tareas y las de otros, contribuyen al proceso general de trabajo, lo que también les permite actuar mirando el proceso general de trabajo. El respeto por el trabajo de otros alienta a los participantes a valorar las contribuciones de los demás y a considerar el impacto de sus acciones en los demás, reforzando aún más la inclinación a actuar en relación al proceso de trabajo en general. Esta red de relaciones refuerza y se ve reforzada por la frecuencia, la puntualidad, la precisión y la naturaleza de la resolución de problemas de la comunicación, lo que permite a los participantes coordinar eficazmente los procesos de trabajo en los que están involucrados.

Las relaciones de baja calidad tienen el efecto contrario, socavan la comunicación y obstaculizan la capacidad de los participantes para coordinar eficazmente su trabajo. Por ejemplo, cuando los participantes no respetan o se sienten respetados por otras personas que participan en el mismo proceso de trabajo, tienden a evitar la comunicación e incluso el contacto visual entre ellos. Los participantes que no comparten un conjunto de objetivos superiores para el proceso de trabajo tienden a culpar a otros en lugar de resolver problemas entre sí cuando se estos se producen. Finalmente, los participantes que no están conectados entre sí a través del conocimiento compartido del proceso de trabajo tienen menos capacidad para comunicarse de manera oportuna entre ellos; no entienden lo que los demás están haciendo y no reconocen, con anticipación, la urgencia de comunicarles información en particular.

2.3.3 Estudios sobre Coordinación Relacional

La coordinación relacional se ha investigado en distintos espacios de

desarrollo laboral que requieren de alta coordinación entre los diferentes actores que se ven involucrados para obtener buenos resultados en los servicios que brindan: viajes aéreos (47) (48), atención quirúrgica (49), atención médica (50), atención de salud a largo plazo, y el sistema de justicia penal (51). Todas las investigaciones coinciden en que la mayor eficiencia del trabajo se logra con mejor coordinación relacional. Las experiencias de evaluación en ámbitos laborales sanitarios, han mostrado que a mayor calidad de la coordinación relacional entre los trabajadores, mejor calidad y eficiencia de los procesos clínicos de atención, además de mayor satisfacción laboral (52).

La teoría de Coordinación Relacional no está incorporada en el marco conceptual de RISS **y es importante enfatizar que no debe ser considerada como sinónimo de coordinación de la red**. Se trata de una teoría sobre coordinación que amplía el foco y hace visibles aspectos de las relaciones entre personas que buscan alcanzar un objetivo común, aspecto que se ha señalado como una de las principales falencias del sistema de salud del país (2). Para efectos de la presente investigación, es considerada un elemento relevante de observar en el contexto de una experiencia de fortalecimiento de una red asistencial que ha mostrado, en su evaluación, resultados positivos para la coordinación de la gestión clínica. Cabe señalar que en la línea de base del proyecto Equity-LAll, a nivel internacional, el análisis mostró que la comunicación y el vínculo entre médicos era un factor facilitador, y junto con ello, la evaluación de efectividad de las intervenciones se registraron resultados positivos en la modificación de dimensiones de comunicación. En la experiencia en Chile se observan vínculos importantes entre los actores que lideraron el proceso de diseño e implementación de intervenciones exitosas para la coordinación.

Por otro lado, y si bien ha sido mencionado previamente, es importante recalcar que el fortalecimiento de las redes asistenciales es una política impulsada por la OPS y a la que se han sumado los Gobiernos de Chile, impulsándola en los últimos cuatro años a través de distintas estrategias. El reporte de 2018 plantea

como desafío principal el cambio de foco de gestión hacia uno coordinado entre los diferentes dispositivos de la red y en el que valoren su trabajo mutuamente, superando las barreras de desconfianza y desconocimiento e institucionalizando espacios para definir estrategias de trabajo conjuntas, todos elementos abordados por la teoría de Coordinación Relacional. Las intervenciones desarrolladas por el CCL, instancia integrada por representantes de todos los niveles de la red de salud metropolitana norte, tienen una evaluación de sus resultados, tanto cuali como cuantitativos, que reportan la mejora de su coordinación. Es de alto interés conocer en profundidad el proceso relacional ocurrido al interior del equipo de personas que lideró esta iniciativa de fortalecimiento de la red asistencial y que ha tenido buenos resultados.

Preguntas de Investigación: ¿Qué aspectos de la coordinación relacional han cambiado entre los actores que han sido gestores del proceso de diseño e implementación de intervenciones de fortalecimiento de la sub-red del Servicio de Salud Metropolitano Norte? ¿Qué elementos de la IAP podrían relacionarse a cambios observados en la coordinación relacional inter-niveles?

Se espera que, los resultados positivos, publicados por el equipo Equity-LAII en julio de 2018 (4), en cuanto al impacto de las estrategias de fortalecimiento de la red asistencial implementadas por el CCL, que dan cuenta de un grupo que logró un trabajo colectivo exitoso, se acompañen de cambios positivos en la coordinación y las relaciones de los integrantes del comité que lideró dicho proceso a lo largo de tres años. Por otro lado, un mecanismo participativo como la IAP, que buscó empoderar a sus participantes a través de un proceso de construcción colectiva de estrategias para el fortalecimiento de la red asistencial, es decir, de la coordinación entre sus diferentes actores, haya sido un escenario que facilitó la comunicación entre sus integrantes, tanto en frecuencia, oportunidad, precisión y capacidad de resolver problemas. Además, se espera que haya facilitado la relación entre sus participantes, tanto en la concepción de

objetivos comunes, compartir conocimiento y generar relaciones de respeto mutuo.

Los resultados de este estudio serán entregados como retroalimentación al CCL, en una o más de sus sesiones de trabajo, como insumo para el proceso de coordinación de la red que ellos están desarrollando y que es continuidad del proceso IAP descrito.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Identificar cambios en la coordinación relacional de un grupo de gestores/as de los distintos niveles de atención en la red del SSMN y su vínculo con percepciones y vivencias de un proceso de Investigación Acción Participativa.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar elementos de Coordinación Relacional entre los actores del Comité Conductor Local de la subred del SSMN, durante el proceso de IAP para el diseño e implementación de intervenciones de mejora de la coordinación y continuidad de la atención entre niveles, entre marzo de 2015 a septiembre de 2018.
- Explorar los cambios de la comunicación y relaciones de coordinación de los actores del proceso IAP, plasmada en los discursos y el contenido de sus diálogos, para el diseño e implementación de intervenciones de mejora de la coordinación y continuidad de la atención entre niveles, en una subred del SSMN desde marzo de 2015 a septiembre de 2018.

- Identificar elementos de IAP que, desde la percepción de sus actores, han resultado claves en el proceso colectivo de diseño e implementación de intervenciones de mejora de la coordinación y continuidad de la atención entre niveles, en una subred del SSMN desde marzo de 2015 a septiembre de 2018.
- Explorar los vínculos entre elementos identificados por los actores en el proceso IAP y los cambios de los elementos de coordinación relacional establecida para la mejora de la coordinación y continuidad de la atención entre niveles, en una subred del SSMN desde marzo de 2015 a septiembre de 2018.

4. METODOLOGÍA

4.1 Perspectiva metodológica y tipo de estudio

Se realizó un estudio con metodología cualitativa, desde la perspectiva fenomenológica, recogiendo el conocimiento desde la experiencia vivida por los actores de un proceso IAP. Fueron las experiencias compartidas y sus discursos, como la evolución a lo largo del tiempo, lo que dio cuenta de la modificación de aspectos de la coordinación relacional del grupo durante el desarrollo del proceso. El estudio es de tipo interpretativo.

4.2 Muestra

~~La muestra fue teórica (53).~~ La muestra estuvo compuesta por los actores del Comité conductor local (CCL) de la sub-red metropolitana norte formado por Directivos y mandos intermedios/gestores de la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Norte, Director y mandos intermedios/gestores del Hospital San José y CDT, Directores y mandos intermedios/gestores de salud comunales de las

tres comunas incorporadas a la sub-red. Este grupo de personas no tenían experiencias previas de trabajo conjunto y para efectos del CCL, se reúnen mensualmente desde marzo de 2015 con el objetivo de planificar, implementar y evaluar intervenciones para la mejora de la coordinación de la atención inter-niveles.

La investigación se focalizó en el proceso dialógico y la percepción sobre la experiencia vivida en el marco del proceso IAP desarrollado por este colectivo.

4.3 Técnica de producción de información

El estudio contó con dos fuentes de datos secundarias para su análisis. La primera corresponde a las grabaciones digitalizadas y transcritas de las sesiones de trabajo del CCL, desarrolladas entre marzo de 2015 y septiembre de 2018. ~~Se escogieron transcripciones de distintos momentos para observar la evolución de la comunicación y sus relaciones. Se pensó en tres momentos por cada año, inicio, tiempos intermedios y finales, lo que generó doce transcripciones de reuniones donde cada una registra una duración promedio de dos horas de intercambio.~~ Se utilizó el criterio “tiempo” para alcanzar el objetivo de evidenciar cambios en la CR. De esta manera, las grabaciones ingresadas al estudio fueron escogidas al azar en cada uno de tres momentos de cada año analizado: inicio, tiempo intermedio y final.

El segundo tipo de fuente fueron entrevistas individuales y grupales que fueron realizadas por el equipo investigador de Equity LA-II en el marco de la evaluación del estudio, llevadas a cabo entre marzo y junio de 2018 (tabla 1). Estas entrevistas tuvieron como objetivo recoger la experiencia del proceso IAP en el diseño e implementación de intervenciones de mejora de la coordinación y continuidad de la atención entre niveles en la red del SSMN. Se incluyeron en este estudio todas las entrevistas realizadas a actores del CCL, de manera individual o grupal, ya que son los protagonistas del proceso investigado.

Tabla 1: entrevistas realizadas a CCL

Tipo de entrevistas	Tipo de informantes	Nº de entrevistas grupales	Nº de participantes
Entrevistas de grupo	Comité Conductor Local (directivos/as y gestores SSMN, HSJ, Departamentos de salud comunal)	2 sesiones	10 en primera sesión 9 en segunda sesión
	Total	2	10
	Tipo de informantes	Nº de participantes	
Entrevistas individuales a integrantes del CCL	Gestor APS		1
	Gestor Servicio de Salud		1
	Directivo APS		2
	Gestor nivel III		1
	Total		5

Las grabaciones de las sesiones de trabajo y las entrevistas realizadas por el equipo del estudio Equity LA-II se consideraron una muestra conveniente y suficiente para el alcance del objetivo de esta investigación (54).

