



Conferencia

Estrategias para un cambio organizacional importante, el pasaje de una organización centrada sobre las especialidades a una organización basada sobre la APS: la experiencia de la región de Québec (Canadá)

Dr. Daniel Reinharz. Investigador de Servicios de Salud. Universidad de Laval. Québec, Canadá.



...Nunca he estudiado este idioma. Entonces. Primero, tengo que hablar rápidamente y simplemente enfocarme en el tema porque si empiezo a hablar de mi vida y todo me pierdo.

La segunda es que tengo que (exhibir) todo. Así, hice unas diapositivas en castellano -lo que pienso que es castellano, vamos a ver- pero si ustedes no

entienden cualquier cosa...las palabras que estoy diciendo, lo que he escrito, por favor interrúmpame y voy a intentar explicarlo de alguna otra manera.

La otra cosa antes de empezar es que yo había previsto hablar de nuestra experiencia, la experiencia que tenemos nosotros en Québec, el vínculo entre investigadores y planificadores. Pero escuchando a la gente ayer en las discusiones, me di cuenta de que a lo mejor yo podía hacer algo que podría ser mas interesante: un complemento -un poco- de lo que se había discutido ayer.

Así si están de acuerdo no voy a hablar tanto del tema que había preparado, pero voy a hablar de algo que quizás va un poco mas adelante y que sería un complemento ¿Me entienden?

Eso siempre me sorprende mucho.

Bien, cosas muy, muy simples para empezar.

Qué queremos con nuestros sistemas de salud? Por supuesto mantener o mejorar el bienestar no solamente de la población en general sino también de todos los grupos de la población. Así, tenemos un interés a nivel de bienestar de todos los grupos de la población.

Para llegar a este punto ¿qué necesitamos? Muchas cosas, pero entre las cosas que necesitamos, necesitamos una mejor gestión de los recursos disponibles.

Necesitamos -y este es un valor importante para nuestros sistemas- también de preocuparnos por la cuestión de la equidad. Y cuando nos preocupamos por la equidad por supuesto nos preocupamos por los niveles o diferentes niveles de bienestar entre subgrupos de la población.

Y tenemos que respetar los valores sociales de cada país, cada sistema. Cada uno tiene valores bien especiales, bien característicos y tenemos que respetarlos.

Para lograr alcanzar esos objetivos, tradicionalmente hemos dado a varios sectores que se interesan de la salud papeles bien definidos. Y ahora lo que voy a hacer es hablar del papel de los grupos: los tomadores de decisiones, los planificadores, las personas que tienen un puesto de dirección, puede ser un hospital, un centro de salud, cualquier cosa; y los investigadores. Y lo que vos a hacer es discutir con ustedes cómo la interfase entre esos dos grupos ha evolucionado.

Ha evolucionado porque nos damos cuenta de que cuando había esta separación bien clara de los papeles: los investigadores construían la información y dejaban clara la información a los tomadores de decisiones; los tomadores de decisión se suponía que iban a integrar la información e introducir los cambios.

Pero nos damos cuenta que esa manera bien estructurada de hacer investigación y de tomar las responsabilidades no funcionaba bien. Cuando queremos introducir un cambio en el sistema nos damos cuenta que se introduce poco toda la información que no tenemos sobre cómo deberíamos manejar el sistema de salud.

Así la interfase ha evolucionado mucho y la separación de los papeles no está considerada mas como una medida óptima de colaboración. Y es sobre eso que pensaba hablar ahora.

Muy rápidamente, el contexto: qué logramos con el sistema de salud. Ustedes saben que los sistemas de salud tienen que adaptarse, estamos en un mundo que cambia todo, todo el tiempo, hablamos de reformas, pero en realidad estamos siempre de reformas en todos los sistemas porque nuestro mundo está cambiando.

Esa es un poco la manera de ver muy simple, los objetivos que tenemos en nuestras preocupaciones cuando nos interesamos en los sistemas de salud. Tenemos objetivos que son objetivos sociales: mejorar la salud y el bienestar, crear capital humano. Y cada sector de la sociedad, puede ser el sistema de salud, la educación, la seguridad pública, cualquier cosa, contribuye a mejorar la salud y el bienestar de la población y a crear capital humano. Para eso tenemos que pensar nuestro sistema, y nos focalizamos ahora en el sistema de salud, con tres polos que son tres polos que siempre tenemos en la cabeza cuando pensamos en cómo organizar las cosas. Por supuesto se habla mucho de la eficiencia. Tenemos recursos y tenemos que producir mas salud con los poco recursos que tenemos.

La cuestión de equidad que es una cuestión fundamental: todos sabemos que queremos que todos se vuelva mejor.

Y hay una última que es importantísima y que se olvida a veces y es también la autonomía de todos. Por ejemplo los médicos. Los médicos saben, y el hecho de que saben lo vamos a reconocer en la sociedad.

Así cada sistema es un sistema que intenta encontrar un equilibrio entre lo que piensa que es el sistema óptimo entre la eficiencia, la equidad y la autonomía. Algunos sistemas que dan más importancia a la equidad y menos a la eficiencia, menos a la autonomía; otros que dan mas a la eficiencia, depende. Depende de los valores fundamentales al interior de cada sociedad.

Así hay factores de transformación y el gran desafío que tenemos nosotros cuando hablamos de organización de los servicios es de adaptar el sistema de tal manera que podemos responder a los factores de transformación como los cambios demográficos, epidemiológicos, las nuevas tecnologías y todas las cosas que hacen que tengamos que adaptar nuestros sistema con nuevas cosas. Y tenemos que adaptar el sistema de tal manera que si es posible se vuelve mas eficiente, se vuelve mas equitativo, mantiene o da mas autonomía a cada sector de la población, eso depende de cada sistema. Yo vengo de América del Norte, tenemos una influencia bastante importante de los yankis y esa influencia da importancia a la autonomía. Así la cuestión de autonomía es fundamental en

nuestro sistema, pero no es tanto el caso en otros sistemas bien socializados, por ejemplo en Noruega o Suecia.

Y que hacemos en organización de los servicios? Es actuar con incentivos financieros pero también varios, otros tipos de incentivos, vamos a hablar de eso mas adelante.

Intentamos de encontrar que tipos de incentivos podemos implementar sobre los actores de tal manera que ellos van a actuar para transformar el sistema y hacerlo mas eficiente, mas equitativo y con mas autonomía.

Así la primera línea, porque es el tema de la jornada y es lo que nos interesa a todos.

Nos preguntamos siempre si es un instrumento para alcanzar el objetivo de tener un sistema mas eficiente, mas equitativo. Se supone que si. Si tomamos la literatura nos dice que si. Pero para que contribuya a lograr este objetivo la primera línea tiene que tener dos características que son principales. La primera, debería ser la puerta de entrada y la línea de coordinación de todos los servicios que uno puede obtener. Eso es bastante difícil. Pero todos los servicios. Y nosotros cuando hablamos de servicios hablamos de los servicios médicos, por supuesto, pero también de los servicios sociales que un paciente y su familia pueden necesitar.

Y la segunda característica fundamental y todos los cambios de servicios de salud que conocemos, ahora dan enfoque sobre eso, es la interdisciplinariedad. Así, dos características fundamentales sobre los cuales estamos trabajando ahora con nuestras reformas.

Esos son gráficos clásicos, las personas que trabajan en la atención primaria la conocen generalmente. La atención primaria es una religión y en esta religión hay un papa. Es una mujer que se llama Starfield. Ha empezado en los años 90 a trabajar sobre la atención primaria y salió con unos indicadores bastante interesantes que son bastante complicados, sobre la atención primaria y muestra que los mejores sistemas de salud son sistemas de salud que dan enfoque sobre la primera línea. Así hay mas resultados de salud, nivel de salud, mas resultados económicos, cuesta menos también, todos están contentos a partir del momento que damos el enfoque en el sistema general sobre la atención primaria. Así, hay bastante literatura sobre eso.

