

# **Diseño y Producción de una Planificación Comunicacional Estratégica de una empresa de Internación Domiciliaria**

**Maira Franco**

**Renzo Servera**

Tesis de Grado

Facultad de Periodismo y Comunicación Social  
Universidad Nacional de La Plata

La Plata, 2012



**DISEÑO Y PRODUCCIÓN DE UNA PLANIFICACIÓN COMUNICACIONAL  
ESTRATÉGICA DE UNA EMPRESA DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA**

**Maira Ayelén Franco**

DNI 33043726  
Leg. 15337/7  
mairafranco1@hotmail.com  
Calle 9 n° 335 – La Plata  
0221 – 155628794

**Renzo Servera**

DNI 32799817  
Leg. 15259/9  
renzoservera@gmail.com  
Calle 5 n° 1205 dpto. 5° B – La Plata  
02314 – 15613444

Tesis de Grado

Facultad de Periodismo y Comunicación Social  
Universidad Nacional de la Plata  
La Plata, 2012



Junio de 2012, La Plata

Dirección de Investigaciones Científicas y Grado  
Facultad de Periodismo y Comunicación Social  
Universidad Nacional de La Plata

---

Por medio de la presente, nos dirigimos a Ud. a fin de presentarle nuestra Tesis de Grado titulada, "Diseño y Producción de una Planificación Comunicacional Estratégica de una empresa de Internación Domiciliaria", realizada por Franco Maira Ayelén, legajo 15337/7, y por Servera Renzo, legajo 15259/9.

Durante el desarrollo de este trabajo, el eje central fue modificado dado los diversos obstáculos encontrados en el proceso. No obstante, hacemos la aclaración de que el producto final consiste en la realización de tres jornadas de capacitación sobre comunicación en empresas de internación domiciliaria, destinadas a emprendedores y directores afines.

Consideramos que esta tesis concluye con nuestro recorrido académico, intentando reflejar la importancia de la gestión comunicacional en una temática tan novedosa como lo es el servicio de internación domiciliaria. Nuestra intención, desde este trabajo, es aportar un nuevo conocimiento y resaltar el valor estratégico de la comunicación en este rubro.

Quedamos a la espera de una pronta y satisfactoria respuesta para acordar la defensa de dicho proyecto. Desde ya, muchas gracias y aprovechamos la oportunidad para saludarlo a Ud. Muy atentamente,

Maira Franco

Renzo Servera



## AGRADECIMIENTOS

---

La realización de esta tesis significa para nosotros la culminación de una etapa de gran esfuerzo, de mucho trabajo y de un sinfín de momentos con diferentes matices a lo largo de estos últimos seis años. Una etapa y un ciclo maravilloso durante el cual necesitamos del apoyo y de la compañía de nuestros seres queridos y allegados.

Como primera instancia, queremos agradecer a nuestras familias que, a pesar de estar lejos, nunca dejaron de brindarnos su paciencia y su tiempo, su contención diaria y, principalmente, de demostrarnos su fe y seguridad en nuestro porvenir y desempeño profesional.

Queremos agradecerles a nuestros amigos, que son muchos por cierto, por cada tarde compartida, por cada experiencia vivida y por su aliento para no bajar los brazos ante determinados obstáculos. Queremos hacer un especial agradecimiento a Julia, por su comprensión y madurez a la hora de querer avanzar en este proyecto, hecho que fue muy valioso para nosotros.

A nuestro director, Santiago, por ponerse a entera disposición nuestra en todo momento, por guiarnos en cada paso, por ofrecernos todo el conocimiento necesario y, fundamentalmente, por depositar su confianza y apostar en nosotros como futuros profesionales de la comunicación.

Y, por último, dedicamos un agradecimiento a todos los profesores de nuestra Facultad por habernos ofrecido todo el conocimiento, la teoría y la práctica requerida para este trabajo a lo largo de todo nuestro recorrido académico. Del mismo modo, trasladamos esas gracias a todos aquellos que fueron partícipes de esta tesis ya sean entrevistados, encuestados o simplemente consultados, dado que sin ellos esto no hubiese sido posible.

A todos, muchas gracias.





## ÍNDICE

---

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>13</b>
Director .....	15
Co-Directora.....	15
Breve descripción del proyecto .....	15
Programa de investigación .....	16
Palabras clave .....	16
Introducción .....	17
Alcances y limitaciones .....	19
Origen y fundamento .....	19
Justificación .....	21
Planificación .....	22
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>25</b>
Espacio comunicacional.....	27
Planificación y gestión .....	31
Mercado y marketing .....	34
Internación domiciliaria.....	36
Breve reseña histórica.....	38

La comunicación dentro del campo de la internación domiciliaria.....	39
<b>MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>43</b>
Introducción a los paradigmas de producción de conocimiento y sus perspectivas metodológicas .....	45
Reflexiones sobre el marco metodológico .....	49
Herramientas de recolección de datos .....	52
Técnicas de análisis de datos .....	56
<b>CONTEXTO E HISTORIA.....</b>	<b>61</b>
Composición del sistema de salud.....	63
Historia del sistema de salud argentino .....	65
Características de la internación domiciliaria.....	66
Historia de la internación domiciliaria.....	69
<b>ANÁLISIS DE LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA EN LA PLATA.....</b>	<b>73</b>
Análisis de las encuestas .....	75
Análisis de las entrevistas y focus group.....	79
<b>JORNADAS DE CAPACITACIÓN .....</b>	<b>93</b>
Explicación de las jornadas de capacitación .....	95
Detalle de las jornadas de capacitación .....	97
Presupuesto.....	101
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>113</b>





# INTRODUCCIÓN

- Director
- Co-Directora
- Breve descripción del proyecto
- Programa de investigación
- Palabras clave
- Introducción
- Alcances y limitaciones
- Origen y fundamento
- Justificación
- Planificación



## DIRECTOR

---

Lic. Santiago Albarracín

## CO-DIRECTORA

---

Lic. Marcela Fons

## BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

---

Este trabajo tiene por objetivo el **diseño de un curso de formación en comunicación destinado a responsables de empresas de internación domiciliaria y emprendedores en dicha metodología de tratamiento en la ciudad de La Plata.**

Para esta tesis, abordaremos diferentes cuestiones que traten los siguientes aspectos:

- Características del sistema de salud en Argentina, provincia de Buenos Aires y La Plata.
- Características del servicio de Internación Domiciliaria
- Sondeo y Análisis de Mercado de empresas de Internación Domiciliaria en La Plata
- Desarrollo de estrategias vinculadas a la comunicación interna y externa
- Definición de la Cultura Organizacional, Misión y Visión
- Creación y definición de la Identidad Corporativa
- Diseño y elaboración de productos comunicacionales internos y externos

En suma, nuestro trabajo consta de tres instancias particulares pero íntimamente relacionadas entre sí.

En un primer momento, a través del trabajo de campo y el relevamiento del material bibliográfico pertinente, construimos un **marco contextual, social y cultural sobre las empresas de internación domiciliaria y las especificidades de dicho servicio en La Plata como nueva modalidad de atención dentro del campo de la salud.**

A partir del análisis de esta información y, conociendo con mayor profundidad las características y problemáticas comunicacionales que atraviesan a estas empresas, planificamos una **serie de tres charlas destinadas a los empresarios en materia comunicacional.**

Finalmente, construimos una muestra de los **recursos comunicacionales que facilitarían el dictado de dicho curso y les serían entregados a los inscriptos como forma de reafirmar los conceptos y estrategias desarrolladas.**



### **PROGRAMA DE INVESTIGACION**

---

**Comunicación y Planificación:** Nuestra tesis se enmarca en este programa debido a que la misma se basa en el desarrollo de una planificación para el desarrollo de un ciclo de formación en comunicación destinado a empresarios del área de la internación domiciliaria.

### **PALABRAS CLAVES**

---

- Comunicación
- Salud
- Internación Domiciliaria
- Planificación
- Gestión empresarial
- Identidad/Imagen



## INTRODUCCIÓN

---

La siguiente tesis puede ser considerada una especie de declaración de principios sobre lo que consideramos que la comunicación le puede aportar a la sociedad, entendiendo que, desde nuestra perspectiva, **los procesos comunicacionales son los que sostienen a las organizaciones en una red de relaciones entre sus distintos actores.**

Hace no muchos años atrás era difícil encontrar una empresa u organización que contase con un área especializada en comunicación. La inserción de los comunicadores en el mercado laboral era sumamente compleja. Aún recordamos el panorama desalentador con el que nos encontramos haciendo el curso de ingreso a la Facultad.

Actualmente, si bien la situación no es la ideal y no resulta sencillo conseguir trabajo, se ha comenzado a darle mayor importancia al tema y la comunicación, un poco por necesidad y otro tanto por moda; se ha convertido en un tema del que se habla en toda empresa.

A lo largo de la carrera, cada vez que concurríamos a una institución a realizar un trabajo de campo, después de una serie de palabras de presentación y algunos comentarios sobre las actividades que queríamos llevar a cabo, la respuesta inevitable era que nuestro aporte sería de gran utilidad porque unos de los mayores inconvenientes de la organización era la falta de comunicación.

Desde los propios actores se la ponía en un lugar de “salvadora”, donde a partir de la implementación de nuevas y mejores prácticas comunicacionales, la organización entera empezaría a experimentar una serie de cambios que la llevarían a una situación futura mejor que la actual.

A partir de estas experiencias es que comenzó a girar en nuestras cabezas una pregunta: **si la comunicación es un conocimiento que tan bien le hace a las instituciones, ¿por qué no comenzar a pensarlas desde un primer momento desde una perspectiva comunicacional?, ¿por qué no hacer algo para que la comunicación sea un punto indispensable desde el cual delinear el funcionamiento de una empresa?**

Somos conscientes que lograr posicionar nuestro campo de conocimiento en ese lugar es sumamente complejo y no se resolverá a partir de una tesis, sino que requiere del trabajo de sus profesionales durante un tiempo considerable. Pero sin embargo, corremos con una ventaja por sobre otras áreas de conocimiento. Estamos convencidos de que todos los aspectos de una empresa presentan un aspecto comunicacional y que en ellos podemos hacer nuestros aportes.

La comunicación en las organizaciones no es un área relativamente autónoma del resto como lo puede ser el área contable, de ventas o recursos humanos, sino que es transversal a ella y atraviesa todos sus estamentos. **Cuando una empresa lanza una publicidad está realizando una práctica comunicativa, pero también lo está haciendo cuando elige la vestimenta de sus integrantes y el modo en que se dirigen a sus clientes, en la disposición de los espacios y su decoración.**

Del mismo modo, en las metodologías a partir de las cuales se relacionan sus miembros, en las formas en las que se inserta al mercado y se vincula con la competencia, en su responsabilidad y compromiso con los problemas de la sociedad en su conjunto.

En los valores que defiende y el público al que se dirige, en el cumplimiento de sus promesas y slogans, en la calidad de sus productos o servicios, y una innumerable cantidad de etcéteras que más adelante desarrollaremos en profundidad.

**Pensar una empresa desde la comunicación significará posicionarse desde una perspectiva diferente. Será cambiar una lógica dominada por los aspectos económicos y centrados en el beneficio del empresario, para comenzar a entender que el éxito de la organización será el resultado de trabajar, continua y realmente, con el objetivo de beneficiar a sus clientes y empleados.**

*Si la comunicación es un conocimiento que tan bien le hace a las instituciones, ¿por qué no comenzar a pensarlas desde un primer momento desde una perspectiva comunicacional?, ¿por qué no hacer algo para que la comunicación sea un punto indispensable desde el cual delinear el funcionamiento de una empresa?*

Cuando comenzamos a pensar esta tesis, la idea principal que teníamos era el desarrollo de una planificación comunicacional destinada a una empresa ficticia que haga las veces de modelo para luego ser tomada en cuenta como referencia por organizaciones reales.

A medida que transitábamos esta línea de trabajo, nos fuimos dando cuenta que la realidad de las empresas de internación domiciliaria en la ciudad y el manejo de la comunicación que hacen las mismas, nos presentaban una dificultad. **Estamos en presencia de un territorio prácticamente virgen, siendo más productivo la generación de estrategias que partan desde cero y expliquen la importancia de pensar a las organizaciones desde un plano comunicacional, que el desarrollo de técnicas comunicacionales sobre un terreno donde la comunicación tiene un espacio prácticamente nulo.**

Es por ello, que esta idea embrionaria fue modificándose hasta tomar esta forma definitiva: **el desarrollo de un curso de formación que capacite a los**

empresarios tanto en las características del servicio que están brindando y el mercado en el cual se inserta, como así también de los beneficios que pueden generarse a partir de la incorporación de políticas y estrategias de comunicación en la labor diaria.

Por último, y en este mismo sentido, creemos que nuestra tesis puede revestir cierta importancia a partir del hecho de que el campo de la Internación Domiciliaria está creciendo a pasos agigantados sin tener en cuenta una mirada holística sobre su servicio y los aspectos comunicacionales que lo atraviesan. Dicha perspectiva, le permitirá a una empresa de este rubro, obtener un campo de acción más amplio y complejo, lo cual se traduce, a corto o largo plazo, en mayor profesionalidad y un óptimo posicionamiento en el mercado.

## ALCANCES Y LIMITACIONES

---

El curso de formación pensado desde esta tesis no se llevará a la práctica, por lo menos, en el marco de la misma. Si bien consideramos que es viable el dictado de dichos cursos, este trabajo tiene por finalidad ser una instancia previa a dicho emprendimiento.

En cuanto a la investigación de campo, debemos aclarar que nos encontramos con algunos contratiempos imprevistos que dificultaron, en cierto modo, la posibilidad de abarcar al 100 por ciento nuestra muestra. Igualmente, la consideramos positivamente valiosa dado que logramos capturar a unas 19 empresas sobre un total de 30, lo que se traduce en un 64 por ciento.

Nuestra intención, desde un principio, fue comprender y encuestar a todas las empresas de internación domiciliaria de la ciudad de La Plata. No obstante, por un lado tuvimos cierta reticencia y disconformidad en algunas a la hora de solicitarles alguna reunión y/o entrevista, y por el otro, muchas de ellas se habían mudado o la dirección establecida no correspondía con lo real.

## ORIGEN Y FUNDAMENTO

---

La clave del éxito de la ID está en, por un lado, el equipo multidisciplinario con el que se trabaja y, por el otro, en el acompañamiento y participación de los familiares en el proceso de recuperación del mismo, con una atención personalizada y asistidos por un mismo equipo de gestión que lo controla desde

*Pensar una empresa desde la comunicación significará posicionarse desde una perspectiva diferente. Será cambiar una lógica dominada por los aspectos económicos y centrados en el beneficio del empresario, para comenzar a entender que el éxito de la organización será el resultado de trabajar, continua y realmente, con el objetivo de beneficiar a sus clientes y empleados.*

su inicio hasta otorgada el alta médica.

Resulta indispensable reconocer que en estas instituciones la cara visible ante los clientes/pacientes es ni más ni menos que la del personal que concurre a sus domicilios diariamente. Es así que cada acción de ellos repercute directamente sobre la concepción de la empresa. Por lo tanto, **el cuidado y el trabajo de los aspectos comunicacionales se vuelven una tarea que no puede ser descuidada.**

Las relaciones que se establecen entre sus integrantes, tanto internos como externos, se enmarcan dentro de la cultura organizacional la cual “proporciona un marco común de referencia que permite tener una concepción más o menos homogénea de la realidad, y por lo tanto un patrón similar de comportamiento ante situaciones específicas”<sup>1</sup>. En consecuencia, se puede decir que dentro de las empresas de ID todos deben trabajar en pos de la recuperación del paciente.

**De este modo, resulta fundamental que todos los actores involucrados puedan aunar criterios para mejorar la comunicación interna de la empresa y, en consecuencia, fortalecer una identidad institucional compartida, que acompañe y estimule el trabajo de cada uno de los miembros de la empresa. Este sentido construido, debe sostenerse en los vínculos para con los integrantes externos como lo son los clientes, proveedores, organizaciones gubernamentales, colaboradores, etc.**

*Debido a que toda empresa comunica por naturaleza, resulta fundamental diseñar una planificación comunicacional “que introduzca racionalidad y sistematicidad a las acciones y a la utilización de los recursos con la finalidad de orientarlas hacia un objetivo deseable y probable que parte de una mirada desde el futuro”*

El sentimiento de pertenencia, el clima laboral, el reconocimiento a su labor y la apertura para escuchar sus aportes, son algunas de las cuestiones que hacen que las actitudes se guíen hacia el bien común y la consideración del otro. Gestionar en pos de favorecer una postura proactiva ayuda en gran medida a evitar el mayor número posible de acciones que generen conflictos.

Por otro lado, **es necesario también, que las empresas de ID generen una política de comunicación externa a partir de la elaboración y puesta en práctica de herramientas comunicacionales que acompañen y susciten el crecimiento de cada una de ellas en el mercado.**

**Los procesos comunicacionales son los que sostienen a las organizaciones en una red intrincada de relaciones entre distintos actores.** “La permanente vinculación de la empresa con el entorno social, hace que se priorice estratégicamente, la gestión de los valores a través de la comunicación”<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> RITTER, MICHAEL. “Cultura Organizacional: Gestión y comunicación”. Pág. 53. Editorial La Crujía. Buenos Aires, 2008

<sup>2</sup> GONZÁLEZ FRÍGOLI, MARTÍN y BRANDOLINI, ALEJANDRA. “Comunicación Interna”. Editorial DIRCOM. Buenos Aires, 2009.

Debido a que toda empresa comunica por naturaleza, resulta fundamental diseñar una planificación comunicacional “que introduzca racionalidad y sistematicidad a las acciones y a la utilización de los recursos con la finalidad de orientarlas hacia un objetivo deseable y probable que parte de una mirada desde el futuro”<sup>3</sup>.

Es por ello, que pensamos estos cursos que sirvan como disparador para que las empresas de internación domiciliaria diseñen y produzcan sus propias estrategias comunicacionales.

## JUSTIFICACION

La elección de la temática del proyecto es debido a la experiencia previa de parte de Maira, la cual se desempeña como administrativa en la empresa de internación domiciliaria “In Casa”, así como también a nuestra trayectoria académica en donde hemos producido juntos proyectos relacionados a este campo.

El más relevante de los acercamientos se dio a través de la empresa anteriormente citada, en donde se llevaron a cabo actividades de diagnóstico, planificación y ejecución de estrategias comunicacionales. Gracias a este trabajo pudimos dar cuenta de la importancia que tiene la comunicación en una empresa de ID y cuáles son aquellas falencias más recurrentes en este aspecto.

**Consideramos importante el desarrollo de esta tesis, porque este tipo de atención aporta positivamente a la recuperación ya que de este modo se logra atender a los pacientes desde una perspectiva holística, donde se tienen en cuenta aspectos no solamente físicos, sino también sociales y psicológicos.**

Actualmente, el campo de la Internación Domiciliaria está creciendo, motivo por el cual creemos que nuestra tesis, por incorporar al campo de la salud temas como comunicación y planificación, puede resultar interesante otorgando una mirada nueva y que se complemente con los trabajos que se vienen haciendo a lo largo del tiempo.

Del mismo modo, es necesario tener presente que nuestra facultad cuenta con una Especialización en Comunicación y Salud, espacio al cual nos gustaría aportar con nuestra tesis, generando conocimientos y una visión actualizada sobre este campo que se encuentra en crecimiento y de los cuales no existen

<sup>3</sup> URANGA, WASHINGTON. “Prospección estratégica desde la comunicación: una propuesta de proceso metodológico de diagnóstico dinámico y planificación”. Taller de Planificación de Procesos Comunicacionales. Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata. La Plata, 2008.

*Actualmente, el campo de la Internación Domiciliaria está creciendo, motivo por el cual creemos que nuestra tesis, por incorporar al campo de la salud temas como comunicación y planificación, puede resultar interesante otorgando una mirada nueva y que se complemente con los trabajos que se vienen haciendo a lo largo del tiempo.*

muchos trabajos

## **PLANIFICACIÓN**

---

### **Objetivo general de la tesis**

Diseñar y elaborar un curso de formación en comunicación para empresarios y emprendedores en el área de la internación domiciliaria.