4.4 Plan de análisis

~~Se realizó análisis de contenido de tipo narrativo. Se identificaron categorías temáticas definidas previamente según el marco teórico de coordinación relacional y IAP (tablas 2 y 3).~~

Se realizó un análisis deductivo basado en categorías definidas previamente según marco teórico de CR y IAP (tablas 2 y 3), dejando abierta la posibilidad a la emergencia de nuevas categorías no consideradas a priori.

Tabla 2: Dimensiones de Coordinación Relacional (CR)

Categoría	Descripción	Fuente de información
Comunicación entre los integrantes del CCL	Comunicación entre los integrantes del CCL, formas de comunicación efectivas y referidas, cercanía, lenguaje, interacciones entre actores.	Grabaciones de reuniones del CCL
Relaciones entre los integrantes del CCL	Establecimiento de objetivos comunes, distribución de tareas, responsabilidades y sus características, señales de respeto entre los integrantes del CCL	

Tabla 3: Dimensiones de Investigación Acción Participativa:

Categoría	Descripción	Fuente de información
Participación de los integrantes del CCL	Actitud y planificación de acciones de los integrantes del CCL para la definición e implementación de las estrategias de mejora de la coordinación de la sub-red del SSMN	Entrevistas individuales y grupales a integrantes del CCL.
Espacios y experiencias de trabajo colectivo en el CCL	Oportunidades y experiencias de trabajo colectivo entre actores. Sus objetivos y características	
Empoderamiento del CCL	Toma de decisiones y acuerdos, sus ámbitos y contenidos	
Método IAP	Referencia a los métodos de trabajo	

El análisis tuvo una primera fase de carácter temático y descriptivo para luego pasar a una segunda etapa interpretativa de identificación de relaciones conceptuales bajo el marco de análisis propuesto.

La mirada temporal se incluyó observando tres momentos para el examen comparado de las categorías y su análisis desde el marco teórico de CR. Los momentos se definieron en rangos de tiempo cronológico que coinciden con distintas etapas del desarrollo del trabajo del CCL. De un total de 34 grabaciones, doce fueron elegidas de manera arbitraria (tabla 4), **respondiendo exclusivamente al criterio “tiempo” explicado en el punto anterior.**

Tabla 4: descripción de sesiones de CCL incluidas en cada momento de análisis de coordinación relacional

	Sesiones del CCL incluidas	Caracterización de la etapa de trabajo desarrollada en cada momento
Primer Momento	4 sesiones desde 26 de mayo 2015 a 28 de enero 2016	Sesiones responden a la convocatoria realizada por el grupo investigador. Eje temático: presentación del diagnóstico de red realizado, priorización de los problemas identificados y el inicio de propuestas de estrategias para el fortalecimiento de la red asistencial.
Segundo Momento	4 sesiones desde 14 de junio 2016 a 07 de marzo 2017	Conversaciones del CCL giran en torno al proceso de diseño de las estrategias y su implementación.
Tercer Momento	4 sesiones desde 04 de abril 2017 a 27 de septiembre 2018	Momento marcado por el seguimiento de las estrategias implementadas, su mejora, incluye el análisis de la evaluación realizada por el proyecto Equity de todo el proceso desarrollado en tres años y conversaciones en torno a la manera de sostener las estrategias en el tiempo.

La duración promedio de las sesiones incluidas fue de 1 hora 53 minutos.

La participación en el proceso IAP es el telón de fondo, donde a partir de las entrevistas, se recogió el proceso con su correlato en las dinámicas y objetos de trabajo en el CCL.

4.5 Calidad y resguardos éticos

La calidad de la información obtenida está amparada por la pertinencia de la muestra y por el análisis conjunto de los resultados que se realizó con un equipo asesor de Equity-LAll.

El estudio EquityLAll bajo el cual está anidado la presente investigación, fue aprobado por **comité de ética del Servicio de Salud Metropolitano Norte**, sus actividades siguen los requerimientos establecidos, se usó consentimiento informado para la obtención de las fuentes de información y hubo consentimiento de los actores para el análisis.

Se ha planificado un momento de devolución y retro-alimentación de los resultados al CCL, como una forma de entregar un insumo para el proceso de IAP que aún se encuentra en desarrollo por ellos.

Las grabaciones y entrevistas fueron manejadas únicamente por los investigadores y se les asignó un código de identificación con el fin de resguardar la confidencialidad de los participantes. Los resultados del estudio son reportados mediante la codificación de sus identidades.

5. RESULTADOS

En primer lugar, se exponen los elementos de coordinación relacional distinguidos en las sesiones de trabajo del CCL en cada uno de los momentos previamente definidos y los cambios identificados entre cada uno de ellos. Una segunda parte de este capítulo expone los elementos de IAP identificados como claves en el proceso colectivo del CCL y los vínculos que emergieron entre estos y los cambios de coordinación relacional descritos.

Las fuentes de información están codificadas como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 5: Perfiles de personas integradas a la muestra de fuentes de información

Cargo	<i>Profesional:</i> cargo técnico <i>Directivo:</i> director o subdirector
Establecimiento que representa	<i>APS:</i> establecimiento de atención primaria <i>Dir. de Salud:</i> Dirección de salud municipal <i>HSJ:</i> Hospital San José <i>SSMN:</i> Servicio de Salud Metropolitano Norte <i>U. de Chile:</i> Equipo investigador Equity-LAII, Universidad de Chile
Tipo de fuente de información	<i>Acta:</i> acta de sesión del CCL <i>EI:</i> entrevista individual <i>EG:</i> entrevista grupal
Fecha	<i>DD/MM/AA:</i> Fecha de realización de la sesión del CCL o de la entrevista

Es importante señalar en este punto que, como parte de los resultados, se identificaron características centrales de cada uno de los tres momentos analizados, que responden a las actividades a que estuvieron abocados durante ese período.

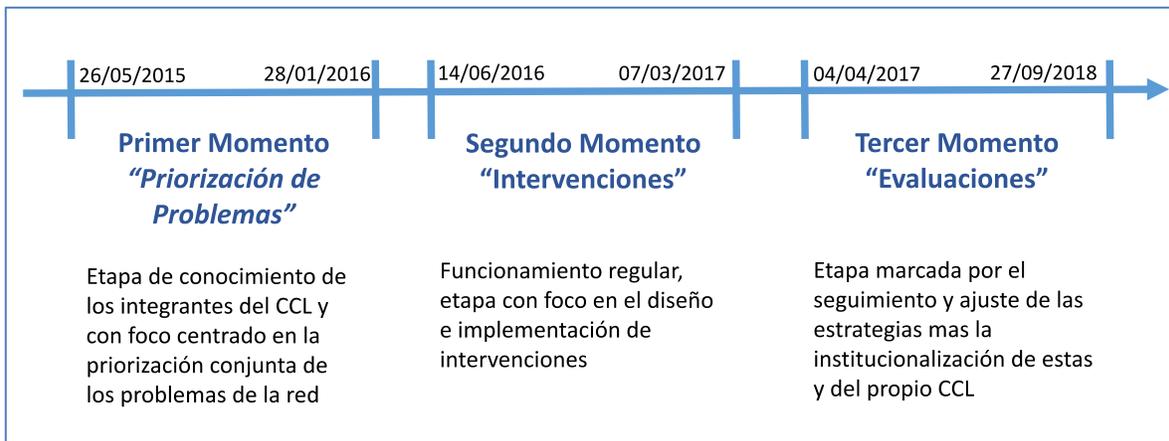


Figura 3: Características centrales de los momentos analizados

Fuente: Elaboración propia

5.1 Dimensiones de Coordinación Relacional

5.1.1 Primer Momento

Este primer momento de sesiones del CCL responde a una convocatoria realizada desde el proyecto Euity-LAll. Los participantes no tienen experiencia de trabajo conjunto entre ellos. Inicialmente las reuniones giran en torno a la revisión y análisis de un trabajo diagnóstico realizado por el equipo investigador en relación a la coordinación y continuidad de la atención en la sub-red metropolitana norte ingresada al estudio, representada en sus distintos establecimientos por los asistentes a las sesiones de trabajo del CCL. En una etapa más avanzada de este momento, el trabajo consiste en priorizar los problemas identificados en el

diagnóstico y comenzar el diseño de estrategias para fortalecer la coordinación y continuidad de la atención.

i) Elementos de la dimensión comunicación identificados

La comunicación entre los integrantes del CCL se basa en la exposición de las problemáticas individuales de los establecimientos que cada uno representa, de manera formal y en la mayoría de las ocasiones, utilizando los cargos o títulos profesionales para referirse a los otros o simplemente tratándolos de “usted”. La comunicación entre los asistentes es a través del equipo investigador, es decir, las intervenciones de los participantes del CCL son dirigidas hacia los representantes del equipo investigador presentes y en general, las conversaciones giran en torno a responder sus preguntas.

Sobre la **resolución de problemas** dentro del grupo, se identifican dos caminos característicos de este momento. El primero consiste en la expresión de los integrantes del CCL desde la cultura del trabajo individual, situando las posibles soluciones a los problemas diagnosticados, desde las capacidades particulares auto-referenciadas. El segundo camino es la externalización, de la responsabilidad y capacidad resolutoria de problemas identificados por ellos mismos, en autoridades o establecimientos superiores en jerarquía institucional.

