

COMUNICARSE A DISTANCIA. Reflexiones sobre una práctica en salud

Dres. L. Carniglia, S. D'Onofrio, E. Pérez Lozada, E. Hammermüller, J. González, M. F. de Castro Pérez, L. Gamba, N. Albizuri, C. Procak Psaros, Lics. V. Schejter, J. Cegatti, L. Selvatici, F. Ugo, P. De Raco, M. Jesiotr, S. Quintana, F. Hekier, A. Luna, Adm. A. Cámara, E. Santoianni, L. Aliaga

INTRODUCCION

El Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan, inaugurado en 1987, fue diseñado como un Hospital de alta complejidad. Desde su origen, se lo concibió como un hospital pediátrico de referencia a nivel nacional para la alta complejidad que supone la asistencia especializada, presencial e intramuros con un gran desarrollo de tecnología.

En el momento de su apertura, se creía que recibiría sólo pacientes derivados de otras instituciones de salud. Sin embargo desde el inicio la creciente demanda espontánea de patología de baja complejidad que no correspondía al nivel de atención programado dificultó la organización de la asistencia.

Con frecuencia se observaba cómo las familias llegaban al Hospital sin haber sido orientadas o derivadas por su médico, comprobándose luego que el traslado había sido innecesario o inoportuno. La falta de una programación adecuada de la consulta generaba demoras en la resolución de los problemas y perjuicios de todo orden a la fami-

lia, que podrían haberse evitado ofreciendo diferentes modelos de respuestas.

Por otra parte, cuando el paciente era dado de alta, para continuar el seguimiento a nivel local, el profesional debía contar con una contra-referencia adecuada. Además, era conveniente que luego del alta, los profesionales tratantes mantuviesen un diálogo continuo a efectos de compartir dicho seguimiento en forma óptima.

A mediados de los años 90 se habían producido modificaciones significativas en la tecnología de comunicaciones por medio del teléfono, fax, Internet y videoconferencia, que promovían un escenario propicio para facilitar intercambios entre Instituciones a cargo de un gran número de pacientes y nuestro hospital.

Dichos avances tecnológicos, ofrecían además la posibilidad de iniciar programas de educación a distancia para grandes grupos, así como promover el diálogo entre colegas para intercambiar información sobre pacientes en seguimiento conjunto, compartiendo la mutua experiencia desde distintos ámbitos de desempeño y dar así comienzo al desarrollo de un programa de telemedicina.

Si bien en nuestro país existían experiencias

Servicios de Relaciones Institucionales, Hospital de Día, Oficina de Comunicación a Distancia, Psicología Institucional y Servicio Social. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

no documentadas de consulta a distancia, éstas habían sido siempre en forma oral, entre colegas que se conocían de antemano y cuya colaboración se prestaba de buena voluntad.

En 1997 se inició una experiencia de comunicación para la consulta y seguimiento de pacientes a distancia, a través de la Oficina de Comunicación a Distancia (OCD)¹, constituyéndose el primer programa de Telemedicina en Argentina².

La OCD surgió como una respuesta institucional a la necesidad de establecer un nexo permanente, simple y eficaz con profesionales de todo el país. Se abrió de este modo un espacio de reflexión conjunta que potenciaba el accionar de cada nivel.

Actualmente la OCD forma parte del Programa de Comunicación a Distancia (PCD) del Hospital Garrahan, integrado por médicos, administrativos, psicólogas institucionales y trabajadoras sociales. Dicho programa tiene por objetivo colaborar en el armado de redes de comunicación entre instituciones públicas de salud. A la fecha existen 88 OCD distribuidas en 12 provincias.

El registro de la experiencia, el énfasis en reflexionar y revisar cada paso, nos permitió elaborar conceptualizaciones sobre el modo de pensar y actuar de los diferentes actores e instituciones involucrados.

Sistematizamos aspectos centrales de ese proceso que nos permiten describir los orígenes de la OCD, la constitución del programa, del equipo de salud y sus modificaciones de acuerdo a la experiencia en terreno.

Establecimos una cronología de la evolución del programa en etapas a partir de las siguientes categorías:

Marco Institucional: inserción institucional del programa y entidades que colaboran con él.

Posición: ubicación de cada interlocutor en la trama relacional.

Preguntas emergentes y obstáculos identificados: preguntas que se realizaba el equipo acerca del sistema de comunicación propuesto y las dificultades para llevarlo a cabo.

