

## **Título: Representaciones sociales sobre el modelo de atención por cuidados progresivos en el HIGA San Roque de Gonnet entre 2023 y 2024**

**Autores:** Coppa Harrison, Giuliana Estefanía<sup>1</sup>; Ferreyra Ortiz, María José<sup>2</sup>, Gonzalez Mesples, Inti Jazmín<sup>3</sup>; Madrid, Juliana<sup>4</sup> y Olivares, Guillermina<sup>5</sup>

### **Resumen**

El Modelo de Cuidados Progresivos (MCP) en Argentina, tuvo sus primeras aplicaciones en los '90 e inicios del 2000, reorientando las formas de organización de la atención dentro de la estructura hospitalaria. Entre otros aspectos, desplaza la centralidad de la patología y la enfermedad hacia los requerimientos de cuidados que cada persona tiene, haciendo transversal el trabajo de Clínica Médica articuladamente con Enfermería en todo el proceso de atención en internación.

El presente trabajo de investigación es un análisis interpretativo de carácter cualitativo y exploratorio acerca de las representaciones que médicos clínicos y enfermeros tienen sobre distintos aspectos de sus procesos de trabajo en el HIGA San Roque de Gonnet entre 2023-2024. El mismo, se realizó en el marco de las becas Julieta Lanteri. Para el trabajo de campo realizamos entrevistas semi estructuradas y observaciones participantes que nos permitieron indagar en torno a representaciones sobre el modelo de atención, sobre el aporte de Clínica y Enfermería en el mismo y acerca de las interacciones con otros profesionales en ese proceso. Creemos que este estudio nos ayuda a pensar en la relevancia de las instancias formales de trabajo en salud, donde se discutan y pongan en juego los aportes y miradas de las diferentes especialidades, apostando a la atención integral de la salud.

### **Introducción**

Este trabajo de investigación se llevó a cabo en el HIGA San Roque de Gonnet (provincia de Buenos Aires) durante 2023-2024 en el marco de las becas Julieta Lanteri de la PBA. En este hospital del subsector público de la PBA, en 2001, se comenzó el proceso de implementación del MCP, constituyéndose en uno de los pocos efectores de la provincia con este modelo

---

<sup>1</sup>Residente de Educación en y para la salud en el HIGA San Roque de Gonnet y Lic. en Comunicación Social con orientación en Periodismo y Prof. de Comunicación Social.

<sup>2</sup> Residente de Educación en y para la salud en el HIGA San Roque de Gonnet y Prof. de Sociología.

<sup>3</sup> Residente de Educación en y para la salud en el HIGA San Roque de Gonnet, Lic. y Prof. en Antropología.

<sup>4</sup> Residente de Educación en y para la salud en el HIGA San Roque de Gonnet y Lic. y Prof de Sociología.

<sup>5</sup> Residente de Educación en y para la salud en el HIGA San Roque de Gonnet y Lic. en Comunicación Social con orientación en Planificación Comunicacional.

prestacional que resulta estratégico tanto para la gestión de los recursos en salud, como para la calidad de atención de las comunidades. En este sentido, el MCP (como cualquier otra modalidad de gestión asistencial) organiza gran parte de los procesos de trabajo de los equipos de salud y cómo se relacionan entre sí, por lo cual nos propusimos profundizar en el mismo, indagando en dichos procesos, focalizando en los servicios de Clínica Médica y Enfermería ya que son los transversales a toda la atención, particularmente en el área de internación. Según Schiavone et.al., "cuidados progresivos es el término mediante el cual se expresa un procedimiento cuya finalidad inmediata es mejorar e incrementar la atención directa al paciente, mediante su selección y ubicación conveniente, de manera que los cuidados que reciba estén de acuerdo a la gravedad y a sus propias condiciones físicas y funcionales. El objetivo principal (...) es el de proporcionar el mejor tratamiento y la óptima atención, gracias a la adaptación del servicio hospitalario y a la adecuada organización de los recursos médicos y de enfermería alrededor del paciente" (1, p.18).

Si bien la implementación del MCP en el HIGA San Roque de Gonnet data del 2001, entendemos que ésta responde a un proceso complejo que implica múltiples dimensiones de los servicios de salud. Siguiendo a Peve, "los hospitales son fruto de un contexto social, político y económico (...), pero cada institución hospitalaria tiene una impronta que la caracteriza y, que a su vez, la distingue de otros" (2, p.12). De esta manera, los procesos de implementación de un modelo de atención que afecta transversalmente a toda la institución están determinados por su cultura organizacional, por la apropiación que los trabajadores hacen del mismo en su propia práctica y por las relaciones jerárquicas y de poder que se dan en la institución. Asimismo, están marcados por las condiciones edilicias y de infraestructura del efector, y a nivel social por la coyuntura de política económica nacional que estipula presupuestos y prioridades en salud que muchas veces son insuficientes en relación con las necesidades locales. Díaz (3), a partir de la experiencia de implementación del MCP en un efector del subsistema privado de salud, enumera sus componentes fundamentales y afirma que "si los profesionales no están convencidos de este cambio planeado, su implementación será infructuosa y fracasará inexorablemente. Por lo tanto, es indispensable la aceptación médica y la participación de la enfermería". En este sentido, a partir de 2023 se conformó un equipo implementador de gestión y atención por cuidados progresivos para acompañar ese proceso, tanto desde lo formativo y organizacional como desde la infraestructura hospitalaria. El MCP en el HIGA San Roque implica que la internación y la gestión de camas se organizan de manera indiferenciada (a excepción de los sectores correspondientes a gineco-obstetricia y pediatría) y no por servicios médicos como tradicionalmente sucede en los Hospitales