“Recoleta y Huechuraba: Yo les propongo de aquí a un mes un pre-proyecto de intercomunicación en interconsultas. Entonces yo me voy a preocupar de buscar computines”
(Directivo HSJ Acta 031115)

“Se me ocurre que es muy caro gestionar lo que está ahí escrito, porque las coordinaciones, las reuniones, las capacitaciones son tiempo, y eso podríamos tener un programa piloto del ministerio, que nos de la plata para poder gestionarlo, pero... es sumamente caro”
(Profesional Depto. Salud Acta 031115)

ii) Elementos de la dimensión relación identificados

En relación a **objetivos compartidos**, en el primer momento se identifican relatos explícitos por parte de los integrantes del CCL, de su ausencia entre los establecimientos pertenecientes a los distintos niveles de atención de la sub-red participante. Se tiene claridad únicamente respecto a los objetivos de los establecimientos de salud en los que cada uno se desempeña, además de la referencia permanente hacia las necesidades particulares de cada uno de los establecimientos representados por los integrantes del CCL.

“los niveles de atención son diferentes ¿por qué? Porque no están alineados, pero no están alineados mientras tú no tengas alineación desde el punto de vista de la APS, de la atención secundaria, que todos remen al mismo tiempo, al mismo lugar, para el mismo lugar, nunca vas a coordinar con atención secundaria”

(Profesional HSJ Acta 201015)

“no hay un entrecruzamiento entre la APS y secundaria desde el punto de vista de protocolos y del financiamiento y esto está ocurriendo ¿por qué? Porque tiene un hospital con pocas camas para una población que es muy grande”

(Profesional HSJ Acta 201015)

Sobre elementos de **respeto mutuo** identificados, se distingue fuertemente la presencia en el discurso de los integrantes del CCL, palabras que dan cuenta de prejuicios desfavorables, sobre el accionar de los profesionales de los otros niveles de atención, ligado a la necesidad de avanzar en algunos aspectos valóricos definidos como relevantes por los mismos actores del CCL, antes de continuar en el trabajo impulsado por la IAP en la que se encuentran participando. Emerge también la sensación de no ser considerados en decisiones relevantes para sus establecimientos, principalmente en APS y la necesidad de ser incluidos en la planificación de estrategias que los incluyen y no sólo recibir las indicaciones

del trabajo a realizar. Se plantea como la solicitud de ser valorados, respetados y llamados a participar en cada una de las estrategias donde su nivel de atención se ve involucrado.

“porque si uno empieza a ver la lista de espera, está en duda la lista de espera porque una dermatitis seborreica mandarla al hospital es una falta de ética, de respeto y de tantas cosas que es terrible.” (Profesional Depto. Salud Acta 201015)

“yo anote algunas cosas y la verdad es que mirando como operan es como un poco... hay hartas cosas diseñadas que suenan bien, pero igual cuando se prueban no funcionan o no logran funcionar y a mí me suena un poco parecido a lo que pasa con la participación ciudadana, así como hay que primero respetar, conocer y valorar el rol que tiene el otro” (Profesional SSMN Acta 201015)

“M1: ¿te puedo hacer una consulta altiro? ¿Esa coordinación... la hicieron solo los especialistas? Nosotros debemos recibirla no más M2: ¿cuál? M1: la de las consultorías M2: no no no no. Lo que nosotros estamos diciendo es que hay modelos funcionando hoy día que son bien valorados, de consultorías. Y lo que nosotros le decimos a los especialistas es “ojo que esta es una actividad programable, que usted puede agendar, coordinar y realizar” ¿sí? M1: ya, pero lo van a agendar desde ese punto de vista M2: no no no no M1: pero lo que yo estoy pidiendo es que se coordine con la APS”

(M1: Profesional Depto. Salud, M2: Profesional SSMN Acta 201015)

5.1.2 Segundo Momento

En este momento las conversaciones del CCL giran en torno a desarrollar e implementar las estrategias definidas por ellos mismos, a saber: Consultorías virtuales y visitas de equipos entre niveles como parte de un programa de inducción. Se percibe, en general, un lenguaje propositivo desde los problemas

detectados, con sugerencias de solución por parte de los actores del CCL. El equipo investigador tiene los roles de entregar información solicitada por los integrantes del CCL, realizar resúmenes de los avances y servir de apoyo técnico. Es interesante como cada uno de los integrantes del CCL aporta desde su expertiz en cuanto al rol que desempeñan dentro de la red. Los representantes de establecimientos de APS colaboran con su visión de las necesidades de los pacientes, de sus trabajadores y de los nodos críticos de funcionamiento de la red por ellos identificados, además de realizar contribuciones operativas como material escrito, hacer viable la participación de sus trabajadores en las distintas actividades programadas y facilitar vehículos de traslado. Los representantes de los niveles secundario y terciario aportan con la realización de la coordinación necesaria para la participación de especialistas en las actividades programadas, además de datos estadísticos que permiten dimensionar de mejor manera las problemáticas a abordar. El Servicio de Salud participa con su mirada técnica en cuanto a herramientas de registro que permitan caminar hacia la institucionalización de las estrategias que está desarrollando el CCL y apoyo informático para la concreción de iniciativas del mismo.

i) Elementos de la dimensión comunicación identificados

Emergen elementos que se relacionan con la dimensión **frecuencia** de la comunicación. Enmarcado en la teoría de CR, a mayor frecuencia, mayor familiaridad. En este momento se identifican elementos relacionados con familiaridad que no fueron identificables en el primer momento. Se llaman por sus nombres, es habitual la utilización de términos que dan cuenta de la existencia de un “nosotros” como grupo, se hablan de “tenemos que...”, “debiéramos”. Las sesiones se caracterizan por un diálogo ameno que se asienta en una relación de respeto construida entre los integrantes del CCL, grupo sin experiencia previa de trabajo común.

Sobre **comunicación oportuna**, en este momento destaca la entrega de información a otros integrantes del CCL para poder planificar de buena manera las intervenciones que ellos mismos están desarrollando, por ejemplo, listas de funcionarios, material escrito de difusión. Muy relacionado con la motivación común para que resulten de buena manera las estrategias de fortalecimiento que están planificando en esta etapa. También destacan algunos liderazgos dentro de los mismos integrantes del CCL, que son capaces de ordenar los diálogos, hacer resúmenes de lo conversado y proponer próximos trabajos, lo que les permite evitar confusiones.

“O sea lo ideal además es que todo el material que se use en la actividad esté disponible para descargarse en la página de la comuna, del hospital y del servicio...”
(Profesional SSMN Acta 100117)

“Parece que todos estamos un poco de acuerdo con lo que tú... entonces partir con la bienvenida cierto?, con autoridades cierto?, luego la presentación epidemiológica, luego se separan los grupos cierto?, y el traslado, el trabajo con los equipos, toda esta conversación y los equipos con cada uno de los centros y se termina a lo mejor nuevamente, juntándonos con un plenario donde ustedes nos pueden ayudar, para hacer toda esta valoración más cualitativa y terminamos la mañana...”
(Profesional Depto. Salud Acta 070317)

Emergen elementos relacionados con la dimensión **comunicación precisa**. Se identifica la necesidad de contar con información precisa desde y dentro del colectivo en relación a las etapas de la implementación de las estrategias definidas. Existe la confianza en el grupo para solicitarla y además validarla, lo que aumenta la sensación de auto-efectividad del CCL.

“Ahora podría ser que hiciéramos una reunión para hacer una evaluación del piloto y pensar la próxima, porque debemos tener una mirada de cómo nos fue... yo propongo el 31”
(Profesional Depto. Salud Acta 100117)

“Antes de que se retiren, en las consultorías virtuales, después de la primera consultoría nos gustaría hacer una evaluación y revisar con ustedes como resultó.”
(Profesional HSJ Acta 070317)

“Creo que hemos avanzado montón, partiendo por el piloto partiendo en Huechuraba en el registro clínico electrónico maravilloso...”
(Profesional Depto. Salud Acta 070317)

Con respecto a la dimensión **resolución de problemas**, por un lado, se producen varios diálogos que entran los avances de la planificación, principalmente en torno a déficits tecnológicos de los establecimientos que se adjudican a razones externas a sus competencias, se genera la sensación de incapacidad como grupo de resolver el problema y la necesidad de catarsis. Por otro lado se presentan problemas en la implementación de dos de las estrategias planteadas y es el mismo CCL quien genera las estrategias para resolverlos, con ideas de sus participantes, desarrollo de la idea entre todos y entrega de apoyo por parte de todos, logrando centrar la capacidad resolutoria en ellos mismos.

H1: “mira yo tengo una propuesta que puede ser media loca, pero es la historia de mi vida. Hay que quebrar el hielo, lo que tu planteas, si la primera y después la gente se suelta... yo haría un sacrificio, en el cual cambiemos de lugar al moderador.... M5: me parece súper bueno”

(H1: Profesional HSJ, M5: Profesional HSJ, Acta 050418)

ii) Elementos de la dimensión relación identificados

En cuanto a **objetivos compartidos**, emerge la palabra “red” permanentemente en los diálogos de los distintos actores cuando están planificando alguna estrategia de fortalecimiento, hablan de el “objetivo para la red”. Se percibe entusiasmo y compromiso con lo que se está desarrollando.

“y si le vamos poniendo cositas vamos armándola, como más bonito digamos, lo vamos a capacitar en tal cosa, tiene un sentido fijo, que la red se vaya impregnando, vamos a hacer esto otros pero siempre vamos armando la red cosa que tenga una fecha, o un sentido así fijo, cosa que quede y la red se vaya como impregnando y eso lo valore”
(Profesional Depto. Salud Acta 111016)

“Yo creo que ya despegamos y se está produciendo proceso”

(Profesional Depto. Salud Acta 100117)

Respecto a **conocimiento compartido**, se repiten los relatos sobre los avances en el desarrollo de las estrategias identificados en cada uno de los establecimientos representados. De esta manera se muestran las competencias de los equipos de los establecimientos y se ponen en evidencia los logros del colectivo. Existe una motivación común entre los participantes del CCL.

“ha sido súper interesante la dinámica que se ha generado al interior del hospital, también con ustedes y dado las características de la red nosotros subimos al programa de videoconferencia rápidamente las tres comunas más lejanas”

(Profesional HSJ Acta 070317)

En relación a **respeto mutuo**, se identifica valoración de las opiniones, de los aciertos de otros integrantes o de los establecimientos que representan y buena acogida a sugerencias recibidas por otros actores del CCL. Otro elemento reconocible en este momento es el permanente intercambio de ideas y

experiencias para lograr la implementación de las estrategias que están desarrollando.