Concepción de comunicación: modos de entender las prácticas de comunicación.

Aprendizajes: Conocimiento producto de la percepción, reflexión, sistematización y conceptualización de la experiencia colectiva.

Las preguntas que motorizaron cada etapa generaron aprendizajes que nos llevaron a reorganizar los sucesivos momentos del programa.

ETAPAS

Etapa 1, Gestación del proyecto de una Oficina de Comunicación a Distancia

La oficina se gestó a raíz de una propuesta de la Dirección Médica Ejecutiva del Hospital

Garrahan ante la necesidad de crear un sistema oficial y sistemático que diera respuestas a la consulta de pacientes que residen en zonas alejadas. El modo tradicional de consulta a distancia hasta ese momento era el intercambio telefónico informal y asistemático entre el médico de una provincia y un especialista del Hospital Garrahan. No se hacían consultas entre clínicos ni se incluía la participación de un clínico en la consulta a un especialista.

La OCD se implementó en el Hospital de Día Polivalente, un sector caracterizado por su actividad interdisciplinaria, coordinada por médicos clínicos.

Desde un comienzo surgieron múltiples interrogantes en torno a la factibilidad de responder una consulta a distancia, así como acerca de la utilidad de la respuesta para el médico que la solicitó.

Los obstáculos que fueron surgiendo se relacionaban con la necesidad de atender a un paciente que no estaba presente, confiando en los datos aportados por médicos que no conocíamos.

Se realizaron convenios con hospitales de varias provincias, sin diferenciar niveles de complejidad, considerando aspectos operativos, médicos y legales.

Se concebía a los médicos que consultaban como receptores pasivos de la respuesta solicitada al Hospital Garrahan.

Etapa 2, La Oficina de Comunicación a Distancia en funcionamiento

Una vez elegido el espacio físico e instalada la Oficina de Comunicación a Distancia (telefax con línea exclusiva, computadoras y un equipo médico administrativo a cargo) comenzó la recepción de consultas.

Para su funcionamiento se diseñaron formularios de diversos tipos que le brindaron un marco de legalidad al intercambio y habilitaron el archivo documentado de las prácticas asistenciales. Se diagramó una base de datos en la que se registró la información que posibilita en la actualidad la obtención de estadísticas.

En una primera etapa la atención se enfocó en la forma de responder acerca del problema del paciente, preocupados por contestar integralmente a todas las dudas planteadas.

Concebíamos que disponer de la tecnología aseguraba la realización de consultas médicas. La mirada estaba centrada en desarrollar y conocer nuestra función en esta nueva práctica: nos preguntábamos cómo formular un intercambio a distancia.

Entre los aprendizajes de esta etapa pudimos comprobar que la calidad de la prestación asistencial se relacionaba con un trabajo en equipo

entre administrativos y médicos y que la presencia de personal estable permitió profundizar la comunicación interpersonal.

Por otro lado, percibimos una creciente aceptación de la propuesta por parte de los hospitales provinciales.

El alto crecimiento del número de consultas procedentes de hospitales de diferentes niveles de complejidad, nos planteó la necesidad de modificar el estilo radial de comunicación, en donde todos consultaban al Hospital Garrahan. Surgió así la idea de fortalecer el nivel de resolución local mediante un modelo conformado por redes intra-provinciales. Basados en este diagnóstico, se formuló un proyecto piloto de duración anual, a realizarse en la provincia de Jujuy, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. (OPS)³

Etapas 3, Experiencia Piloto de un Programa de Comunicación a Distancia en Jujuy

Para llevar a cabo el proyecto se intentó reproducir el modelo del Hospital Garrahan, con escasa participación de los referentes de la provincia en lo que se refería a rediseñar el proyecto desde una perspectiva local.

Algunas preguntas que acompañaban esta etapa fueron cuáles debían ser las funciones del referente médico provincial, qué recursos económicos, humanos y de tiempo se requerían de la provincia para la implementación y el sostenimiento del programa y qué conocimiento se necesitaba transferir a los referentes provinciales acerca de la realización de consultas médicas a distancia. Esta última ha sido una pregunta recurrente a lo largo de todos estos años, a la que le encontramos distintas respuestas. En esta primera etapa hicimos foco en construir protocolos para responder a distintas patologías.