Generales de la Provincia. El Servicio de Admisión determina dónde se interna un paciente acorde a los cuidados que requiere: mínimos, intermedios o intensivos. El nivel de cuidados se establece por la calidad y cantidad de atenciones de Enfermería que requiere ese paciente, en función de la pérdida de autonomía que tiene y complejidad de asistencia, tareas y procedimientos que precisa. Retomando a Díaz (3), el criterio sería: “El paciente se interna en el sector designado por la patología de ingreso (necesidades médicas) y el cuidado de enfermería (necesidades de cuidado)” .

Por las características propias del MCP, los servicios de Clínica Médica y Enfermería encabezan los procesos de atención de las personas en internación, desplazando el eje del cuadro clínico hacia las necesidades de cuidado integral del paciente.

Clínica Médica por su parte, se plantea como ordenadora y transversal a toda la atención, sobre el ejercicio del resto de las especialidades médicas, buscando la articulación y el trabajo en conjunto con enfermería y otros profesionales de los equipos de salud. Asimismo, Enfermería es el otro actor clave porque tiene un rol fundamental en el cuidado continuo e integral de los usuarios y en la atención directa a las personas y sus familias o acompañantes, permitiendo “el desarrollo de estrategias que impactan sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de los cuidados brindados, junto al monitoreo constante de los mismos y su mejora continua” (4).

El objetivo que planteamos para nuestra investigación consistió en interpretar las representaciones de los trabajadores del Servicio de Clínica Médica y de Enfermería del HIGA San Roque de Gonnet entre Julio de 2023 y Julio de 2024, acerca del MCP y entender de qué manera organizan sus procesos de trabajo en función del cuidado integral del paciente. De esta manera, nuestros objetivos específicos fueron: caracterizar el modelo de atención/cuidado que se implementa en el Hospital; conocer cómo se organizan los procesos de trabajo y atención de Clínica y Enfermería en las áreas de internación; indagar en las representaciones de los trabajadores de Clínica y Enfermería respecto a los procesos de atención y de sus prácticas en los mismos. Las representaciones sociales (RS) permiten el abordaje de acontecimientos en la cultura organizacional, como marco de indagación y metodológicamente, ya que se manifiestan en el lenguaje y en las prácticas de los sujetos, por su función simbólica para codificar y categorizar la realidad social que los rodea.

### ***Antecedentes***

En Argentina, la primera experiencia de atención progresiva fue el Htal. Belgrano, en la Provincia de Buenos Aires, en el año 1986, tal como lo expresa Morici, citado en Peve, “(...)

con la finalidad de aumentar la accesibilidad y calidad de los servicios ofrecidos por una parte, y optimizar el uso de los recursos físicos y humanos de manera de reducir costos y disponer en forma racional de la baja cantidad del área de enfermería profesional, por otra parte” (2, p.2). Posteriormente, se inauguran en otros hospitales, modificando su modalidad de atención, entre ellos podemos mencionar al Htal. Garrahan, HIGA San Roque de Gonnet, Htal. “Nuevo Hospital El Milagro de Salta”, Htal. Nacional Baldomero Sommer, Htal. de Alta Complejidad “Pte. Juan Domingo Perón” de Formosa, Htal. “Dr. Ramón Carrillo” de Bariloche, Htal. Pedro de Elizalde, a partir de la década del 90 e inicios del 2000.

La implementación, como describimos anteriormente, comienza a constituirse reorientando las formas de organización en la atención, a partir de las necesidades de salud de cada paciente, las cuales se satisfacen con el suministro de atención médica y de enfermería de manera adecuada y en las condiciones más apropiadas. Tomamos como referencia el trabajo de Peve (2), quien analiza la implementación de esta política a partir de las concepciones y modos de acción y organización de los propios trabajadores.

Para Merhy y otros (citado en 2) la transición tecnológica en salud ocurre en el campo de las tecnologías blandas y blandas-duras, como parte de la producción de salud y sus prácticas, ya que es en ese acto donde se configuran nuevas modalidades en la atención/cuidado. Siguiendo esta interpretación, resulta interesante analizar las relaciones e interacciones dentro del proceso de la atención, ya que es de esta manera que se podrá evaluar el proceso de efectividad, contribuyendo a la construcción del saber.