“M1: La idea es dejar instalado como un calendario anual, como para...una vez que se evalúe el piloto se sancione y se pueda institucionalizar que hay un calendario anual que uno sepa que hay fechas... M2: Buena idea podríamos tenerlo fijado en estos meses”

(M1: Profesional U. De Chile, M2: Profesional Depto. Salud Acta 100117)

“fue muy buena la elección de ustedes del día viernes en la tarde, el segundo y el último viernes porque también a ellos les coincidió con los horarios igual que ustedes reuniones con los médicos triadores y con los espacios que tenían asegurado, así es que yo dije que en realidad esa fecha no la había puesto yo que la habían puesto justamente la gente de la APS” (Profesional HSJ Acta 070317)

5.1.3 Tercer Momento

Este momento se distingue porque en varias sesiones, las reuniones son iniciadas por integrantes del CCL. Reflejo de la distancia que ha ido tomando el equipo investigador, pero también y principalmente, del empoderamiento progresivo de los actores del CCL en el proceso que están llevando a cabo.

Otro elemento diferenciador es la creciente confianza en los otros niveles de atención, alcanzada gracias al conocimiento entre los actores de la red, según lo que ellos mismos refieren.

“lo otro con respecto a la referencia y contra referencia, que es súper importante para nosotros, porque una de las cosas que desacredita un poco el sistema, lo típico que nosotros hemos escuchado por años es “la atención primaria no hace nada”, de parte de los especialistas ¿ya? Eso es típico, es porque no conocen la atención primaria, así como nosotros también decimos que los especialistas

atienden dos y se van a tomar café. O sea, hay una desacreditación que no está bien fundada, y que, con el conocimiento, con las visitas, con todo, se ha visto el mismo compromiso en los dos lados, son las mismas cargas y todo eso”

(Directivo APS Acta 210618)

i) Elementos de la dimensión comunicación identificados

Relacionado con **frecuencia** de comunicación, en este tercer momento del CCL el ambiente se reconoce como distendido, las interacciones entre actores son múltiples y en varias ocasiones se hacen bromas entre ellos, es decir, existe mayor familiaridad que en los momentos anteriores. Además, existen alusiones a comunicaciones que se realizan entre ellos entre las reuniones del CCL y que hablan de una mayor frecuencia de comunicación.

“M1: capacitación ¿Qué les ha parecido esto? M2: las pasamos (las diapositivas) hace tanto rato ya M3: ha pasado mucho tiempo dices tu... Risas generales”

(M1: Profesional U. de Chile, M2: Profesional HSJ, M3: Directivo Depto. Salud Acta 270918)

“Voy a hacer todo el esfuerzo para que sea el viernes siguiente, ahí voy a hablar con el doctor mañana y todo y ahí les mando un correito”

(Profesional HSJ Acta 210618)

“M1: pero voy a ir a hablar con la I. mañana, viste que me quedó este espacio y aprovechamos de meter ahí a I. Lo único que yo mandarías es el cambio de tema

M2: avísanos bien porque ahí tenemos que dejar fijo fijo a los médicos triadores, tiene que estar todos ahí” (M1: Profesional HSJ, M2: Directivo APS Acta 210618)

En lo relativo a **comunicación precisa** se distinguen dos elementos. Por un lado, los actores del CCL reconocen su capacidad para comunicarse entre ellos y con otros actores de la red en pro del logro de los objetivos que los unen. Por otro lado, son capaces de compartir información **oportuna y precisa** para el proceso que están desarrollando, que les permite hacer visibles los avances alcanzados.

“Pero esta relación, esto que nos podemos comunicar con el hospital, de que está cercano, de que, si tenemos una temática, la podemos dialogar”

(Profesional Depto. Salud Acta 050418)

En lo concerniente a **resolución de problemas**, se profundiza la capacidad de realizar gestiones ellos mismos, como parte del CCL, sin depender de vías formales a través de otras personas. Ellos se hacen cargo de lo que están llevando a cabo y lo gestionan directamente, porque individualmente conocen las necesidades del colectivo. Además, se dan cuenta de que tienen capacidades como grupo, que facilitan el funcionamiento de la red, pueden flexibilizarse y adaptarse, desde cada establecimiento y desde cada uno de sus roles, para lograr el fortalecimiento de la red metropolitana norte, objetivo que los convoca.

“hicimos un requerimiento incluso, más operativo y se lo recomendamos el otro día al doctor Urra, como de apoyos que requeriría el SIDRA digamos en el ámbito de la telemedicina que linkeara con las videoconferencia o las consultorías, que permitiera tener el programa, ojalá tener la existencia y ojala alguna herramienta como para seguir los acuerdos”

(Profesional SSMN Acta 050418)

“Yo quería un poco hace lo que dijo M., estoy súper de acuerdo con lo que él plantea respecto del cómo hacer el tema y yo creo que deberíamos flexibilizar a lo que fuera la necesidad del momento, me parece súper bueno lo que dice la A., respecto de lo que hizo cristo vive, o sea si en algún momento no teni caso, no teni caso nomas, pero preguntas tenemos por montón siempre. Si es el triador es el triador, o sea, flexibilicemos, cosa que sea posible hacerlo, para que instalemos

la cultura, cuando la tengamos instalada, a lo mejor podemos darle estructura y decidir, pero en este minuto necesitamos instalarnos en este proceso de trabajo en conjunto”
(Profesional Depto. Salud Acta 050418)

ii) Elementos de la dimensión relación identificados

En cuanto a las estrategias que están desarrollando, se identifica empoderamiento por parte de los integrantes CCL. Su discurso habla de la capacidad de hacer resumen de lo avanzado, de diagnosticar problemas, capacidad de resolverlos, buen nivel de conocimiento de las realidades técnicas y tecnológicas de cada establecimiento que participa en el CCL. Los demás escuchan en silencio, demuestran respeto y competencia para complementar de buena manera lo relatado por sus compañeros.

Existe diálogo entre los integrantes del CCL para tomar decisiones. No es solo uno de los participantes o el equipo investigador el que define, son ellos mismos los que plantean los facilitadores y barreras para tomar una decisión en particular, y la definición es colectiva. Son capaces de mirar las variables de cada establecimiento que representan hasta que llegan a una definición que le acomoda a todos en cuanto a la implementación de las estrategias de fortalecimiento de la red, es decir, reuniones, visitas, coordinaciones varias entre actores de todos los niveles de atención.

Sobre **objetivos compartidos**, es importante la sensación de efectividad del trabajo colectivo que se encuentra realizando el CCL en esta etapa. Son capaces de reconocer sus logros. Existe alta satisfacción con los objetivos comunes que han ido logrando como colectivo.

“Yo creo que aquí lo más interesante es ver lo que ha pasado con los médicos con quienes hemos intervenido fuertemente, digamos, ahí con la red misma nuestra

digamos, yo siempre he creído que primero los cambios teníamos que hacerlos entre nosotros, y después se van a proyectar en mayor tiempo”

(Profesional Depto. Salud Acta 050418)

“Y lo que es videoconferencia y consultoría, evidentemente que se instaló, se instaló como un derecho jajaja, nosotros partimos te acuerdas, con dos comunas, tres comunas y éramos pocos, algunos, no todos los consultorios de la comuna estaban y ahora así se masificó”

(Directivo APS Acta 210618)

“M1: cuando uno ve el último gráfico que tú tienes, para qué le sirve la videoconferencia, la consultoría, es el objetivo que hemos buscado M2: es lo que tenemos po, es lo que queremos lograr. M1: entonces súper.”

(M1: Profesional HSJ, M2: Profesional Depto. Salud Acta 210618)

Sobre el **conocimiento compartido**, son capaces de reconocer los aciertos de los establecimientos representados por los otros integrantes del CCL. Además, empiezan a contar con los establecimientos de otros niveles para sus propias iniciativas, de manera espontánea, transparente y confiada. Confían en la aceptación por parte del representante del otro nivel porque la/o conocen a el/ella y al establecimiento que representa.

“...surgió una idea de una de las personas que estaba ahí justamente mostrando su trabajo...porque él había hecho su folleto muy orientado más hacia el paciente que al funcionario...oye sabes que en realidad los pacientes de APS también deben saber del hospital... salió la idea, que vamos a trabajar en ello y de pronto pensé que también debería ser del otro lado hacia acá, en generar unos afiches con algunas informaciones que nosotros creemos relevantes, del hospital para los pacientes (de APS)”

(Profesional HSJ Acta 040417)

Relacionado con el **respeto mutuo**, existe entusiasmo por valorar y acoger ideas que fomenten el trabajo realizado por el CCL. Se identifica confianza en el grupo para expresar su opiniones y actitud receptiva por parte de los compañeros. Además, aparecen varias intervenciones que pretenden destacar el trabajo realizado por los actores de otros niveles de atención para alcanzar los objetivos del colectivo.

“H1: Entonces yo creo que a lo mejor, porque no hacer un videíto, aprovechar de difusión, de en qué consiste una consultoría virtual, que se distribuya en la red, para que todos los especialistas APS, sepan qué es lo que es una consultoría virtual, que es una videoconferencia, que son metodologías distintas que ocupan el mismo medio. M3: sería super bueno, ¿Hagámosla?”

(H1: Profesional Depto. Salud, M3: Profesional HSJ Acta 050418)

“a mi me pareció súper relevante en realidad la respuesta dada por la gente que participó, pero también la disposición que hubo en APS porque en definitiva esto no se habría dado si es que en APS no hubieran sentido esta acogida que sintieron...que hizo que se bajaran las barreras...” (Profesional HSJ Acta 040417)

En la tabla 6 se resumen los principales resultados de las dimensiones de coordinación relacional identificadas en cada uno de los momentos.