Así es una buena idea la atención primaria en el centro del sistema. Muy, muy, muy inteligente. Pero es un desafío muy complicado. Ustedes saben que para realizar el cambio, para transformar todo el sistema de tal manera que la atención primaria se ponga en el centro del sistema, vamos a encontrar mucha resistencia. Y lo que escuche aquí ayer y hoy, muestra que hay mucha resistencia. Aquí como en todo el mundo, nosotros también, hay una resistencia

enorme a cambiar el sistema. Y es la cuestión central a partir de lo cual ha sido repensada la interfase entre investigadores y tomadores de decisión.

Lo que pensaba hacer yo ahora es discutir durante 5 o 10 minutos sobre como nosotros vemos la cuestión del cambio, cómo introducir un cambio a dentro del sistema. Y voy a tomar 3 motores para tratar de introducir un cambio y luego voy a ilustrar con la cuestión de la atención primaria. Como introducir un cambio de tal manera que la atención primaria se localice al centro del sistema de salud. Y un poco de interdisciplinariedad también. Así voy a empezar a presentar un poco como vemos el cambio, que podemos hacer para introducir el cambio, voy después a hablar un poco de las constataciones que hacemos con todos los esfuerzos que hemos hecho para introducir esos cambios, y después voy a volver de nuevo con cuál es el papel que damos ahora a la investigación para tratar de ayudar a resolver los problemas que hemos encontrado.

Así, cuales son los 3 principales motores de cambio que utilizamos. Hay mas por supuesto, pero es mas una simplificación que nos permite discutir.

La primera es por supuesto la gobernanza. Cómo vemos que la gobernanza puede estar utilizada para introducir un cambio a dentro del sistema

La segunda es la experimentación. Y la tercera el liderazgo. Y voy a hablar un poco de los tres uno después del otro. No se preocupen, tengo una o dos diapositivas por cada uno nada mas.

Y para terminar, como lo dije, de ver un poco como esos tres tipos de motores son conducidos a través de una alianza entre tomadores de decisiones e investigadores.

Así, lo voy a ilustrar sobre el tema del desarrollo de la primera línea y el tema de la interdisciplinariedad. Así como dije voy a hacer una constatación, eso me va a tomar 10 minutos. Y después vamos a volver con la constatación y el papel de la investigación.

Y cuando hablo del papel de la investigación voy a hablar un poco de teoría, que sabemos de todo lo que estamos haciendo investigación para ayudar a transformar, vamos a ver que eso no ha funcionado mucho y en la práctica que hacemos ahora para tratar de resolver este problema.

Así empezamos con la constatación y la gobernanza. Aquí se ha hablado mucho de la gobernanza. Es un tema muy complicado. Y la manera de ver nosotros, es que es casi imposible definir una modalidad que va a permitir lograr todos los objetivos. No sabemos. La cuestión de los determinantes de la salud, del bienestar es tan complicada que pre definir que tipos de sistemas tenemos que implementar, sabemos que es bastante complicado, no lo podemos hacer . Así la visión que tenemos nosotros de dónde podemos actuar con la gobernanza es

bastante simple: lo que hacemos es la descentralización. Descentralizamos y dejamos a un territorio bastante chiquito la posibilidad de definir el propio sistema que les parece el sistema mas pertinente según las necesidades de su población. Ese era un sistema que era bastante complicado, por supuesto. Pero no hemos encontrado ninguna otra manera de influenciar tanto la gobernanza para este cambio que nos interesa que es la atención primaria en el centro del sistema de salud. Así, con la descentralización se sabe que hay una mejor estimación de las necesidades y también una mejor capacidad de respuesta. Por supuesto nos conocemos, los territorios son bastante chiquitos, todos se conocen y se ayudan mucho. Y con la descentralización hay un apoyo a dinámicas basadas en vínculos locales -es realmente importante-. Sabemos que hay muchas cosas informales, se ha hablado bastante de eso hoy, pero hay muchas cosas informales que emergen en un sistema de salud y con la descentralización podemos capitalizar sobre todo el sistema informal que ayuda, en realidad la gente se conoce, se aprecia y puede hacer cosas creativas que son bastante interesantes para el sistema de salud .

Y también la cuestión fundamental sobre la cual voy a volver un poco mas tarde es la apropiación de los cambios por la base.

No se hace ningún cambio si no hay apropiación por la base. No es solamente las personas que manejan un sistema que tiene que estar convencidos de los cambios, también toda la base, todas las personas que trabajan, la población también tiene que apropiarse del cambio.

Simplemente para mostrar que estamos en un sistema muy descentralizado nosotros, vemos que tenemos 13 sistemas de salud bastante independientes cada uno. Cada sistema está regionalizado y cada región está también descentralizada, por lo menos en mi provincia Y tenemos territorios bastante chiquitos ahora para manejar el sistema de salud.

Así, si vemos los objetivos conseguidos, hay unos objetivos conseguidos con la gobernanza siempre con el enfoque sobre la primera línea. Hemos tenido un pasaje de servicios del hospital hacia la comunidad. Eso es cierto. Ese era una de los desafíos. Si queremos que la primera línea tome su importancia tenemos que trasladar todo el sistema del hospital donde se encontraban la mayoría de los servicios hacia la comunidad. Y durante los últimos 5 años realmente hubo un traslado bastante interesante. Hubo también implantación de grupos de médicos, enfermeras, que intentan de renovar un poco la práctica médica y de hacer que la primera línea cumpla con sus objetivos fundamentales. No voy a hablar mucho de eso, pero realmente hubo logros gracias a la descentralización.

Pero hay muchas cosas que todavía no alcanzamos. Por ejemplo la participación de la población. Es completamente cero, no hay nada, hemos intentado mucho de hacer que la población participe pero realmente no funciona. Y también los cambios de prácticas profesionales todavía quedan problemáticos. Sabemos que

hay unos médicos que trabajan con enfermeras, es un sistema muy centrado sobre los médicos que no respeta tanto los otros profesionales. Hay realmente un cambio que debemos hacer .

Otro problema que tenemos es un sistema muy basado sobre el curativo y queremos un sistema extendido que da mas importancia a la prevención y también a la re - adaptación, a la inclusión social. Es el nuevo papel que tenemos que introducir en la práctica médica. Un médico tiene que interesarse en la prevención, lo curativo y también en la re-adaptación, inclusión social, trabajando en corporación con otros profesionales por supuesto.

Cuáles son las enseñanzas sacadas de la conducción del cambio a través de la transferencia de la gobernanza? Hemos alcanzado rápidamente los límites. Por supuesto hay unos logros, el pasaje de recursos hacia a comunidad por ejemplo, pero hubo poco impacto sobre el desarrollo de la primera línea y los cambios de prácticas. Todavía quedan problemas y sabemos que tenemos que resolverlos. Se sabe que hay una necesidad para tratar de resolver esos problemas de tener mas conocimientos sobre los nuevos paradigmas por los actores concebidos. Es muy interesante de ver que la mayoría de los profesionales que viven en esos sistemas de salud no tienen ninguna idea de las reformas que están viviendo, es muy extraño. Todos viven con la impresión de que el sistema no ha cambiado en los últimos años. También las instituciones que tenemos no existen mas, tenemos otros nombres pero casi ningún médico o enfermera lo sabe.

Así hay un problema de conocimiento y tenemos que trabajar sobre eso. La segunda cosa es la apropiación de los nuevos paradigmas. Si queremos que los médicos trabajen en colaboración con otras disciplinas, si queremos que se preocupen por la prevención o la re - adaptación, tenemos que encontrar una manera para que se apropien de los nuevos paradigmas.