Los principales obstáculos fueron la ausencia de un registro de lo realizado que nos permitiera evaluar la experiencia y el desconocimiento del tipo de intercambios existentes entre los hospitales de la provincia.

Transcurridos algunos meses, observamos que el volumen de consultas dentro de la provincia y hacia el Hospital Garrahan era escaso. Dado que contábamos con la tecnología adecuada, nos preguntamos qué otros factores podrían incidir. Nos planteamos entonces la necesidad de realizar una encuesta a todos los referentes de las Oficinas de Comunicación a Distancia que diera respuesta a las siguientes preguntas: cuáles eran los motivos por los que no se comunicaban si contaban con los medios técnicos y por qué no había registro de las consultas. Las respuestas de los encuestados sugerían la existencia de barreras comunicacionales e interpersonales, además de las tecnológicas.

Surgió la necesidad de contar con otras herramientas conceptuales para evaluar en profundidad las dificultades detectadas, por lo que solicitamos una investigación con metodología cualitativa al equipo de Psicología Institucional⁴.

La investigación consistió en entrevistas en profundidad a referentes médicos y administrativos de todas las oficinas de la provincia, realizadas en conjunto con los médicos referentes de las oficinas de los hospitales de cabecera (pediátrico y materno-infantil) de la capital provincial.

De las conclusiones de este estudio surgió la importancia de considerar la necesidad de establecer vínculos interpersonales basados en la confianza y no sólo en los requisitos técnicos. A su vez entendimos que el mayor conocimiento del interlocutor y las experiencias cara a cara facilitan la predisposición para realizar la consulta y la satisfacción con el resultado de ésta.

Comprendimos la importancia de la presencia del coordinador del hospital de cabecera durante las visitas a los hospitales zonales de la provincia.

Se jerarquizó la función administrativa para la OCD y se generaron nuevas concepciones sobre la asistencia, la comunicación, los métodos de aprendizaje de la medicina y el rol de todos los niveles asistenciales.

Se asistieron pacientes que hasta el momento no habían accedido a un adecuado diagnóstico y tratamiento y los médicos de la provincia comenzaron a diagnosticar y seguir pacientes con patologías más complejas.

Concebimos un modelo distinto de funcionamiento en red en tres sentidos:

1. aprendizaje (además de los espacios tradicionales docentes revalorizamos la construcción conjunta del conocimiento a partir de saberes complementarios en los distintos niveles de complejidad y en situación de trabajo), **2. acompañamiento**, el cual posibilitó la contención entre los interlocutores, **3. Integración asistencial** a) del saber (por tratamiento interdisciplinario de las patologías), b) de las organizaciones (mediante la articulación de los distintos niveles de atención involucrados en la asistencia) y c) de los agentes de salud.

Desde este modelo nos propusimos acompañar a la provincia en la experiencia de implementación y sostenimiento del PCD evitando ser percibidos como auditores. Utilizamos para ello distintos canales de comunicación: encuentros presenciales, llamadas telefónicas, mails y videoconferencias.

Las conclusiones de la investigación condujeron a organizar diversos espacios de reflexión interdisciplinarios en el Hospital Garrahan sobre la propia práctica de interconsulta a distancia⁵.

En ellos surgieron diversos interrogantes: ¿Cómo coordinar? ¿Cómo implementar un programa en forma conjunta? ¿Qué estilos comunicacionales facilitan los intercambios? ¿Cuál es el lugar de los referentes locales en el armado, implementación y sostenimiento del proyecto? ¿Cuáles son las funciones de un hospital de alta complejidad? ¿Cómo se asiste a distancia?

Los resultados de los intercambios con los colegas de las OCD de Jujuy posibilitaron reestructurar la organización y diseñar conjuntamente normativas adecuadas para su desarrollo que contemplen y respeten las lógicas locales.

Otra conclusión de esta etapa fue la necesidad de transmitir la experiencia a otras provincias.

Etapa 4, Ampliación del programa a otras provincias

En el año 2006, el PCD se integró como un subprograma al Programa de Referencia y Contrarreferencia. Este último es producto del esfuerzo conjunto de distintos sectores del Hospital, la Fundación Hospital de Pediatría y autoridades del Ministerio de Salud de la Nación.