### **Objetivos específicos**

- Analizar el sistema de ID en nuestro país y, fundamentalmente, en la ciudad de La Plata
- Diagramar un ciclo de charlas sobre la importancia del trabajo en comunicación desde las empresas de internación domiciliaria.
- Generar los productos comunicacionales necesarios para el dictado de las charlas







# MARCO TEÓRICO

- Espacio comunicacional
- Planificación y gestión
- Mercado y marketing
- Internación domiciliaria
- Breve reseña histórica
- La comunicación dentro del campo de la internación domiciliaria



## ESPACIO COMUNICACIONAL

Nuestra propuesta intenta introducir una nueva alternativa para pensar a la comunicación dentro del campo de la salud, específicamente en las empresas de internación domiciliaria. Actualmente, **esta metodología de atención médica está creciendo a pasos agigantados y carece de trabajos e investigaciones en materia de comunicación**. Por tal motivo, creemos necesario aportar una mirada innovadora y estratégica que posibilite un mejor desarrollo de las mismas y, al mismo tiempo, incorpore una perspectiva desde los pacientes y su familia para lograr un mejor servicio.

El término **comunicación** tiene sus límites poco definidos y el mismo puede ser empleado para referirse a cuestiones sumamente diversas y hasta opuestas. Intentar dar una definición tajante de un concepto tan polisémico se vuelve una tarea compleja. Sin embargo, lo que no debe ponerse en duda es que **es un concepto que se constituye como transversal, atravesando toda práctica de interacción social**.

*La comunicación es un proceso social de producción, intercambio y negociación de formas simbólicas. La comunicación se define por la acción, porque es a través de nuestras acciones que vamos configurando modos de comunicación*

De este modo, resulta necesario describir nuestra perspectiva en torno a dicha relación, considerando a la comunicación como **“un proceso social de producción, intercambio y negociación de formas simbólicas. La comunicación se define por la acción, porque es a través de nuestras acciones que vamos configurando modos de comunicación”**<sup>4</sup>.

La comunicación pone en movimiento, inyecta dinamismo a todas las estructuras sociales, “es la fuerza que dota de cohesión a los grupos para darles la solidez que garantiza su permanencia; no es estática, elimina los motivos de discrepancias y facilita los acuerdos”<sup>5</sup>. Es una relación que se produce constantemente para generar vínculos y nombrar a los objetos del mundo. **Son procesos que se conforman a partir de negociaciones entre los actores sociales y el contexto que los circunda, que operan en la construcción de sentidos y la pugna por espacios de poder**. Si agudizamos la mirada y nos centramos en las prácticas comunicativas que se dan en el marco de las organizaciones, los

<sup>4</sup> URANGA, WASHINGTON. “Mirar desde la comunicación. Una manera de analizar las prácticas comunicacionales”. Taller de Planificación de Procesos Comunicacionales. Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata. La Plata, 2007.

<sup>5</sup> “Comunicación Institucional. Capítulo 1.” Consultado desde la página web de Buenas Tareas (<http://www.buenastareas.com/ensayos/Comunicaci%C3%B3n-Institucional/724844.html>)

---

<sup>6</sup> GONZÁLEZ FRÍGOLI, MARTÍN Y BRANDOLINI, ALEJANDRA. “Comunicación Interna”. Pág. 13. Editorial DIRCOM. Buenos Aires, 2009.

---

<sup>7</sup> TALLER DE PRODUCCIÓN DE MENSAJES, DOCUMENTO DE CÁTEDRA. “Al abordaje de las organizaciones. Algunas nociones sobre el uso de metodologías desde la mirada comunicacional”. Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata. La Plata, 2007.

---

<sup>8</sup> Íd 4

---

<sup>9</sup> CHÁVEZ, NORBERTO. “La imagen corporativa: teoría y metodología de la identificación institucional”. Pág. 24-25. Editorial Gustavo Gili. Barcelona, 1994.

---

<sup>10</sup> “Crónicas de un secuestro. Las estrategias de comunicación y el management”. REVISTA DIRCOM N°59. Buenos Aires, 2006

---

<sup>11</sup> Íd 10

procesos comunicacionales son los que las sostienen en una red intrincada de relaciones entre distintos actores. “La permanente vinculación de la empresa con el entorno social, hace que se priorice estratégicamente, la gestión de los valores a través de la comunicación”<sup>6</sup>.

En nuestro rol de comunicadores, debemos de ser conscientes de que **“la comunicación es una disciplina/campo de estudio posible de ser aplicado a cualquier práctica social; una forma de posicionarse frente al análisis, pero también de construir un modo de intervención que tiene como fin último la transformación”**<sup>7</sup>.

Este concepto, el de la transformación, es indispensable en nuestra labor, ya que tendremos que emplear diferentes estrategias para realizar cambios en las organizaciones que las acerquen lo máximo posible a lo deseado por los sujetos que las integran. “Es sumamente importante que asumamos el rol de comunicadores organizacionales, interpretando la realidad, no como un objeto estructurado, sino como una materia estructurable, a la cual hay que otorgarle forma y construirla”<sup>8</sup>.

**La comunicación dentro de las instituciones no es una cuestión a la cual se la pueda manipular y darle una forma estática a imagen y semejanza de lo que quisiéramos, pero sí es factible de ser trabajada.** Consideraremos que la comunicación institucional es “el conjunto de mensajes efectivamente emitidos consciente o inconscientemente, que voluntaria o involuntariamente se arrojan sobre el entorno sólo por existir y ser perceptible ante un volumen determinado de comunicados”<sup>9</sup>.

Sabemos que instalar una empresa, en este caso una de internación domiciliaria, implica tener en cuenta no sólo las cuestiones impositivas, económicas y legales sino también los procesos comunicacionales y las relaciones interpersonales que se dan dentro de ella.

Como señala Rafael Pérez en una entrevista realizada en 2006 por la revista DirCom, “la estrategia [en las empresas] ha sido secuestrada por el management desde 1954, y se ha vuelto una disciplina muy deshumanizada, economicista y matricial, basada en el supuesto de racionalidad de los actores, supuesto que no se corresponde con los comportamientos reales de los seres humanos”<sup>10</sup>. **Es por ello que debemos trabajar en pos de lograr “una nueva teoría estratégica menos racional y más relacional, menos cuantitativa y más hermenéutica. Una teoría que recupere al ser humano con sus capacidades, semánticas, innovadoras, prospectivas, y que trabaje la estrategia desde una perspectiva interdisciplinaria”**<sup>11</sup>.

En este mismo marco, Joan Costa argumenta que lo primero que debe ser

comprendido en las instituciones es que “la acción es comunicación y la comunicación es acción. Todo lo que se hace, al igual que lo que se dice, significa; y, recíprocamente, comunicar implica actuar”<sup>12</sup>. El autor afirma, además, que la comunicación en las instituciones se ejerce mediante la acción y la empresa debe tomar en cuenta aspectos y diagramas de comunicación que le permitan llevar una buena gestión.

“La empresa es vista hoy no sólo como persona moral y sujeto pensante de su producción, sino también como colectividad consciente que se dirige a su entorno. Desde entonces, el objetivo de la comunicación institucional es dar a conocer esta voluntad de la empresa y suscitar la adhesión a su proyecto: consigue así asegurar a la empresa una unidad y una perennidad, más allá de la pura y simple promoción de sus productos y marcas”<sup>13</sup>.

**Si entendemos, siguiendo la perspectiva de Víctor Bronstein<sup>14</sup>, que las organizaciones son esencialmente redes conversacionales, podemos decir que la comunicación se encuentra presente continuamente en cada una de sus particularidades.** Sin embargo, con fines teóricos y operativos, podemos establecer dos categorías de acuerdo con los públicos a los que se dirigen: la comunicación interna y la comunicación externa.

La **comunicación interna** es aquella dirigida específicamente al público interno, al personal de una empresa, a todos sus integrantes y que surge a partir de la idea de generar un entorno armonioso y participativo. “Establece una forma de compromiso del empleado con las formas de actuar de la organización, y al mismo tiempo, resulta un marco integrador y de cohesión social”<sup>15</sup>. En suma, crea relaciones eficientes entre los distintos grupos de trabajo y busca convertirlos en “equipos” de alto rendimiento.

Al hablar de este tipo de comunicación no debemos centrarnos exclusivamente en aquellos que la organización planifica (comunicación formal), sino debemos considerar también a aquellos que escapan de lo establecido y se producen constantemente entre los diferentes integrantes de la misma, ya sea en su espacio físico o simbólico (comunicación informal)<sup>16</sup>.

Por su parte, la **comunicación externa** se relaciona con la capacidad que tiene la empresa para escuchar a sus públicos externos. Agrupa a la publicidad, las relaciones públicas, el marketing y demás actividades que tienen como función principal procurar una difusión amplia y adecuada sobre los productos y marcas. Así, “el objetivo primordial en este nivel de comunicación es ‘vender a la empresa’, promover las relaciones sociales favorables y la proyección de una imagen positiva”<sup>17</sup>.

Muchas veces se habla de comunicación externa para referirse únicamente

---

<sup>12</sup> COSTA, JOAN. “La Comunicación en Acción: Informe sobre la nueva cultura de gestión”. Capítulo 1: Los fines, los medios y la eficacia de la acción. Pág. 23. Paidós Ediciones. Barcelona, 1999.

---

<sup>13</sup> WEIL, PASCALE. “La comunicación global. Comunicación institucional y de gestión”. Pág. 29. Editorial Paidós Ibérica. Barcelona, 1992.

---

<sup>14</sup> BRONSTEIN, VÍCTOR; GAILLARD, JUAN CARLOS Y PISCITELLI, ALEJANDRO. “La organización egoísta. La clausura operacional y redes conversacionales” en “Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales”. Síntesis Sociológica. Madrid, 1997.

---

<sup>15</sup> GONZÁLEZ FRÍGOLI, MARTÍN Y BRANDOLINI, ALEJANDRA. “Comunicación Interna”. Pág. 28. Editorial DIRCOM. Buenos Aires, 2009

---

<sup>16</sup> TALLER DE PRODUCCIÓN DE MENSAJES, DOCUMENTO DE CÁTEDRA. “Comunicación interna y externa”. Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata. La Plata, 2009

---

<sup>17</sup> TERÁN, MARÍA. “Comunicación Organizacional. Capítulo 1.” Consultado desde la página web de Buenas Tareas <http://www.buenastareas.com/en-sayos/Comunicaci%C3%B3n-Organizacional/320027.html>.

te a las acciones que desarrollan las organizaciones destinadas a sus públicos objetivos. Pero ésta es mucho más amplia y engloba también a todos aquellos en que se ven involucrados los demás integrantes que conforman las cadenas de valor, como lo pueden ser los proveedores, distribuidores, mediadores con los usuarios, entidades gubernamentales, etc.

Las organizaciones con mejores estándares de servicio le otorgan a la comunicación una importancia estratégica y, por tal motivo, consideramos que deben tener siempre presentes las relaciones que se establecen entre sus integrantes. Estas relaciones se enmarcan dentro de una **cultura organizacional** la cual “proporciona un marco común de referencia que permite tener una concepción más o menos homogénea de la realidad, y por lo tanto, un patrón similar de comportamiento ante situaciones específicas”<sup>18</sup>.

A modo de síntesis, es el cómo se piensan y hacen las cosas en una organización. Es así, que resulta fundamental que todos los actores involucrados puedan aunar criterios para su interior y fortalecer una **identidad institucional** compartida, que acompañe y estimule el trabajo de cada uno de los miembros de la empresa. Asimismo, este sentido construido debe sostenerse en los vínculos con los integrantes externos como clientes, proveedores, organizaciones gubernamentales, colaboradores, etc.

Consideramos preciso hacer la distinción entre las interpretaciones sobre los conceptos de **identidad e imagen institucional** (o corporativa), con el fin de evitar posibles controversias a lo largo de nuestro proyecto. Si bien ambos términos están directamente interrelacionados también son claramente disímiles.

Por un lado, la **identidad institucional** puede ser entendida, siguiendo los conceptos de Leonardo Schvarstein, como el conjunto de mensajes que emite la organización y que le aportan características diferenciadores con el resto. Si bien este elemento de las organizaciones es en su mayor parte consciente, tiene una proporción de imprevisibilidad y se desarrolla a partir del devenir de las mismas. Los sujetos, en su acción cotidiana, van moldeando los límites de la identidad y adaptándola a las modificaciones históricas que sufre el contexto.

**Dentro de estos mensajes no solamente debemos tener en cuenta aquellos que se generan de forma deliberada, sino también aquellos que escapan de la voluntad de la institución.** Pensemos por ejemplo en una empresa que ha vivido algún momento de crisis con alta repercusión pública. La misma generó un conjunto de mensajes negativos con los cuales deberá convivir y asumir como

<sup>18</sup> RITTER, MICHAEL. “Cultura Organizacional: Gestión y comunicación”. Pág.53. Editorial La Crujía. Buenos Aires, 2008

*Si entendemos, siguiendo la perspectiva de Víctor Bronstein<sup>14</sup>, que las organizaciones son esencialmente redes conversacionales, podemos decir que la comunicación se encuentra presente continuamente en cada una de sus particularidades*

propios más allá de que los mismos no la favorecen. Será labor de los responsables de comunicación diseñar estrategias comunicativas que generen mensajes contrarios y que reviertan la situación.

**Para expresar simbólicamente su identidad, las organizaciones apelan a su discurso identificador.** Entendemos que el mismo “está compuesto de una multiplicidad de enunciados argumentativos, lingüísticos y no lingüísticos, que tienden a ser coherentes entre sí, y que por vía de sus elecciones y omisiones especifican el lugar invariante que la organización pretende ocupar en el mundo”<sup>19</sup>.

Por otra parte, la **imagen institucional** aparece como “el registro público de los atributos identificatorios del sujeto social. Es la lectura pública de una organización, la interpretación que la sociedad o cada uno de sus grupos tiene o construye de modo intencional o espontáneo”<sup>20</sup>. Del mismo modo, Joan Costa la describe como “la representación mental de una organización que tiene la capacidad de condicionar y determinar las actitudes del entorno social con la empresa”<sup>21</sup>.

Como conclusión, la relación entre ambos elementos se trata de dos formas de conciencia acerca de la institución. La primera, denomina a la autorrepresentación de la misma mientras que la segunda, a las formas de representaciones desarrolladas por la audiencia, por los receptores de los mensajes identificatorios. Es decir, ambos conceptos se refieren a un fenómeno de opinión: uno interno y otro externo o público. La identidad se concibe dentro de la empresa y la imagen en la mente de los públicos.

Debido a esta relación, resulta fundamental una planificación de la comunicación que se produce dentro de la organización para, de este modo, a partir de una buena definición de la cultura organizacional, diseñar adecuadamente su discurso e intentar que la imagen de los públicos se acerque lo máximo posible al ideal buscado.

## **PLANIFICACION Y GESTIÓN**

Tal como venimos mencionando, los procesos comunicacionales son los que sostienen a las organizaciones en una red intrincada de relaciones entre distintos actores. “La permanente vinculación de la empresa con el entorno social, hace que se priorice estratégicamente, la gestión de los valores a través de la comunicación”<sup>22</sup>. **Debido a que toda empresa comunica por naturaleza, resulta fundamental diseñar una planificación comunicacional “que introduzca racionalidad y sistematicidad a las acciones y a la utilización de los recursos con la finalidad de orientarlas hacia un objetivo deseable y probable que parte de una mirada desde el futuro”**<sup>23</sup>.

---

<sup>19</sup> SCHVARSTEIN, LEONARDO. “Diseño de organizaciones”. Cap. Tensiones en el discurso identificador de las organizaciones. Pág. 343. Editorial Paidós. México DF, 1999.

---

<sup>20</sup> CHÁVES, NORBERTO. “La imagen Corporativa. Teoría y práctica de la identificación institucional”. Pág. 28. Editorial Gustavo Gili. Madrid, 2006.

---

<sup>21</sup> COSTA, JOAN. “La Comunicación en Acción: Informe sobre la nueva cultura de gestión”, Pág. 85. Paidós Ediciones. México DF, 1999

---

<sup>22</sup> GONZÁLEZ FRÍGOLI, MARTÍN Y BRANDOLINI, ALEJANDRA. “Comunicación Interna”. Pág. 13. Editorial DIRCOM. Buenos Aires, 2009.

---

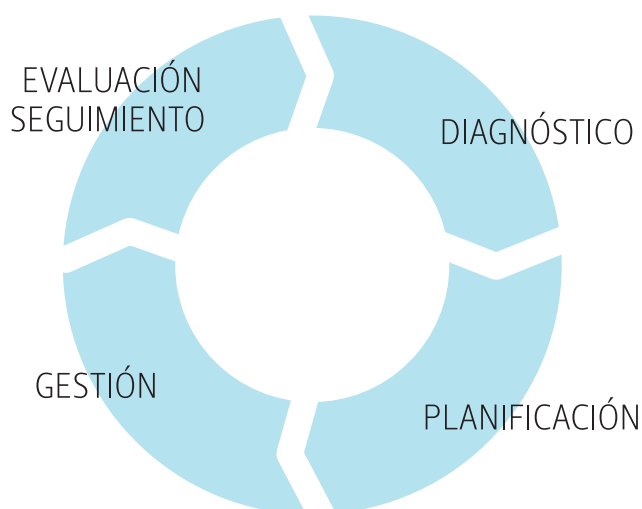
<sup>23</sup> URANGA, WASHINGTON. “Prospectiva estratégica desde la comunicación: una propuesta de proceso metodológico de diagnóstico dinámico y planificación”. Taller de Planificación de Procesos Comunicacionales, Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata. La Plata, 2008.

Para tal fin, es interesante diseñar y producir una **planificación estratégica y comunicacional** de una empresa de internación domiciliaria, y así establecer cuáles son los productos comunicacionales necesarios para el manejo operativo tanto interno, fortaleciendo la identidad corporativa, y externo promoviendo un óptimo posicionamiento ante la competencia en el mercado.

En otras palabras, y siguiendo esta misma línea, podemos decir que una **planificación estratégica** analiza la situación actual y la que se espera para el futuro, determina la dirección de la empresa y desarrolla medios para lograr la misión. En realidad, este “es un proceso muy complejo que requiere de un enfoque sistémico para identificar y analizar factores externos a la organización y confrontarlos con las capacidades de la empresa”<sup>24</sup>.

Para alcanzar las metas planteadas, a cada área se le asigna una misión y un conjunto de recursos disponibles que serán empleados para dar respuesta a las necesidades. El área comunicacional no es la excepción, pues también requiere del desarrollo de una estrategia coordinada sobre todas las actividades a elaborar y cuya relación dé coherencia a todas y cada una de estas acciones.

“Abordar a la comunicación desde un criterio estratégico es pensar en una planificación a largo plazo puesto que, por naturaleza, este tipo de planificación comunicacional es proactiva”<sup>25</sup>. Por eso, **la implementación exitosa de una estrategia de comunicación debe partir de un plan de comunicación que conste fundamentalmente de cuatro pasos: el diagnóstico, la planificación, la gestión del plan y su seguimiento y evaluación.**



<sup>24</sup> WEIHRICH, HEINZ y KOONTZ, HAROLD. “Administración: una perspectiva global”. Pág. 84. McGraw Hill. México DF, 1994.

<sup>25</sup> RITTER, MICHAEL. “Cultura Organizacional”. Pág. 37. Editorial La Crujía. Buenos Aires, 2008.



La primera etapa devela las falencias o aciertos, posibilita ubicar los principales problemas por lo cual el análisis de los distintos actores y sus percepciones de la situación no sólo resulta pertinente sino indispensable. Según lo expuesto por Prieto Castillo, se entiende al **diagnóstico** como “una lectura esencial de determinada realidad social”<sup>26</sup>.

La segunda, la **planificación**, tal como la definimos anteriormente consiste en la realización de un plan estratégico teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la primera instancia. Es el momento en el que se definen los objetivos que se desean alcanzar y se trazan las tácticas y estrategias que servirán de guía para poder cumplirlos.

En la **gestión** nos enfrentamos a lo imprevisible de los acontecimientos y al desafío de encontrar alternativas sobre la marcha. “Gestionar es el arte de hacer posible un rumbo y alcanzar una meta en medio de las dificultades y de la imprevisibilidad de los acontecimientos”<sup>27</sup>. Nunca tendremos la certeza total acerca de lo que va a ocurrir hasta el momento de llevar adelante nuestro proyecto; la interacción con esa novedad es exclusiva de la gestión.