La organización por cuidados progresivos se “fundamenta en el reconocimiento de que a lo largo de la estadía hospitalaria, los pacientes, según la gravedad de su estado, requieren de un proceso continuo de cuidados y tratamientos de diverso tipo e intensidad” (2, p.46). Estos cuidados continuos son proporcionados especialmente por personal de enfermería, aunque también intervienen otros profesionales de la salud, según corresponda. “Sobre dichos cuidados continuos, y en función de la patología a tratar, se intercalan los diversos procesos diagnósticos y terapéuticos característicos de las diversas especialidades médicas” (2, p. 46). En este sentido, los lugares donde se interna al paciente se definen a partir de los niveles de cuidado y no desde las patologías por las que ingresan a internación, posibilitando así la optimización de los recursos, mayor eficiencia.

Si bien el hospital no pierde la organización funcional por especialidades, la estructura de internación está basada en las necesidades de cuidados de los pacientes. De esta manera, se superpone a una organización con jerarquía vertical de orden administrativo, un modelo de organización horizontal o matricial, de carácter funcional (2).

### ***Marco teórico***

Siguiendo a Michalewicz y otros entendemos al campo de la salud desde su complejidad no sólo como “escenario de prácticas sino también como terreno de luchas simbólicas” (5, p.28). Éstos llevan a cabo su labor a través del conocimiento y “ponen en juego valores e ideologías como parte del proceso de su trabajo” (5, p. 28). En este sentido, podemos pensar los servicios de salud como “escenarios de la acción de un equipo de actores, que tienen intencionalidades distintas en sus acciones y que disputan el sentido general del trabajo” (6, p. 151). Coincidimos con Spinelli al cuestionarnos la tendencia a pensar las organizaciones únicamente desde la estructura de sus organigramas, ya que “no tienen mayor funcionalidad que la dada por la dinámica de expedientes y memorándums” (7, p. 284). Es por esto que debemos pensar el organigrama de esta institución no como un cuadro estanco de la estructura jerárquica de la institución, sino a partir del rol activo de los sujetos, el lugar que ocupan y también desde sus funciones reales y cotidianas. En este sentido, retomando a Merhy y otros entendemos que “el cotidiano (...) tiene dos caras: la de las normas y roles institucionales y la de las prácticas privadas de cada trabajador” (6, p.151). De esta forma, nos centramos en el análisis acerca de las representaciones sociales de los actores involucrados y las prácticas que llevan a cabo en lo cotidiano.

Las RS son consideradas como modos de acción y marco de lectura de la realidad. Pueden ser abordadas como el producto y el proceso de apropiación de la realidad exterior al pensamiento y la elaboración psicológica y social de la misma. “Es psicológica en la medida que el sujeto tiene una participación activa en el proceso de su elaboración, interpretando y reinterpretando, la realidad según su visión de mundo personal, y a la vez social, en la medida en que esta visión del mundo se construye a partir del conocimiento socialmente compartido de la interacción con los demás, las interpretaciones que ofrecen otros a lo real” (8, p. 36). De esta manera, pueden considerarse como marco de lectura de la realidad e impulso de acción. Partiendo de este supuesto, las RS tienen alta relevancia para el abordaje de los problemas de la sociedad, tanto como enfoque analítico y como estrategia metodológica. Dado que se manifiestan en el lenguaje y en las prácticas por su función simbólica y de los marcos que proporcionan para codificar y categorizar el mundo o la realidad social en la que están insertos, la aproximación a las RS, retomando a Vergara Quintero (9), se constituye en un aparato teórico heurístico para profundizar en el conocimiento de las concepciones y prácticas que orientan la experiencia de vida de los diferentes grupos poblacionales.

### **Metodología**

El presente trabajo de investigación es de carácter cualitativo, exploratorio e interpretativo, ya que nuestro objetivo fue comprender y explicar el significado y las experiencias de los participantes en un determinado fenómeno. Este diseño nos permitió identificar las causas y los procesos que subyacen a nuestro objeto de investigación, así como también generar teorías y explicaciones sobre el mismo.

Para la elaboración de este trabajo y como primera aproximación al campo, realizamos entrevistas a actores estratégicos de las áreas de Dirección, Unidad de Gestión Administrativa y Unidad de Gestión de Pacientes y Admisión, con el fin de recolectar información clave para poder construir un mapeo situacional y objetivo de la estructura y funcionamiento del HIGA San Roque de Gonnet. Estos actores cuentan con una información integral de la institución y el organigrama actualizado, por lo que conocer sus representaciones nos permitió comprender de qué manera se organiza la atención/cuidado de la salud en este efector. Las entrevistas fueron de tipo semi-estructuradas, es decir, a partir de un guión con preguntas pensadas previamente, pero flexibles a profundizar y enriquecer la indagación en la conversación con los actores claves. Siguiendo a Valles, citado por Marradi, Archenti y Piovani (10), la entrevista permite obtener información fundamental acerca del punto de vista de los actores y resulta muy significativa para profundizar la observación de campo.