La experimentación. Muy rápidamente Se hace por proyectos pilotos. Yo pienso que en todo el mundo es mas o menos lo mismo. En realidad son muy interesantes los proyectos pilotos porque permiten cambios -sin cambios de las reglas de juego- pero permiten cambios importantísimos en el sistema.

En Canadá lo que hemos tenido, era mucha plata del gobierno federal para introducir proyectos pilotos que están centrados sobre el desarrollo de la primera línea, y sobre el desarrollo de la interdisciplinariedad. Y son proyectos pilotos interesantísimos. Hay unos para ancianos por ejemplo que se encuentra en 12 regiones.

Así no es solamente un sistema bien definido; los proyectos pueden estar a bajo de otra región -lo digo para que lo podamos discutir después el tema de la municipalización, queda como problema-

Así mucha plata para introducir proyectos y casi todos los proyectos que se habían financiado, eran proyectos para introducir un cambio en el sistema que permita el desarrollo de la primera línea.

Qué sabemos, qué enseñanza podemos sacar de la conducción del cambio a través de la experimentación. Es un excelente iniciador del cambio.

Pero hay dificultades, la dificultad principal que tenemos es respecto de la sustentabilidad. Cuando se acaba la plata que se da para el proyecto se acaba el proyecto ¿no? y ese es un problema bastante importante. Así se sabe que para que los proyectos den resultados que perduren en el tiempo, hay una necesidad de cambios sistemáticos y una integración a dentro del sistema que sea extendido para asegurar su sustentabilidad. Y hay que trabajar sobre eso. No podemos mas mantener los proyectos completamente cerrados, a fuera de todo el resto del sistema, sino una vez que no hay plata no hay mas proyecto.

Se necesita también una legitimidad reconocida ampliamente, no solamente por los promotores del proyecto o las personas que trabajan el proyecto, sino también por todo el sistema o las personas que están relacionados con el proyecto. Y se sabe también que se necesita incentivos, la buena voluntad es importante pero bueno no alcanza.

Finalmente el liderazgo que es también un motor importante de cambio sobre el cual trabajamos mucho como lo van a ver. Es un elemento fundamental de la conducción del cambio de las organizaciones, cuando se toma un libro sobre organización, empresa privada, cualquier cosa siempre se habla de liderazgo. Se sabe que un liderazgo fuerte es necesario para introducir un cambio importante en cualquier organización. Pero en el campo de la salud hay una particularidad muy importante, es el hecho de que el liderazgo es un liderazgo bicéfalo, hay dos cabezas. Una cabeza clínica, y una cabeza administrativa. Eso da una problemática bastante especial porque las dos cabezas son muy especializadas, por supuesto, deben ser bien complementarias y bien diferenciados también. Alguien que hace clínica no hace la misma cosa que hace alguien que hace la gestión del sistema de salud. Así hay una preocupación para la identificación de los individuos que son susceptibles de constituir tal liderazgo, es muy complicado, ya les voy a contar un poco mas adelante como trabajamos sobre esto.

Enseñanzas sacadas de la conducción del cambio a través del liderazgo, así el liderazgo es un motor muy fuerte de cambio eficaz pero es muy difícil de constituirlo. Hay una necesidad de asegurar el control de las rivalidades potenciales entre líderes y eso es realmente serio. No se si existe en este país pero nosotros conocemos rivalidades que son tan fuertes que a veces paraliza los sistemas.

Asegurar que los objetivos fundamentales del sistema no sean descuidados alrededor del liderazgo. Por supuesto un liderazgo es muy individual, muy personal y una vez que uno es el jefe, es muy normal que haga su sistema como el quiere, es normal, es humano. Pero tenemos que encontrar alguna manera de controlar un poco este poder que puede tener el líder.

Asegurar el lazo con las exigencias del medio e incorporar dentro de la colisión, las personas alrededor del líder, a todos los actores claves. Es bastante importante de considerar que el líder tiene una colisión, personas que trabajan con ellos pero a veces también hay personas a fuera y esas personas a fuera pueden ser muy importantes para que el liderazgo funcione bien. Así hay que desarrollar también un liderazgo mas específico para la primera línea y la interdisciplinariedad. Lo que vemos es que tenemos un liderazgo bastante bien pensado y efectivo en el campo hospitalario. En el campo de la planificación regional del sistema o también a nivel de la provincia o también de la nación, tenemos un liderazgo bastante eficaz.

Donde falta todavía un poco es un liderazgo un poco mas especializado sobre la primera línea y la interdisciplinariedad, se necesita si realmente queremos que el sistema cambie.

En conclusión hemos hecho mucho por eso pero queda tanto que hacer todavía. No solamente porque el medio ambiente cambia sino también porque los conocimientos quedan insuficientemente integrados en las decisiones. Esa es un poco la problemática que planteaba un poco al principio. Y hay una necesidad sentida, muy fuerte actualmente de reconsiderar la interfase tomadores de decisiones e investigadores.

Vamos a hablar a partir de ahora del papel de la investigación en la organización de los servicios, en esta esfera de influencia. Y lo que voy a intentar hablar es de la producción de conocimiento, es un poco lo que hacemos de una manera tradicional a un tipo de matrimonio que hemos desarrollado para intentar de mejorar el sistema.

Lo voy a empezar un poco con la teoría, yo soy un académico, no puedo sacar eso, -se pueden dormir dos segundos- y después vamos a hablar de cosas que son un poco mas prácticas.

Voy a hablar un poco sobre lo que se sabe de la transmisión del conocimiento. Otra vez, conocemos muchas cosas sobre el sistema. En realidad sabemos bastante bien lo que queremos. El problema es como hacer que toda la cantidad de conocimiento se traslade a las personas que toman decisiones. Aquí funciona para trasladar la información de conocimiento a los tomadores de decisiones: primero las personalidades. Se sabe que la reputación de los investigadores es algo importantísimo. Si yo termino un trabajo, hago un informe y lo presento a un tomador de decisión, pero nadie me conoce, no va a tener ningún impacto.

Pero si llamo a un amigo que es profesor en la facultad de Montreal, que todos conocen porque pasa por la televisión cada día, funciona. El mismo informe funciona bien y va a tener un impacto. Así nosotros utilizamos mucho esta medida para trasladar información. Así hay muchos trabajos que hacemos pero que no presentamos nosotros pero vamos a buscar a un investigador mas conocido para pasar la información y sabemos que funciona mejor.

Las relaciones personales son importantísimas. Cuando uno se conoce funciona mejor. Yo pienso que no hay que insistir demasiado sobre eso, pero es absolutamente fundamental y voy a volver sobre este tema dentro de poco. Una comunidad de espíritu. Es muy interesante de ver, es triste, interesante de ver que una cosa que vincula a los tomadores de decisión y los investigadores es la impresión de pertenecer a una elite: somos mejores. Da un tipo de vínculo bien simpático ¿no?: somos mejores que los otros, nosotros podemos hablar....

Esto es importantísimo. Una cosa sobre la cual nosotros trabajamos muchísimo; es la cartografía político organizacional que hacemos con actores claves. Cuando se hace un informe sabemos que hay muchos actores que no van a integrar o a interpretar el informe de la misma manera y ahora lo que hacemos de una manera casi sistemática es de producir varios tipos de informes según la población que queremos convencer. Si sabemos por ejemplo que la población podría tener un impacto sobre la toma de decisión vamos a hacer un informe mas específico para la población, vamos a hacer un informe mas específico para los médicos si queremos que nuestra investigación sirva para cambiar las prácticas médicas y vamos a hacer otro tipo de informes para los tomadores de decisión. Así mas y mas trabajamos con la cartografía político organizacional donde planteamos cada actor importante y buscamos cuál es su poder de influencia, su potencial de influenciar una decisión y vamos a adaptar el trabajo de tal manera que eso se pueda entender.