Y por último, **el seguimiento y la evaluación** del proceso de implementación del plan. En este caso, se trata de ir efectuando diferentes mediciones para ver cómo evolucionan las acciones llevadas a cabo. Esta fase también es diagnóstica ya que permite ir corrigiendo o adaptando el plan a partir de la realidad que presenta la actividad diaria de las organizaciones.

**Estas etapas, que en la práctica no se dan de manera tan tajante y estable, generan un círculo virtuoso debido a que, el carácter diagnóstico de la etapa de seguimiento, posibilita dar cuenta de la nueva realidad de la organización. Ésta será el punto de partida desde el cual construir nuevas estrategias que continúen acentuando el proceso de cambio o bien reviertan los aspectos negativos no tenidos en cuenta con anterioridad.**

Consideramos relevante hacer la salvedad de que nuestro trabajo se limitará exclusivamente al desarrollo de las etapas de diagnóstico, planificación y su posterior gestión. Es decir, la instancia de seguimiento queda por fuera de nuestros objetivos planteados como tesis.

Pensar y realizar la gestión es un desafío de cada momento, porque las coordenadas de las realidades en las que nos movemos cambian permanentemente y, al mismo tiempo, nosotros como instituciones o como personas, somos partícipes de esas transformaciones de los escenarios sociales dentro de los cuales actuamos.

Según expresan Claudia Villamayor y Ernesto Lamas, gestionar es “una ac-

---

<sup>26</sup> PRIETO CASTILLO, DANIEL. “Diagnóstico de la Comunicación”. Pág. 311. CIESPAL. Quito, 1990.

---

<sup>27</sup> “La gestión empresarial en el sector productivo y de servicio”. Consultado desde la página web de Buenas Tareas (<http://www.buenastareas.com/ensayos/La-Gestion-Em-presarial-En-El-Sector/18800.html>)

---

<sup>28</sup> VILLAMAYOR, CLAUDIA Y ERNESTO, LAMAS. “Gestión de la radio comunitaria y ciudadana”. Pág. 13. AMARC. Quito, 1998.

ción integral, entendida como un proceso de trabajo y organización en el que se coordinan diferentes miradas, perspectivas y esfuerzos, para avanzar eficazmente hacia objetivos asumidos institucionalmente y que deseáramos que fueran adoptados de manera participativa y democrática”<sup>28</sup>. En esta línea, **gestionar implica una articulación de procesos y resultados, y también de corresponsabilidad y cogestión en la toma de decisiones.**

La gestión se apoya y funciona a través de personas, por lo general equipos de trabajo, para poder lograr resultados. Cuando hablamos de gestionar, entonces, hacemos referencia a la forma a través de la cual **un grupo de personas establece objetivos comunes, organiza, articula y proyecta las fuerzas, los recursos humanos, técnicos y económicos.** En este sentido, la gestión es un proceso de construcción desde las identidades, las experiencias y las habilidades de quienes allí participan que, simultáneamente, implica el reconocimiento y la producción de una cultura colectiva de la organización.

Coincidimos plenamente con la visión de Jorge Huergo cuando afirma que “la gestión es un juego de consensos, disensos y transformaciones que implican a toda la institución y a todos sus integrantes”<sup>29</sup>. **Las estrategias de gestión deben ser diseñadas, en cada caso, en función de nuestros objetivos, los medios con los que contamos y los obstáculos que van surgiendo. Es por eso que, desde nuestra perspectiva, la secuencia diagnóstico-planificación-gestión, presentada en forma lineal, puede resultar engañosa. En realidad, se trata de una totalidad cuyos elementos no se suceden linealmente sino que forman parte de un todo inseparable.** Al respecto, Washington Uranga asegura que “diagnosticamos desde y para la gestión, y planificamos desde y para la gestión. Ambas actividades, diagnosticar y planificar, son funciones de la gestión”<sup>30</sup>.

Como conclusión, la comunicación en las organizaciones es muy importante, motivo por el cual ellas deben estar conscientes de lo esencial que es brindar un servicio de calidad. La comunicación debe estar dentro y fuera de la empresa ya que los tiempos han cambiado. Hoy, con la automatización, la informática, las nuevas tecnologías de la información y las crecientes expectativas de la sociedad, ha quedado al descubierto que lo que verdaderamente es importante consiste en saber manejar la comunicación empresarial, valorar el capital humano y comprender al consumidor.

---

## MERCADO Y MARKETING

Como hemos señalado con anterioridad, toda organización no debe ser pensada de un modo aislado, sino como un elemento que se encuentra en constante relación con su entorno. Siguiendo esta línea, encontramos que las características de las empresas están condicionadas por circunstancias con-

---

<sup>29</sup> HUERGO, JORGE. “Los procesos de gestión”. Documento de Cátedra Comunicación y Educación. Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata. La Plata, 2006

---

<sup>30</sup> URANGA, WASHINGTON Y OTROS. “Gestionar la comunicación en las prácticas sociales, organizaciones y comunidades”. Pág 51. I Congreso RedCom, 2000.

textuales, al mismo modo que pueden generar acciones que las transformen.

**Las relaciones que se establecen entre las empresas y sus potenciales y efectivos clientes/consumidores se dan en el marco del mercado.** Para que se establezca un mercado, no sólo será necesario la existencia de estas personas y las respectivas empresas, sino también la necesidad de un intercambio entre ambos y la posibilidad económica y legal de llevarlo a cabo.

Sin embargo, estos vínculos a los que nos referimos no se establecen de una manera lineal y directa, sino que toman la complejidad que les aportan otros factores que forman el mercado tales como proveedores, canales de distribución, competidores, entorno económico-social, contexto político, tecnológico, etc.

Para lograr que sus productos o servicios sean los elegidos por los públicos por sobre los que ofrece la competencia, las empresas desarrollan acciones que generan o explotan necesidades de sus públicos. Todas estas acciones, tomen las características que tomen, dan forma a un plan de marketing.

**“El marketing es mucho más que publicidad y muy diferente a una forma de hacer negocios si lo que se procura es sólo el beneficio del vendedor. El marketing también es pensamiento estratégico y es una forma de pensar los negocios en los que se busca maximizar los beneficios del conjunto de la comunidad, es decir: cliente, empresa, grupos de interés y sociedad”<sup>31</sup>.**

Para delinear cuáles acciones son las más adecuadas, un correcto plan de marketing establece una **segmentación de públicos**, consistente en dividir el mercado en grupos los más homogéneos posibles a partir de sus características socio-demográficas y búsqueda de atributos similares en el producto o servicio. Así, se encontrarán diferentes patrones de comportamiento y deseo en los públicos que permitirán establecer distintas acciones para cada grupo.

Estos mensajes generaran una idea abstracta de la empresa en la mente de los consumidores llamada **posicionamiento**. Esta idea es una construcción que identifica la mirada de los otros sobre lo que estamos haciendo y lo que somos. Así, nuestra empresa puede posicionarse como antigua, moderna, joven, clásica, divertida, eficiente, etc.

**Estos atributos con los que es asociada no son una determinación de la misma, sino un resultado de los procesos de recepción de los públicos.** La empresa debe trabajar en pos de que sean los deseados, pero de ningún modo

*La secuencia diagnóstico-planificación-gestión, presentada en forma lineal, puede resultar engañosa. En realidad, se trata de una totalidad cuyos elementos no se suceden linealmente sino que forman parte de un todo inseparable*

<sup>31</sup> MASTER EN NEGOCIOS. Tomo 4 “De la comunicación al marketing relacional ¿qué hay más allá de la 4P?”, Pag 133. Arte Gráfico Editorial Argentino. Buenos Aires, 2009

existe la posibilidad de lograrlos de manera automática.

Entender el posicionamiento nos permite diferenciarnos de nuestra competencia. Si en un determinado mercado, todas las empresas apuestan a posicionarse bajo un mismo atributo, una sola será la que tenga éxito y las restantes no serán lo suficientemente revolucionarias, sobrias, de alta calidad, baratas o lo que fuese, como para ser elegidas por esta característica. Es por ello que se debe apostar a las ideas que no estén lo totalmente desarrolladas en ese mercado como para despertar o potenciar aquellas necesidades y deseos latentes de los posibles clientes.

## INTERNACIÓN DOMICILIARIA

---

La internación domiciliaria (ID) es un modelo de atención que integra actividades multidisciplinarias de diferente complejidad con el objetivo de poder brindar respuestas a aquellos pacientes que, habiendo estado internados en un hospital, clínica o sanatorio, requieran de una estructura similar pero en su domicilio. Este servicio tiene como finalidad continuar y finalizar el tratamiento o rehabilitación necesaria, acompañados permanentemente por sus familiares<sup>32</sup>.

Esta actividad está regulada por el Ministerio de Salud y, también, está incluida dentro de las prestaciones que el Programa Médico Obligatorio (PMO) exige a las obras sociales y prepagas a brindar a sus pacientes. Si bien sabemos que el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), por ejemplo, está realizando gestiones para determinar algún tipo de convenio con diversos prestadores, aún no existe la concreción de dichos acuerdos.

Esta modalidad de atención tiene diversas ventajas que pueden clasificarse según los individuos involucrados<sup>33</sup>:

### Beneficios para el paciente

- Permanece en su entorno habitual con sus cosas, sus recuerdos, sus pertenencias y rodeado de sus afectos. De este modo, el impacto psicológico provocado por la internación se ve disminuído y, por consiguiente, presenta aspectos positivos para la recuperación
- Libera al paciente de la dependencia hospitalaria, personaliza su atención creando mejor vínculo con profesionales y familiares. El contacto con los enfermeros y médicos se ve fortalecido.
- Disminuye los tiempos de atención optimizando los tratamientos médicos y el costo de los mismos.

---

<sup>32</sup> "Proyecto de reforma Resolución 1185/98. Internación Domiciliaria", INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL (IOMA). Buenos Aires, 1998.

---

<sup>33</sup> CORTIGLIA BOSCH C. Y OTROS. Curso de Planificación del Recurso Físico en Salud. Monografía "Internación Domiciliaria, un enfoque interdisciplinario". Universidad Nacional de Lanús, 2009

## Beneficios para la familia

- Promueve los momentos de intimidad familiar.
- Ordena al grupo familiar y evita los desplazamientos ahorrando tiempo y costos, facilita la comunicación y el compromiso del familiar aumentando su responsabilidad.
- Posibilita el poder cuidar de su ser querido y acompañarlo en todo momento.

## Beneficios para los profesionales

- Optimiza la relación paciente – equipo de salud – cobertura social – familia.
- Favorece la visión global de la realidad y cercana con el paciente.
- Optimiza la distribución y control de la utilización de descartables, medicación, etc. disminuyendo los costos de internación.

## Beneficios para el sistema de salud

- Permite administrar los recursos tecnológicos y mejorar los costos de la prestación.

Este servicio como nueva tendencia en el campo de la salud fue creado, entre otros motivos, para ayudar a resolver el problema que deviene del **progresivo envejecimiento poblacional y el aumento de la expectativa de vida. Estas cuestiones han generado un crecimiento de la demanda sanitaria, con el consiguiente caos hospitalario por internaciones prolongadas y aumento de los costos de la salud.**

Existe una problemática donde los sanatorios y clínicas, tanto públicas como privadas, se han convertido en un sistema con pacientes en listas de espera para ocupar un número de camas que se vuelven insuficientes<sup>34</sup>.

La falta de camas para internación, ya sea en unidades de terapia intensiva, de media o baja complejidad, es uno de los déficits más importantes que padece el sistema de salud en Argentina. “Para cubrir las necesidades de los pacientes que requieren internarse a las casi 10.000 camas que hay en las clínicas y sanatorios privados de Capital Federal debería sumarse, al menos, un

*La internación domiciliaria (ID) es un modelo de atención que integra actividades multidisciplinarias de diferente complejidad con el objetivo de poder brindar respuestas a aquellos pacientes que, habiendo estado internados en un hospital, clínica o sanatorio, requieran de una estructura similar pero en su domicilio*

<sup>34</sup> ORLANDO, AGUSTÍN. “Internación Domiciliaria: Herramienta de la auditoría médica”. Curso anual de auditoría médica Hospital Alemán. Buenos Aires, 2007

---

<sup>35</sup> “Faltan camas en sanatorios y clínicas”. Nota periodística publicada el 15 de marzo de 2011 por el diario La Nación. Sección Información General

20% más de capacidad; es decir que hacen falta aproximadamente unas 2000 camas nuevas”<sup>35</sup>.

En lugar de crecer, la cantidad de camas en los últimos 10 años disminuyó. Datos del Ministerio de Salud indican que en el año 2000 había en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 9905 camas, contra las 9759 registradas en 2010. Al respecto, Jorge Cherro, presidente de la Asociación de Clínicas y Sanatorios Privados de la República Argentina (ADECRA) afirmó: “se necesitaría entre un 20 y 25 % más de camas para no estar siempre al límite y dar lugar al recambio”<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> íd 35

En Argentina, en donde las desigualdades sociales impactan fuertemente en el acceso a la salud, el modelo de prestación de internación domiciliaria queda circunscripto sólo a ciudadanos que cuenten con la cobertura de una obra social y que están, o han estado, insertos en el mercado laboral de manera formal.

**Por todas sus características, la internación domiciliaria debe ser, más que una alternativa de atención, un cambio de paradigma en las políticas de estado en materia de salud pública, propiciando su aplicación a toda la población sin limitación alguna.**

## BREVE RESEÑA HISTÓRICA

---

Esta modalidad de atención surge en 1947 en Nueva York, Estados Unidos, por iniciativa del Dr. Bluestone del Hospital Montefiori como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente. Las razones para crear esta primera unidad de ID en el mundo, eran descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable para su recuperación. A partir de allí, hubo múltiples experiencias de este tipo tanto en Estados Unidos como en Europa, con estructuras y procedimientos adaptados a cada sistema nacional de salud.

*Por todas sus características, la internación domiciliaria debe ser, más que una alternativa de atención, un cambio de paradigma en las políticas de estado en materia de salud pública, propiciando su aplicación a toda la población sin limitación alguna.*

En los años 60, en Canadá, empezaron a funcionar servicios de ID orientados a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente. En Europa, el Hospital de Tenon en París, Francia, fue el primero en crear una unidad de hospitalización domiciliaria en 1951. En el Reino Unido la ID fue introducida en 1965 con el nombre de “Hospital Care At Home”; en Alemania y Suecia fue desarrollada durante los años 70; y en Italia, con el nombre de “Ospedalizzazione a Domicilio”, recién a comienzos de los años 80. Fi-

nalmente, en España llega en el año 1982, tomando gran empuje en los '90 especialmente en el País Vasco y en La Comunidad Valenciana<sup>37</sup>.

Por su parte, en Argentina, las primeras experiencias en internación domiciliaria fueron producto de la extensión hospitalaria. El Hospital de la Comunidad de Mar del Plata y el Hospital Castex de San Martín fueron pioneros en esta modalidad de atención. En 1991 la empresa "En Casa", conformada por médicos clínicos del Hospital Italiano en asociación con otros profesionales, emprendió este desafío que luego fue imitado por un sinnúmero de empresas privadas para brindar el servicio a prepagas, mutuales, obras sociales y pacientes particulares.

Hoy, la mayoría de estas empresas dedicadas exclusivamente a prestar este tipo de servicio, se encuentran agrupadas en La Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria (CADEID) y su grado de organización, staff profesional, patologías de clientes y coberturas son muy diversas. La Cámara nació en el mes de agosto de 1999 con el objetivo de divulgar, promover y difundir la actividad para consolidarla como un sector prestacional dentro del sistema de salud y transformarse a sí misma como interlocutor dentro de dicho sistema.

## LA COMUNICACIÓN DENTRO DEL CAMPO DE LA ID

La salud es un concepto que atraviesa todo el trabajo, ya que es el campo específico en el que se ubican las empresas con las cuales trabajamos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define este concepto como **"el estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo de la ausencia de afecciones y enfermedades"**<sup>38</sup>. Consideramos que esta mirada es de gran importancia para nuestra perspectiva, ya que al integrar cuestiones sociales a la noción de salud, nos permite rescatar todas aquellas características de la ID que ayudan a la recuperación del paciente/cliente por fuera de lo estrictamente físico.

Es primordial tener en cuenta el concepto de paciente/cliente, ya que será el receptor de los servicios ofrecidos por la empresa a diseñar. En términos sociológicos y administrativos, el paciente es el sujeto que padece física y corporalmente, y especialmente quién se halla bajo atención médica<sup>39</sup>. **Si bien entendemos que desde una visión empresarial nuestro público objetivo está determinado bajo el concepto de cliente, nosotros tomaremos este término como paciente ya que en el ámbito de la salud, la expresión cliente, suele no ser la más adecuada.**

Las empresas de este tipo cuentan con protocolos establecidos para cada patología. Tal como se mencionó anteriormente, en ellas trabaja un grupo multidisciplinario de profesionales tales como enfermeros, kinesiólogos, mé-

---

<sup>37</sup> ORLANDO, AGUSTÍN. "Internación Domiciliaria: Herramienta de la auditoría médica". Curso anual de auditoría médica Hospital Alemán. Buenos Aires, 2007.

---

<sup>38</sup> "Constitución de la Organización Mundial de la Salud", Preámbulo. Organización Mundial de la Salud. Nueva York, 1946.

---

<sup>39</sup> "Diccionario de la Lengua Española. Vigésimo segunda edición" Real Academia Española. Madrid, 2001.

dicos asistenciales, etc. Además, cada uno de ellos está supervisado por coordinadores médicos y de enfermería.

Antiguamente, la cultura de gestión de las empresas se enmarcaba dentro de una estructura piramidal. Hoy, junto con el entorno forman un todo independiente que está gobernado por una nueva gestión: la de los valores cuyo vehículo es la relación y la comunicación. Este nuevo modelo es sistémico lo cual supone una concepción de la organización como sistema, la estructura en red y la información circulando por ella y alimentándola<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> COSTA, JOAN. “La Comunicación en Acción: Informe sobre la nueva cultura de gestión”, Paidós Ediciones. Barcelona, 1999

En este sentido, se puede ver que **la eficacia y eficiencia de la ID requiere de un gran trabajo en equipo el cual se sustenta a través de múltiples relaciones interpersonales**. Es por ello que se vuelve fundamental abordar el concepto de comunicación como el proceso a través del cual se le otorga sentido a la realidad. Pensar en comunicación implica analizar y crear estrategias para que los mensajes lleguen a sus destinatarios y facilitar una posterior comprensión por parte de ellos.







# MARCO METODOLÓGICO

- Introducción a los paradigmas de producción de conocimiento y sus perspectivas metodológicas
- Reflexiones sobre el marco metodológico
- Herramientas de recolección de datos
- Técnicas de análisis de datos



## INTRODUCCIÓN A LOS PARADIGMAS DE PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO Y SUS PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS

---

Como hemos dicho anteriormente y seguiremos desarrollando a lo largo de este trabajo, el rol del investigador social está atravesado por múltiples factores que inciden en el modo en que éste desempeña su trabajo.

**El sujeto, a lo largo del proceso de investigación, se halla influenciado por variables sociales, culturales, políticas, económicas, etc que le aportan un modo particular de entender la realidad y el mundo que lo rodea.** Utilice las técnicas de investigación que utilice, y adopte las estrategias que adopte para lograr una posición lo más objetiva posible, esta nunca será lograda completamente.

Es aquí donde entran en juego los **paradigmas**. Si hacemos una búsqueda rápida por Internet sobre el significado de este término, vamos a ver que la mayor parte de los resultados nos llevan a la perspectiva de Thomas Kuhn. Este filósofo estadounidense entiende que éstos son el conjunto de supuestos, valores, creencias sobre los cuales la comunidad científica busca puntos de acuerdo y da solución a determinados problemas<sup>41</sup>.

Si bien esta explicación es válida y no falta a la verdad, consideramos que es necesario hacerle algunas observaciones (o por lo menos, intentaremos tener una visión más crítica, **analizando no sólo lo que permite un paradigma, sino también qué es lo que no permite**).