Luego, realizamos observaciones no participantes en los pases de sala<sup>6</sup> de Clínica Médica de las áreas de internación por cuidados intermedios y generales, a los cuales asisten otros actores del equipo de atención, entre ellos Enfermería. Esto nos permitió conocer las formas de organización, articulación, y modos de acción en que se desarrolla el proceso de trabajo. Nos centramos en los pases que se realizan en internación en el primer y tercer piso, en los turnos mañana y tarde (de 8 a 9 am y luego al mediodía). Para profundizar este análisis, realizamos entrevistas en profundidad a profesionales de Clínica Médica (residentes; coordinadores docentes; profesionales de planta) y Enfermería (residentes y jefatura de servicio). La selección de dichos actores se estableció a partir del muestreo no probabilístico estratégico, ya que la extracción de la muestra estuvo orientada de acuerdo a los objetivos de la investigación planteados.

Finalmente, para la construcción del análisis de los datos elaboramos seis categorías para sistematizar las observaciones en los pases de sala: *(1)relación entre el servicio de Clínica y*

---

<sup>6</sup> Un pase de sala constituye una instancia formal de comunicación entre los equipos de salud, que tiene como propósito la continuidad de los cuidados del paciente y la puesta en común de criterios de atención. En el Modelo de Atención por Cuidados Progresivos, entendemos que se plantea como un espacio donde participan especialistas de diferentes disciplinas, a fin de constituirse como equipos interdisciplinarios (Clínica Médica, Enfermería, Nutrición, Farmacia, Unidad de Gestión del Paciente, entre otros) de trabajo en pos de un abordaje de la salud que responda a las necesidades de los pacientes.

*Enfermería, (2)participación de Enfermería en los pases de sala, (3)representaciones sobre los pacientes y sobre los cuidados/atención, (4)interacciones de Clínica con otros servicios/especialidades, (5)participación de otros servicios en los pases de sala, (6)distribución de roles en los pases y organización del trabajo.* Para el análisis de las últimas entrevistas e interpretación de los datos, definimos los siguientes ejes analíticos, en función de los objetivos de investigación planteados: *(1)representaciones sobre el modelo de atención, las concepciones de salud y sobre los usuarios, (2)representaciones sobre el propio rol/aporte al proceso de atención/cuidados, (3)interacciones entre médicos clínicos-enfermeros en la internación y con otras especialidades y áreas.*

## **Resultados**

**(1)Relación entre el servicio de Clínica y Enfermería:** en líneas generales, encontramos un reconocimiento positivo del valor de los aportes de Enfermería para la evaluación general del estado de los pacientes. Sin embargo, en algunas ocasiones observamos una relación “tensa” que podemos vincular con el incumplimiento de algunas tareas que el servicio de Clínica reconoce que son de injerencia de Enfermería.

A partir de las entrevistas realizadas tanto a médicos clínicos como enfermeros que trabajan en internación, notamos una diversidad de representaciones en torno a sus relaciones e interacciones para la atención. Con respecto a Clínica, dependiendo el sector de internación donde estuvieran trabajando y el rol que ocupen (planta o residencia) valoraron de maneras diferentes ese vínculo: algunos lo calificaron positivamente, de cooperación mutua, lo que contribuye a efectivizar el trabajo en la atención. Otros referían a que en ocasiones era dificultoso el trabajo, debido a la falta de cumplimiento de las indicaciones consensuadas o comunicadas a través de los canales correspondientes, entorpeciendo tratamientos o procesos de atención de pacientes internados.

En cuanto a Enfermería, al ser consultados por sus relaciones con médicos clínicos en el trabajo de atención, las respuestas fueron más homogéneas, valorándolas positivamente en cuanto al acompañamiento en sus tareas. Sin embargo, reconocen que sería beneficioso contar con más espacios formales de comunicación con médicos, en los cuales sería óptima la incorporación y el reconocimiento del aporte de Enfermería.

**(2)Participación de Enfermería en los pases de sala:** en líneas generales encontramos que hay diálogo entre Clínica y Enfermería para la atención, para hacer un repaso del estado del paciente y para planificar cuidados. No obstante, notamos una participación diferencial de Enfermería en los pases del Servicio de Clínica, siendo mayor en los de la mañana,

específicamente en aquellos del primer piso, es decir, de cuidados intermedios. En algunas ocasiones, observamos que el aporte de los enfermeros y las preguntas que les realizaban los médicos, apuntaban a procedimientos y requerimientos técnicos propios de la asistencia; mientras que en otras oportunidades, se buscaba completar la información de cada paciente referida a aspectos más integrales, como por ejemplo, a su estado emocional y contexto afectivo.