Hay que respetar los prerrogativos de cada uno, los investigadores no somos tomadores de decisiones y tenemos que respetarlos, es muy importante, no nos mezclamos con su trabajo. Y también algo sobre lo cual podemos trabajar mucho es la creación de un organismo internacional. Si yo produzco un informe de universidad, si produzco algo, no tiene impacto, porque es una universidad marginal y un poco perdida. Pero si hay un informe que viene de la organización mundial de la salud o de la organización panamericana de la salud es diferente. Hay una coacción importante y podemos también vincularnos con esos organismos para intentar tener mas importancia o mas efecto. El contenido del informe es importantísimo. Por supuesto si la problemática es urgente claro que va a tener mas impacto. Se sabe que un sujeto (medical) tiene mas impacto que un sujeto mas social y eso también lo utilizamos, cambiamos a veces el enfoque y damos mas importancia al aspecto médico porque sabemos que tendrá mas efecto. Y sujetos concretos, de corto plazo y aplicables, algo que se dice bueno...lo podemos utilizar, claro que va a tener mas efecto.

Y la última cosa es como se transmita la información. Una información que tenga mas efecto sobre la toma de decisiones, una información que tiene un cuerpo de conocimiento resultado de un trabajo, si solamente produzco el resultado con estadísticas o eso, no va a servir para mucho. Pero si lo planteo dentro del conocimiento general y muestro que es solamente una pequeña cosa añadida, un conocimiento mas largo eso funciona mejor por supuesto. Ideas mas que datos o cifras. Lo tomadores no quieren mucho los datos y las cifras. Así que venimos con ideas muy inteligentes y funciona mejor. Soluciones mas que problemáticas. Siempre venir con problemáticas no sirve para mucho, pero venir con soluciones para el terreno siempre funciona mejor. Y la última cosa importantes es el mensajero. Y no hablo solamente del investigador que tiene que transmitir. Pero utilizamos mucho los líderes de opinión en varios campos para transmitir la información. Si trabajamos con los médicos por ejemplo vamos a buscar al secretario de la asociación médica y él como líder de opinión nos ayuda a transmitir la información.

Por supuesto tenemos muchas cosas que se sabe, según la literatura, pero no alcanza. Y si seguimos simplemente las reglas básicas sabemos que todavía no hemos encontrado la forma óptima de transmitir e conocimiento. Lo que falta son algunas cosas: primero la interacción con actores, con tomadores de cesión por supuesto, pero de una manera un poco diferente de cómo se hacía antes. Antes según la literatura se veía que era en la parte final de un trabajo que había mucho intercambio con los tomadores de decisiones. Ahora sabemos nosotros que tenemos que interactuar con ellos en todas las etapas de un proyecto. Cuando tenemos que construir el proyecto es importante. Cuando hacemos la investigación estamos siempre en contacto con ello, nos vemos a menudo. Y por fin cuando se aplica, algunas recomendaciones tenemos que aplicar y también quedamos vinculados los investigadores con los tomadores de decisión. Así hay actualmente una manera de encontrarnos que es permanente casi porque es necesario. Y la última cosa importantísimo sobre lo cual he hablado un poco es el involucramiento de los actores del terreno: tenemos que trabajar con los actores del terreno sino los cambios no se dan, no se aplican. Y ese es un poco el papel bastante nuevo de los investigadores sobre lo cual voy a hablar. ¿Me dan 10 minutos mas? Si.

Así vamos de nuevo a mirar los tres tipos de motores de cambio sobre los cuales trabajamos. Un poco cuáles son los problemas y yo voy a intentar explicar como nosotros investigadores trabajamos ahora para acompañar los cambios de los tomadores de decisión cuando tienen que aplicar unas recomendaciones.

Si miramos la gobernanza. ¿Se acuerdan lo que he dicho que los cambios de estructura alcanzan rápidamente sus límites? Hemos logrado algunas cosas pero hay poco de impacto sobre el desarrollo de la primera línea y los cambios de práctica. Hay una (...) de que los nuevos paradigmas sean mas conocidos por los actores y una apropiación por esos actores. Así cómo nosotros, al menor en nuestro país funcionamos para eso. Primero el gobierno ha puesto una fundación

que se llama la Fundación Canadiense para la Investigación en los Sistemas de Salud, una fundación increíblemente activa. Una fundación que financia investigación, pero no solamente financia investigación sobre el tema de la organización con un enfoque: la multidisciplinariedad y la primera línea. Son realmente los enfoques de la fundación. Pero lo que hace no solamente financia proyectos de investigación, financian también proyectos de literatura. Para coleccionar toda la información lo que sabemos en la literatura sobre el cambio. No solamente el tipo de sistema que se necesita sino también el cambio. Cómo tenemos que introducir el cambio a dentro del sistema. Organizan muchos coloquios, todo el año hay coloquios. Muchos momentos de encuentro, casi todos nos conocemos. Conocemos los tomadores de decisiones, conocemos los otros investigadores, porque la fundación tiene este objetivo de decir: si queremos trasladar la información tenemos que vernos, tenemos que hablar, tenemos que tener esos espacios de encuentro que son fundamentales. Y la fundación financia esos puntos de encuentro. Otra cosa que tenemos. Tenemos relaciones formales entre autoridades regionales y universidades para el conducto del cambio. Por ejemplo lo que hemos logrado en mi región. Hemos firmado un convenio, nosotros no trabajamos para el estado, no lo hacemos, pero hicimos una alianza donde somos dos colaboradores iguales. Tenemos exactamente el mismo peso que los tomadores de decisión. Y trabajamos juntos pero hemos dividido el trabajo. Los tomadores de decisión tienen mas vínculos con las personas que manejan el sistema: los directores del hospital, los directores del centro de salud, las asociaciones profesionales. Nosotros tenemos mas vínculo con el terreno. Conocemos a los médicos, a los enfermeros, y trabajamos con ellos, y juntos intentamos de cubrir toda la población involucrada en el cambio. Es un poco lo que estoy explicando aquí. Una voluntad realmente de movilizar el terreno y de utilizar la investigación y los proyectos para convencer al terreno de participar en los cambios. Así un cambio, los investigadores durante muchos años eran personas que producían conocimiento y ahora se vuelve un nuevo papel para ellos que es un papel de colaboración con otros actores fundamental cuando se habla de la gobernanza como sistema de cambio.

Miramos la experimentación. También la misma fundación -y no solamente la fundación- ha pagado para muchos proyectos que son proyectos pilotos sobre la primera línea y la interdisciplinariedad. Así son los famosos proyectos que llamamos (...) y unas cosas importantes. Primero, los proyectos pilotos siempre están evaluados Y la manera de hacer la evaluación es importante. No solamente evaluamos los resultados pero tenemos un proceso de evaluación que nos obliga estar en relación con los actores que son actores claves. Por ejemplo si trabajamos con la cuestión de interdisciplinariedad, el sistema de evaluación nos obliga a encontrar las personas que son personas claves de las varias disciplinas que están concebidas por el proyecto. Y utilizamos el procesos de la investigación para que los actores del terreno se den cuenta de la importancia del proyecto, de lo que estamos intentando lograr. Así con la discusión y las preguntas que hacemos no solamente buscamos la información, sino también

transmitimos información esperando que esos actores claves la transmitan a su propio medio.