En primer lugar, debemos decir que **si un paradigma es un conjunto de supuestos, valores y creencias sostenidos por la comunidad científica, lógicamente, se desprende que existe otro conjunto de supuestos, valores y creencias no tenidos en cuenta**. Este juego de lo permitido y lo no permitido, lo aceptado y lo rechazado, no está exento de conflictos y pugna de intereses. Estos valores son el resultado de luchas de poder en las cuales entran en discusión múltiples dimensiones.

Un paradigma no sólo determinará si la Tierra gira alrededor del Sol o viceversa, sino que establecerá las metodologías de estudio de los científicos, sus

---

<sup>41</sup> La obra emblemática de Kuhn, donde desarrolla ampliamente el concepto de paradigma y los modelos de explicación de la realidad es "Estructura de las revoluciones científicas" (Chicago University Press, 1962)

*Si un paradigma es un conjunto de supuestos, valores y creencias sostenidos por la comunidad científica, lógicamente, se desprende que existe otro conjunto de supuestos, valores y creencias no tenidos en cuenta*

reglas de formación y validación, las características de las personas capacitadas para producir conocimiento, el grado de acceso a ese conocimiento por parte de la sociedad civil, los objetivos últimos por los cuales son necesarias las investigaciones, etc.

Por lo tanto, podemos afirmar que **los paradigmas que se sostienen en cada período histórico no son neutros sino una expresión de las ideas hegemónicas presentes en la sociedad en todas sus dimensiones**. Haciendo un juego de palabras con la frase que dice que “conocimiento es poder”, establecer qué es conocimiento también es una forma de instaurar por donde circula el poder.

Pero por otro lado, también hay una cuestión muy importante de **los paradigmas que se desprende de su capacidad de fundarse como discurso dominante. Aquellas personas que se forman bajo sus valores, ven inhibida su capacidad de desarrollar alternativas de conocimiento y en caso de criticar ciertos postulados, se verá “castigado” a través de estrategias más o menos coercitivas**.

En la actualidad, quizás se ganen la crítica de la comunidad científica, se le nieguen fondos para realizar sus trabajos. En cambio, anteriormente, una actitud de ese tipo era reprimida mediante la cárcel, la violencia física o incluso la muerte (podemos pensar desde la persecución de profesores y destrucción de espacios de formación en nuestro país con el gobierno de facto de Onganía y la Noche de los Bastones Largos hasta los castigos medievales de la Inquisición en su defensa del conocimiento teológico).

Existe una historia bastante didáctica que explica con claridad esta característica de los paradigmas la cual dice que un grupo de científicos colocaron en una jaula a cinco monos, una escalera y, sobre ella, un conjunto de bananas. A su vez, esta jaula poseía un sistema mediante el cual, automáticamente, cada vez que alguno de los simios intentaba subir la escalera en busca de las bananas, se rociaba a los restantes con chorros de agua fría.

Los intentos por comer las bananas y las consiguientes represalias se sucedieron durante un tiempo hasta que se dio un fenómeno particular. Si un mono subía la escalera, los cuatro que quedaban abajo lo atacaban para no ser mojados. Pasado algún tiempo, y tras varias peleas, se llegó a un punto en el cual ninguno de los integrantes del grupo tenía ya interés en las bananas.

En esta instancia, los científicos sustituyeron a uno de los monos por uno nuevo. Al desconocer el mecanismo de los investigadores, el nuevo integran-

te, rápidamente subió la escalera y recibió toda clase de agresiones. Después de varios intentos y cansado de recibir golpes, el nuevo mono también desistió en su afán de comer las bananas.

Así fue que, poco a poco, los científicos fueron cambiando uno a uno a los integrantes originales y viendo como el ciclo se repetía una y otra vez, con novatos que intentaban subir la escalera y eran golpeados por el resto, incluso por aquellos que habían sido ingresados como sustitutos.

Al finalizar todo el proceso, los investigadores quedaron con cinco monos que nunca habían recibido el castigo del agua, pero que sin embargo golpeaban a quien intentaba subir la escalera ni pretendían comer las bananas. **Se habían formado de esa forma, habían incorporado el concepto de no subir la escalera y la posibilidad de reflexionar sobre el motivo por el cual se golpeaba a quienes lo intentaban, no cruzaba por sus cabezas.**

Del mismo modo, a través de los años y de un modo más complejo que el del ejemplo, funcionan los paradigmas y los modos en que se establecen las reglas de la comunidad científica.

A partir de estas dos observaciones es que podemos llegar a un postulado que las engloba: **Los paradigmas tienen una relación dialéctica con su contexto socio-histórico. Por un lado, son la expresión de las ideas de los grupos dominantes en las luchas de los planos políticos, sociales, culturales y económicos durante un determinado período histórico y; a su vez, estructuran el pensamiento de la sociedad de modo tal que prevalezcan estos valores hegemónicos. En otras palabras, son formados por su contexto, al mismo tiempo que generan valores a través de los cuales lo van configurando.**

Lógicamente, los paradigmas no se han mantenido invariantes a lo largo de la historia sino que han ido acompañando sus vaivenes.

Siguiendo la línea de Guillermo Orozco Gómez<sup>42</sup>, podemos decir que **existen cuatro grandes paradigmas de producción de conocimiento: el positivista, el realista, el hermenéutico y el interaccionista.** Si bien sus límites no son tajantes y se encuentran vinculados de algún u otro modo, presentan, a grandes rasgos, las siguientes características diferenciadoras:

El **paradigma positivista** es utilizado mayormente por las ciencias exactas, siendo su esquema de pensamiento por excelencia, y surge como una forma de conocimiento alternativo a las explicaciones teológicas. El mismo sostiene que para que un conocimiento sea válido debe ser verificable, medible, cuantificable; y por lo tanto, tiene por resultado datos cuantitativos.

---

<sup>42</sup>OROZCO GÓMEZ, GUILLERMO. "La investigación en comunicación desde una perspectiva cualitativa". Ed. Periodismo y Comunicación, Facultad de Periodismo y Comunicación Social, UNLP. La Plata, 1996.

La verificación del conocimiento se establece a través de predicciones: se plantean hipótesis y luego se las somete a pruebas de verificación. Si las mismas son superadas, se considera a la hipótesis como una explicación del hecho en sí. Sobre esta particularidad de este paradigma es que han recaído las mayores críticas. Si los acontecimientos pueden ser explicados por sí mismos, éstos se manifiestan independientemente de su contexto. Este concepto no puede ser aceptado desde las ciencias sociales, ya que las mismas sostienen que resulta imposible analizar cualquier objeto de estudio sin tener en cuenta los factores contextuales que le dan forma.

El **paradigma realista**, por su parte, pretende generar conocimiento examinando las causas que produjeron determinado hecho, intenta alcanzar las explicaciones últimas sobre los mismos. Es una variación del paradigma anterior, diferenciado por entender a las explicaciones como distintas a las predicciones. Trabaja por reunir todas las causas posibles, asumiendo que cualquier resultado es el producto de varias de ellas, aunque resulta imposible determinar de cual.

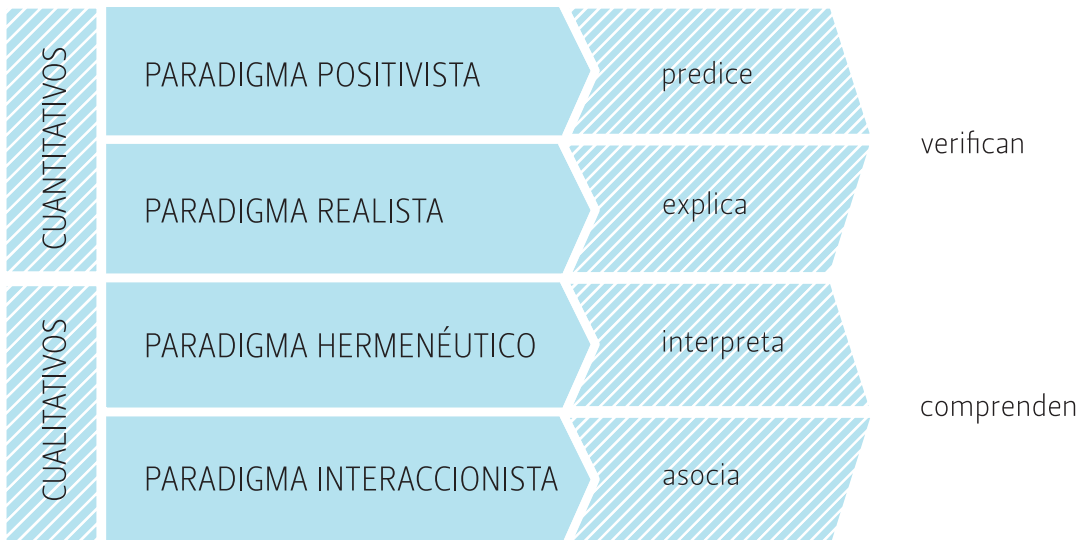
El **paradigma hermenéutico**, también llamado interpretativo, emplea explicaciones o interpretaciones para determinar el significado de los sentidos que subyacen a la expresión de los pensamientos. Lo que se destaca en esta perspectiva son las explicaciones que el investigador pueda realizar sobre el fenómeno estudiado, teniendo como parámetro de veracidad la cercanía de las mismas con la realidad.

Finalmente, el **interaccionismo**, pretende establecer las relaciones que se generan entre los elementos que influyen o determinan un fenómeno, asociándolos para producir un nuevo conocimiento sobre ellos que anteriormente estaba o se presentaba como disociado.

Haciendo una nueva categorización podemos decir que **los dos primeros se corresponden con visiones cuantitativas de la investigación, mientras que las restantes están en línea con posiciones cualitativas**. Si bien cada investigador debe dejar en claro desde qué mirada va a realizar su trabajo, optar por un modo de conocimiento no anula la posibilidad de utilizar herramientas de los anteriores, sino que todo lo contrario; enriquece el proceso y aporta nueva información.

Por las características del campo de la comunicación y su **esencia transdisciplinar**, hace que no nos paremos tajantemente sobre un paradigma o herramientas en particular, sino que fluctuemos entre uno y otro dependiendo de los aspectos de la realidad a analizar.





A continuación, detallaremos la posición desde la cual afrontamos nuestro objeto de estudio, al mismo tiempo que enumeramos las diferentes herramientas utilizadas a lo largo del trabajo, no sólo en la instancia de recolección, sino también en el análisis de los datos.

### REFLEXIONES SOBRE EL MARCO METODOLÓGICO

Al iniciar cualquier proceso de investigación, además de plantearnos un determinado marco conceptual y unos objetivos específicos, debemos pensar en el marco metodológico. La elección del mismo genera un proceso de reflexión para poder dilucidar desde qué lugar analizamos nuestro objeto de estudio.

Cuando trabajamos en el campo y analizamos a los sujetos y sus prácticas, vamos a presenciar sujetos y prácticas que se expresan de una única manera; el hecho estudiado es uno. **Pero la interpretación del mismo, la descripción que se puede hacer de las diferentes relaciones entre los elementos analizados, van a estar íntimamente vinculados a la organización cognitiva del investigador.** Siguiendo las palabras de Rosana Guber, “si bien existen sujetos reales de investigación, sólo es posible conocer su mundo a través de conceptos”<sup>43</sup>. **Estos conceptos, estarán dados tanto por las nociones teóricas como metodológicas que median entre el investigador y su objeto de estudio.**

<sup>43</sup> GUBER, ROSANA. “El salvaje metropolitano” Pág. 78. Ed. Paidós. México DF, 2004

Por tal motivo, es necesario definir a la metodología como la denominación que recibe el estudio del método a realizar y abarca la justificación de los diversos procedimientos concretos que se emplean a la hora de investigar.

Al momento de pensar el diseño del marco metodológico, debemos recurrir a una selección de herramientas, tanto cualitativas como cuantitativas a partir

*A partir del tipo de investigación que llevamos adelante, consideramos que la metodología que más se ajusta a dichos parámetros es la triangulación metodológica*

de las cuales realizar preguntas sobre el objeto de estudio. Éstas, son los elementos mediante las cuales nosotros, los comunicadores, tenemos la posibilidad de recolectar y analizar la información necesaria sobre los aspectos de la realidad que queremos conocer.

A partir del tipo de investigación que llevamos adelante, consideramos que la metodología que más se ajusta a dichos parámetros es la **triangulación metodológica**. Esta elección está determinada por dos factores:

El primero de ellos se relaciona con el campo de conocimiento desde el cual realizamos esta tesis.

La comunicación social, a partir de sus condiciones particulares de formación y los objetos de estudio con los que trabaja, no ha construido métodos propios sino que los establece a partir de herramientas que son parte de otras disciplinas tales como la sociología, antropología, lingüística, etc. **Estos cruces, adaptaciones y reinterpretaciones, han hecho de la comunicación social, un campo de conocimiento que apela constantemente a la transdisciplinariedad y la triangulación metodológica.**

El factor restante, es una elección como investigadores y la forma en que entendemos nuestro trabajo. Consideramos que la triangulación de enfoques tiene como principal característica la complementariedad, donde las perspectivas cualitativas y cuantitativas entran en diálogo para arribar a conocimientos que ninguna de las dos miradas pueden alcanzar de forma separada.

La **investigación cuantitativa** intenta hallar variables y continuidades presentes en la realidad social a partir de datos estadísticos. En ella, el investigador se posiciona como un individuo capaz de despojarse de su subjetividad y analizar su objeto de estudio desde un plano exterior. Así, se puede llegar a una conclusión objetiva, ya que el sujeto y el objeto de estudio son dos instancias independientes una de otra.

Por su parte, las **posiciones cualitativas** tratan de indagar las cuestiones más profundas de los sistemas sociales a partir del análisis de las particularidades de cada sujeto o grupo y no tanto de las generalidades de los mismos. Desde esta línea metodológica, no existe una única verdad demostrable, sino que las conclusiones a las que se llegan varían a partir de las condiciones de la investigación y los sujetos que la llevan a cabo.

Así, dentro del enfoque cuantitativo encontraremos técnicas tales como encuestas, cruces estadísticos o sondeos de opinión, mientras que en el cualitativo utiliza la entrevista en profundidad, el trabajo de campo etnográfico, el

análisis de discurso, etc.

**Ambas posiciones nos son útiles a la hora de realizar nuestro trabajo y no**

<b>PRINCIPIOS CARACTERÍSTICOS</b>	<b>CUANTITATIVA</b>	<b>CUALITATIVA</b>
Intencionalidad fundamental	verificar	entender
Proceso que busca	efectividad	interpretación
Búsqueda de	regularidad	lo distinto
Objeto	dado	construido
Investigador	neutral	involucrado
Se parte de	hipótesis para ser comprobadas o desaprobadas	premisas que orientan el proceso
Cuenta con	variables	categorías analíticas
Tipo de conocimiento obtenido	mediciones, cuantificaciones	interpretaciones a través de descripciones
Procedimientos utilizados	separación	asociación
Concepción de las herramientas metodológicas	técnicas específicas	creatividad metodológica, construcción de estrategias
Racionalidad en la generación de conocimiento	racionalidad instrumental	racionalidad sustantiva
Tendencia a estudiar	macroprocesos	microprocesos
Estrategia metodológica	estadísticas	teoría fundada

51

**consideramos que utilizar herramientas de una metodología nos impida emplear técnicas de la restante.** Nuestro objetivo es analizar y dar cuenta de los diferentes aspectos comunicacionales que atraviesan a la internación domiciliaria y para ello apelaremos a técnicas propias del enfoque cualitativo, pero también consideramos oportuno valernos de métodos cuantitativos que aporten un sustento estadístico a nuestro trabajo.

Al respecto, Gloria Pérez Serrano, afirma que la triangulación “puede dar una complementariedad sucesiva, en la que las metodologías cualitativas, al facilitar un conocimiento en profundidad, ayuda en la tarea de planifica-

---

<sup>44</sup> PÉREZ SERRANO, GLORIA. “Elaboración de proyectos sociales”. Pág. 69. Narcea Grupo Editorial. Madrid, 1994

ción de metodologías cuantitativas más adecuadas para ofrecer una visión generalizada<sup>44</sup>.

La elección de las herramientas de recolección de datos y las técnicas de análisis de la información a utilizar en el proceso de diagnóstico o investigación deben tener una relación directa con los objetivos planteados. En la instancia de construcción del marco metodológico, no sólo evaluamos la pertinencia de cada una, sino también las posibilidades de aplicación y viabilidad para desarrollarlas.

Es en este punto, precisamente, donde radica el sentido estratégico de la triangulación como metodología, ya que lo que propone es que entre diferentes posibilidades metodológicas se seleccionen aquellas que sirvan a los fines del trabajo. Al respecto, Fernando Flores argumenta: “las opciones realmente consideradas no son todas las lógicamente posibles<sup>45</sup>”.

---

<sup>45</sup> FLORES FERNANDO. “Creando organizaciones para el futuro”. Pág. 49. Dolmen Ediciones. Santiago de Chile, 2007

## HERRAMIENTAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

---

Las herramientas de recolección de datos que empleamos en este trabajo son las siguientes:

### Observación participante

Es el método por excelencia de la antropología y supone la exposición personal y directa de los investigadores con su objeto de estudio. Al compartir con los sujetos investigados su contexto, experiencias y vida cotidiana, el investigador puede acceder a los marcos conceptuales que éstos tienen sobre su propia realidad, o sea, conocer la vida cotidiana de un grupo desde el interior del mismo<sup>46</sup>. Este tipo de método implica una permanencia prolongada del investigador en el campo, de modo que los sujetos paulatinamente dejen de verlo como alguien exterior a ellos y compartan con él las experiencias y prácticas que desarrollarían en su ausencia. Esto no se logra completamente, pero debe ser un objetivo a lograr por parte del investigador.

En este sentido, como uno de los integrantes del grupo trabaja en una empresa de internación domiciliaria, las posibilidades de emplear esta técnica fueron más que óptimas y nos permitió conocer, entre otras cosas, la cotidianidad de este tipo de organizaciones, las relaciones que se establecen entre sus integrantes y cuáles son los problemas más habituales en materia de comunicación.

---

<sup>46</sup> “Al abordaje de las organizaciones. Algunas nociones sobre el uso de las metodologías desde la mirada comunicacional”. Pág. 24. Documento de Cátedra Taller de Producción de Mensajes. Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata. La Plata, 2007

## Encuestas

La utilización de esta técnica implica seleccionar una muestra representativa de un colectivo de sujetos determinados, para luego realizarles una serie de preguntas normalizadas a fin de encontrar datos estadísticos sobre las diferentes variables estudiadas. Si la muestra se realiza correctamente, a partir de una porción de este grupo mayor, se puede conocer las particularidades del mismo sin la necesidad de entrevistar a cada uno de los sujetos (si las preguntas fueran realizadas a todos los integrantes estaríamos en presencia de un censo). Realizar una encuesta es una forma de cuantificar la realidad de las organizaciones e indagar sobre los conocimientos, actitudes, creencias y expectativas de las personas que la integran<sup>47</sup>.

Dentro de esta técnica de recolección de datos encontramos múltiples variantes que están determinadas tanto por el tipo de cuestionarios utilizados como por las particularidades de la muestra. Así, podemos optar entre directas o indirectas (según si la unidad estadística se observa a través de la investigación propuesta registrándose en el cuestionario), sobre hechos o de opinión (según si indagan sobre la opinión o no de los sujetos), con cuestionarios abiertos o cerrados (a partir si el encuestado debe optar entre respuestas pre-seleccionadas por el encuestador o no), de respuesta múltiple o simple, etc.

En la realización del cuestionario, pueden convivir todo tipo de preguntas que se definen a partir de las particularidades de la variable sobre la que se indaga. No es necesario que un cuestionario sea completamente abierto o cerrado, o con preguntas del mismo tipo, sino que la riqueza del mismo estará determinada por la variedad del tipo de preguntas.

Por ejemplo, si lo que queremos conocer es la antigüedad de las empresas de internación domiciliaria para analizar el crecimiento de su número en los últimos años, lo más recomendable es realizar una pregunta abierta en donde el encuestado indique el año de fundación de la institución. Pero si en cambio, lo que queremos indagar son las características socioeconómicas de sus pacientes, lo más adecuado será realizar una pregunta cerrada en la cual se deba seleccionar entre un número finito de grupos sociales establecidos previamente como forma de tabular de un modo más sencillo los resultados.