En este sentido, los enfermeros entrevistados describen como fundamental su rol en la atención de las personas internadas, identificándose como los “únicos” que están constantemente junto a los pacientes, llegando por este motivo a generar vínculos menos formales y mediados por una dimensión afectiva, estando más al tanto de la salud mental y emocional de las personas internadas, lo que se destaca como una cualidad característica de la labor de enfermería.

En general, su participación aparece cuando hay una pregunta puntual de los médicos clínicos, es decir, no se da espontáneamente. En este sentido, cabe destacar que los pases de sala se enmarcan en el Servicio de Clínica Médica y a los mismos asisten tanto Enfermería como otras especialidades en salud, cuya dinámica de trabajo está coordinada por los médicos clínicos, organizado de manera sistemática. La incorporación de otros profesionales a esta instancia formal es reciente, aproximadamente desde hace un año. No es una metodología de trabajo que ya esté institucionalizada o dada, por este motivo, algunos entrevistados hicieron énfasis en el carácter de “prueba y error” o de reajuste permanente de estas instancias. Con respecto a esto, el Manual de funciones y procesos del servicio de admisión centralizada de la Dirección de Políticas de Atención de la Salud expresa que “la complejidad de la organización por Cuidados Progresivos origina la necesidad de articular estructuras que faciliten el orden y coordinación de las actividades que se producen alrededor de la asistencia del equipo de salud, con el objetivo de mantener en todo momento el principio básico de eficiencia en la utilización de recursos y la cohesión del conjunto de la organización frente al usuario y su proceso asistencial” (11, p.7).

**(3) Representaciones sobre los pacientes y sobre los cuidados/atención:** en líneas generales, la dinámica y constitución de los profesionales que integran los diferentes sectores de internación, permiten la identificación de cada paciente y la puesta en debate de posibles abordajes. Cada paciente es percibido desde una perspectiva clínica y teniendo en cuenta el contexto psicosocial y determinantes sociales. Percibimos que se incorpora al tratamiento una lectura integral sobre el paciente y su entorno cuidador. Se los menciona con apellidos,

habitación y ubicación de la cama. Pero también se observaron mecanismos más informales en relación a cualidades respecto del cuadro clínico. Los aportes que retoman de los pacientes son en torno a reforzar adherencia a tratamientos, allí se tiene en cuenta a familiares y entorno de acompañamiento, así como también, a incorporar profesionales de salud mental para contener a los mismos. Tienen en cuenta el conocimiento del paciente sobre su diagnóstico, sobre cómo garantizar la continuidad de sus cuidados por fuera del hospital.

A partir de las entrevistas, observamos que tanto médicos como enfermeros, relacionan al rol de Enfermería con el de los cuidados, los requerimientos ligados a la dimensión emocional de quienes están internados. Incluso, los enfermeros reconocen en los pacientes un estado de vulnerabilidad durante la internación, y creen fundamental la comunicación de cada uno de los procedimientos que se le realicen. En este sentido, los enfermeros consideran que incorporar sus aportes a la atención médica resultaría beneficioso.

Antes de algunas altas de internación, se analizan las necesidades de los pacientes para asegurar la continuidad de cuidados: en estos casos, se ponen en valor las redes con otras instituciones y sectores del territorio, teniendo en cuenta la proveniencia de la persona para garantizar la accesibilidad al sistema de salud.

La representación sobre la atención/cuidados del personal de Clínica Médica está centrado en el paciente y contempla la voz del mismo y de su entorno en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados. Sin embargo, observamos nociones diferentes en torno a los procesos de comunicación con los mismos. Por un lado, encontramos discursos desde una visión instrumental, decidiendo a priori lo que el paciente necesita saber partiendo de un criterio meramente médico. De todas maneras, no podemos establecer que la comunicación se dé solamente de esta forma, ya que también pudimos observar otras instancias en las que se alude a los deseos, conocimientos previos, y lo que comentan los pacientes respecto a cómo se sienten. A su vez, tienen en cuenta, aspectos que pueden ser entendidos como condicionantes de la salud: lugar y condiciones de vivienda, cobertura médica, así como otros aspectos sociales.

**(4) Interacciones de Clínica con otros servicios/especialidades:** la mayoría de las interacciones se dan a través de interconsultas por el ReMeSi<sup>7</sup>; también pudimos encontrar

---

<sup>7</sup> El ReMeSi es el Registro Médico Sistematizado, sistema de historias clínicas electrónicas/digitales para hospitales y clínicas al cual tienen acceso todos los profesionales de los equipos de salud del hospital. Allí aparecen o deberían aparecer datos personales de los usuarios del efector y toda información relativa al proceso de salud-enfermedad-atención, ya sea diagnóstico, motivos de consulta e ingreso al hospital, turnos, derivaciones, interconsultas, resultados de estudios, antecedentes clínicos, aspectos que operan como determinantes sociales en el proceso de atención, particularidades del entorno de los usuarios, y toda información que resulte relevante.

que se dan interacciones entre el Servicio de Clínica y otros servicios como contactos a través de canales informales como Whatsapp o encuentros en pasillos o por afinidades personales.