Tabla 6: Síntesis de principales resultados de la CR en cada momento

Dimensiones de la CR	Primer Momento	Segundo Momento	Tercer Momento
De la Comunicación			
Frecuencia	Diálogo formal	Aparecen elementos de familiaridad	Ambiente distendido / mayor familiaridad
Comunicación	Ausente	La información	Comunicación

Oportuna		intercambiada es colaborativa / emergen liderazgos facilitadores	oportuna y precisa
Comunicación Precisa	Ausente	Necesidad de retroalimentación al interior del CCL / emerge sensación de auto-efectividad colectiva y de confianza	
Resolución de problemas	Propuestas desde la individualidad / externalizan a responsables	Comienza a centrarse la capacidad resolutive en ellos mismos	Capacidad de resolver problemas adquirida
De las Relaciones			
Objetivos Compartidos (OC)	Ausentes	Aparece "red" como sinónimo de OC	OC nutrido por la sensación colectiva de efectividad
Conocimiento Compartido	Desconocimiento de los otros / mirada autocéntrica	Comparten avances y recursos de los establecimientos	Se reconocen los aciertos de los compañeros / confianza
Respeto mutuo	Prejuicios desfavorables	Expresiones explícitas de valoración de los otros niveles de atención / acogen sugerencias de compañeros	Capacidad de valorar el trabajo y opiniones de los otros, asentada en el respeto

5.1.4 Cambios de la CR entre los momentos de análisis

Basado en la exposición de los puntos anteriores, a continuación, se plantean los resultados de la interpretación de relaciones encontradas entre las dimensiones y entre cada momento del análisis.

Los elementos de las distintas dimensiones de coordinación relacional van apareciendo en su totalidad a medida que avanza el momento del análisis. Se producen cambios positivos en la calidad de la CR del CCL, notoriamente entre el primer y segundo momento, y se asientan en el tercero.

A medida que aumenta el número de encuentros del CCL, es decir, que la comunicación entre sus integrantes se hace más frecuente, mejora la capacidad de comunicarse entre ellos y notoriamente, el estilo del diálogo transita desde la formalidad hacia la familiaridad.

Desde el segundo momento se identifican las dimensiones oportunidad y precisión de la comunicación, en las que destacan principalmente dos características, la aparición de liderazgos comunicacionales dentro del grupo que son capaces de generar relatos que les permiten ordenar su trabajo y la necesidad de retroalimentación dentro del mismo grupo. Según la teoría e CR, principalmente la precisión de la comunicación, da cuenta y a la vez propicia, la construcción de confianzas entre los participantes del CCL y la sensación de auto-efectividad del colectivo.

En cuanto a la capacidad de resolver problemas que los atañen en su conjunto como red, es interesante evidenciar como marchan, desde el primer momento paralizados grupalmente frente a la aparición de problemas, pues en general tienen una visión externalizadora de los responsables y caen rápidamente en la catarsis, sin poder avanzar; hacia el segundo momento donde persisten algunos espacios catárticos, pero comienzan a emerger intenciones resolutivas desde posturas propositivas que expresan tímidamente ideas de soluciones que el resto del grupo celebra y acoge; para finalmente llegar al tercer momento donde el grupo se caracteriza por plantear soluciones a las barreras identificadas y además se sienten capaces de gestionarlas desde las competencias de cada individualidad que integra el CCL, siempre como aporte al trabajo desarrollado colectivamente.

Al principio, la relación entre los participantes del CCL es formal e influenciada por prejuicios desfavorables. Mientras avanza el proceso, la calidad de sus relaciones mejora significativamente y logran un espacio de trabajo con objetivos comunes, donde comparten sus conocimientos, se nutren entre ellos a través de intervenciones de valoración del trabajo realizado por los compañeros; son capaces de reconocer públicamente los logros de los establecimientos de los otros niveles de atención y las sesiones del CCL se desarrollan en un espacio de alta confianza, respeto y satisfacción.

Es importante la identificación del compartir conocimientos en el segundo momento ya que esto permitió informar al grupo sobre las tareas de cada individuo/establecimiento y reconocer como los quehaceres de los otros colaboran al trabajo general de la red de salud, lo que en el marco de la teoría de CR, generó respeto y valoración por el trabajo de los demás, fomentando el accionar en torno al objetivo de la red más que girar en torno a objetivos individuales, esto además se habría visto reforzado por la creciente familiaridad entre sus participantes y por la también ascendente capacidad de resolver problemas.

5.2 Dimensiones de IAP identificadas como claves en el proceso colectivo del CCL y sus vínculos con los cambios de CR.

i) Participación de los integrantes del CCL

Emerge la participación como una característica central de IAP que permitió generar estrategias comunes a pesar de los distintos puntos de vista de los integrantes del CCL y como elemento facilitador del diseño de estrategias adecuadas a la realidad local y de la apropiación de las mismas por los integrantes del CCL. Además, el estilo participativo potenciado por la IAP, en el CCL significó la construcción de relaciones transversales, donde cada palabra valía por igual, lo

que fue valorado positivamente por sus integrantes y fomentó el entusiasmo para seguir trabajando en este espacio.

“la metodología yo creo que sirvió mucho en un contexto donde la red era altamente fragmentada, y cada uno tenía distintos puntos de vista, sin embargo a pesar de que existen punto de vistas distintos se logra aunar una estrategia en común, y eso es bastante interesante de analizar, dado el contexto altamente participativo de la metodología”

(Profesional
Depto. Salud El 190418)

“Yo destacaría el tema de la participación, el proceso participativo desarrollado yo creo que le da un sello tanto al diseño como al proceso de implementación que permite que sea como moldeado a la necesidad de los usuarios en el fondo, porque es como hecho colectivamente desde la necesidad misma, entonces yo creo que en ese sentido la participación es un elemento súper relevante que yo creo que hay que destacar del proceso que hemos desarrollado.”

(Profesional Depto. Salud EG 071217)

“yo creo que la riqueza es que con la continuidad del espacio del comité estando al tanto y revalidando lo que se iba construyendo como en los espacios satélites un poco hace que igual cualquiera del comité, que individualmente va a hacer una gestión lo hace como absolutamente seguro de que está transmitiendo como que la opinión de todos y que está respaldado por ese espacio participativo”

(Profesional SSMN EG 071217)

“Yo diría que la horizontalidad que impone la metodología como de... o sea aquí no hay ninguna línea que identifique, o que nos identifique respecto de un nivel jerárquico, sí, o sea yo digo que eso es como un gran valor porque en el fondo cada voz vale”

(Profesional SSMN EG
040118)

“Yo siento que en realidad la metodología ... nada puede ser impuesto, porque en la medida en que todo es conversado, en ambos lados y para todos lados y transversalmente todos de alguna manera se sienten parte del resultado de esto”

(Profesional Depto. Salud EG

040118)

La participación es un elemento que emerge ligado a los elementos de espacio y trabajo colectivo que se describen a continuación.

ii) Espacios y experiencias de trabajo colectivo en el CCL

Se reconoce un espacio de trabajo colectivo potenciado por la IAP que, según los entrevistados, facilitó la comunicación efectiva entre quienes participaron. Además, fue percibido como una plataforma para la construcción de relaciones de respeto que de igual manera permitió la identificación con el proceso de fortalecimiento de la red asistencial que se fue construyendo por el CCL y por ende, fue un potenciador del compromiso de los integrantes del CCL con las decisiones que ellos mismos fueron tomando en el camino. La comparación de esta experiencia de trabajo colectivo con prácticas previas de imposiciones verticales, hizo que también fuera percibido como una forma de trabajo de alto valor para quienes participaron de ella y deseable de implementar en sus ámbitos particulares de desarrollo laboral.

“Yo creo que el tema de la construcción colectiva y el énfasis de la participación de todos es una cosa, que yo creo, que es absolutamente necesaria y que muestra resultados bien distintos, y que cuando uno lo olvida e intenta..., probablemente por lograr mayor celeridad en un proceso, y lo hace como más verticalmente, lo que ocurre es que el resultado es más efímero, cuando lo hemos construido entre todos es como más propio y se defiende”

(Profesional HSJ EI

010618)

“la experiencia de trabajo como colectivo, conjunto, también es una cosa que se aprende y no se pierde al tiro, es como una oportunidad para que las personas aprendan competencias respecto de cómo se comunican, respecto de cómo se construye una respuesta a un problema, cómo se colabora pa' eso y por tanto a partir de ahí es como que el decreto vertical no es la solución, sino que es la respuesta como conjunta lo que se va dando, y yo creo que esta generación de respeto que se produce como entre los unos y los otros genera camino, genera la posibilidad de construir en conjunto” (Profesional HSJ EI 010618)

“lo interesante es que el diseño de qué estrategias son las que se van a implementar salen de un consenso del trabajo del equipo que había trabajado con el tema, entonces las dos iniciativas yo diría parten a ganador porque parten justamente de un trabajo del equipo, entonces cuando es una idea, una estrategia que parte del grupo, ya parte con todo el mundo dispuesto, comprometido para el proceso de implementación” (Profesional HSJ EG 071217)

“las directoras por ejemplo que tienen, están cediendo en realidad parte de su autonomía y su poder frente a las definiciones que toma el colectivo, qué se va a hacer y cómo se va a hacer, que en otras circunstancias las toman individualmente y solas con sus equipos, que no en todas las dimensiones en todos los actores se da esa generosidad de ceder una cuota de poder para que se tome aquí” (Profesional SSMN EG 071217)

iii) Empoderamiento de los integrantes del CCL

Emergen elementos que dan cuenta del empoderamiento de los actores del CCL. Con la progresión de la IAP se fue acrecentando la sensación de ser integrantes activos de una red asistencial y consecuentemente representantes del

engranaje de la red en cada uno de sus establecimientos. A nivel grupal, existe la percepción de que se fueron convirtiendo en un dispositivo de la red con capacidad de tomar decisiones dentro de la misma y que se transformaron en un referente dentro de la red del SSMN sobre temas de integración de la red asistencial. Existe una sensación de autosatisfacción colectiva que nutre el empoderamiento del CCL.