Para este trabajo, se realizó una encuesta entre representantes de empresas platenses de internación domiciliaria con la finalidad de establecer las características generales del rubro en la ciudad. Se consultó a los mismos sobre la cantidad de empleados con los que cuentan, las obras sociales con las que trabajan, las características de sus clientes, los servicios que brindan, los productos comunicacionales que utilizan, etc.

---

<sup>47</sup> Íd 46

## Entrevistas

Esta técnica de recolección de datos consiste en una conversación entre el investigador y uno o varios sujetos que aportan información sobre el objeto de estudio. Es quizás uno de los métodos más empleados pero no por ello, menos complejo. No sólo supone un diálogo de pregunta-respuesta, sino que el entrevistador deberá apelar a diferentes estrategias que insten al entrevistado a “abrirse” en la conversación y no sentirse condicionado en sus respuestas. La entrevista no sólo supone aquellas instancias formales en las cuales el entrevistador se pone de acuerdo con su entrevistado para su realización, sino que, en el caso de una investigación científica, aquellas charlas informales que forman parte de la observación participante también deberán ser entendidas por el investigador como tales.

Existen una multiplicidad de tipos de entrevistas. Por nombrar algunos, encontramos entrevistas en profundidad, abiertas, focalizadas, biográficas, especializadas, estructuradas, etc. Estos matices estarán dados por el tema sobre el que gira la conversación, el objetivo del investigador, el tipo de preguntas que se realizan y las formas mediante las cuales se establece la relación entrevistador-entrevistado<sup>48</sup>.

Este método fue utilizado para relevar los distintos discursos de actores que pertenecen a las organizaciones. Estas entrevistas permiten saber qué representaciones se hacen del mundo y qué significaciones le otorgan a lo que viven tanto en la organización como en sus vidas cotidianas<sup>49</sup>.

Empleamos esta herramienta para abordar las cuestiones empresariales y legales del servicio de internación domiciliaria. Por tal motivo, organizamos diversos encuentros con personas vinculadas a esta modalidad de atención tales como empresarios, coordinadores y supervisores médicos, emplantas administrativas, etc.

También llevamos a cabo entrevistas grupales con coordinadores y médicos con la finalidad de comprender con mayor profundidad las relaciones que se establecen entre ellos, cuáles son las problemáticas de comunicación más frecuentes, cómo es el vínculo con los pacientes/clientes, qué alternativas consideran más viables para la resolución de conflictos, etc.

Las entrevistas grupales son una de las herramientas más útiles para el comunicador organizacional ya que permite observar interacciones que se dan en el interior del grupo específico, sus diferencias, sus contradicciones, sus alianzas, etc. A través de ellas se puede entrever el clima de la organización y conocer los elementos que afectan su realidad.

---

<sup>48</sup> Para mayor profundidad sobre las entrevistas cualitativas, se recomienda el trabajo de Miguel Valles para el Centro de Investigaciones Sociológicas de España (VALLES, MIGUEL. “Entrevistas cualitativas”. Cuadernos metodológicos N° 32. Madrid, 2002)

---

<sup>49</sup> “Al abordaje de las organizaciones. Algunas nociones sobre el uso de las metodologías desde la mirada comunicacional”. Pág. 28. Documento de Cátedra Taller de Producción de Mensajes. Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata. La Plata, 2007

La modalidad empleada para esta entrevista fue la de focus group. La misma consiste en una entrevista no estructurada, de flujo libre, con un pequeño grupo de personas compuesto de entre seis y diez individuos. El mismo debe contar con un moderador que sigue un formato flexible para alentar el diálogo entre los entrevistados.

### Sondeo de mercado

La investigación de mercado “es el diseño, la obtención, el análisis y la presentación sistemática de datos y descubrimientos pertinentes para una situación de marketing específica que enfrenta la empresa”<sup>50</sup>.

Esto, según Kotler, comprende los estudios de mercado enfocados a problemas y oportunidades específicos como pueden ser un sondeo de mercado, un pronóstico de ventas o una evaluación de una publicidad.

Bajo este nombre se engloban un conjunto de técnicas de recolección y análisis de datos, algunas de las cuales ya han sido nombradas, y que tienen por objetivo establecer las características del entorno en el cual se desempeña una empresa. Dependiendo la necesidad, se lo puede hacer de un modo más o menos profundo, aportando información sobre la competencia, los canales de distribución, las tendencias de consumo, las características de los compradores, los proveedores, etc.

### Segmentación de públicos

Los públicos deben ser entendidos como “un conjunto de personas, asociadas entre sí por vínculos comunes o afectado por un mismo asunto de consecuencias públicas. [Es por ello que] la segmentación de los públicos será una de las tareas más importantes y cruciales a las que deberá hacer frente la planificación estratégica. [...] La posible agrupación de estos públicos se llevará a cabo, desde una perspectiva de mantenimiento de intereses comunes, más que por vínculos de cercanía geográfica o de cualquier otro punto de vista”<sup>51</sup>.

Esta tarea resulta fundamental en nuestro trabajo para definir correctamente los grupos de personas y organizaciones en función de los cuales se construyeron los diferentes mensajes de las empresas. Es oportuno aclarar, que dentro de la categoría de público caben múltiples personas y organismos, como lo pueden ser los pacientes/clientes y sus familiares, potenciales pacientes/clientes, obras sociales y prepagas, organismos estatales, médicos y enfermeros, personal administrativo, etc.

---

<sup>50</sup> KOTLER, PHILIP. “Dirección de Marketing. Conceptos esenciales” Pág. 65. Pearson Educación. México DF, 2002

---

<sup>51</sup> MATILLA, KATTY. “Conceptos fundamentales en la Planificación Estratégica de las Relaciones Públicas”. Pags. 172-173. Editorial UOC. Barcelona, 2009

## Brainstorming

“Son llamadas por este nombre las técnicas de creatividad en grupo, mediante el cual un conjunto de personas se unen a fin de encontrar una solución a un problema específico”<sup>52</sup>. Estos procesos creativos son empleados comúnmente en los procesos de I+D (Investigación + Desarrollo) a fin de generar, a través de los cruces de múltiples miradas, ideas innovadoras y superadoras de aquellas construidas individualmente. Algunas de las técnicas más conocidas de brainstorming son la asociación libre, la escritura libre, los juego de roles, la relación y examen de límites, la lista de Osborn, etc.

En nuestro caso, consideramos pertinente emplear procesos de brainstorming para la construcción de los diferentes elementos identitarios que se ven plasmados en el manual destinado a servir de ejemplo en la charla de comunicación externa e identidad.

## TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

Para todo comunicador organizacional es necesario analizar los datos obtenidos en el relevamiento en forma rigurosa pero destacando estratégicamente aquellos aspectos que estén relacionados directamente con los objetivos del proyecto. Los datos deben ser sistematizados para poder relacionarlos entre sí y darles coherencia; de eso se trata el proceso de análisis. Hay un sinnúmero de técnicas de análisis de datos; no obstante, las elegidas dado el perfil de nuestro trabajo son las siguientes:

### Análisis discursivo semiótico

Se aplica, preferentemente, al análisis del significado y el sentido que los entrevistados, encuestados, etc., le asignan a distintas categorías y temas previamente pautados según los objetivos propuestos.

De esta metodología retomaremos la técnica propuesta por Juan A. Magariños de Morentín la cual postula una herramienta teórica que permite conocer de manera compleja los sentidos implicados por distintos actores en un discurso en un contexto histórico determinado. Según lo afirma el autor “son los discursos sociales mediante los que determinada comunidad representa o interpreta los fenómenos de su entorno”<sup>53</sup>.

Para llevar a cabo el análisis de la información recogida el primer paso que hay que realizar es la elección de temas claves, los cuales surgen de lo manifestado por los entrevistados y encuestados sobre la realidad comunicacional sobre la que estamos trabajando. Éste es un proceso flexible y dinámico basado en un sistema social, con lo cual puede modificarse a medida vayamos

---

<sup>52</sup> [www.brainstorming.com](http://www.brainstorming.com)

---

<sup>53</sup> Manual operativo de semiótica, en “Signa” Revista de la Asociación Española de Semiótica, N° 7. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Facultad de Filología. Madrid, 1998



avanzando en el proceso.

En una segunda instancia hay que proceder a la segmentación que consiste en seleccionar los segmentos del texto que se refieren a los temas claves ya definidos. Estos fragmentos deben aportar valor e información relevante cada uno por separado. Los segmentos deben responder a unidades sintácticas definidas para que no pierda rigurosidad el proceso. En suma, un mismo segmento puede corresponder a más de un tema clave.

Como tercer paso tenemos la agrupación conceptual a partir de la cual, tal como lo indica su nombre, agrupamos los segmentos de texto según el tema clave que le fue asignado previamente. Esta parte del análisis es fundamental ya que nos permite empezar a comprender cuál es el sentido concreto que se le asigna a cada tema y así conocer cuáles son las distintas percepciones en disputa entre los actores en cuestión.

Y por último, debemos unir todos los elementos de la realidad que fragmentamos para analizar. Se trata de identificar los ejes y las redes a partir de las cuales pueden ordenarse las agrupaciones realizadas. Estos ejes y redes representan los significados atribuidos a cada uno de los temas clave de la realidad comunicacional.

### Análisis de herramientas de comunicación

Si bien no existe una metodología determinada para poder llevar a cabo este tipo de análisis, es fundamental que al abordar un análisis sobre herramientas o productos de comunicación tengamos en cuenta su coherencia estética. Es decir, todos los productos comunicacionales deben estar en sintonía con la identidad de la organización y con la imagen pretendida acerca de los mismos.

De igual manera, deben responder al discurso corporativo de la organización y la redacción y contenidos deben estar apuntados a quien pretende dirigirse. Hay diferentes técnicas para analizar teniendo en cuenta las herramientas en cuestión.

- **Páginas Web:** hoy en día, los medios electrónicos son fundamentales dentro de la estrategia de comunicación de todas las organizaciones. Amplifican la presencia y la llegada a sus públicos casi en forma inmediata. Particularmente en este tipo de herramienta hay que prestar suma atención a los aspectos generales de la página web, su identidad e información, su lenguaje y redacción, su estructura y navegación, la distribución de la información, etc.

---

<sup>54</sup> PONCE TALANCÓN, HUMBERTO. "La matriz FODA: una alternativa para realizar diagnósticos y determinar estrategias de intervención en las organizaciones productivas y sociales" en Contribuciones a la Economía. México DF, 2007

- **Publicaciones y audiovisuales:** estas técnicas son muy útiles para medir la efectividad de revistas institucionales, folletos, publicidades, videos, tanto interno como externo, de una organización.

### Matriz FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas)

Es una herramienta de análisis estratégico. Consiste en realizar una evaluación de los factores fuertes y débiles que en su conjunto diagnostican la situación interna de una organización, así como su evaluación externa; es decir, las oportunidades y amenazas<sup>54</sup>. También es una herramienta que puede considerarse sencilla y permite obtener una perspectiva general de la situación estratégica de una organización determinada.

Una fortaleza de la organización es alguna función que ésta realiza de manera correcta, como son ciertas habilidades y capacidades del personal con atributos psicológicos y su evidencia de competencias. Otro aspecto identificado como una fortaleza son los recursos considerados valiosos y la misma capacidad competitiva de la organización, como un logro que brinda la organización y una situación favorable en el medio social. Por el contrario, una debilidad se define como un factor considerado vulnerable en cuanto a su organización o simplemente una actividad que la empresa realiza en forma deficiente, colocándola en una situación considerada débil.

Las oportunidades constituyen aquellas fuerzas ambientales de carácter externo no controlables por la organización, pero que representan elementos potenciales de crecimiento o mejoría. La oportunidad en el medio es un factor de gran importancia que permite de alguna manera moldear las estrategias de las organizaciones. Las amenazas son lo contrario de lo anterior, y representan la suma de las fuerzas ambientales no controlables por la organización, pero representan fuerzas o aspectos negativos y problemas potenciales.

Entre algunas características de este tipo de análisis se encuentra:

- Facilitan el análisis del quehacer institucional
- Facilitan la realización de un diagnóstico para la construcción de estrategias que permitan reorientar el rumbo institucional, al identificar la posición actual y la capacidad de respuesta de nuestra institución.

De esta forma, el proceso de planeación estratégica se considera funcional cuando las debilidades se ven disminuidas, las fortalezas son incrementadas, el impacto de las amenazas es considerado y atendido puntualmente, y el aprovechamiento de las oportunidades es capitalizado en el alcance de los objetivos, la misión y visión de la organización.

Como conclusión, las técnicas de análisis, cualesquiera se utilicen, nos permiten disponer los datos de una manera sistémica y con una lógica específica para poder elaborar nuestras propias conclusiones, siempre teniendo como meta el cumplimiento de los objetivos propuestos.



# CONTEXTO E HISTORIA

- Composición del sistema de salud
- Historia del sistema de salud argentino
- Características de la internación domiciliaria
- Historia de la internación domiciliaria

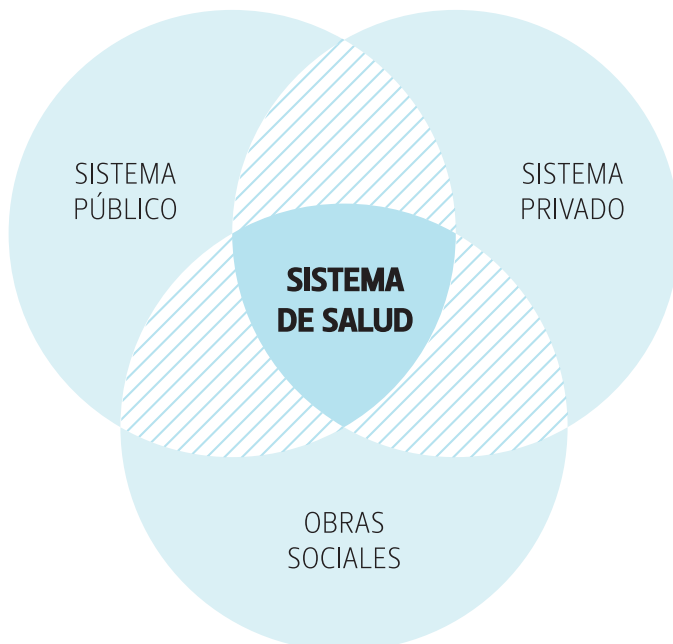


## COMPOSICIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Creemos que para comprender el contexto en el cual se inscriben las empresas de internación domiciliaria, resulta indispensable que, aunque sea de una forma escueta y sin entrar en detalles que no hacen a la esencia de este trabajo, desarrollemos las líneas generales que dan forma al campo de la salud en nuestro país.

Las ideas y modelos político-económicos que se han implementado a lo largo del último siglo, le han otorgado características que es fundamental recorrer. Las transformaciones tanto del concepto de salud como del rol del Estado en relación a la misma, le han conferido distintas particularidades que intentaremos detallar.

Es importante señalar que **el sistema de salud se compone de la interacción de tres subsistemas: el público, el privado y las obras sociales**. La relación entre ellos se da de múltiples modos y muchas veces sin una articulación adecuada. Estos subsistemas difieren entre sí a partir de factores tales como su público objetivo, los servicios que brindan y el origen de sus recursos.



El **sector público** está compuesto por los hospitales públicos y los centros de atención primaria que funcionan bajo la órbita de ministerios y secretarías de orden nacional, provincial y municipal. Los recursos mediante los cuales se solventa provienen del sistema impositivo y, aunque por definición es universal, es utilizado efectivamente por alrededor del 30% de la población.

En comparación con los otros subsistemas, es el que presenta mayor cantidad de camas, las cuales están distribuidas en unos 1200 puntos de atención mayormente de carácter provincial. La mayor parte de la demanda proviene de los sectores de menores ingresos y su distribución geográfica se refuerza en las zonas que no son rentables para el sector privado. Finalmente, podemos señalar que gran parte de los profesionales que se desempeñan en él también lo hacen en el subsistema privado, ya sea de forma individual o en instituciones médicas.

*Las transformaciones tanto del concepto de salud como del rol del Estado en relación a la misma, le han conferido al sistema de salud argentino distintas particularidades a lo largo del último siglo. Recorrer estas transformaciones nos ayuda a comprender de un modo más acabado el estado en el que éste se encuentra.*

En lo que respecta al segundo de los subsistemas, el de las **obras sociales**, podemos decir que tiene su origen en la necesidad de suplir ciertas fallencias de los hospitales y centros de atención públicos. Hasta mediados del siglo XX, el sistema de seguridad social funcionaba de un modo heterogéneo, con regímenes muy diferentes y brindando, en su mayoría, servicios propios como sus instituciones madres, las sociedades de beneficencia y de servicios mutuos.

Las obras sociales tal como las conocemos ahora comienzan a formarse con el primer gobierno peronista y se consolidan con el dictamen de la Ley 18610 durante la dictadura de Onganía. En 1970 se fija la obligatoriedad de la adhesión y la organización de las mismas por rama laboral. Proveen un seguro social para la protección de los trabajadores y sus familiares directos, tanto a través de las obras sociales sindicales como del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI) para aquellos que se encuentren jubilados. Éstas se solventan a través de los aportes obligatorios correspondientes a empleadores y empleados en relación de dependencia.

El sistema argentino tiene la particularidad de permitir múltiples afiliaciones, pudiendo una persona pertenecer a más de una obra social al mismo tiempo. Estas afiliaciones pueden ser de tipo voluntarias, por realizar diferentes trabajos o bien a través del vínculo familiar.

Finalmente, el **subsistema privado**, se compone por las empresas de medicina prepaga y los centros de atención privados (clínicas y sanatorios), financiándose por el aporte voluntario de sus afiliados y pacientes respectivamente.



Es utilizado en su mayoría por los sectores de ingresos medios y altos y presentan una lógica empresarial. Su crecimiento se ha visto acelerado en la década del '90 a partir de falencias de los subsistemas anteriores, acompañadas de políticas tendientes a fomentar su expansión.

## **HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO**

---

A partir de las relaciones que se desarrollan entre los sectores públicos, privados y de las obras sociales, junto a la posición del Estado con respecto a la regulación de los mismos, es que podemos encontrar **cuatro etapas principales a lo largo del último siglo**. Cabe aclarar que dentro de cada una de las mismas se encontrarán matices, pero en esencia mantienen características comunes que las diferencian de las restantes.

El **modelo descentralizado anárquico** se desarrolla hasta 1945 y tiene como eje una diversidad de instituciones que funcionaban como respuesta a demandas puntuales y de corto plazo. La función del Estado era de carácter subsidiario y se limitaba a la formación de recursos humanos, el cuidado de la higiene pública, el control de epidemias y el mantenimiento de la sanidad en las fronteras. Es importante señalar que durante esta etapa la salud era entendida como una cuestión de responsabilidad individual y objeto de caridad hacia los sectores más desprotegidos.

Con la llegada del peronismo al poder, esta situación se modificó drásticamente dando lugar al **modelo centralizado** (1945-1955). Por estos años, la cobertura sanitaria se expandió y la nacionalización de los establecimientos públicos le desplazó a las sociedades de beneficencia. Por primera vez la salud tuvo un espacio propio dentro de la estructura gubernamental a partir de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, luego con carácter de Secretaría y finalmente, en 1949, como Ministerio. Desde estos ámbitos se generaron redes de centros ambulatorios de atención primaria y programas nacionales de vacunación y tratamiento para diferentes enfermedades posibilitando el acceso efectivo a los sectores populares. El fortalecimiento de los gremios y la ampliación de derechos laborales durante el peronismo posibilitaron el desarrollo de obras sociales, dando lugar a una estructura sanitaria global e inédita hasta ese momento.

Luego del golpe del '55, se llevó a cabo una **reestructuración del diseño del Estado tendiente a descentralizarlo y que tuvo su incidencia en el plano sanitario**. La regulación por parte del gobierno nacional se vio debilitada y la responsabilidad sobre la salud comenzó a ser transferida a las provincias y municipios. El otro cambio sustancial de este período se dio en 1970, cuando Onganía, como estrategia para buscar apoyo de sectores sindicales luego del

Cordobazo, dictó la obligatoriedad de la afiliación a las obras sociales. Así, los gremios recibieron mayor cantidad de fondos sin ningún tipo de control por parte del Estado, y generaron sistemas previsionales circunscriptos a las necesidades y pedidos de sus afiliados. La descentralización de esta etapa se dio a partir de las dos variables antes descritas: muchos de los centros de atención pasaron a la órbita provincial y municipal y, por otro lado, las obras sociales quedaron en manos de las agrupaciones sindicales.