En relación a la forma de trabajo en equipo, por medio de algunas observaciones notamos tensiones que se relacionan con diferencias de criterios en cuanto a los procedimientos más adecuados. En estos casos, durante los pases de sala se discute cómo el Servicio de Clínica adopta un lugar de intermediario en la resolución de este tipo de conflictos: solicitando estudios de laboratorio para fundamentar uno u otro abordaje; con la incorporación de otros actores, como el Comité de Alimentación o el Equipo de Soporte Nutricional. Asimismo, se observan algunas situaciones de malestar o incomodidad en relación a la forma de trabajo de otras especialidades. Si bien esto no se da de manera homogénea, notamos una tendencia que se manifiesta en relación a profesiones médicas que, en sus términos, tienen otras nociones acerca de la salud, el proceso de atención y su rol en el mismo.

Otro aspecto que destacamos de las observaciones es un cierto remanente de un modelo relacionado al abordaje por especialidades, quedando relegados algunos usuarios internados a determinados servicios según su padecimiento. Encontramos una falta de articulación entre ellos por la responsabilidad sobre cada paciente. En este sentido, en algunos sectores no encontramos una idea de corresponsabilidad, sino que se inclinan por delegarla hacia otros. Los profesionales, en los pases de sala, se refieren a algunos pacientes como “*son nuestros*” o “*no son nuestros*”, lo que evidencia cierto imaginario en torno a la atención compartimentalizada, especializada y deja ver algunas tensiones en relación a las incumbencias y competencias profesionales en la delimitación de sus responsabilidades. Es por ello que en algunas ocasiones se evidencian dificultades para establecer acuerdos y aunar criterios. Esto, a veces se resuelve optando por un lineamiento de trabajo que prioriza impartir indicaciones por sobre el trabajo interdisciplinario.

La Unidad de Gestión del Paciente (UGP) cumple un rol fundamental en el MCP, ya que se encarga de garantizar la organización y distribución de las camas del hospital, la gestión de turnos internos entre los servicios, así como establecer redes necesarias para asegurar el acceso a estudios que no se puedan realizar en este efector, con el objetivo de contribuir “a generar un ordenamiento del itinerario del usuario y su familia por el Sistema de Salud, buscando lograr la más alta calidad de atención y servicio a la población” (11, p.6). Esta unidad es vista de manera diferencial por los diversos actores que pudimos observar, encontrando versiones respecto a su trabajo como deficientes<sup>8</sup>, por no cumplir con las

---

<sup>8</sup> Si bien el MCP plantea la ocupación eficiente (por necesidad de cuidado) de las camas, aparece en la práctica la idea de que la falta de circulación por los pisos (en el caso del Hospital San Roque, los pisos organizan los

expectativas de gestión; hasta una visión positiva de su trabajo en el funcionamiento del hospital bajo el MCP.

**(5) Participación de otros servicios en los pases de sala:** notamos una participación diferencial según área de internación: mientras que en los pases del tercer piso sólo participan Nutrición y Enfermería, en los del primer piso observamos mayor participación de otras especialidades como rehabilitación (conformado por kinesiología, terapia ocupacional y fonoaudiología, entre otras) e incluso de personal del área de Admisión. Resulta interesante analizar el lugar que adoptan en el entramado de interlocutores.

En líneas generales, las participaciones de otras especialidades dentro del pase de sala se limitan a especificar algún dato de interés como valores nutricionales, descripción de registros, etc. quedando relegado a circunstancias particulares o muy específicas sobre la situación de las personas internadas.

**(6) Distribución de roles en los pases y organización del trabajo:** observamos una distribución diferencial de tareas y roles dentro de los pases según competencias y responsabilidades dentro del equipo médico. El pase comienza con la lectura de registro: los residentes se encargan en general de leer y presentar cada caso de manera descriptiva (tienen un informe digitalizado que van leyendo cama por cama). Observamos que si bien era perceptible la diferencia jerárquica en términos de roles, no notamos una imposición o una tensión de autoridad entre personal de planta y residentes. Nos resultaron claros los roles de supervisores con respecto a quienes están en formación, en cuanto a la manera de interactuar y direccionar los pases de sala. Sin embargo, notamos diferencias en cuanto a cómo se desarrollan. En algunos casos, se interpela con preguntas o repreguntas a los residentes en clave educativa, analítica y resolutiva: hay una valoración positiva de sus aportes puesto que se les consulta por su punto de vista y se les hace sugerencias destacando y confiando en sus competencias y capacidades para asumir responsabilidades. Se percibe una concepción de aprendizaje que tal como lo denomina Davini "constituye un proceso colectivo y participativo, una activa comunidad de experiencia en la que influye el ambiente, el contexto, la interacción y la situación" (12, p.155). En estos casos, podemos afirmar que las preguntas del personal coordinador, abrían un debate colaborativo, donde iban surgiendo inquietudes que permitían construir un criterio compartido y una toma de decisiones en conjunto. En contraposición con esto, en otros pases observamos un rol diferente de los residentes, en los

---

niveles de cuidados), una vez que las necesidades de cuidados ya no correspondan a las necesidades por las cuales ingresó, corresponde a una falla en la implementación del Modelo.

cuales su participación se limita a la lectura de la última actualización del ReMeSi, de registros internos del servicio, o notas particulares de cada uno. En este caso, el personal de planta es quien toma las decisiones y da las indicaciones o pasos a seguir al resto del equipo.