A partir del aprendizaje realizado en la experiencia previa se pensó que la ampliación del PCD debía partir de un proceso exploratorio de conocimiento de los modelos asistenciales locales y de las variables existentes en cada provincia. Esto permitió cambiar desde la posición de la institución que va a mostrar a las provincias un modelo cristalizado acerca de cómo hacer las cosas, hacia otro que aspira a conocer y entender cuáles son sus capacidades, necesidades, posibilidades y expectativas, para elaborar en conjunto una propuesta que respete las culturas singulares y jerarquice su saber.

Para concretar ese proceso se hizo evidente que una condición mínima para el funcionamiento del PCD era que cada OCD cuente con un médico y un administrativo designados con quienes iniciar el trabajo de exploración y acompañamiento para su implementación.

Se promovió un modelo de trabajo en el que alternan momentos de exploración con los de reflexión y acción⁶.

Los interrogantes que surgieron en esta etapa fueron: ¿Cómo acompañar a cada provincia singular en la implementación del PCD? ¿Cómo son los diferentes modos de responder la consulta a distancia? ¿Qué actitud asumir ante las relaciones de fuerza intrahospitalarias e interinstitucionales de cada provincia?

Respecto al modelo comunicacional, por un lado se fortaleció el rol de coordinador del hospital de cabecera de la provincia y por otro se realizó un seguimiento del programa, a través de encuentros presenciales, comunicaciones telefó-

nicas y videoconferencias. También se organizaron espacios de reflexión sobre las prácticas de los distintos actores en cada provincia.

Se promovió la comunicación entre hospitales zonales de una misma provincia y entre provincias.

Paulatinamente se fue dando una ampliación significativa de los intercambios a distancia: consultas entre pediatras clínicos y no sólo de clínicos a especialistas, y utilización de la comunicación para necesidades como la de gestionar turnos de consulta en los hospitales de cabecera. Por otra parte, los intercambios comenzaron a ser bidireccionales, no sólo desde la baja complejidad hacia la alta, sino que algunos hospitales de mayor complejidad iniciaron la comunicación enviando informes de contrarreferencia a distancia cuando los pacientes volvían a su localidad.

También se comenzaron a utilizar las OCD para realizar consultas a distancia de pacientes adultos.

Los aprendizajes de esta etapa fueron muchos⁶: se visualizó la necesidad de contar con convenios políticos además de acuerdos con las instituciones involucradas, se avanzó en la conceptualización de las funciones del médico clínico y del administrativo responsables de la OCD; surgieron nuevos servicios para prestar a distancia.

También se revalorizó la comunicación telefónica para esclarecer el motivo de consulta.

Los referentes provinciales adquirieron cada vez más autonomía. Se comenzó a graduar la incorporación de los hospitales zonales al PCD. Se interrelacionó el PCD con otros programas preexistentes en las provincias y se construyeron las bases para la inserción de otras propuestas surgidas en el Hospital Garrahan.

Se vio la importancia de historizar el proceso de constitución del PCD para transmitir mejor la experiencia.

Proyecto de investigación interinstitucional

En el año 2009, en vista del crecimiento notable del PCD, se propuso llevar adelante un proyecto de investigación⁷ interinstitucional con la finalidad de evaluar diferentes aspectos de su funcionamiento, lo que permitió analizar diversos procesos, formular y medir indicadores, así como sugerir nuevas formas de registro de la tarea.

Acompañaron esta investigación las siguientes preguntas: ¿Cómo evaluar el PCD con una mirada integral que contemple su abordaje con metodología cuali-cuantitativa?; ¿Cómo crear en forma conjunta un instrumento de evaluación que facilite dicho proceso? ¿Cómo establecer criterios para asignar recursos humanos, capacitación y recursos materiales a partir de dicha evalua-

ción? ¿Cómo incorporar el proceso de evaluación desde el inicio del programa? ¿Cómo trabajar los aprendizajes producto de esta experiencia al interior de cada hospital, dado que participan de ella un único representante de cada institución?

Para dar una respuesta a estos interrogantes nos enfrentamos con diversas dificultades como por ejemplo la existencia de múltiples bases de datos, un registro incompleto de la información, dificultades en el relevamiento e interpretación de ésta mediante metodología cualitativa.