Aquí también ha cambiado mucho durante muchos años los investigadores quedaban un poco afuera de los proyectos, simplemente con la neutralidad que debíamos tener evaluábamos los resultados e intentábamos decir si con los resultados habíamos logrado o no los objetivos. Ahora tenemos un papel que es un papel un poco menos definido en el sentido de que nosotros no solamente vamos a evaluar, sino que también vamos a facilitar el proyecto. Porque los proyectos, nosotros sabemos lo que queremos y sabemos que esos proyectos tienen una probabilidad de mejorar el sistema, mejorar en el sentido de que le permitirá al sistema acercarse al objetivo que queremos para el sistema. Pero lo que utilizamos estos investigadores para que contribuya a que ese proyecto se realice con la participación del terreno, que el terreno acceda, se apropie del sistema.

Finalmente el liderazgo, es la última cosa bien complicada. Sabemos que es un motor de cambio bien eficaz pero muy difícil de constituir, por esas razones las rivalidades potenciales entre líderes que existen a menudo, los objetivos fundamentales que a veces son de liderazgo pero no tanto del sistema, el lazo con las exigencias del medio, y un liderazgo para la primera línea. Así, qué hacemos nosotros? Tenemos programas especiales de financiamiento para proyectos de evaluación sobre la primera línea y la interdisciplinariedad -he hablado de eso- pero la manera de construir esos proyectos es también con la incorporación de un liderazgo y utilizamos los proyectos para constituir este liderazgo. En casi todos los proyectos pilotos que tenemos sobre la primera línea o la interdisciplinariedad, vamos a constituir este liderazgo. Y el liderazgo va a ser generalmente un tomador de decisión que realmente tenga un poder de decisión importante y un clínico que tiene también una influencia importante sobre los otros profesionales. Los vamos a buscar y los vamos a asociar al proyecto. Y ahora todos los proyectos que están financiados en Canadá que son proyectos sobre la interdisciplinariedad y el sistema de salud, piden que nos asociemos con líderes. Que busquemos de constituir este liderazgo con un clínico, alguien de la parte administrativa y que lo asociemos a todas las etapas del proyecto. Cuando presentamos un proyecto para el financiamiento, tenemos que mostrar que lo hemos construido con un liderazgo, tenemos que mostrar que a parte de los investigadores tenemos también tomadores de decisión, tenemos también personas del terreno que van a participar del proyecto pero que van también a ayudar a que el proyecto se implante bien. Así es cada vez mas una exigencia de los organismos de financiamiento.

Aquí también como se puede ver hay un cambio importante del papel del investigador.

La conclusión: la concepción de la investigación en el campo de la organización de la salud ha cambiado bastante en estos últimos años especialmente en los 2 o

3 últimos años. Porque todo lo que he hablado ahora son cambios bastante recientes y vienen de los últimos 2 o 3 años.

Eso era un poco la visión respecto de la responsabilidad del papel del investigador. Había una división bastante clara entre el papel del investigador y los tomadores de decisión, y ahora vemos el desarrollo de una interfaz que es bastante vaga, no sabemos bien quien es investigador, quien es tomador de decisión, pero bastante indispensable si queremos lograr los objetivos bastante difíciles que tenemos todavía. Así, en la elaboración del conocimiento tenemos colaboración estratégica, son realmente esos dos papeles que constituyen actualmente la profesión de un investigador en los sistemas de salud. Pensamos o esperamos porque todo eso lo vamos a tener que evaluar y ver un poco durante los próximos años si funciona o no pero esperamos que este nuevo papel de los investigadores, esa nueva manera de funcionar va a permitir de optimizar la transmisión la transmisión del conocimiento.
Es todo.

Dr. Ramiro Huber

- Bueno muchas gracias Daniel. Vamos a tomarnos unos minutos para las consultas, preguntas y reflexiones que seguramente va a haber en el auditorio a partir de una exposición tan ágil y tan entusiasta. Creo que todos nos quedamos con esa sensación de un Daniel poniéndole mucha pasión a su castellano que es muy fluido, mucho mas de lo que él cree. Y creo que a demás ha sido sumamente pertinente su intervención, el eje temático que eligió para plantearnos en este momento cuando desde hace un día y medio acá presencialmente pero en realidad mucho tiempo antes hemos comenzado a recorrer este camino de los investigadores preocupados por las reformas centradas en la atención primaria y los decisores, ustedes en cada municipio preocupados por llevar a delante de la mejor manera posible la gestión y las transformaciones. Creo que este planteo de Daniel respecto de un nuevo rol y de una nueva manera de pensar la investigación, acompañando y colaborando en los procesos de reforma, es sumamente atractivo y nos abre a pensar en posibilidades y en cómo imaginar nuestro propio desempeño aquí en el Cono Sur. Si hay alguna reflexión, alguna pregunta....empezamos por aquí.

- Roberto Bazzani:

Gracias. Realmente yo creo que fue muy interesante la presentación de Daniel y el tema del nuevo rol de los investigadores en efecto creo que es un tema muy candente y que a nosotros desde el punto de vista de IDRC también lo consideramos. A veces los investigadores nos dicen que les pedimos demasiado porque el investigador se siente un poco mas cómodo en realidad con el rol clásico y esta nueva demanda de tomar roles donde son actores mucho mas activos casi facilitadores de procesos con otros stakeholders o con los tomadores de decisión les implica un poco salirse de sus roles tradicionales y no siempre es fácil. Creo que es muy importante lo que tú has trabajado del líder aquí.

Nosotros en ese sentido tanto hincapié no hemos hecho quizás porque tenemos ciertos temores de que liderazgos fuertes si no son deviniendo las características del liderazgo pudieran introducir sesgos a nivel del tipo de proyecto. Por ejemplo si yo quiero llevar a delante proyecto de características claramente interdisciplinarias y donde haya un fuerte acento en los determinantes sociales o ambientales y el liderazgo lo asume un clínico de mucho renombre, puede ser difícil cojuntar un equipo donde haya relaciones mas democráticas. Pero estoy de acuerdo que si las características del liderazgo son las adecuadas en cuanto a la capacidad de liderar en forma democrática el proceso es muy importante. Y lo que claramente hemos visto en los proyectos es el paso a generar la interacción con los tomadores de decisiones desde el comienzo del proceso mismo, en la discusión del proyecto y eso no pasa mucho porque para mi hay un cambio enorme en los proyectos que no involucran a los decisores o a otros actores sociales y políticos que son relevantes desde el comienzo a cuando se involucran tardíamente. Los niveles de compromiso con el proyecto son muchísimo mas bajos. Y el modelo tradicional, ese de hacer el taller al final y discutirlo tiene muy poco impacto. Yo creo que si es algo fundamental lo que plantea Daniel en cuanto a precozmente generar esa interacción entre tomadores de decisión e investigadores. Eso ya lo hemos hecho en un proyecto con OPS sobre protección social en salud donde en una primera fase convocamos a ideas que justamente sean desarrolladas en conjunto por un binomio de tomadores de decisión y los investigadores y funcionó muy bien. Y en la segunda fase están trabajando en conjunto en la implementación de los proyectos. Yo tenía un punto de una duda y es que en Canadá, hay algunas características de ...por ejemplo, el financiamiento público del sistema le otorga mas poder a los decisores y los coloca en una posición un poco mas privilegiada en cuanto a la posibilidad de implementar cambios como la descentralización y la jerarquización de la primera línea. Y de repente hay situaciones en América Latina donde eso no es así y donde hay otros actores que también son muy importantes y que tú no los has incluido en la presentación.