“también nosotros desde el punto de vista local podemos mover la red y podemos articularnos y no delegar siempre la responsabilidad en un ente más grande, sino que también a nivel local se pueden hacer distintas cosas, y en ese sentido yo creo que el equipo lo ha entendido bien y cada uno sabe ya lo que tiene que hacer entonces, particularmente y para terminar la idea, es como eso, gran parte del equipo nuestro crece junto a esta intervención y podemos incorporar todos estos elementos que nos deja el Equity en nuestro quehacer diario e incorporarlo como un elemento ya a la gestión local.” (Profesional Depto. Salud El 190418)

“el temas de que hoy en día el CCL del Equity esté incorporando a otras comunas que no participaron en la intervención, y que esto va creciendo, yo creo que toda organización que crece es porque está haciendo bien las cosas, y en ese sentido es bastante interesante como el CCL ha ido creciendo, incorporando al resto de las comunas y a otras instituciones que también son parte de la red, como un gran consejo que está potestado, o que tiene la potestad de poder general acciones que integren la red, o sea se visualiza un interés por parte de los integrantes de la Red de Salud Norte, por incorporarse a estas instancias decisivas para crear, para discutir, para conversar sobre temática de integración de red ¿ya?,”

(Profesional Depto. Salud El 190418)

“acompañado del proyecto, la instalación de espacios, en que estén los actores sentados, creo que... o sea de hecho hoy día, mirado desde el escenario del contexto actual, es como un tremendo espacio de oportunidad, de que no ocurra lo que habitualmente ocurre en esta red con los cambios políticos y de autoridad, o

sea es como una esperanza de algo que se configuró, que está un poquito resguardado de todos los cambios de autoridad y políticos que ocurre, y que claro, lamentablemente afectan directamente siempre al gestor de red, por lo tanto su rol como articulador es el que se ve más abatido, más como conflictuado con esto, pero la conformación, por ejemplo, del comité conductor, digamos que genera un espacio que permite mantener cierta continuidad, que probablemente en otros momentos, sin el proyecto, la desarticulación hubiese sido mayor y la fragmentación aún más, o sea como volver a cero, creo que ahora, pese a los cambios, no se vuelve a cero.”

(Profesional SSMN EI 270418)

“yo en lo personal es la primera vez que yo siento que realmente somos protagónicos, somos protagonistas de esta red integrada”

(Directivo APS EG 040118)

“esto es revolucionar un poco el sistema, es una revolución, nos estamos levantando a hacer algo que alguien te dice “esto tú no lo puedes hacer” pero nosotros vemos más allá y lo hacemos igual”

(Profesional HSJ EG 040118)

iv) Método IAP

Emergen tres elementos del método IAP como relevantes en el proceso colectivo que se desarrolló en el CCL: rol del equipo investigador, adaptabilidad del método y sistematización del proceso.

En cuanto al rol del equipo investigador, emerge como importante para los actores del CCL, su posición externa a la red, que desde su mirada permitió quebrar formas de comunicación previas que eran percibidas como dificultosas. El que los investigadores hayan sido parte de la Universidad de Chile, fue destacado por el tinte académico que le dieron al proceso y por el prestigio conocido de dicha

institución, lo que motivó a los actores a sumarse a la invitación de participar en esta IAP. Además, el equipo investigador fue destacado como un facilitador de la materialización de las estrategias definidas por el CCL, gracias al apoyo técnico y tecnológico puesto al servicio del colectivo. El equipo investigador, si bien estuvo presente en todo el tiempo de análisis, se percibe como mayormente relevante en los primeros momentos, en los que ejerce una función de motor impulsor de las para la consolidación del CCL en cuanto a reunirlos, facilitar y motivar su trabajo.

“Yo creo que otro elemento que facilita, que se puede destacar como facilitador, es el apoyo de, bueno, de ustedes como escuela de salud en tomar esta iniciativa, también como desde el punto de vista académico, que eso también rompe un poco los ciclos de relación entre la red de salud, sino que hay un ente que participa de manera externa y también le da un plus a estas intervenciones desde el punto de vista de la academia y eso facilita enormemente las labores en la implementación” (Profesional Depto. Salud El 190418)

“yo creo que acá la importancia del equipo de la Universidad que participa en esto, es que apoya en la materialización de la implementación de la estrategia, y eso es bastante importante, porque no muchas veces se llega a implementar algo, o de manera tan rápida, puede que se implementen al mediano-largo plazo, y esto fue bastante expedito, y como te digo, el apoyo de la escuela, en ese sentido, fue bastante importante, porque además acompañó previamente con capacitación a los equipos, entonces de a poco se empieza a instalar el tema de la integración en red y eso obviamente facilita mucho poder implementar este tipo de iniciativas” (Profesional Depto. Salud El 190418)

“el gran facilitador para todo, de alguna manera, el tener también como respaldo la Escuela de Salud Pública, la Universidad de Chile, eso también te da una impronta que es bien importante.” (Profesional HSJ EG 071217)

“A partir de la metodología, que yo siempre he destacado, la metodología de la investigación, y IAP releva a eso, releva a que podamos todos ir construyendo a partir de todas las visiones algo que por sí, sí o sí te convence, que sí o sí te motiva, que sí o sí te empodera. Entonces yo creo que el rol del equipo de investigación es eso, catalizar esas energías que estaban pero que hoy día ya tienen una fuerza distinta y un propósito y objetivo y anda a saber tú donde termina”

(Profesional

Depto. Salud EG 071217)

Sobre la adaptabilidad de la metodología, los actores del CCL destacan como importante la capacidad de recoger las realidades locales de los distintos niveles de atención que participaron en el proceso y desde ahí adecuar las etapas y estrategias a desarrollar. Esto es percibido como positivo, respetuoso y motivador para continuar.

“esta estrategia es bastante interesante de abordar desde el punto de vista de su metodología, y que se adapta fácilmente a las particularidades de cada red, porque no todas... es importante mencionar que no todas las redes tienen las mismas problemáticas, hay redes que son más maduras, y otras redes que son... no tienen un trabajo tan profundo, por distintas razones, razones políticas, razones técnicas ¿ya?, y en ese sentido, bueno, esta estrategia o esta metodología se adapta a las necesidades de la red y de manera participativa se determina cuáles son los objetivos, y en ese sentido yo apuesto por una cuestión de voluntades y de querer, de tener simplemente interés en potenciar la integración de la red”

(Profesional Depto. Salud El

190418)

“Yo creo que eso lo hace más creíble, porque no es una estructura, es algo que se va moldeando, como dice la doctora también, y lo hemos dicho todos, a todas las necesidades que van surgiendo en ese momento. Algunos van aportando y vamos

corriendo para un lado o para el otro y eso lo hace que la gente empiece a sentirse participe, se sienta motivada, yo creo que eso va pasando, que vamos sumando motivación en todo este proceso, eso ha sido lo maravilloso que ha tenido todo este implementación y diseño” (Directivo APS EG 071217)

La sistematización del proceso IAP, que en este caso fue realizada por el equipo investigador con aportes del CCL, permitió retroalimentación de lo desarrollado en diferentes momentos, reflexionar sobre ello y realizar adaptaciones para el futuro. Asimismo, ayudó a acrecentar la sensación de auto-satisfacción del grupo por el trabajo realizado y de confianza en ellos mismos como individuos y como colectivo.

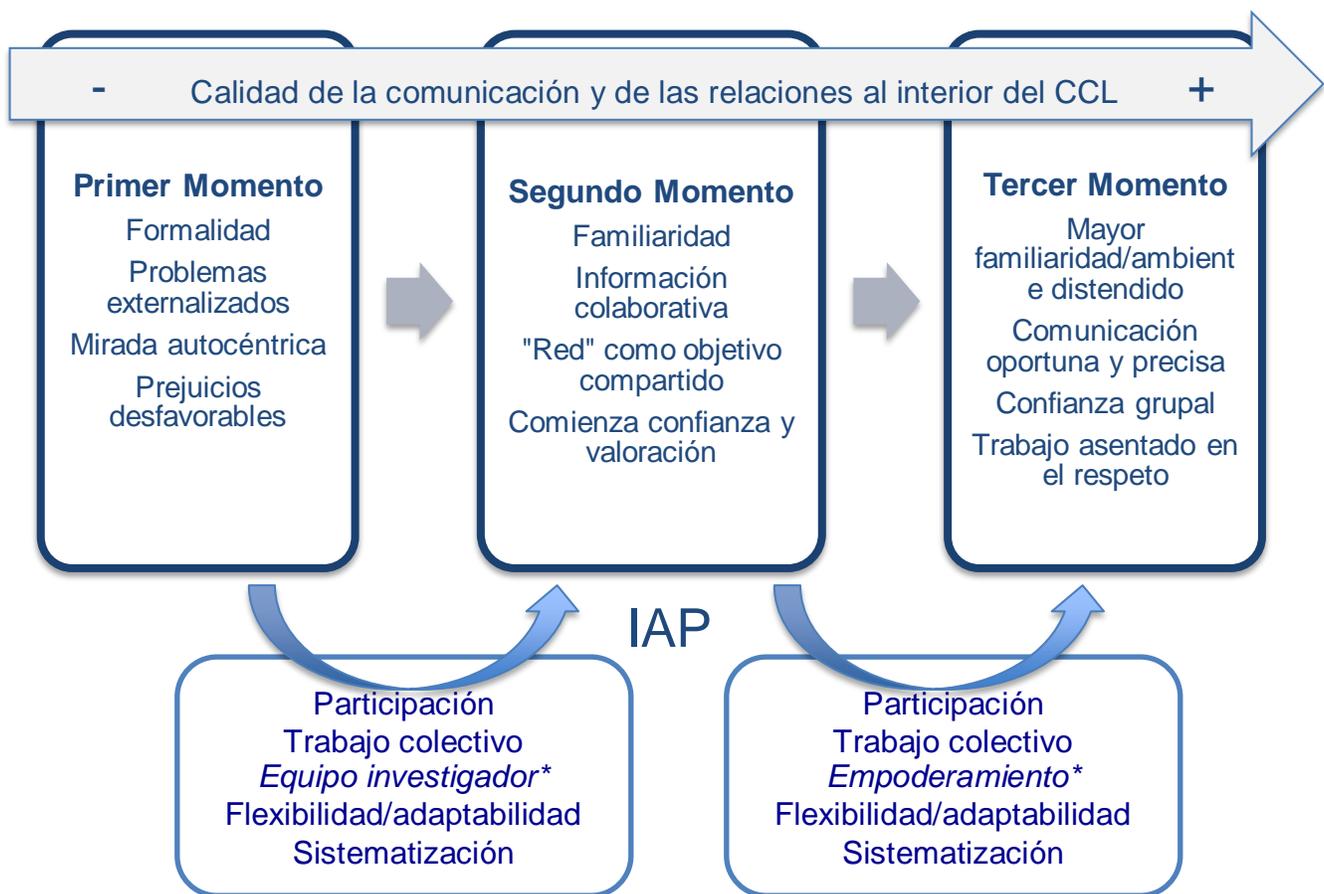
“el rol del componente de investigación ha sido importante, porque ha ocurrido en otros espacios en la red, que se generan esos espacios de confianza, y yo diría que los factores de éxito son, la permanencia en el tiempo, la sistematización, la consistencia y la responsabilidad respecto de ir haciendo las cosas que acuerdas que ibas a hacer” (Profesional SSMN EI 270418)

“también cabe destacar que había un proceso de planificación previos que también fue bastante bueno” (Profesional Depto. Salud EI 190418)

“para poder materializarlo es importante que haya una sistematización de distintas intervenciones y también materializarlo en un producto concreto, y en ese sentido ahí es súper importante considerarlo, por si alguien, o "x" quisiera replicar esto, que es importante eso, la constancia” (Profesional Depto. Salud EI 190418)

La figura 3 muestra la relación entre los momentos de CR y los elementos del IAP identificados como relevantes para los cambios ocurridos.