Esta particular relación se vio acentuada a partir de 1978, ya que esta descentralización se vio **orientada por las relaciones financieras entre el gobierno nacional y el de las provincias**. Así, la transferencia de compromisos fue casi total quedando bajo control nacional una decena de establecimientos. El deterioro paulatino de los centros de atención y las obras sociales dio lugar a un crecimiento del sector privado de la mano de clínicas, el sistemas de medicina prepaga y las AFJP<sup>43</sup>.

A modo de cierre, debemos señalar que **luego de la crisis del 2001 se produjeron modificaciones en el sistema de salud que posibilitaron un rol más fuerte por parte del Estado, pero que no han modificado sustancialmente la relación que se establece entre los tres subsectores que lo componen**. Ejemplos de estos cambios, entre otros, son el Plan Federal de Salud, la Política Nacional de Medicamentos, la Ley de Medicamentos Genéricos y la Ley de Regulación de Prepagas.

## **CARACTERÍSTICAS DE LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA**

Podemos entender a la internación domiciliaria como **“un programa de atención que, sin poner en riesgo la vida del paciente y bajo un modelo interdisciplinario, brinda una solución a los problemas de salud de ciertos pacientes conservando siempre, como mayor logro y objetivo, la ganancia en términos de calidad de vida. Es una estrategia de atención extra hospitalaria que permite brindar servicios de salud humanizados y oportunos a la población, representando una mejoría importante en la calidad de vida de los usuarios y con su relativo menor costo comparado con la atención tradicional”**<sup>44</sup>.

Es una metodología de atención en patologías donde el manejo ambulatorio no es simple y se encuentra en una instancia intermedia, con controles periódicos no tan frecuentes como lo serían en un hospital o sanatorio, pero sí con mayor asiduidad que en el caso de un alta médica. Es un sistema que **contribuye a la descentralización hospitalaria y la institucionalización de un tratamiento interdisciplinario**.

Este sistema de atención es relativamente novedoso y ha crecido en los

<sup>43</sup> El cambio en el régimen previsional tuvo un impacto lógico sobre el PAMI a partir del redireccionamiento de recursos económicos desde el sector gubernamental al privado

<sup>44</sup> ORLANDO, Agustín “Internación domiciliaria: Herramienta de la auditoría médica”. Pág. 4. Curso anual de auditoría médica Hospital Alemán. Buenos Aires, 2007

MODELO	ESTADO	SALUD	INSTITUCIONES	EJES POLÍTICO-IDEOLÓGICOS
Descentralizado anárquico (hasta 1945)	Subsidiario. Formación de RRHH. Cuidado de la higiene pública, control de epidemias y sanidad de fronteras.	Responsabilidad individual. Objeto de caridad.	Sociedades de beneficencia	Estado oligárquico. Escasez de derechos civiles y políticos para amplios sectores de la sociedad.
Centralizado (1945 - 1955)	Centralizador. Construcción de redes de atención primaria de la salud. Programas de prevención.	Obligación del Estado Nacional	Hospitales públicos nacionales. Obras sociales de carácter optativo.	Ampliación de derechos de los sectores populares. Fortalecimiento de los gremios.
Descentralización del sistema (1955 - 1978)	Transferencia de responsabilidades a las provincias	Obligación de los estados provinciales y municipales	Obras sociales de afiliación obligatoria. Hospitales provinciales y municipales. Gremios.	Descentralización de Estado Nacional.
Descentralización fiscal con objetivos a corto plazo (1978 - 2001)	Estado mínimo	Ajustada al mercado. Pensada como mercanca y no como servicio.	Hospitales y clínicas privadas. Empresas de medicina prepaga. AFJPs.	Neoliberalismo.

últimos años gracias a una multiplicidad de variables entre las que podemos mencionar el **avance de la medicina, la mayor expectativa de vida de las personas con el consiguiente aumento de las enfermedades vinculadas a la tercera edad, el incremento de los costos de internación tradicionales, la imposibilidad de muchas personas de acompañar a sus familiares adultos mayores en los últimos años de su vida, etc**. A este debemos sumarle un factor médico no menos importante que indica que **las internaciones prolongadas en cuadros crónicos llevan aparejadas aumentos en factores de riesgo en la evolución de los pacientes tales como infecciones intrahospitalarias, depresión o baja en el estado de ánimo, mayor grado de postración y atrofia muscular, etc**.

En este sentido, la internación domiciliaria es una alternativa asistencial que entiende a la salud desde una mirada integral, aportándole al paciente además del tratamiento propiamente dicho, la convivencia familiar, la estancia en un entorno cotidiano, afecto y responsabilidad participativa de sus seres queridos.

Entre las patologías más frecuentes en este tipo de atención médica podemos encontrar:

**Enfermedades respiratorias:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); neumonías; insuficiencias respiratorias crónicas (enfisema, intersticiopatías); sobre-infecciones de bronquiales crónicos.

**Patologías neurológicas:** Accidentes cerebro-vasculares; enfermedades degenerativas; enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

**Post-operativos neurológicos:** Secuelas post-traumáticas medulares; parálisis cerebrales; enfermedades neuro-metabólicas

**Pacientes cardiacos:** insuficiencias cardiacas

**Enfermedades digestivas:** Hemorragia digestiva alta; enfermedades inflamatorias intestinales; síndrome ascítico edematoso; hepatopatías.

**Pacientes terminales (oncológicos o no oncológicos):** neoplasias; terminales murientes no neo-plásicos.

**Trastornos metabólicos (diabetes, trastornos hidroeléctricos):** diabetes mellitus; trastornos hidroelectrolíticos

**Enfermedades y situaciones varias:** úlceras por presión (escaras); patologías vinculadas a la edad avanzada; movilidad reducida; desnutrición; incontinencia; falta de cuidado y apoyo; iatrogenia hospitalaria y geriátrica.

Debido a la gran cantidad de cuadros en los cuales puede implementarse la internación domiciliaria, así como también la relación que existe entre las diferentes patologías, esta metodología de trabajo interdisciplinar cuenta con la participación de, entre otros, médicos clínicos, kinesiólogos, enfermeros, neumólogos, neurólogos, gastroenterólogos, fisioterapeutas y cuidadores.

**Este trabajo conjunto en el marco de la propia casa del enfermo, evita la reinternación, incrementa y mejora el flujo de información entre el personal médico, reduce el riesgo de contraer enfermedades derivadas de la internación, involucra a los familiares en el proceso de atención con el consiguiente beneficio psicológico para el paciente, disminuye el nivel de stress y la baja en el estado de ánimo y disminuye los costos de atención.**

## **HISTORIA DE LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA**

---

La internación domiciliaria tiene su origen en Nueva York, cuando en 1947 y con el objetivo de descongestionar la ocupación de camas, el Hospital Montefiori decidió implementar este sistema de un modo experimental.

Con el paso de los años, esta metodología de trabajo fue tomando mayor importancia y comenzó a expandirse a otros puntos del planeta. En los '50 se desarrollaron unidades de internación domiciliaria en Francia (donde también se fundó la ONG "Santé Service" que aún presta atención socio-sanitaria a domicilio a pacientes con enfermedades crónicas y terminales). En la década del '60 se generaron en Canadá espacios de tratamiento domiciliario a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente y para los años '80 ya era sistema de atención ampliamente difundido en los principales países del mundo.

Es importante destacar que la perspectiva que se tenía en este momento sobre la internación domiciliaria entendía a la misma como una **estrategia complementaria a la internación tradicional y devenida de la necesidad de descongestionar los sanatorios**. La mirada más amplia que señala los beneficios que tiene en sí misma esta forma de atención vendría con los años.

En nuestro país, las primeras experiencias se dieron a finales de la década del '80 cuando el Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata y el Hospital Castex de San Martín, emplearon la internación domiciliaria como una extensión de los mismos. Ya entrados en los '90 se formaron las primeras empresas privadas, siendo En Casa la pionera de manos de profesionales provenientes del Hospital Italiano.

A partir del proceso de descentralización y privatización de estos años, las empresas privadas de internación domiciliaria crecieron en número y se vie-

ron beneficiadas por la incorporación de las mismas en los listados de prestadores de servicio de las dos obras sociales más importantes en esta área, IOMA y PAMI.

La escasa legislación en esta materia, las condiciones laborales de los trabajadores y las dificultades en la formación de una asociación que agrupe a las empresas, hacen posible la inexistencia de una metodología seria de supervisión por parte de los organismos de control. Es por ello que las empresas pioneras junto con aquellas de mayor tamaño son las que, con sus proyectos individuales, delinear los parámetros de calidad y los sistemas para garantizarlos.

70

El desafío actual consiste en desarrollar la cultura de la internación domiciliaria, dejando de lado la visión económico-técnica de los primeros años centrada en la reducción de costos y la rotación en la ocupación de camas, para dar lugar a una perspectiva que incluya a la misma como un modelo de atención que tiene, por sí misma, las características y beneficios suficientes como para dejar de ser un apéndice del sistema sanitario tradicional.







# ANÁLISIS DE LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA EN LA PLATA

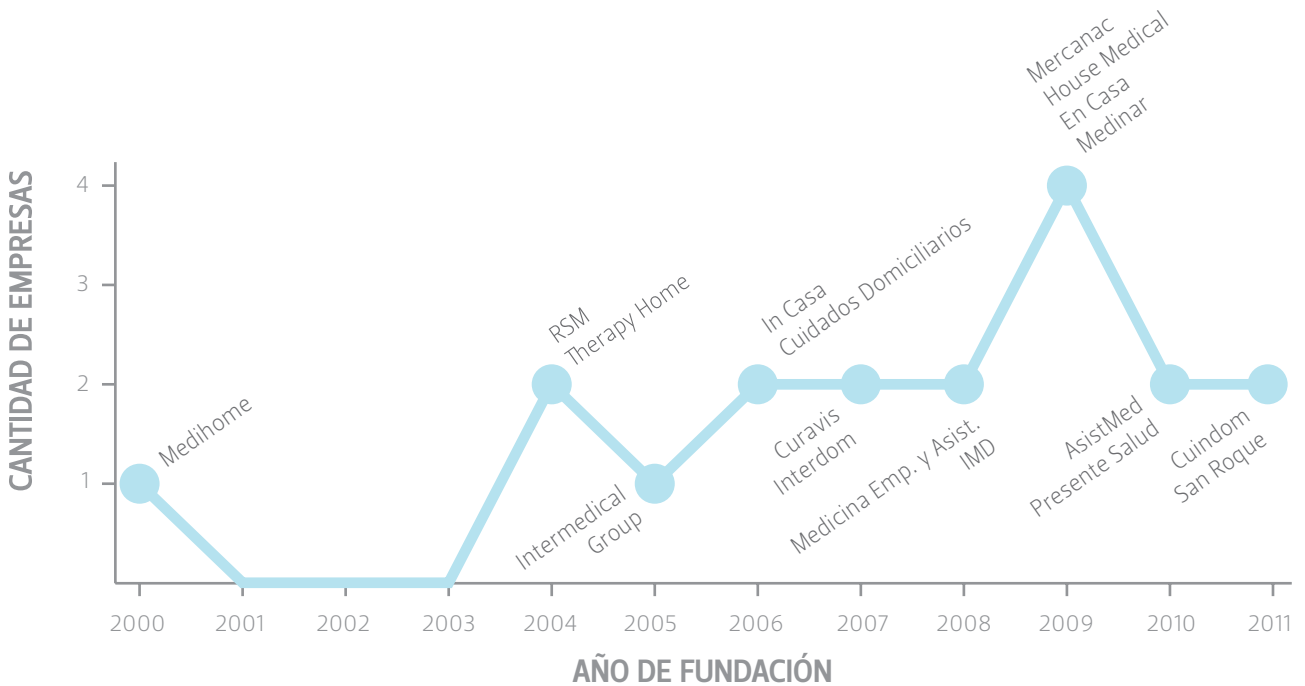
- Análisis de las encuestas
- Análisis de entrevistas y focus group

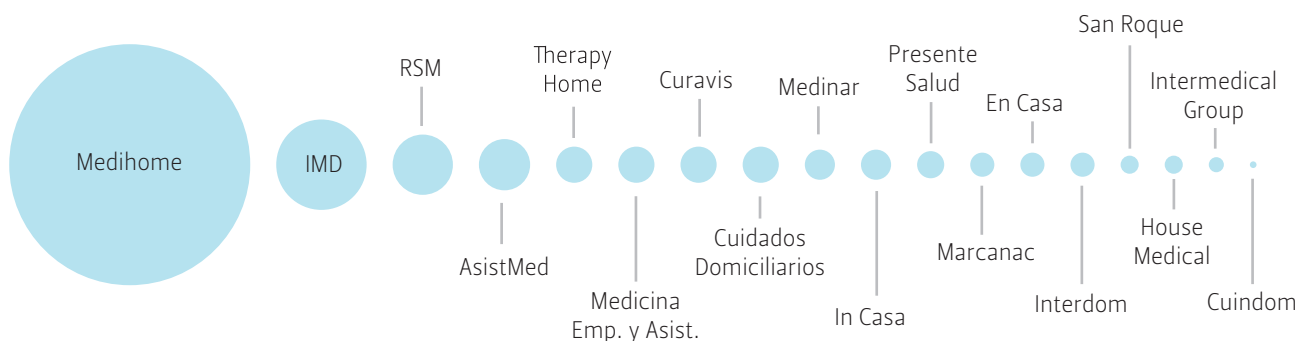


## ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS

Tal como lo describimos anteriormente, una de las herramientas de recolección de datos que utilizamos fueron las encuestas. **Nuestro trabajo de campo intentó abarcar a la totalidad de las 30 empresas de internación domiciliaria de La Plata que figuran en el listado que proporciona IOMA. Pero debido a la reticencia de algunas de ellas por brindarnos información y la inexistencia de otras, nos fue imposible alcanzar esa meta reduciendo nuestro muestreo a un total de 18.**

A modo de introducción, podemos decir que la más antigua (y también la más importante) es **Medihome**, fundada en el 2000, mientras que el resto le sucedieron hasta llegar al 2011, dato que da cuenta de lo relativamente novedosa que resulta la prestación de este servicio. **La mayoría cuenta con entre 40 y 150 pacientes/clientes cuyo perfil etario es de un 90% de adultos mayores y un 44,44% de adultos, abarcando un nivel socioeconómico medio en su mayoría, en contraposición con un 5,57% que alcanza al nivel social alto.**





Las patologías más usuales que suelen atenderse en estas empresas son pacientes con **discapacidad motriz y post-operatorios (83,33%)**, en **segundo lugar cardiológicas (72,22%)** y **tercero neurológicas y oncológicas (65%)**. Para ello, todas las empresas prestadoras de internación domiciliaria encuestadas cuentan con un plantel profesional que abarca a **enfermeros profesionales, rehabilitadores y médicos asistenciales**. Algunas otras también ofrecen **psicólogos, asistentes terapéuticos, entre otros**.

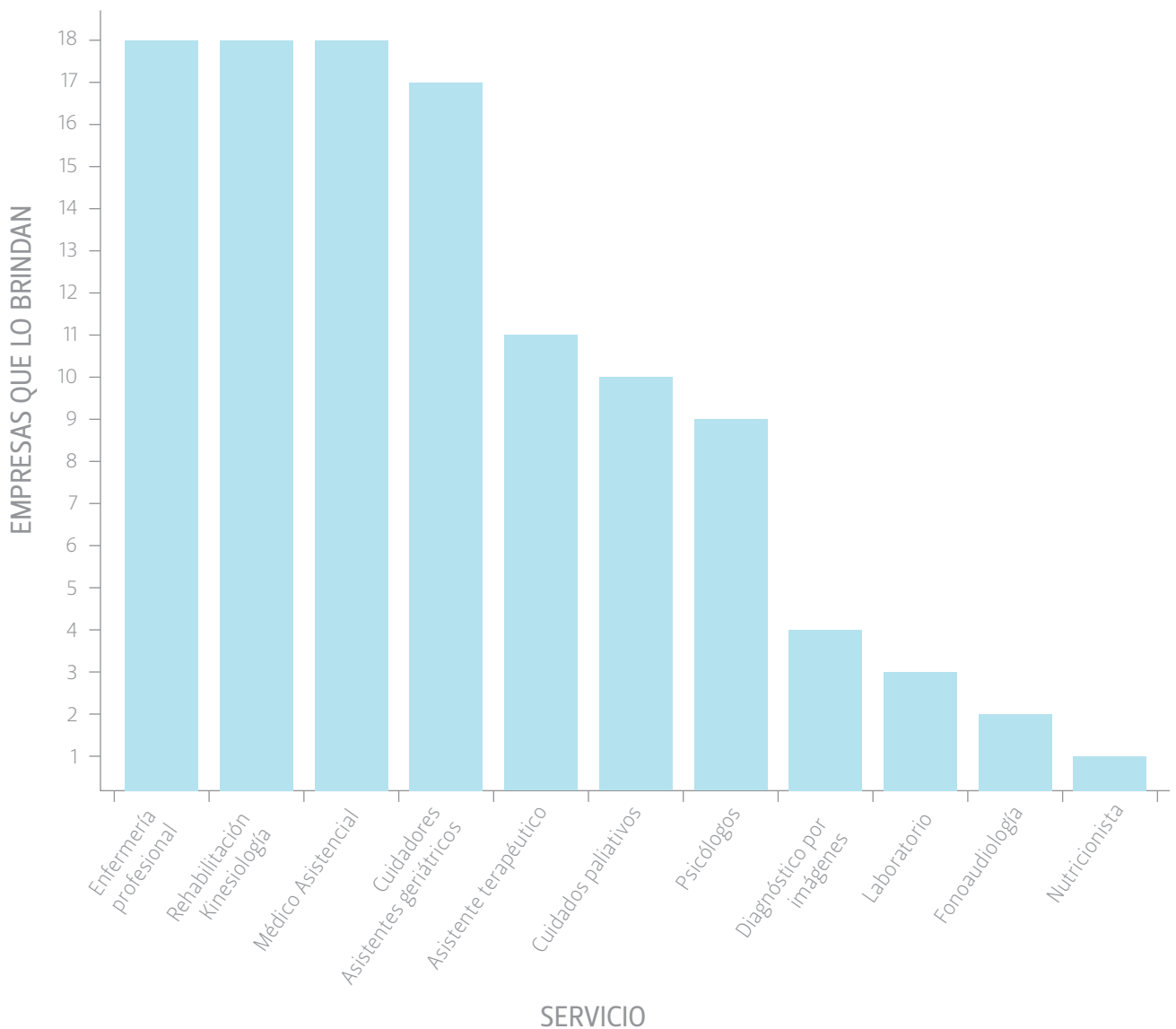
De igual modo, **todas ellas afirman trabajar con IOMA**, teniendo en **segundo lugar a PAMI con un 22,22%** y en un porcentaje menor (15%) son mencionadas las **prepagas como lo son, por ejemplo, OSDE, MEDIFE Y SWISS MEDICAL GROUP**. La mitad de nuestra muestra asegura que, además de ingresar a afiliados de estas obras sociales, aceptan a pacientes en forma particular.

EMPRESA	EMPLEADOS	PACIENTES	PROPORCIÓN
AsistMed	250	85	2,94
Cuidados Domiciliarios	200	60	3,33
Cuindom	50	11	4,55
Curavis	180	60	3,00
En Casa	90	40	2,25
House Medical	50	30	1,67
IMD	250	150	1,67
in Casa	110	50	2,20
Interdom	120	40	3,00
Intermedical Group	70	25	2,80
Medicina Emp. y Asist.	120	60	2,00
Medihome	1100	400	2,75
Medinar	150	50	3,00
Mercanac	100	40	2,50
Presente Salud	100	45	2,22
RSM	250	100	2,50
San Roque	110	30	3,67
Therapy Home	140	60	2,33
	<b>3440</b>	<b>1336</b>	<b>2,69</b>

En cuanto al trabajo en equipo, como empresas en conjunto, lamentablemente **aseguran que no hay una Cámara que las regule y represente ante las instituciones**. Asimismo, tampoco trabajan complementariamente entre sí ni poseen convenios con otras organizaciones como lo son las farmacias, las ortopedias, etc.