Para todos los que participamos fue un importante aprendizaje construir de manera conjunta las herramientas necesarias para desarrollar cada una de las etapas del proyecto de investigación. Entre los aprendizajes más destacados señalamos la posibilidad de encontrar una dinámica grupal, presencial y a distancia, que por su armonía permitió llegar a consensos esenciales para la producción de conocimiento; la construcción de instrumentos de relevamiento de datos cuali-cuantitativos; la capacitación en terreno acerca del uso de estas herramientas; el esclarecimiento mediante la deliberación en grupos de reflexión heterogéneos (médicos-administrativos-psicólogos institucionales) acerca de conceptos clave que por ser parte de la práctica no tenían una definición explícita y común a todos los actores (por ejemplo consulta o gestión). Se consensuaron definiciones sobre campos de las bases de datos, formularios y conceptos relacionados con la comunicación y consulta a distancia. Esto implicó la redefinición de indicadores existentes y el reconocimiento de indicadores emergentes⁸.

Por último, es destacable el uso de la videoconferencia para mantener una comunicación fluida y grupal con el objetivo de acompañarnos en este proceso aportándonos la visión del colega.

Estas nuevas competencias enriquecieron la comunicación entre los miembros del equipo de salud e instalan el antecedente de un estilo de comunicación más cotidiano y centrado no sólo en pacientes o patologías, sino también en temas vinculados al desarrollo del PCD y al acompañamiento de un equipo de salud interinstitucional.

Se fortalecieron los vínculos existentes entre referentes de distintas provincias y se crearon nuevas relaciones.

Otro importante aporte de este proyecto fue el uso de los recursos metodológicos para enriquecer el análisis de la situación de cada provincia y la producción de informes de evaluación del trabajo realizado.

Una mejor comprensión de la inserción institucional, provincial y nacional del PCD revalorizó el lugar de los referentes, se destrabaron situaciones conflictivas (en relación con superposición de roles/incumbencias) con respecto a otros sec-

tores del hospital y se facilitó el intercambio con referentes políticos de la provincia.

Quedó como un interrogante para la próxima etapa: cómo transferir el conocimiento y la metodología de trabajo a nuevas provincias o a aquellas que no participaron del proceso de investigación.

Experiencia Conurbano

En el marco de la transferencia del PCD a centros asistenciales del Conurbano Bonaerense, médicos del Hospital Garrahan y Hospitales del Conurbano se relacionaron para favorecer el seguimiento conjunto de pacientes que al ser dados de alta, puedan ser seguidos por profesionales cercanos al lugar de residencia. Existen experiencias previas (Programa IRAB) que sugieren buena aceptación de esta iniciativa.

Se abrió un canal de consulta directo a través de la creación de OCD en los hospitales de segundo nivel que se incorporan a estructuras existentes como las Oficinas de Referencia y Contrareferencia. El modelo de estas últimas incluye la gestión administrativa de turnos y recepción y envío de muestras. La OCD aporta la consulta a distancia como elemento asistencial.

La estrategia de colaboración con hospitales del segundo nivel representa un cambio en la colaboración interinstitucional por niveles de complejidad. El flujo natural de pacientes del primer y segundo cordón a la ciudad de Buenos Aires nos inclinó a adoptar este modelo. Los pacientes del tercer cordón y parte del segundo, preferentemente concurren al Hospital Pediátrico Sor María Ludovica, hospital de cabecera de la provincia.

Se busca que el hospital de segundo nivel aumente la complejidad de los pacientes atendidos, ampliando así su capacidad asistencial.

El hospital de segundo nivel articulado con el centro de salud facilita el seguimiento del paciente y la obtención de turnos en ambos centros.

En las salidas a terreno, junto a los profesionales de la OCD, participan médicos de las áreas de internación. Esto tiene un doble objetivo: involucrar a médicos del hospital en las actividades de la OCD que luego impactarán en el trabajo cotidiano de sus áreas asistenciales y poder dar una visión a profesionales de otros hospitales de las problemáticas de comunicación de sectores del Hospital Garrahan diferentes a la OCD (internación, áreas de terapia, emergencia, especialidades)

La reciente incorporación de la OCD en el Policlínico Nacional Prof. A. Posadas permite visualizar un funcionamiento diferente al previamente mencionado, en el cual la OCD del Posadas actúa como referente para toda un área de influencia que incluye la zona sanitaria séptima e interconsulta con el Hospital Garrahan.