- Respuesta de Daniel Reinharz:

Es un punto interesantísimo. Es verdad que tenemos un sistema que se supone es exclusivamente público, hay solamente una fuente de dinero que es el dinero del estado. Un médico no tiene el derecho de pedir plata a un paciente. Es la ley, somos seres humanos, somos corruptos como todos y funciona mas o menos pero es la ley. El sistema de alocar los fondos que tenemos es a través de la regionalización. Cada región tiene su presupuesto y lo distribuye. Y es por eso que tenemos también proyectos que se desarrollan sobre 2 o 3 regiones y eso da a veces unos problemas de financiamiento porque parte del presupuesto viene de una región, parte viene de otra región y tenemos que encontrar una manera de convencer a las regiones de participar juntas al financiamiento del proyecto. Y eso lo logramos. Y la manera de lograrlo se da cuando hay una iniciativa que viene del terreno y que convencemos a las personas que manejan la plata. Hay que tratar de convencerlos diciendo que hay una iniciativa bien original pero que necesita de 2 fuentes de dinero o 3 fuentes de dinero. Y a veces funciona. No hay

que olvidar que el terreno tiene mucho poder. Cuando uno tiene mucha creatividad e intenta desarrollar un proyecto original e interesante que corresponde al conocimiento, a lo que intentamos lograr con el sistema, puede convencer también. Los tomadores de decisiones son inteligentes, son personas inteligentes y pueden darse cuenta que vale la pena trabajar con el vecino. NO se si contesté a tu pregunta.

- Roberto Bazzani

Precisamente si el flujo de los fondos de financiamiento son públicos, eso confiere determinadas características de poder a los actores, a distintos actores. Yo no digo que esté mal que tengan poder los decisores. Digo que en otros sistemas donde el financiamiento también es privado no hay tanta capacidad para generar procesos de transformación como lo que tu has desarrollado. O hay que considerar otros actores que pueden influir y que tiene intereses contradictorios.

- Pregunta del público:

Quizás no lo desarrolló Daniel, no se si en la experiencia de ellos se da, pero en la corta experiencia que tenemos nosotros de los últimos 8 o 10 años de interactuar con decisores del nivel municipal hay una preocupación que es cuando no se clarifican bien los roles. La lógica del investigador y la lógica del decisor son dos lógicas diferentes y eso tiene que estar expuesto desde el comienzo, porque se da a veces que el investigador avanza sobre el gestor, el decisor, y pretende tomar decisiones que no son de su competencia. También se da en el otro sentido: del gestor que pretende inducir al investigador para que se saquen las conclusiones que en ese momento le convienen a él en función del problema que se está analizando.

Entonces tener claro que son dos lógicas, cada uno tiene su tiempos, el gestor quiere los resultados ya, hoy, el investigador por la metodología que utiliza tiene tiempos mas largos. Cuando se involucra al decisor siempre tiene poco tiempo para la reflexión que obliga esta experiencia de intercambio de experiencias, de conocimientos entre investigadores y decisores porque la coyuntura lo obliga a no disponer de mucho tiempo. El investigador tiene todo el tiempo para esto. Entonces hay a veces estos desacuerdos o inconvenientes que tampoco no se tiene en cuenta los organismos financiadores. Los organismos financiadores están impulsando esta línea de investigador - decisor, pero la metodología con que evalúan la investigación y definen los tiempos y definen la financiación, es con el viejo modelo de la investigación tradicional. Y no hay una revisión respecto de estas nuevas realidades que no pueden ser tan tajantes ni tan taxativas, que llevan otros tiempos y otra necesidad de maduración.

Entonces, estos son los dos problemas que quiero señalar: el tema de las lógicas, y tratar de tener claro los roles y evitar que uno asuma el rol del otro, y un poco una sugerencia a los organismos financiadores que están impulsando esta Línea

de trabajo que no puede ser la misma metodología y los mismos criterios de evaluación que tenían hasta ahora con las investigaciones tradicionales.

- Respuesta de Daniel Reinharz:

Hay también un cambio que observamos nosotros porque es un problema fundamental y estamos trabajando bastante sobre eso.

Pero hay también otro cambio que observamos que es interesante, es que mas y mas en los Ministerios de Salud de la región las personas que toman puestos que son puestos de decisión son investigadores o eran investigadores. Y es un cambio importantísimo que cambia también la dinámica, la integración de la información. Y yo veo, la mayoría ahora de los directores de los Ministerios de Salud son personas con doctorado que han pasado unos años en investigación. Hay muchos profesores también de la universidad que van a pasar dos o tres años, como un año sabático en el Ministerios de salud. Se van al Ministerio - no entiendo por qué lo hacen porque es una locura- toman un puesto de director durante dos o tres años y después vuelven a la universidad. Pero eso también es importantísimo para la integración y para comunicar: una vez que el investigador se va al ministerios, se afronta con otra realidad, va a ver que la realidad política no es la misma que la realidad científica, pero se adapta y se adapta muy bien. Estamos en un mundo que cambia muy rápidamente, el investigador se va a adaptar muy rápidamente. Esas son cosas interesantísimas. No solamente hay profesores que se van al ministerios de la región y que toman puestos de decisión, sino que vuelven después de unos años a la universidad. Y eso nos permite un poco a nosotros que nos quedamos en la universidad, conocer un poco, tener un poco la idea de cómo funciona el sistema.

Yo por ejemplo participo de muchas mesas: en mesas ministeriales regionales, sobre el cambio, y participo pero no soy ministro ni soy director en el ministerio. Pero tengo muchos colegas que si, tengo un colega que fue ministro de salud durante muchos años y después de haber sido ministro de salud, ministro de acción social, ministro de trabajo, volvió a la universidad y da cursos y trabaja conmigo. Es decir: es un mundo un poco diferente que nosotros conocemos y que facilita yo pienso la transmisión de información.

- Pregunta del auditorio:

Bueno, en primer lugar quiero felicitar a Daniel por su excelente presentación, fue muy clara. En la línea de comentarios de Carlos Bloch quisiera preguntarte Daniel ustedes cómo integran a demás de los tomadores de decisiones que Carlos explicó muy bien como debe haber un equilibrio entre los roles del tomador de decisión y el investigador pero hay otros actores en la sociedad: corporaciones, universidades, sindicatos...

También es un paradigma en la región como Canadá toma en cuenta la opinión de la gente para hacer las modificaciones de su sistema de salud. Es clásico la medición de la satisfacción de los usuarios en Canadá para ir mirando si la gente

está contenta con el servicio, con el acceso, con diferentes elementos del sistema, pero mi pregunta va hacia una participación mas efectiva, mas directa, si ustedes están integrando en la investigación mas a la población y a otros actores que están allí mas localmente. Porque la investigación cada vez es mas en espacios locales.

Respuesta de Daniel Reinhartz:

A mi me encanta ver que acá tienen la imagen de que somos el mejor país del mundo...no es realidad, es un poco mas complicado. Somos un país normal -se ríe- con corrupción, con todo, como cualquier país del mundo.

Te doy un ejemplo de cómo funcionamos. En mi región lo que hemos establecido es formar desde hace un año -un poco menos de un año- formar un grupo que llamamos grupo consejo. Es un grupo que depende directamente de la dirección regional de la salud de los servicios sociales. Y este grupo tiene un representante de cada sector importante: de cada hospital importante, cada centro de readaptación, los organismos comunitarios también, los centro de salud, la asociación médica, la asociación de enfermeras, la asociación de otras disciplinas.

Cada sector que tiene una representación formal pertenece a este grupo que tiene como mandato organizar la cuestión de investigación en la región. De organizar, de priorizarla. Y también de trasladar toda la información que se produce a la dirección general de la región.

Así tenemos esta preocupación de participar todos. Y otra vez, no solamente es una cuestión de trasladar el conocimiento, es también de utilizar al grupo consejo para que sus miembros informen también a los miembros de su propio grupo. Así la enfermera que está en el grupo va a informar a las enfermeras. Y lo hacen de varias maneras. Algunos grupos profesionales lo hacen a través de los diarios.