El mercado competitivo en el que este tipo de empresas están insertas es muy amplio; **sólo en la ciudad de La Plata podemos hablar de unas 30 empresas de ID** y, a medida va creciendo y aumentando el conocimiento por parte de la sociedad de este tipo de servicio, aún más son aquellas que instalan y/o abren sucursales en Gran La Plata y alrededores. **Las más conocidas, a modo de ejemplo teniendo como fuente las encuestas, son Medihome (16 encuestas), Red de Servicios Médicos (6), Salud Integral (5) y Therapy Home (4).**

Ya entrando en el terreno que más nos interesa y nos ocupa dada la temática de nuestro proyecto, podemos decir, según nuestro criterio, que **en materia de comunicación estas empresas si bien tienen algunos puntos positivos,**



**dejan bastante que desear.** Dentro de las encuestas se desarrollaron algunas preguntas destinadas a averiguar los canales y herramientas de comunicación mayormente utilizadas tanto para llevar a cabo la comunicación interna como externa.

En principio, en lo que respecta a la comunicación interna, podemos decir que **la comunicación con sus empleados es bastante asidua y fluida dado que un 44,44% aseguró que se daba todos los días y/o una vez por semana. La herramienta que más se utiliza es el teléfono (94,44%) y en segundo lugar el famoso “cara a cara” (66,67%).** Lo notorio de este punto es que sólo un 5,56 %, es decir, sólo una encuesta, manifestó utilizar el e-mail como canal comunicacional.

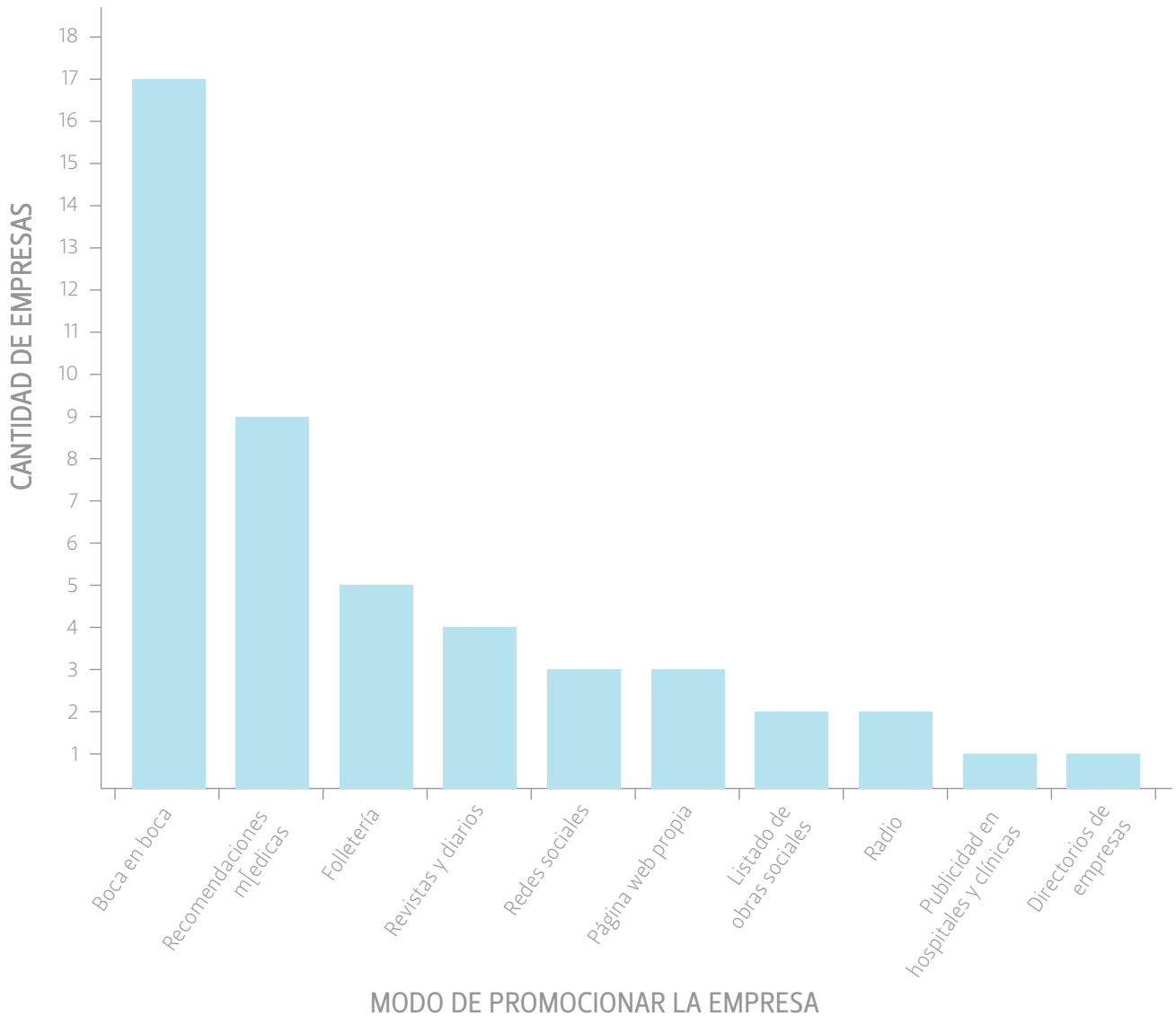
En cuanto a la **comunicación con sus clientes/pacientes, un 33,33% afirmó que se comunica con ellos una vez por semana y un 27,78% una vez al mes. Aquí también se repite el teléfono como la herramienta de comunicación más utilizada (94,44%) a la hora de establecer los vínculos, mientras que como segunda opción manifestada surgió el “ cara a cara” con un 27,78%.** Vale hacer la salvedad, que en este tipo de relación, es decir, con sus clientes, las empresas directamente no utilizan el e-mail como forma de contacto.

Y, por último, resulta muy interesante y de gran importancia mencionar que **el 94,44% de las empresas encuestadas expresó que su manera de promocionarse es de boca en boca.** Sólo un 22% argumenta hacer propagandas en diarios o revistas estratégicas y tener algún tipo de folletería como lo son las tarjetas personales.

Como conclusión, nos **resulta fundamental destacar que dado todo lo expuesto anteriormente, es notorio el escaso interés destinado a lo que respecta en materia de comunicación en sí.** Si bien la comunicación tanto con los empleados como con los pacientes/clientes es fluida y constante debemos reconocer que las herramientas utilizadas para llevarla a cabo son muy escuetas y básicas como lo son el teléfono y el “cara a cara”.

El hecho de que un 94,44% de los encuestados hayan manifestado que su promoción se da de “boca en boca” es un claro ejemplo de lo mencionado. Este dato no es menor ya que da cuenta del poco interés en “vender” su empresa dentro de un mercado que se caracteriza por ser consumista a través de la publicidad.

En este punto de la “cadena” nos encontramos nosotros, como comunicadores sociales, ofreciéndoles un abanico de posibilidades y de herramientas comunicacionales para poder desarrollar una óptima gestión en comunicación, tanto interna como externa, teniendo como fin último propiciarles un buen futuro empresarial, organizacional y comercial.



## ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS Y EL FOCUS GROUP

Después de analizar las transcripciones de las diferentes entrevistas y el focus group realizado (en las páginas siguientes se podrá ver un cuadro que expresa las diferentes observaciones de los actores consultados), nos acercamos a un diagnóstico de la situación de las empresas de internación domiciliaria en nuestra ciudad. Si bien la posibilidad de abarcar todos sus aspectos es imposible, pretendimos tener una mirada amplia teniendo en cuenta sus características organizacionales y comunicaciones. La tarea no fue sencilla, ya que algunas empresas se mostraron reticentes a brindarnos información por varios motivos que van del desinterés al miedo por brindar datos que puedan ser perjudiciales en función de un andamiaje legal poco sólido en la materia.

Este análisis se desprende de las entrevistas a los dueños de tres empresas (In Casa, En Casa y Cuindom), un supervisor médico, una empleada administrativa y un focus group del que participaron una administrativa, dos coordinadores y un supervisor.

Para facilitar la lectura, decidimos recortar los datos obtenidos bajo palabras claves o ejes comunes a partir de los cuales encontrar diferencias y similitudes. A partir de allí realizar una concepción global sobre el tema y una interpretación de los mismos

### **CARACTERÍSTICAS DE LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA**

- Existe un paciente que está en su domicilio/hábitat; está extramuros
- El paciente no puede valerse por sí mismo
- Recibe un tratamiento médico asistencial; todo lo que necesite según lo indicado por su médico de cabecera; recibe un servicio de médicos, enfermeros y kinesiólogos; lo atiende personal idóneo
- Se atienden aspectos emocionales y psicológicos del paciente

La internación domiciliaria es un servicio utilizado por pacientes que no pueden valerse por sí mismos consistente en tratamientos médico-asistenciales. El mismo es brindado por profesionales médicos idóneos atendiendo sus aspectos emocionales y psicológicos.

### **CAUSAS POR LAS CUALES SE UTILIZA EL SERVICIO**

- Altos costos de internación en hospitales y sanatorios (los tres propietarios de las empresas coincidieron en esta mirada)
- Peligro de infecciones intrahospitalarias
- Escasa disponibilidad de camas
- Aumento de la expectativa de vida
- Los hijos trabajan y no pueden cuidar a sus padres; la familia delega funciones

Una multiplicidad de factores de diverso tipo inciden en el crecimiento que en últimos años ha vivido el servicio de internación domiciliaria: técnicos (infecciones intrahospitalarias), económicos (altos costos de internación), demográficos (aumento de la expectativa de vida), políticos (falta de camas en hospitales) y sociales (los hijos no pueden cuidar de sus padres mayores).

### **MARCO REGULATORIO**

- Falta de ley o reglamentación que lo regule



- Servicio de cobertura obligatoria por el Programa Médico Obligatorio
- Algunas obras sociales niegan el servicio o no lo reconocen
- Sólo es necesaria la habilitación del Ministerio de Salud para crear una empresa de Internación Domiciliaria
- No hay una asociación que reúna las diferentes empresas de internación domiciliaria; si la hay, se la desconoce

La internación domiciliaria es un servicio incorporado al PMO y, por lo tanto, obligatorio para todas las obras sociales tanto públicas como privadas. Estas últimas niegan el servicio a sus afiliados o no los incorporan en sus cartillas.

No existe por parte del Estado una legislación firme que regule la prestación del servicio y las condiciones de trabajo de los profesionales involucrados. Para crear una empresa de internación domiciliaria sólo es necesaria la habilitación del Ministerio de Salud.

Las empresas no se encuentran organizadas en algún tipo de asociación. La existencia de una entidad de este tipo es desconocida por algunas empresas mientras que otras indican que su funcionamiento no es adecuado y no tiene representatividad.

#### **PRESENCIA DE ESPECIALISTAS EN COMUNICACIÓN**

- No hay un área específica de comunicación
- La supervisión sin comunicación no tiene sentido, compensa la falta de un lugar físico compartido por los compañeros de trabajo
- Los trabajos en comunicación se dan en situaciones específicas, no es un trabajo constante
- “Estamos aprendiendo la importancia de trabajar la comunicación interna y externa” (In Casa)
- Diferencias en la calificación sobre el manejo de la comunicación

En las empresas de internación domiciliaria no existen áreas especializadas en comunicación. Esto origina que las acciones comunicacionales se restrinjan a momentos coyunturales y esporádicos. Se le reconoce a la comunicación un rol importante que no se ve reflejado en el trabajo cotidiano y estructura de las diferentes organizaciones.

## ROLES / ORGANIGRAMA

- Director médico (usualmente dueño): supervisar que todo marche bien, nexo entre los pacientes y la oficina, conocer a todos los pacientes al ingresar, asignación de pacientes al coordinador y su presentación, solución de problemas específicos por su condición de médico.
- Auditor: Evaluación del paciente en relación a sus patologías y ver si requiere el servicio
- Supervisor / Coordinador: nexo entre los distintos actores de la empresa, auditoría interna para mejorar la calidad de atención, organizar a los cuidadores y enfermeros, nexo entre la familia y la empresa
- Administrativa: papelerío, atención al cliente.

Los roles en las empresas de internación domiciliaria no son claros y no siguen un patrón común entre las diferentes empresas. Existen tareas que se superponen o son llevadas a cabo por personas poco idóneas (en el caso de In Casa por ejemplo, hasta hace unos meses atrás, la auditora no era una médica sino una empleada administrativa). En líneas generales podemos hablar de cuatro niveles o roles: un director médico u auditor, quién es el máximo profesional responsable; los coordinadores o supervisores, quienes tienen la función de monitorear y coordinar la labor de los enfermeros y profesionales; los cuidadores y médicos, quienes atienden a los pacientes; y los empleados administrativos, quienes realizan los trabajos de oficina pertinentes.

## BUROCRACIA

- Los auditores evalúan al paciente y determinan si necesitan el servicio
- Se asigna al paciente a un coordinador médico
- El coordinador decide, a veces en conjunto con el auditor, las características de los enfermeros y profesionales
- El coordinador monitorea el trabajo de los enfermeros y organiza el trabajo
- Ante problemas, los enfermeros deberían comunicarse con sus respectivos coordinadores
- En reiteradas ocasiones, los familiares y enfermeros no respetan la estructura organizativa para realizar sus pedidos o quejas

- Los empleados administrativos realizan el seguimiento de planillas y trámites con las obras sociales.

La estructura de las empresas de internación domiciliaria, aunque con algunas diferencias entre unas y otras, sigue un patrón común: existe un auditor encargado de aceptar los nuevos pacientes/clientes y asignarlos a los coordinadores médicos según las características del caso y la disponibilidad de recursos. Estos coordinadores, monitorean el trabajo de los profesionales que atienden diariamente a los enfermos y planifican la labor en grupo. Las empleadas administrativas, por su parte, hacen el seguimiento y actualización de los formularios propios de las obras sociales.

Si bien estos diferentes estamentos marcan diversos roles en la organización, en el plano práctico trabajan sin una jerarquización muy estricta que muchas veces tienen un valor sólo formal o simbólico.

### **HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN**

- Teléfonos y radios (Nextel)
- Reuniones (se dan en forma no estandarizada entre supervisores, coordinadores, directores). Algunas son rutinarias pero la mayoría son consecuencia de problemas. Algunas se dan por fuera del horario de trabajo.
- Mails
- Planillas administrativas con información sobre enfermeros.

Las herramientas de comunicación empleadas con mayor asiduidad son el teléfono y las flotas de radios. Las mismas sirven para que se comuniquen entre ellos las diferentes personas de la empresa en su labor diario. En forma menos frecuente, son utilizados los mails.

Las reuniones para organizar el trabajo no tienen en gran medida una periodicidad establecida, sino que se desprenden de diversos conflictos.

El seguimiento de enfermeros y profesionales se realiza mediante planillas que sirven para organizar los pagos por horas trabajadas.

### **PERSONAL**

- Dificultad para encontrar personal especializado o con buena formación
- Los profesionales (médicos, kinesiólogos, traumatólogos, etc.) tienen con-

tacto con supervisores y administrativos cuando van a cobrar

- El personal es rotativo
- El personal a veces no comprende o no sabe qué tiene que hacer
- Dificultades en conseguir personal ante emergencias o de forma rápida (“en emergencias no mirás quién es el enfermero, hay que cubrirlas; en estos casos no hay entrevista previa”)
- Los coordinadores no son profesionales formados para dicha tarea, los supervisores sirven como su apoyo en el trabajo

Los integrantes de las empresas, sin distinguir posición jerárquica, en muchos de los casos no tienen una formación adecuada. En los que respecta a los enfermeros, la asignación de los mismos a determinados clientes no se da mediante un proceso de selección claro. Las características de contratación hacen que los mismos estén en continua rotación.

#### COMUNICACIÓN EXTERNA

- El medio más utilizado es el boca en boca, no se emplean muchos recursos extra
- “Hacer publicidad puede implicar un riesgo por no estar reglamentada la actividad”
- Publicidad en revista Lazos (destinada a adultos mayores)
- Tarjetas personales

El boca en boca es la estrategia de comunicación empleada por la mayoría de las empresas de internación domiciliaria. Las mismas no realizan otro tipo de acciones por desinterés o temores frente a la situación legal en la que trabajan. Las tarjetas personales y la publicidad en revistas específicas son otras alternativas.

## INTERNACIÓN DOMICILIARIA

In Casa	En Casa	Silvia (empleada administrativa)	Focus Group
<p><b>Definición</b></p> <p>"Consiste en la atención del paciente extramuros; es decir, un paciente que salió de una internación después de una patología aguda y necesita continuar con un tratamiento médico-asistencial en su domicilio"</p>	<p>"Se brinda para cubrir necesidades básicas de pacientes que ya no pueden valerse por sí mismos ante determinadas situaciones. Se trata de mantener al paciente dentro de su hábitat"</p>	<p>"Según la patología que requiere el paciente, es el servicio de médicos, enfermeros y kinesiólogos en su domicilio"</p>	<p>"Consiste en que el paciente sea asistido por personal idóneo abarcando todos los aspectos emocionales y psicológicos del paciente."</p>
<p><b>Causas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disminución de los costos</li> <li>▪ Infecciones intrahospitalarias</li> <li>▪ Poca disponibilidad de camas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expectativa de vida se alarga</li> <li>▪ No hay camas</li> <li>▪ Infecciones intrahospitalarias</li> <li>▪ Familiares trabajan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La gente vive más tiempo</li> <li>▪ Los hijos cada vez están más ocupados trabajando</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La familia delega sus funciones como tal</li> </ul>
<p><b>Marco Regulatorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No hay una reglamentación o ley que imponga el cumplimiento "de lleno" a esta normativa</li> <li>▪ El PMO define como obligatoria la cobertura del servicio dentro del sistema de salud</li> <li>▪ Algunas obras sociales o la niegan o no la reconocen</li> <li>▪ Había una Cámara ya formada con empresas pero se fragmentó y disolvió por el choque de intereses entre directores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No está reglamentado ni lo contiene ninguna norma</li> <li>▪ Lo único que se precisa a la hora de poner una empresa de ID es la habilitación del Ministerio de Salud</li> <li>▪ No existe que yo sepa alguna Cámara que nos represente</li> </ul>		

## COMUNICACIÓN EN LA EMPRESA

	In Casa	En Casa	Walter (supervisor)	Silvia (empleada administrativa)	Focus Group
Área especializada	<ul style="list-style-type: none"> <li>No tenemos área dedicada a la comunicación</li> <li>Se han hecho trabajos en comunicación que han sido coyunturales</li> <li>De a poco estamos aprendiendo sobre la importancia de bajar la comunicación externa e interna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No existe ningún área dedicada a la comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La supervisión sin comunicación no tendría sentido principalmente en lo que es la internación domiciliaria por el grado de lejanía que existe entre los diferentes actores del sistema</li> <li>La comunicación es lo que hace compensar la falta de un lugar físico y fijo compartido de trabajo entre todos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hay buena comunicación entre todos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hay graves problemas de comunicación</li> <li>La comunicación con la gerencia y coordinadores debe ser más continua y fluida; mucho más constante. Debería haber una reunión aunque sea semanal</li> </ul>
Herramientas de comunicación interna	<ul style="list-style-type: none"> <li>Flota de Nextel a través de radios entre coordinadores, supervisor, director médico y administrativas</li> <li>Celulares personales</li> <li>Mails</li> <li>Reuniones semanales entre supervisor y coordinadores</li> <li>Reuniones esporádicas entre supervisor y director médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Celulares personales</li> <li>Reuniones esporádicas en los domicilio entre enfermero y coordinador</li> <li>Visita semanal a la oficina de las coordinadores para retirar insumos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reuniones semanales entre supervisor y coordinadores</li> <li>Nextel entre ellos</li> <li>Envío de mail entre ellos para pasar novedades</li> <li>Envío semanal a las administrativas enumerando reemplazos y guardias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reuniones esporádicas con el director médico</li> <li>Nextel gratis con coordinadores, supervisor y director</li> <li>Mails con coordinadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reuniones entre Perla, Nestor y Sergio todos los lunes por fuera del horario de trabajo</li> <li>Teléfonos personales</li> </ul>