Figura 4: Relación ente cambios de CR y elementos de la IAP



Fuente: elaboración propia

** Este cambio observado en las características IAP a través del tiempo puede deberse a que la metodología IAP considera que el investigador se convierta en un facilitador y promotor del desarrollo de la conciencia crítica de los participantes. Ver punto 2.1.4 del marco teórico*

6. DISCUSIÓN

6.1 La coordinación relacional y su aporte a la coordinación asistencial/RISS

Esta investigación pone el acento en el análisis de aspectos que habitualmente no son visibles en la gestión ni en la evaluación de la coordinación asistencial, pero que se muestran centrales para la consecución de objetivos para las redes asistenciales públicas del país y que encuentran respaldo en una serie de publicaciones que así lo avalan. Henao (2009) y Mitchel (2015) coinciden en la importancia de la comunicación para lograr la coordinación de tareas de los trabajadores de los distintos establecimientos involucrados en un mismo objetivo, en pro del beneficio de los usuarios. Por su parte, Vermeir (2015) señala que la mala comunicación es un factor negativo para la continuidad de la atención, seguridad del paciente, eficiencia de uso de recursos, satisfacción de pacientes y profesionales sanitarios. Gittel el año 2000 señala que, a mayor calidad de CR entre los trabajadores de salud, se genera mejor calidad y eficiencia de los procesos clínicos de atención, además de mayor satisfacción laboral.

En esta experiencia se observó la evolución de un proceso en el que ha tenido lugar la coordinación de actores de los distintos niveles. Resulta decididamente que se trate de actores clave de la misma red que no se conocían y no habían trabajado juntos antes, a partir de ahí el colectivo estudiado en este proceso ha transitado desde una relación autocéntrica basada en prejuicios hasta una de confianza, respeto mutuo y en torno a un objetivo común, sumando energías para priorizar problemáticas compartidas, diseñar e implementar intervenciones para mejorar la integración de la red. Observar los cambios en las dimensiones de coordinación relacional ha permitido iluminar procesos y aprendizajes que resultan útiles para pensar en el fortalecimiento de la integración de redes públicas de servicios de salud.

Una de las dimensiones que parece central en el proceso, y cuyo análisis permite visualizar con claridad la articulación de cambios en la coordinación relacional con el proceso IAP experimentado, ha sido la fijación de objetivos compartidos. Los actores han logrado a través del proceso, pasar desde un campo de visión individual y desde el nivel al cual pertenecen, hacia el campo de acción colectiva. Han reflejado en la constitución de un nosotros, la visión de problemas compartidos por la red y la suma de esfuerzos y capacidades para la construcción colectiva de soluciones, que por lo mismo han resultado coherentes y apropiadas a sus realidades locales. La mayor efectividad que se evidencia en intervenciones generadas de abajo hacia arriba (bottom-up) responde a este tipo de elementos (56, 57).

6.2 Aportes de la IAP al fortalecimiento de las RISS

La IAP es un proceso investigativo que sintoniza con la generación de comunicación y relaciones de alta calidad y es aplicable en sistemas de salud. Un trabajo publicado el año 2018, en el marco del proyecto Equity LAll, refiere que existen elementos clave de la IAP, vinculados a una percepción de éxito de

intervenciones para fortalecer una red asistencial chilena (30). Otras experiencias coinciden en posicionar la IAP como método para el logro de mejoras en programas de salud y en la definición de políticas públicas (23, 34, 26, 27, 28).

En este estudio, los principios y métodos de la IAP son evidenciados por los actores en su potencia para viabilizar los cambios observados. La experiencia muestra la sintonía del método con la construcción de relaciones donde, desde las fases intermedias hasta el final del proceso es visible la horizontalidad, el respeto mutuo, y el reconocimiento del otro. Dentro de este proceso, ha sido relevada la sistematización por los actores, lo cual se relaciona con la retroalimentación y el aporte de elementos nuevos que posibilitan la reflexión colectiva y a fondo. Ambos elementos son fundamentales desde la teoría (20) y resulta interesante observar a lo largo del tiempo una mayor complejidad y profundidad en las conversaciones sobre los problemas de coordinación.

La metodología IAP establece la generación de conocimiento y la investigación vital para la acción, una acción política transformadora, donde los protagonistas son a la vez sujetos de investigación. En este caso la comunidad no es la comunidad usuaria sino una comunidad profesional que comparte el territorio y objetivos de servicio público sobre los resultados de salud de su población. En este contexto, también ha sido posible observar la transformación de sus relaciones donde un propósito común ha sido mejorar la atención de los/as beneficiarios del sistema público, cambiando en fondo y forma las prácticas habituales del trabajo en la red.

La IAP asigna al equipo investigador la responsabilidad de modificar su rol a medida que el proceso avanza, para dar paso al desarrollo de la conciencia crítica de los protagonistas y su viraje hacia líderes de sus propios cambios (18). El rol del equipo investigador Equity LAll en los inicios del proceso del CCL fue situar a los actores en un espacio comunicativo centrado en lo técnico/académico, para prontamente facilitar un espacio de trabajo colectivo que fue permitiendo el

empoderamiento progresivo del grupo. Situación muy distante del rol tradicional de los investigadores quienes asumen la dirección y decisiones del proceso investigativo llevado a cabo.

6.3 Futuras líneas de investigación

La teoría de CR refiere que mientras mejor la calidad de la CR, mejor calidad de los servicios prestados por la organización. Específicamente en salud, un estudio realizado en nueve hospitales de alta complejidad, publicado el año 2009, pone en evidencia que una mayor coordinación relacional permite a los trabajadores armonizar sus tareas de manera más efectiva, lo que aumenta las posibilidades de lograr mejor calidad de atención percibida por los usuarios junto con períodos más cortos de estadía del paciente (49). Cabe plasmar entonces, el interés en profundizar en el impacto de mejora cualitativa de la CR en las prestaciones de salud recibidas directamente por los usuarios beneficiarios de la red de salud metropolitana norte. Sólo como una aproximación y sin pretender significar una conclusión, la siguiente cita da cuenta indirectamente de la mejora cualitativa del ánimo con el que se brinda el servicio en la red intervenida, que es a lo que apunta la teoría de la CR.

“Yo creo que se traduce en que principalmente todo lo que podemos hacer nosotros anónimamente se traduce en que cualquier de los enfermos que están ya no es un nombre, sino que pasa a ser una persona” (Profesional HSJ EG 040118)

Por otro lado, y como se ha dicho previamente, se ha impulsado con fuerza desde el ministerio de salud chileno, el fortalecimiento de las redes asistenciales en cada uno de los servicios de salud ya que es aquí donde se grafican las veintinueve redes de salud públicas existentes en el país. Las estrategias ministeriales han sido básicamente compromisos de gestión que obligan a los servicios de salud a cumplir sus metas comprometidas y espacios de capacitación

sobre redes integradas de servicios de salud. Ninguna de estas estrategias considera los aspectos relacionales como relevantes para la construcción y fortalecimiento de redes asistenciales.

6.4 Limitaciones

Las fuentes de información fueron las grabaciones de las sesiones del Comité Conductor Local y transcripciones de entrevistas, sin que la investigadora haya estado presente en ellas. **Esto puede ser una limitación, dado que no fue posible recoger aspectos del lenguaje no verbal relevantes en comunicación**, pero es a la vez un elemento favorable para la calidad y el criterio de dependencia (55) en la calidad de la interpretación.

7. CONCLUSIONES

En esta investigación se observaron cambios sustanciales a través del tiempo, en la calidad de la comunicación y de relaciones de un grupo de personas sin experiencia previa de trabajo conjunto. Desde la perspectiva teórica, la CR hace posible reconocer estos cambios. Se logra identificar elementos de CR en las sesiones de trabajo del CCL, las que aparecen en su totalidad a medida que avanza el tiempo de trabajo de este colectivo.

El CCL transitó desde un grupo de personas con relaciones formales, prejuiciados respecto a los otros niveles de atención, con alto grado de desconocimiento de la labor de los otros, hacia un colectivo que en su diálogo permitió evidenciar familiaridad en su trato interpersonal, con objetivos compartidos, capacidad de resolver problemas colectivamente y capacidad de valorar el trabajo y opiniones de los otros, asentada en el respeto.

En este trabajo, la IAP se presenta como un método investigativo que se relaciona de manera virtuosa con la coordinación relacional. Específicamente sus

características ser participativa, generadora de espacios de trabajo colectivo y facilitadora del empoderamiento de sus participantes. Además, existen elementos de su metodología en la misma sintonía: rol del equipo investigador, adaptabilidad y sistematización del proceso. Lo que permitió dejar capacidades instaladas en el CCL. De esta manera, en esta investigación la IAP se posiciona como un método que aporta al fortalecimiento de redes asistenciales.