Y cuándo nos encontramos, cada dos meses mas o menos es increíble porque todos vienen a las reuniones. Realmente hay mucha voluntad de participar. Hay unos resúmenes que se hacen y que se producen en una revistas que son profesionales. Así tenemos esa preocupación. Pero no funciona así en todas las regiones. Nosotros lo hemos logrado porque tenemos esa preocupación. Somos una región un poco marginada al lado de todo el mundo, y nadie sabe donde estamos. Nos conocemos mas fácil. Cuando te vas a los centro mas urbanos es un poco mas complicado de hacerlo. Pero nosotros es una preocupación fundamental que tenemos.

- Pregunta del Público:

Gracias. Muchas gracias por su presentación que abre el campo a un tema muy importante, muy básico en este momento que es la relación de diversos autores sociales. Yo tengo un comentario en sentido de sugerencia. Al comienzo de su

presentación usted hace un triángulo que va de tres valores: equidad, eficiencia y autonomía. Hay un valor muy importante en América Latina que hemos ido perdiendo a medida que se profundizan estas reformas de primera y que vamos hacia una reforma de segunda generación, y que es la solidaridad. Me parece que habría que abrir ese triángulo -tal vez- para convertirlo en un rombo porque es una discusión actual para nosotros.

Y el otro comentario es en el mismo sentido de Luis Eliseo. El abrir el espacio de diálogo entre investigadores y tomadores de decisiones y también la inclusión de organizaciones de la sociedad civil cuando comenzamos a pasar de un paradigma de participación comunitaria hacia -en el caso de nuestros países- construcción de ciudadanía como parte misma de lo subjetivo de la formación de la política pública ahí tenemos unos espacios cerrados y bloqueador entre los investigadores, los tomadores de decisiones y la misma ciudadanía, o que hemos llamado usuarios. Y en el proceso de la devolución de resultados y de discusión y de dialogar sobre la investigación podemos ir haciendo ese paso hacia comunidades mas informadas y hacia una ciudadanía ilustrada que no solamente demanda en términos de prestación del servicio cuando se da, sino que puede ser habilitada en este proceso a participar informadamente e ir balanceando el equilibrio del poder para participar mas ilustradamente. Muchas gracias.

- Respuesta de Daniel Reinharz:

Para nosotros la solidaridad la encontramos en la equidad porque la equidad tiene como base, para que funcione -para nosotros- a la solidaridad. Podría hablar horas sobre eso.

Pero la cuestión de la participación de los grupos sociales es un problema bastante difícil. Hemos intentado muchas cosas, algunas son interesantes para tratar de involucrar a la población en las decisiones. Hemos tenido experiencias que a mi me parecían interesantes pero al fin fueron un fracaso como por ejemplo un foro de la población donde cada región tenía un grupo de representantes de la población que tenían mucha plata para hacer unos trabajos. Por ejemplo para buscar lo que la población quiere, para buscar cómo la población ve los sistemas. Así ellos no representaban realmente a la población pero manejaban la plata para buscar lo que la población quería. Era un sistema que quizás era interesante para introducir la preocupación en la población en la manera de manejar nuestro sistema. Pero no funcionó nunca. Y ahora la única cosa que hemos encontrado es de involucrar a los organismos comunitarios, ellos representan un poco a la sociedad civil y hay como una agrupación de esas comunidades y los involucramos. Involucramos esta agrupación de organizaciones comunitarias, la involucramos dentro de nuestro proyecto. Es la única manera - hasta ahora- que hemos encontrado para tratar de involucrar a la población civil.

- Pregunta del auditorio:

En América Latina, en los sistemas de salud que tenemos nosotros ¿usted que parámetros utilizaría para decir de que son sistemas de salud que no tienen equidad en los usuarios?

- Respuesta de Daniel Reinharz:

Es difícil. No se, no se que responder -se ríe- Tenemos muchos indicadores. La manera para nosotros de trabajar es que buscamos mas el proceso, - para decir si tenemos un sistema equitativo- que el resultado. Y buscamos el nivel de bienestar. Utilizamos mas el bienestar que la salud en realidad como indicador, el nivel de bienestar de varios grupos de la población Y ese es uno de los desafíos de la salud pública. No solo la salud pública porque no es exactamente como aquí, porque como tenemos un sistema público, completamente gratis, la salud pública hace otras cosas. Pero uno de sus desafíos es de siempre buscar a sub grupos de la población que tiene un nivel de bienestar un poco mas bajo que el resto. Y después trabajar sobre los procesos que tenemos que implantar para tratar de aumentar el bienestar. Pero no puedo, la única cosa que puedo decir que no tiene mucho que ver con su pregunta -espero que me lo perdona- es que nosotros también somos un país de América Latina. No hay que olvidarlo -risas-

- Ernesto Báscolo:

Dos cositas. Una con toda sinceridad muchas gracias Daniel porque me pareció una presentación no solamente con un gran énfasis y mucha motivación de tu parte sino que transmitió mucha motivación en este proceso que estamos tratando de construir que es la relación entre investigadores y decisores.

Yo simplemente hago un comentario de queja, de llanto -por las dudas aviso- Yo siento de que pudiste describir un poco el escenario de Canadá y cómo instituciones fundamentalmente públicas están dando énfasis a este nuevo paradigma, a esta nueva articulación de decisores e investigadores. En nuestro caso, si bien el instituto viene ya desde la génesis con esta articulación entre la academia y la decisión, estamos muy intensamente trabajando desde hace menos tiempo con proyectos de investigación puntualmente, si bien con otras actividades de capacitación o de colaboración que existían previamente.

En el caso de Argentina -y ahí viene el llanto y la necesidad de reflexionar un poco al respecto- uno de los elementos que vos planteaste a parte de este apoyo institucional que es evidente y es claro, que es explícito y que es un motor de las transformaciones en Canadá y que están ausentes en el caso de Argentina - nosotros podemos considerar que somos beneficiarios gracias a IDRC que nos apoya en algunos proyectos y en este en particular, este proceso que estamos tratando de generar y la OPS por supuesto también- es que a demás de esta falta de instituciones propias en el sistema de salud argentino tenemos ciertas debilidades nosotros en cuanto a las instituciones de investigación en Argentina. Yo creo que no podemos -si bien ustedes son un país de América Latina- soslayar las diferencias en cuanto al peso de estas instituciones, las tradiciones, el prestigio de los investigadores en sus opiniones. Y a mi me parece que en

Argentina -yo digo que un poco nos hemos quedado tal vez un poco en compasión con Colombia, con Chile, con Brasil- existe una necesidad de recuperar los espacios de producción de conocimientos y también de colaboración con los decisores. Lo cual hace que se un proceso diferente. A mi me parece que el proceso de conocimiento con los decisores, la posibilidad de reconfigurarse, de redefinir los roles, no es exactamente como en Canadá sino que tiene cierta idiosincrasia que revaloriza mucho mas la etapa previa. No digo que no lo sea allá en Canadá, pero digo, el conocer a los equipos de salud, a los secretarios de salud en estos dos días, esta iniciativa que estamos tratando de generar y que hemos compartido con entrevistas. Y pensados incluso como estrategia explícita, para nosotros es mucho una estrategia de prueba y error. Nos sentimos aprendiendo con estas iniciativas, cuesta arriba y con mucha tela por cortar. Nada mas.