Estos últimos aspectos que pudimos observar, se reforzaron con las entrevistas en donde la mayoría de los médicos clínicos entrevistados afirman que la dinámica de los pases y su modalidad de trabajo ha ido cambiando a lo largo de los últimos meses, probando, evaluando y ajustando roles según lo que creen conveniente. Para esto, consideran no sólo el tiempo de trabajo (por ejemplo, el pase de sala dura una hora), sino los requerimientos de los pacientes, las competencias y responsabilidades dentro del equipo, y qué le corresponde a los residentes y qué al personal de planta.

Observamos que se reúnen todos los días en horarios estipulados, la dinámica se da en torno a la exposición de los partes médicos de cada una de las personas internadas (en general son los mismos profesionales quienes leen lo que está registrado en el sistema), y luego se intercambian y deciden maneras de proceder. En este punto también advertimos de manera diferencial el rol de los coordinadores docentes y cómo llevan adelante prácticas educativas en estos espacios. Luego del pase se dividen en equipos para la asistencia, pasando por todas las habitaciones y brindando partes médicos a los acompañantes de las personas internadas. El que se realiza al mediodía es solamente entre médicos clínicos, retomando lo que se considere necesario para incorporar a lo ya informado durante la mañana y reorganizar el trabajo durante el resto de la jornada.

### **Discusión y conclusiones**

La implementación del MCP en el HIGA San Roque de Gonnet es un proceso que inició en el año 2001, y continúa actualmente su desarrollo con el Plan Quinquenal de la Provincia de Buenos Aires de 2023-2027, alcanzando mayor estímulo para su puesta en marcha, observando sus alcances, limitaciones institucionales y diseñando nuevas estrategias para que sea eficiente y contextualizada.

La primera conclusión a la que arribamos es que las políticas públicas en salud apuestan a un cambio cultural dentro de la organización y estructura hospitalaria, presentando tensiones y resistencias debido a lógicas instituidas al interior de cada servicio que responden a modelos de atención tradicionales, hiper especializados y fragmentados. El MCP en el HIGA San Roque de Gonnet se organiza en base a una internación indiferenciada, partiendo de las necesidades y requerimientos del paciente, a excepción de los sectores correspondientes a gineco-obstetricia y pediatría.

En torno a las representaciones sobre su implementación en el efector, en algunos actores se percibe una diferencia en relación a dos niveles: cierta ineficiencia en lo que respecta a la gestión de las camas; mientras que en la atención en sí (la transversalidad de clínica y enfermería en la misma), refieren que el MCP se desarrolla positivamente. Podemos inferir que existe una apropiación diferencial del MCP que relacionamos a distintas dimensiones: según servicio de procedencia, según lugar en la estructura jerárquica interservicio (profesional de planta o residente, por ejemplo), de acuerdo a la antigüedad dentro del efector, etc. Entendemos que dichas diferencias podrían estar relacionadas a las particularidades de cada uno de los servicios. Por ejemplo, históricamente, Clínica Médica ha contado con Unidad de Residencia, lo cual da lugar a procesos de formación en servicio que posibilitan espacios de reflexión en torno a la propia práctica. Enfermería por su parte, ha incorporado recientemente residentes a su estructura dentro del sector de cuidados críticos.

En lo relacionado a las interacciones entre Enfermería y Clínica Médica y de éstos con otras especialidades, a partir de la observación en los pases de sala principalmente, interpretamos que hay un rol diferencial en este intercambio, puesto que quienes dinamizan o coordinan la circulación de la palabra e interrogan a otros profesionales del equipo de salud, son los médicos clínicos, dándose circunstancialmente una participación o aporte espontáneo del resto de los asistentes. A su vez, estas dinámicas varían según sector de internación: en algunos la participación de todos los profesionales de distintas especialidades es más activa que en otras e incluso los equipos que integran los pases son más o menos multidisciplinarios. Tanto Clínica Médica como Enfermería evalúan positivamente sus interacciones en la atención, sin embargo los segundos refieren la necesidad de continuar construyendo instancias formales de intercambio en las cuales sus aportes sean más tenidos en cuenta para la mejora de los procesos de atención.