Siendo la RISS un objetivo del Ministerio de Salud del país, no se puede perder de vista la importancia de las relaciones entre los responsables de las prestaciones de salud que llegan a los usuarios. Parece relevante garantizar los espacios de coordinación necesarios en un sistema de salud público tan complejo como el chileno. Los resultados de este trabajo sitúan a la IAP como una estrategia deseable de implementar en cada uno de los Servicios de Salud, de la manera más adecuada para cada territorio, ya que son los espacios teóricamente articuladores de la integración de las redes asistenciales de salud.

El ministerio de salud chileno y la OPS realizan un ejercicio de evaluación de las RISS con diferentes herramientas cualitativas y cuantitativas. Considerando los resultados aquí expuestos, es **recomendable avanzar en la visualización y valoración de elementos relacionales que incidan en la coordinación de las redes asistenciales del Sistema Público del país. La teoría de CR facilita esta tarea ya que enmarca las dimensiones a observar, dimensiones que fueron todas relevantes en el grupo estudiado.**

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de ruta para su Implementación en las Américas. Washington DC; 2010.
2. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Informe de Implementación Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud en el Sistema Público de Salud 2014 - 2017. Santiago de Chile, febrero 2018;
3. Vázquez M, Vargas I, Unger J, Paepe P De, Mogollón-pérez AS, Samico I, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America : the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015;
4. Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende Gossens. Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud de América Latina (Equity-LA II). Resultados de la evaluación de las intervenciones en Chile. Santiago de Chile, julio 2018;
5. Lincoln Y, Lynham S, Guba E. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. *The Sage handbook of qualitative research*. fourth. London: SAGE publications Inc.; 2011. p. 163–88.
6. Leung MW, Yen IH, Minkler M. Community-based participatory research: A promising approach for increasing epidemiology's relevance in the 21st century. *Int J Epidemiol*. 2004;33(3):499–506.
7. Guba E, Lincoln Y. Paradigmas en competencia en la investigación

- cualitativa. In: Denman C, Haro J, editors. Por los rincones Antología de métodos cualitativos en la investigación social. Sonora: El colegio de Sonora; 2002. p. 113–45.
8. Carr W, Kemmis S. Becoming critical: education, knowledge and action research. Carr W, Kemmis S, editors. London: Taylor & Francis e-Library; 2004.
 9. Echeverri J. Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud. *Rev Psicol Univ Antioquía*. 2010;2(4):47–55.
 10. Neira J. Ciencias Sociales y Salud. *Rev Austral Ciencias Soc*. 2001;5(2):127–38.
 11. Guba E, Lincoln Y. Controversias paradigmáticas, contradicciones y confluencias emergentes. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. Manual de metodología cualitativa vol II Paradigmas y perspectivas en disputa. España: Gedisa editorial; 2012.
 12. Tandon R. Participatory Research in the Empowerment of People. *Converg An Int J Adult Educ*. 1981;14(3):20–9.
 13. Cristina Laurell A. Ciencia y experiencia obrera: la lucha por la salud en Italia. *Cuad Políticos* [Internet]. 1984;(41):63–83. Available from: <http://www.cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP.41/CP41.6AnaCristinaLaurell.pdf>
 14. Buse K, Hawkes S. Health post-2015: evidence and power. Vol. 383, *Lancet*. 2014. p. 678–9.
 15. Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D'Ambruso L, Zubin S. Investigación-Acción Participativa en sistemas de salud. Una guía de métodos. TARSC, AHPSR, WHO, IDRC Canada, EQUINET H, editor. 2014.
 16. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(10):854–7.
 17. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *Am J Heal Promot*. 1992;6(3):197–205.
 18. Balcazar FE. Investigación acción participativa (iap): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundam en Humanidades*

- Univ San Luis. 2003;I/II(7/8):59–77.
19. Loewenson R, Flores W, Shukla A, Kagis M, Baba A, Ryklief A, et al. Raising the profile of participatory action research at the 2010 Global Symposium on Health Systems Research. *MEDICC Rev* [Internet]. 2011;13(3):35–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21778957>
 20. Selener D. *PARTICIPATORY ACTION RESEARCH AND SOCIAL CHANGE*. second. New York: Cornell University Participatory Action Research Network; 1997.
 21. Freire P. *Pedagogy of the oppressed*. New York: Continuum; 1970.
 22. Liu M, Gao R, Pusaro N. Using participatory action research to provide health promotion for disadvantaged elders in Shaanxi province, China. *Public Heal Nurs*. 2006;23(4):332–8.
 23. Davies EC, Chandler CIR, Innocent SHS, Kalumuna C. Designing Adverse Event Forms for Real-World Reporting: Participatory Research in Uganda. *plosone* [Internet]. 2012;7(3):1–9. Available from: www.plosone.org
 24. Othieno CJ, Kitazi N, Mburu J, Obondo A, Mathai MA, Loewenson R. Use of participatory , action and research methods in enhancing awareness of mental disorders in Kariobangi , Kenya. *Int Psychiatry*. 2009;6(1):18–20.
 25. Laurell AC, Noriega M, Martínez S, Villegas J. Participatory research on workers' health. *Soc Sci Med*. 1992;34(6):603–13.
 26. Garwick A, Seppelt A. Developing a Participatory Action Research Project. *J Fam Nurs*. 2010;16(3):269–81.
 27. Estacio E, Marks D. Critical reflections on social injustice and participatory action research: The case of the indigenous Ayta community in the Philippines. *Procedia Soc Behav Sci* [Internet]. 2010;5(2):548–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.140>
 28. Borgia F, Gularte A, Gabrielzyk I, Azambuja M, Soto J, Corneo M, et al. De la invisibilidad de la situación de las policlínicas comunitarias-rurales en Uruguay a la priorización de la salud rural como política pública. *Saúde em Debate* [Internet]. 2012;36(94):421–35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

11042012000300014&lang=pt

29. Solberg LI. Care coordination : what is it , what are its effects and can it be sustained ? *Fam Pract.* 2011;28:469–70.
30. Eguiguren P, Alvarez A, Pasten N, Guzmán I, Chadwick ME, Espejo P, et al. Investigación acción participativa (IAP) para mejorar la coordinación y construir identidad de red en el SSMN. In: V Congreso CHileno de Salud Pública. 2018.
31. Starfield B. Coordinación de la atención en salud. En: Atención Primaria. In: Starfield B, editor. Atención primaria. Barcelona: Masson; 2002. p. 233–65.
32. Terraza R, Vargas I, Vasquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006;20(6):495–95.
33. Vasquez ML, Vargas I, Unger J-P, Mogollón A, Ferreira Da Silva MR, De Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2009;26(4):360–7.
34. Vasquez ML, Vargas I, Terraza R, Pizarro V. Organizaciones sanitarias integradas. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007. 7-27 p.
35. Artaza O, Toro O, Fuentes A, Alarcón A, Arteaga O. Gobierno de redes asistenciales: evaluación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) en el contexto de la reforma del sector salud en Chile. *salud pública de méxico.* 2013;55(6):650–8.
36. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pr.* 2015;1–11.
37. Henao D, Vasquez ML, Vargas I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit.* 2009;23(4):280–6.
38. Mitchell G, Burridge L, Zhang J, Maria D, Scott I, Dart J, et al. Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary–secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness?

- Aust J Prim Health. 2015;21:391–408.
39. Gittell JH, Weinberg D, Pfefferle S, Bishop C. Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: a study of nursing homes. *Hum Resour Manag J.* 2008;18(2):154–71.
 40. Gittell JH. Relationships between Service Providers and Their Impact on Customers. *J Serv Res.* 2002;4(4):299–311.
 41. Gittell JH. Relational Perspectives in Organizational Studies: A Research Companion. In: Kyriakiou O, Ozbilgin M, editors. first. Cheltenham: Edward Elgar Publishers; 2006. p. 74–94.
 42. Gittell JH. Relational Coordination: Guidelines for Theory, Measurement and Analysis. 2011.
 43. Orlikowski W, Yates J. Genre repertoire: The structuring of communicative practices in organizations. *Adm Sci Q.* 1995;39(4):541–74.
 44. Waller M. The timing of adaptive group responses to non-routine events. *Acad Manag J.* 1999;42(2):127–37.
 45. Levin D, Cross R. The strength of weak ties you can trust: The mediating role of trust in effective knowledge transfer. *Manage Sci.* 2004;50(11):1477–90.
 46. Frey L. Remembering and “Re-Membering”: A History of Theory and Research on Communication and Group Decision Making. In: Poole M, Hirokawa R, editors. *Communication and Group Decision Making.* second. SAGE publications Inc.; 1996.
 47. Gittell JH. Supervisory span, relational coordination and flight departure performance: a reassessment of post-bureaucracy theory. *Organ Sci.* 2001;12(4):467–82.
 48. Gittell JH. *The Southwest Airlines Way: Using the Power of Relationships to Achieve High Performance.* New York: Mc Graw Hill Education; 2003.
 49. Gittell JH, Seidner R, Wimbush J. Relational Model of How High-Performance Work Systems Work. *Organ Sci.* 2009;articles in advance 1-17.
 50. Gittell JH, Weinberg D, Bennett A, Miller J. Is the Doctor in? A relational approach to job design and the coordination of work. *Hum Resour Manage.* 2008;47(4):729–55.

51. Bond BJ, Gittell JH. Journal of Criminal Justice Cross-agency coordination of offender reentry: Testing collab. J Crim Justice. 2010;38:118–29.
52. Gittell JH. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. Med Care. 2000;38(8):807–19.
53. Eguiguren P. Metodología de Investigación Cualitativa en Salud. In: Magíster en Salud Pública Escuela de Salud Pública U de Chile. Santiago; 2016.
54. Valles M. Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional. primera. Madrid: Editorial Síntesis; 1999.
55. Noreña-Peña A, Alcaraz Moreno N, Rojas JG, Rebolledo-Malpica DM. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en fenomenología. Aquichan, ISSN 1657-5997, Vol 12, N° 3, 2012, págs 263-274 [Internet]. 2012;12(3):263–74. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4322420>
56. Eme3. Bottom-up. Dossier de prensa. International Architecture Festival. Barcelona, 2012.
57. Mejía J. Modelos de implementación de las políticas públicas en Colombia y su impacto en el bienestar social. Analecta política, Vol. 2, No. 3, julio-diciembre 2012.