En este caso las preguntas que nos surgen son: ¿Es posible organizar el seguimiento de pacientes al alta de internación con médicos e instituciones cercanas al lugar de residencia? ¿Es diferente el resultado cuando la propuesta de seguimiento parte del hospital de mayor complejidad? ¿Cómo se piensa la comunicación a distancia cuando la distancia se acorta? ¿De qué manera puede favorecer el armado de la OCD la existencia previa de las Oficinas de Referencia y Contrarreferencia en los hospitales de segundo nivel? ¿Cuál es en la actualidad el flujo de pacientes e interconsultas? ¿Cómo es el mapa sanitario de la región? ¿Qué otras variables no controlables pueden intervenir en el proceso de la implementación del programa, obstaculizando o facilitando?

Algunas de las dificultades que encontramos se vinculan con a) la cercanía de un hospital de alta complejidad prestigioso para la comunidad, que actúa como atractor para los pacientes y se constituye en un obstáculo a la referencia según niveles de complejidad; b) un sistema de transporte que facilita el acceso directo al hospital de alta complejidad y dificulta el acceso a hospitales municipales o provinciales y c) La asimetría entre la oferta de recursos humanos y técnicos del hospital de alta complejidad con respecto a los hospitales del Conurbano.

Son aprendizajes de esta etapa a) la visualización de la necesidad de la participación de otros profesionales del hospital para desarrollar experiencias de salida a terreno y b) optimizar la organización de las derivaciones al Hospital Garrahan desde el segundo nivel e ir incorporando paulatinamente la consulta a distancia y el seguimiento conjunto. En este sentido los profesionales de los hospitales de segundo nivel se mostraron entusiasmados ante la posibilidad de seguir pacientes con patologías complejas.

También nos interesa explorar la posibilidad de afianzar la formación de referentes en ciertas especialidades o patologías (no nos referimos a especialistas sino a interlocutores clínicos).

Concepciones acerca del Programa de Comunicación a Distancia

La experiencia revela que la articulación interinstitucional que redundaba en una continuidad del cuidado es sostenida habitualmente por la familia⁹. Desde el PCD reafirmamos la necesidad de garantizar dicha continuidad mediante un adecuado seguimiento del paciente a distancia.

Con respecto a la comunicación interinstitucional, que no era concebida como parte de la actividad asistencial, el técnico administrativo ocupa un rol fundamental en el equipo interdisciplinario.

Los administrativos, habituados a otras prácticas, encontraron distintas formas de gestión. Por ejemplo, encauzar hacia la OCD consultas que entraban por canales informales a diferentes servicios del hospital. Como agentes de salud, promueven y sostienen vínculos personalizados asegurando la conectividad e instalan paulatinamente la posibilidad de la comunicación bidireccional, iniciando intercambios a distancia desde cualquier punto del sistema de salud. En la actualidad se considera que las tareas que realizan son de orden asistencial. Se delinea, así, un perfil diferente al clásico administrativo público del sector salud.

Desde la Psicología Institucional se acompañó el proceso de creación del Programa, colaborando, por un lado, en la caracterización de las concepciones establecidas acerca de la práctica médica y de la utilización del sistema de salud, las cuales era necesario revisar para la concreción de la transformación cultural requerida por el Programa. Por el otro, en organizar dispositivos de participación que dieran cabida a la singularidad de la cultura asistencial de cada provincia.

De este modo se vislumbra que la calidad de la prestación asistencial a distancia se relaciona con un trabajo en equipo interdisciplinario. Un efecto de esta modalidad de trabajo es que se desdibujan autorías individuales de las ideas en la construcción conjunta de pensamiento.

Un desafío para instalar una práctica novedosa en salud era concebir un modo de transferirla. Fue importante en este sentido comprender que en el marco del PCD todos los interlocutores tienen algo para aprender en el proceso de construcción conjunta, cuestionando la ilusión de un programa en el que se cristalizan dos posiciones: quienes “dan” y quienes “necesitan” y reciben.