Sobre el rol que cada especialidad refiere tener en la asistencia, Enfermería concretamente es la única que en la internación está continuamente presente en todos los pisos, y más allá de los procedimientos correspondientes, responden a la demanda permanente de los pacientes. Por esta dinámica, afirman que además del conocimiento y las habilidades propias de la profesión, desarrollan vínculos más cercanos con los pacientes y sus acompañantes, contemplando la salud mental y emocional de los mismos, haciéndolos partícipes de sus procesos de atención. Esta cualidad de la enfermería nos acerca a una idea de la atención más integral de la salud, la cual es muy valorada por parte de Clínica Médica, puesto que aluden tener una perspectiva que incluye otros aspectos que trascienden lo biomédico.

Sobre la dinámica organizacional, en los pases de sala encontramos diferencias en cuanto a la

función de los mismos: por un lado, algunos se presentan como un espacio formal de comunicación y unificación de criterios, se actualiza la información sobre cada paciente, se acuerdan estrategias a seguir, se discuten casos, etc.; mientras que otros se constituyen además como una instancia educativa. Siguiendo a Davini, se entiende que “la formación debe estimular el compromiso social con la salud de la población, la responsabilidad ética y la participación institucional” (13, p.7). Esta autora nos refiere a diferentes estrategias para desarrollar una actitud reflexiva que lleve a la transformación de la práctica en pos de garantizar el derecho a la salud. Retomando lo anterior, en la misma institución encontramos formas que pueden relacionarse con el “modelo pedagógico de transmisión y el de problematización” (12, p.9). El primero hace referencia a un proceso en el cual se evidencia una ruptura entre la teoría y la práctica, distanciando lo que se dice de lo que se hace, el docente se presenta como la autoridad y el control, la transmisión de los contenidos se da de manera lineal y el saber impartido se presenta como incuestionable. En el modelo de la problematización, en cambio, los alumnos son el centro de la formación retomando los conocimientos que los mismos traen, haciendo foco en la indagación de las prácticas e identificando los problemas que surgen de la misma. Si bien éstos nos proporcionan un marco analítico, cabe destacar que los mismos no se dan en la práctica de manera lineal, sino que se presentan articuladamente.

Entendiendo que las complejidades de las problemáticas de salud actuales “exigen conocimientos que exceden a las especialidades, con la concepción de no tratar enfermedades, sino personas, no desempeñarse solo en lo asistencial, sino también en la gestión del cuidado” (11, p.9), creemos que este estudio nos ayuda a pensar en la relevancia de las instancias formales de trabajo en salud, donde se discuten y ponen en juego los aportes y miradas de las diferentes especialidades. Destacamos la potencialidad de estas instancias en los trayectos formativos, ya que permite una apropiación de estas modalidades de trabajo, lo que puede entenderse como una apuesta a la atención integral, contribuyendo a la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de salud público.

### **Bibliografía**

- (1) Schiavone, M. A. et. al. Internación por cuidados progresivos: Propuesta metodológica para su implementación en un hospital general de agudos. Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. 124 Número 3, 2011.
- (2) Peve, A. Modelo de atención en internación por cuidados progresivos en el hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13

años de su inauguración. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. 2013.

(3) Díaz, C. A. Gestión Hospitalaria por Cuidado Progresivo 3. Gestión y Economía de la Salud. 2021. Disponible en:

<https://saludbydiaz.com/2021/05/17/gestion-hospitalaria-por-cuidado-progresivo-3/>

(4) Comisión Nacional Permanente Asesora en Enfermería (CNAPE). Calidad y seguridad del paciente en el marco de los cuidados progresivos y humanizados. Ministerio de Salud de la Nación. 2023. Disponible en:

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-03/2023-03-Calidad-y-Seguridad-Paciente-CNAPE.pdf>

(5) Michalewicz, A.; Pierri, C.; Ardila-Gómez, S. Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. En: Anuario de Investigaciones, vol. XXI. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. 2014.

(6) Merhy, E. E. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. Salud Colectiva, 2(2). 2006. Disponible en:

<https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/62/43>

(7) Spinelli, H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva 6,(3). 2010. Disponible en: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/285/291>

(8) Jodelet, D. La teoría de las representaciones sociales. 1989.

(9) Vergara Quintero, M. A. La naturaleza de las representaciones sociales. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud vol. 6 no. 1. Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud CINDE- Universidad de Manizales, 2008.

(10) Marradi, A; Archenti, N. y Piovani, J. I. La entrevista en profundidad. En: Metodología de las Ciencias Sociales. Buenos Aires, Siglo XXI. 2018.

(11) Dirección de Políticas de Atención de la Salud. Los Cuidados Progresivos como estrategia para la transformación del modelo de atención. Manual de funciones y procesos del Servicio de Admisión Centralizada Dirección de Políticas de Atención de la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 2024.

(12) Davin, M.C. La formación en la práctica docente -1ª ed. 1ª reimp.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós, 2015.

(13) Davini, M.C. Bases metodológicas para la educación permanente del personal de salud. OPS/OMS,. Pub. N°19, 1989.