- Pregunta del auditorio:

Si. Primero felicitar. Ha sido muy claro y nos ha servido bastante. Con respecto a la participación y al liderazgo yo como una pregunta anterior a investigar sobre estos temas, es realmente cuando hablamos de participación, sincerarnos y decir si realmente buscamos la participación: quiénes queremos que participen, hasta dónde queremos que participen, y bajo que reglas, y quién las pone. No sea cosa que los que participen nos cambien las reglas. Si estamos dispuestos a diluir o ceder poder desde un liderazgo formal a los líderes informales y si el liderazgo se construye por decreto o lo da la ciudadanía en base a un conocimiento personal de los líderes informales, y quién otorga el liderazgo. Y si eso no se construye a través del tiempo con una coherencia de conducta y el conocimiento de los vecinos. Y esto lo vemos mas en los pueblos chicos, en donde uno puede ser un líder pero cuando se mandó dos macanas seguidas no es mas líder y en donde manejamos poblaciones a las que se les ha dado una participación, yo diría una participación condicionada, hay intereses de los que dan la participación, y donde esa persona muchas veces se ha quedado caminando en el aire y con proyectos truncos. Vos recién marcaste qué pasa cuando el proyecto se desfinancia.

Entonces uno no sabe si los proyectos se arman para justificar el cargo de alguien o ganar un sueldo y en donde los verdaderos líderes de la comunidad no se manejan por un sueldo sino que están dados por la comunidad y tienen una responsabilidad por la comunidad y uno ve que esas personas, líderes naturales, ubicados en el espacio, en el territorio y que están ahí antes y después de los líderes formales. Ese mismo líder que está en la salita, que está en la cooperativa de la escuela, que está en el club de fútbol del barrio, que estaban antes que lleguemos nosotros y que van a seguir después que nosotros nos vayamos. Y son desconfiados por lo que se ha hecho antes con ellos. Entonces yo creo que tenemos que sincerarnos en los proyectos y en los programas cuando los vamos a escribir y los vamos a hacer, si realmente estamos dispuestos a dar participación y vuelvo a repetir, hasta dónde y con quién. Y a quién dejamos a

fuera y a quien metemos. Si en realidad esos proyectos no están sesgados por nuestros propios intereses y no por los verdaderos de la comunidad.

- Respuesta de Daniel Reinharz:

Podemos hablar durante horas y horas. Es un problema realmente muy difícil. Tenemos una metodología que utilizamos cuando hacemos análisis organizacional donde vamos a buscar cuáles son los grupos, y hay grupos que son formales hay grupos que son informales y vamos a integrar también los grupos informales. Cuando se habla de una investigación de manera mas tradicional, por supuesto vamos a buscar primero al sector formal porque es este sector el que tiene la plata o maneja la estructura. Pero integramos en el proceso al sector informal. Cuando hablé de la importancia de la apropiación por el terreno, sabemos que no habrá ninguna apropiación si no trabajamos con los líderes naturales, que a veces no tienen un puesto de liderazgo. Lo integramos en el proceso, lo buscamos. La ventaja que tenemos nosotros es que es un país muy chiquito, nos conocemos. Después tenés las rivalidades entre personas, pero es también nuestro papel de buscar maneras de trabajar con personas que a veces no compartes opiniones.

El ejemplo que puedo dar, que tuvimos en la región, es que había rivalidades. Cuando teníamos el grupo consejo del que hablé, juntar personas de la universidad, personas de hospitales, personas de atención primaria, cada uno pensaba que su participación le permitía primero sacar mas plata para su propia institución. Era normal. Pero lo que hemos hecho como investigadores era mas útil, hemos pasado 6 meses con ellos hasta llegar a una visión consensuada de lo que queremos. Hemos construido juntos la visión del tipo de sistema que queremos para la región. Es absolutamente increíble. Llegamos a un consenso total. Firmamos todos un informe que dice para nuestra región es acá donde queremos ir. Es tan interesante que en el sistema hospitalario que es un sistema muy poderoso donde se queda la mayoría de la plata, el sistema hospitalario a aceptado. Me pidieron de ayudarme a hacer las nuevas reglas, cómo tomamos unos pacientes que tienen enfermedades crónicas complicadas. Hasta ahora eran los hospitales. La reforma quiere que sea un médico de familia que se encarga de este paciente. Los hospitales, la dirección de hospitales me pidió de ayudarles para hacer esa transformación. Trabajar con la visión del sistema que tienen los médicos a dentro del hospital para que cambien su visión y que acepten ahora que la coordinación de los servicios no la hagan mas ellos. Nuestra estrategia es de llegar a un consenso y trabajamos sobre eso.

- Dr. Ramiro Huber:

Damos lugar para la última...

- Pregunta del Público:

Bueno, buenos días a todos. Realmente disculpen porque no puede estar en toda esta conferencia y llegué a la última parte. Pertenezco al equipo de gestión de esta secretaría, del municipio, pero me interesó mucho los diferentes

interrogantes que están planteando y la otra disculpa es porque por ahí lo que voy a plantear por ahí ya fue planteado en tu conferencia Daniel. Así que perdón Daniel por esto, pero es la necesidad moral de plantearlo. Esta dicotomía de investigadores y de tomadores de decisión, donde acuerdo con Carlos en dos lógicas diferentes: creo que hay una lógica del investigador y otra lógica del tomador de decisión. Pero por ahí poder desmitificar un poco a esto de los tomadores de decisiones. En nuestro modelos de atención, por mucho tiempo tuvimos una dicotomía entre modelo de atención y modelos de gestión y lo veíamos como dos cosas separadas, dos roles diferentes. Y si bien es verdad que hay quienes hacen gestión y no hacemos atención, es verdad, y hay responsabilidades que las tenemos que tomar los que hacemos gestión claramente, pero hace tiempo que empezamos a mechar y a permeabilizar un modelo de atención en donde el que hace atención tiene que hacer gestión también en función de generar cada vez mas autonomía y responsabilización de los equipos locales que permitan atender y gestionar al mismo tiempo. En todos los niveles de atención; estamos hablando desde un primer nivel de atención hasta el rol de un especialista cuando interna un paciente en el tercer nivel de atención. Esto de no separar la atención de la gestión. No hay ningún equipo, que podamos concebir a los integrantes del equipo que no tenga una responsabilidad de gestión cuando está haciendo la atención de un paciente.

En esta dicotomía de quién toma decisión, me parece que sería interesante discutirlo un poco a esto porque las tomas de decisiones en la gestión clínica es de todos los días también. Me parece que un gran desafío de los que hacemos gestión pura -y esto es autocrítica que ahora si lo pongo en la cancha de los que hacemos gestión pura- es cómo identificamos nudos en la red que permitan intervenir a los investigadores a la par de los que hacen atención y que también son capaces de tomar decisiones. No hacen falta las grandes tomas de decisiones para poder resolver cosas que tengan impacto con la atención de la gente. Me parece que un gran desafío nuestro -por lo menos en el modelo de Rosario- de poder identificar nudos concretos dentro de la red que permitan hacer mecanismos de investigación con los mismos actores que puedan tomar las decisiones.

No se si está claro como quise plantear el problema. Desmitificar un poco que los tomadores de decisiones están en otro lado digamos. Hay tomadores de decisiones que están en lo local también, que originan un gran impacto con procesos de investigación si los llevamos a cabo a ese nivel.

- Respuesta de Daniel Reinharz:

El último, el mas complicado -se ríe- Son malos conmigo. Lo que intenté de explicar es cómo vemos nosotros el liderazgo en el campo de la salud: es un conjunto entre (...) y clínicos y tenemos que desarrollar un tipo de liderazgo que junte a los dos porque no tienen exactamente el mismo tipo de responsabilidad. Es difícil pero es parte del papel del investigador hacer emerger un tipo de liderazgo bicéfalo.

Estoy de acuerdo contigo, este tipo de liderazgo lo tenemos que encontrar en varios niveles del sistema. Al principio cuando hablé dije que hemos logrado bastante bien desarrollar un tipo de liderazgo a nivel central, hay unos liderazgos con esos dos campos que faltan, especialmente alrededor de la atención primaria. Son cosas que tenemos que pensar un poco mas y trabajar.

- Bueno, muchas gracias a todos, particularmente a Daniel.