Otro aspecto central fue la articulación del Hospital Garrahan con el Ministerio de Salud de la Nación. Éste avaló que el Hospital Garrahan sostuviera un programa de alcance nacional que surgía como necesidad a partir de la práctica hospitalaria y donde distintos hospitales trabajan en conjunto, cuidando la relación esencial entre la conceptualización de los proyectos y quienes los llevan a cabo. De esta manera, se supera la escisión propia de los programas emergentes de instituciones no involucradas en la cotidianeidad asistencial, en donde hay roles diferenciales entre quienes los piensan y quienes los ejecutan, y en los que es un obstáculo habitual que las propuestas no se acomoden a las necesidades locales y los destinatarios se sientan ajenos a dichos programas. En el PCD se considera que las propuestas se sostienen y cobran legitimidad en la medida en que los actores se apropian activamente de ellas desde el momento de su gestación instalando un proyecto conjunto.

Actualmente, el PCD no es totalmente centralizado —ya que propone la autonomía local— ni descentralizado, ya que tiene su coordinación general en el Hospital Garrahan como referente nacional. Desde este modelo, se propone acompañar a las provincias en la experiencia de implementación y sostenimiento del PCD.

Los referentes políticos de las provincias son interlocutores importantes que participan de manera activa, definiendo los alcances y sentidos del programa y no sólo “apoyando con su aval”.

CONCLUSION

La creación de las OCD permitió sistematizar procesos de comunicación interinstitucional que en algunas provincias fueron incorporados en sus políticas públicas.

Consideramos que uno de los cambios más significativos fue la transformación de la creencia acerca de que el Hospital Garrahan era “el último eslabón” de la cadena hacia una imagen en la que cada actor participa de un sistema de salud a modo de “círculo” en el cual no hay jerarquización vertical de los intercambios. La especificidad se mantiene a través del trabajo conjunto, a distancia y cara a cara. En este sentido, actualmente nos preocupa sistematizar no sólo la llegada de los pacientes desde otros hospitales, sino también la vinculación con las instituciones que los reciben, sosteniendo la comunicación con éstas, hayan o no sido derivados desde allí.

Atender a pacientes que no están presentes y confiar en los datos aportados por otros colegas representa un cambio sustancial en el modo habitual de trabajo e implica una modificación pro-

funda en la forma de concebir la asistencia. Se perfila así una nueva modalidad de atención.

REFERENCIAS

1. Carniglia, L., D'Onofrio, S., Elmeaudy, P., González, J., Torolla, J., Castelli, M. “Oficina de comunicación a Distancia”. 1999.
2. Carniglia Luis. Evaluación de un Sistema de Comunicación a Distancia en un Hospital Pediátrico, para la referencia y contrarreferencia de pacientes. Tesina de Maestría. Universidad del Salvador. 2001.
3. Carniglia, L., Schejter, V., Cegatti, J., Luna, A., Cámara, A. Informe de la investigación “Proyecto de telemedicina en apoyo al establecimiento de redes de servicios hospitalarios”, Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2004.
4. Cegatti, Julia; Schejter, Virginia “Evaluación cualitativa de la Red de Oficinas de Comunicación a Distancia del sistema de salud de la provincia de Jujuy y su relación con el Hospital Garrahan”. Fundación Hospital de Pediatría “Prof. Dr. J.P. Garrahan” en el marco del “Programa de Telemedicina en Apoyo al Establecimiento de Redes de Servicio” de la OPS. 2004.
5. Cegatti, J., Schejter, V. Proyecto de investigación: “Caracterización del funcionamiento de la Oficina de Comunicación a Distancia del Hospital Garrahan”, Hospital de Pediatría SAMIC “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, 2005.
6. Schejter, V., Cegatti, J., Selvatici, L., De Raco, P., Ugo, F. “Comunicarse y Asesorar a Distancia”. Memorias de las XII Jornadas de Investigación del Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. N° ISSN 1667-6750. 2005. Tomo II. 128-130.
7. Evaluación del Programa de Comunicación a Distancia en las Oficinas de Comunicación a Distancia del Hospital Garrahan y de seis provincias argentinas. Estudio cuali-cuantitativo de tipo descriptivo-analítico. Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.
8. L. A. Carniglia, J. H. González, E. Pérez Lozada, L. Selvatici, J. Cegatti, F. Ugo, A. Luna, D. Marchioli, E. Gutiérrez, F. Adén, T. Kantolic, N. Orellana, M. C. García. Programa de Comunicación a distancia. Elaboración de indicadores cuali-cuantitativos para su evaluación. Revista Medicina Infantil. 2010; XVII(3): 276-281.
9. Continuidad del cuidado inter-institucional de pacientes pediátricos con patologías crónicas. Informe final de beca de Selvatici, L. Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación. 2007.