## ESTRUCTURA DE LA EMPRESA

	In Casa	En Casa	Walter (supervisor)	Silvia (empleada administrativa)	Focus Group
Roles	<ul style="list-style-type: none"> <li>Como director médico tengo la responsabilidad sobre todo el sistema, desde que el paciente ingresa hasta que sale</li> <li>El director médico supervisa que las funciones se cumplan como es debido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Como dueña me encargo de supervisar que todo marche bien</li> <li>Soy a veces el nexo entre los pacientes y la oficina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mi rol como tal implica ser un nexo entre los distintos actores de la empresa</li> <li>Debo hacer una especie de control, de auditoría interna de la empresa para mejorar en lo que se pueda la calidad de atención</li> <li>El rol de los coordinadores es organizar a sus cuidadores y enfermeros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Me encargo de toda la cuestión administrativa de papelería, atención al cliente y demás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perla: “mi función es evaluar al paciente en relación a sus patologías y ver si realmente requiere o no del servicio”</li> <li>Nestor y Sergio: “Somos el nexo entre la familia, el personal y la coordinación médica”</li> </ul>
Organigrama	<ul style="list-style-type: none"> <li>1°: Admisor</li> <li>2°: Supervisor de enfermería</li> <li>3°: Coordinador de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1°: Directora</li> <li>2°: Silvia, que se encarga de la parte administrativa</li> <li>3°: Dos coordinadoras de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1°: “Mi superior es el director de la empresa”</li> <li>2°: “Vengo yo como supervisor”</li> <li>3°: “Los coordinadores de enfermería”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1°: Director de la empresa</li> <li>2°: El supervisor</li> <li>3°: Los coordinadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1°: Perla como coordinadora médica</li> <li>2°: Néstor y Sergio como coordinadores de enfermería</li> <li>3°: Administrativas</li> </ul>

## PROCESOS ADMINISTRATIVOS – JERÁRQUICOS

	In Casa	En Casa	Walter (supervisor)	Silvia (empleada administrativa)	Focus Group
Estructura jerárquica, procesos administrativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hay un admisor que evalúa al paciente y determina si es adecuado para este tipo de sistema. Luego me reúno con el supervisor de enfermería, que es quien distribuye las indicaciones del trabajo que deben hacer los coordinadores, quienes registran al personal que va a actuar en el domicilio del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La cadena a seguir sería que los enfermeros se comuniquen con su coordinadora y luego ella nos transmite a nosotros. Debería ser así. Pero muchas veces, ante una urgencia o cuando no pueden comunicarse con ella, llaman acá</li> <li>En realidad pasa todo por la oficina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es primordial que haya un nexo directo entre la parte médica y la coordinación de enfermería</li> <li>Me encuentro en el medio de “los dos bandos”, y tratar de conformar a las dos partes es difícil. La Dirección exige cosas que son para beneficio de la empresa y la parte de coordinación también impone sus condicionamientos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El clima interno es bastante bueno y familiar</li> <li>Cada coordinador tiene a su cargo manejar los cambios y reembarca que puede haber en los domicilios. Cuando el inquilino tiene al supervisor. En cuanto a la parte de planillas y demás debe traerlas a la administración los 25 de cada mes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hay una pirámide y hay que seguir esa cadena</li> <li>Luego de que Perla como auditora haya aceptado al paciente, habla con los coordinadores para empezar a armarle el personal. Luego, se lo comunica a la administración y ellos se encargan de la parte papelería para IOMA</li> <li>A los imprevistos deben transmitirse a Perla y se trata de resolverlos en conjunto con el dueño</li> <li>Los familiares son los que más saltan la estructura y llaman a la oficina directamente</li> </ul>



## RECURSOS HUMANOS

	In Casa	En Casa	Walter (supervisor)	Silvia (empleada administrativa)	Focus Group
Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>No es un personal que se identifique todo el tiempo con la empresa, ya que muchas veces es rotativo</li> <li>Desde hace mucho sigue la línea jerárquicamente a la hora de plantear alguna inquietud.</li> <li>Con el personal más nuevo es más complejo, quizás no esté bien bajada la línea, y estas dudas o problemas se dispersan, no saben qué hacer</li> <li>Dentro de nuestros puntos débiles, el mayor es en la comunicación hacia el personal; quizás no decimos las cosas como las debemos decir.</li> <li>Tenemos dificultades en la coordinación y en el "stockeo" de personal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La coordinadora que visita a los pacientes y enfermeros tiene un trato más personalizado con ellos por lo cual recibe todas las inquietudes.</li> <li>Aquí se recibe a los enfermeros en casos específicos</li> <li>Tenemos contacto con todo el plantel profesional una sola vez al mes que es cuando ellos vienen a cobrar</li> <li>Tenemos una médica, que viene una vez al mes y pasa todos los informes</li> <li>En cuanto a los puntos débiles, te puedo decir que lo que nos está costando es el tema de conseguir personal; necesitamos incorporar más enfermeros y no podemos, se nos hace muy difícil conseguirlos. Hay mucha demanda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Con los coordinadores el tema de la formación se cumple parcialmente porque de los cuatro, uno no es enfermero sino que es estudiante de medicina lo cual no es lo mismo</li> <li>A los coordinadores se les brinda apoyo desde el área de supervisión en cuanto a si necesitan asesoramiento de enfermería para algún caso en particular</li> <li>En nuestro caso, el discurso se mantiene unificado mediante reuniones, dado que es la única forma de tratar de compensarlo siendo que no tenemos un ambiente de trabajo fijo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contamos con la cantidad de personal que va en crecimiento. Al principio nos costaba bastante conseguir personal especializado</li> <li>Al principio no podíamos conseguir. Hoy no te podría decir que tenemos 100% de enfermeros pero, creo que un 80% debemos tener de personal de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En las emergencias no miras quién es el enfermero, hay que cubrirías. En esos casos no hay entrevista previa</li> <li>El mayor problema que tenemos es que nos avisan que van a faltar al domicilio muy sobre el horario</li> <li>Nosotros tres nos vemos permanentemente así que cuando hay problemas con el personal, sabemos todo de todos los tres</li> </ul>

## COMUNICACIÓN EXTERNA

	In Casa	En Casa	Silvia (empleada administrativa)	Focus Group
Publicidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Publicitamos en la revista Lazos, intentando llegar al paciente particular. Es una revista estratégica destinada a los adultos mayores, quienes son nuestros pacientes más frecuentes</li> <li>No hacemos mucha propaganda dado que al no estar reglamentado ni normalizado el servicio de ID, el hecho de crecer implica arriesgarse en la parte legal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todo lo que es publicidad no tenemos nada</li> <li>Todo es de boca en boca. No hay propaganda, nada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se ha hecho mucho marketing, ni se ha hecho propagandas ni folletos. La oficina tampoco está a la calle</li> <li>Creo que es de boca en boca. Creo que la gente que ha tenido el servicio, te diría que en un 90% está conforme y eso deriva en amigos, familiares y vecinos que necesitan de nuestro servicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nestor: “se vende sola, de boca en boca por suerte para nosotros porque eso es señal de que trabajamos bien”</li> <li>Sergio: “se vende por comen-tarios de pacientes antiguos”</li> </ul>
Herramientas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Publicidad en Revista Lazos</li> <li>Tarjetas Personales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tarjetas Personales</li> </ul>		





# JORNADAS DE CAPACITACIÓN

- Explicación de las jornadas de capacitación
- Detalle de las jornadas de capacitación
- Presupuesto



## EXPLICACIÓN DE LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN

---

El producto central de esta tesis, el cual no será llevado a la práctica por este grupo de trabajo pero que es factible de ser desarrollado, consiste en la construcción de un **espacio de formación y divulgación destinado a directivos de empresas de internación domiciliaria o personas interesadas en fundar una prestadora de este tipo.**

El mismo se constituye de un ciclo de tres jornadas de charlas que abordan los siguientes temas: **internación domiciliaria, comunicación interna y comunicación externa e identidad.**

A partir del estudio de las empresas de internación domiciliaria de La Plata, llegamos a la conclusión que las mismas no desarrollan una estrategia comunicativa y, en el caso de estar delineado algún tipo de trabajo en este aspecto, solamente está vinculado a campañas de promoción o comunicación externa. Al no estar enmarcadas dentro de un proyecto amplio, son en su mayoría, deficitarias o escasas.

Es por ello, que **nuestro objetivo es brindarle herramientas necesarias para que comiencen a desarrollar estas habilidades y, por consiguiente, adopten una transformación de su servicio que permita el mejoramiento de la atención a los clientes y sus familiares y el crecimiento de las organizaciones.**

A su vez, estas charlas serán acompañadas por material bibliográfico vinculado a los temas abordados, permitiendo no sólo documentar los tópicos tratados, sino también aportar información extra. Así, se busca que el participante de las jornadas pueda sacar un buen provecho de las mismas y sirvan de puntapié inicial para delinear una estrategia comunicativa acorde a las características y necesidades de su empresa.

En una primera instancia, habíamos pensado en la sede de la Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria (CADEID) como espacio físico para el dictado del mismo. Este lugar no sólo nuclea a varias de las empresas del rubro sino que también cuenta con las características necesarias a tal fin. Prueba de ello son los congresos que se han realizado en años anteriores.

*Nuestro objetivo es brindar herramientas para que las empresas de internación domiciliaria comiencen a desarrollar habilidades comunicacionales y, por consiguiente, adopten una transformación de su servicio que permita el mejoramiento de la atención a los clientes y sus familiares y el crecimiento de las organizaciones*

Sin embargo, realizar este curso en Buenos Aires sería un inconveniente para los destinatarios, en su mayoría platenses. Es por ello que se eligió un espacio de nuestra ciudad con la finalidad de evitar que el traslado fuese un factor decisivo en la concurrencia o no de los asistentes.

La modalidad es presencial, con el dictado de tres encuentros de 3 horas cada uno durante tres sábados en el horario de 9 a 12hs. Como se detalla en los programas, cada jornada está dividida en dos módulos, cada uno a cargo de un disertante diferente. Éstos son personas que por diferentes motivos tienen contacto con este equipo y no presenta mayor inconveniente su participación. Asimismo, es importante señalar que, cada uno en su especialidad, son personas idóneas para esta tarea no solamente por sus conocimientos sino también por su capacidad pedagógica.

Entre módulo y módulo, se hará un coffee break de quince minutos no solamente para que los asistentes puedan descansar sino que también tendrá como finalidad brindar un momento de mayor relajación para que los mismos puedan intercambiar opiniones y experiencias. Es común que en este momento, también se acerquen a los disertantes u organizadores a fin de indagar sobre algún tema que haya quedado sin ser abordado completamente. Luego de finalizado el segundo módulo, se hará entrega de un cuadernillo donde se analiza en mayor profundidad los diferentes conceptos explicados en la charla.

Los principales destinatarios de este curso son los empresarios de las empresas platenses, aunque no descartamos que de los mismos podrían participar sus colegas de ciudades vecinas, estimando la asistencia de unas 30 personas aproximadamente.

Para promocionar el evento, consideramos que el modo más adecuado de hacerlo es enviar mails de invitación acompañados de llamadas telefónicas, intentando así, coordinar una breve reunión donde se explicará la modalidad y alcances del curso además de, lógicamente, incentivar la participación de los empresarios en el mismo.



## DETALLE DE LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN

---

### 1ª JORNADA: INTERNACION DOMICILIARIA

9:00 hs.

Apertura y presentación de los disertantes que desarrollarán las distintas temáticas

#### Disertante: Dra. Adriana Figueras

*Vicepresidenta de la Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria (CADEID). Ésta, está compuesta por distintas empresas y profesionales médicos que demandan mejorar el servicio de internación domiciliaria para cubrir las exigencias de los pacientes.*

97

9:10 hs.

Definición del servicio de Internación Domiciliaria, sus objetivos y finalidades. Breve reseña histórica

9:40 hs.

Marco legal y regulatorio de la ID en la Argentina. Normas de organización y funcionamiento del servicio

10:00 hs.

Beneficios de la ID para todos sus actores y descripción de las patologías acordes al servicio

10:20 hs.

Consultas

10:30 hs.

Coffee Break

#### Disertante: Dr. Guillermo Bruno

*Director Médico de la empresa de Internación Domiciliaria "In Casa". Especialista en diagnóstico por imágenes.*

10:45 hs.

La ID en la ciudad de La Plata. Empresas y obras sociales que prestan el servicio

11:15 hs.

La comunicación en las empresas de ID y el rol que le otorga como directivo. Consultas

**11:40 hs.**

Características de “In Casa”. Perfil etario y patologías de sus pacientes. Servicios que ofrece. Las herramientas de comunicación interna y externa utilizadas

**12:00 hs.**

Entrega del cuadernillo de internación domiciliaria

## **2ª JORNADA: COMUNICACIÓN INTERNA**

**9:00 hs.**

Apertura y presentación de los disertantes que desarrollarán las distintas temáticas

### **Disertante: Martin González Frígoli**

*Director Ejecutivo de AB Comunicaciones, consultora especializada en la gestión estratégica de comunicación interna. Director del Área Multimedia y NTI, Facultad de Periodismo y Comunicación Social (UNLP). Profesor Adjunto de la cátedra “Taller de Producción de Mensajes” Facultad de Periodismo y Comunicación Social (UNLP). Docente de la Maestría en Planificación y Gestión de Procesos Comunicacionales (PLANGESCO).*

**9:10 hs.**

¿Qué es un plan comunicacional? Su importancia y la caracterización de sus etapas. Misión, Visión y Valores

**9:40 hs.**

¿Qué es la comunicación interna? ¿Cómo se estructura dentro de la organización? Tipología y funciones

**10:00 hs.**

El rol del comunicador interno. El valor estratégico de saber comunicar los mensajes clave

**10:15 hs.**

Presentación de casos y consultas

**10:30 hs.**

Coffee break

## Disertante: Alejandro Formanchuk

*Es Licenciado en Comunicación Social con Diploma de Honor por la Universidad de Buenos Aires (UBA) y especialista en comunicación organizacional y formación. Presidente de la Asociación Argentina de Comunicación Interna. Empezó su carrera en empresas multinacionales, luego trabajó en editoriales y agencias de comunicación. En 2005 fundó Formanchuk & Asociados, agencia especialista en capacitaciones, coaching, seminarios abiertos y comunicación interna.*

*Es speaker internacional. Brindó capacitaciones y seminarios en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay. También, es profesor de la materia "Comunicación organizacional" en la carrera de Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Buenos Aires y Director del Posgrado "Comunicación Organizacional" en la Universidad de Belgrano (Argentina).*

99

### 10:45 hs.

Comunicación interpersonal y relaciones entre los diferentes sectores de las organizaciones

### 11: 10 hs.

Herramientas y acciones de comunicación interna

### 11:30 hs.

Importancia de las capacitaciones y las evaluaciones de conocimiento y desempeño

### 11:45 hs.

Exposición de casos y consultas

### 12:00 hs.

Entrega del cuadernillo de comunicación interna

## 3° JORNADA: COMUNICACIÓN EXTERNA E IDENTIDAD

### 9:00 hs.

Apertura y presentación de los disertantes que desarrollarán las distintas temáticas

## Disertante: Alejandra Gaudio

*Diseñadora Gráfica y docente de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (UNLP). Ha dictado charlas y escrito diversos artículos y libros so-*

*bre la historia del diseño gráfico en Argentina y Latinoamérica, destacándose su trabajo sobre la evolución de la identidad de YPF desde su fundación hasta la década del 50.*

**9:10 hs.**

Definición del concepto de identidad y sus características centrales

**9:40 hs.**

Construcción de la identidad e importancia para las organizaciones

**10:00 hs.**

Identidad y públicos. Aplicación de la identidad en los diferentes aspectos de la organización

**10:15 hs.**

Presentación de casos y consultas

**10:30 hs.**

Coffee break

#### **Disertante: Javier de Ponti**

*Diseñador Gráfico, Magíster en Ciencias Sociales, artista plástico y Docente de la Facultad de Bellas Artes (UNLP). Profesor Titular Tecnología DCV 3 y Coordinador de la Lic. En Comunicación Visual de la Universidad del Este. Ha desarrollado proyectos de identidad gráfica para diferentes organizaciones de bien público de La Plata y participado de seminarios y artículos de divulgación sobre historia del diseño gráfico.*

**10:45 hs.**

La identidad visual como un componente esencial de la identidad global de las organizaciones

**11:00 hs.**

La importancia de pensar a la identidad visual como un sistema

**11:15 hs.**

La marca. Construcción, aplicación e importancia

**11:30 hs.**

Aplicación de la identidad gráfica en diferentes piezas comunicacionales

**11:45 hs.**

Presentación de casos y consultas

12:00 hs.

Entrega del cuadernillo de comunicación externa e identidad.

## PRESUPUESTO

Actividad	RRHH	Recursos Materiales	Cant.	Precio Unidad	Precio Total
JORNADAS		Sucaryl (x 100 sobres)	2	\$ 10,90	\$ 21,80
		Azucar "Ledesma" (x 100 sobres)	2	\$ 12,00	\$ 24,00
		Café "La Virginia" (x 36 sobres)	4	\$ 21,90	\$ 87,60
		Leche en polvo "La Serenisima" (x 100 sobres)	2	\$ 18,00	\$ 36,00
		Té "La Virginia" (x 50 sobres)	2	\$ 6,00	\$ 12,00
		Agua "Villavicencio" 500 ml (x 12 botellas)	1	\$ 42,00	\$ 42,00
		Servilletas de papel "Felpita" (x 70 unidades)	3	\$ 5,00	\$ 15,00
		Copas "Stereo" (x 6)	1	\$ 39,50	\$ 39,50
		Medialunas (docena)	9	\$ 15,00	\$ 135,00
		Sandwiches de miga (docena)	9	\$ 40,00	\$ 360,00
		Madalenas - Mantecados (x 12)	10	\$ 6,20	\$ 62,00
		Vasos térmicos 180 cm3 (x100)	2	\$ 12,00	\$ 24,00
		Cucharas plásticas (x100)	2	\$ 7,00	\$ 14,00
		Cuadernillos	100	\$ 60,00	\$ 6.000,00
		Alquiler Sala de Conferencias "Espacio Forum"	3	\$ 2.500,00	\$ 7.500,00
	Honorarios Disertantes		6	\$ 500,00	\$ 3.000,00
	Remis Bs As - La Plata / La Plata - Bs As		1	\$ 350,00	\$ 350,00
<i>Subtotal</i>					\$ 17.723,90
DIFUSIÓN		Volantes A6 4/0 ilustración	120	\$ 0,95	\$ 114,00
<i>Subtotal</i>					\$ 114,00
<b>Total de todas las actividades</b>					<b>\$ 17.837,90</b>
	Honorarios Profesionales			35% del total	\$ 6.243,26
<b>Total del Proyecto</b>					<b>\$ 24.081,16</b>



# BIBLIOGRAFÍA





- **Acuña, Carlos H. y Chudnovsky, Mariana.** “El sistema de salud en Argentina”. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional – Fundación Gobierno y Sociedad. Buenos Aires, 2002
- **Africano, Leandro.** “Pymes, la diferencia”. Revista Infobrand. Edición 176. Año 2007. Argentina
- **Amado Suárez, Adriana y Castro Zuñeda, Carlos.** “Comunicaciones públicas”. Ed. Temas. Buenos Aires. Año 1999
- **Brandolini, Alejandro y González Frígoli, Martín.** “Comunicación Interna: claves para un plan exitoso”. Ed. La Crujía Apero. Buenos Aires, 2009.
- **Bronstein, Víctor; Gaillard, Juan Carlos y Piscitelli, Alejandro.** “La organización egoísta. La clausura operacional y redes conversacionales” en “Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales”. Síntesis Sociológica. Madrid, 1997.
- **Carbajal, Carlos y Marquez, Marisa.** “Categorización y evaluación continua de enfermos para la asignación de recursos en atención domiciliaria”, 2º Congreso Argentino de Internación Domiciliaria. Empresa En Casa. Buenos Aires, 2007.
- **Carrizo, Juliana y Mora Daub, Julieta.** “Saramama. Sabores, aromas y colores de nuestro país”. Tesis de grado de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata, 2009.
- **Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional.** “El funcionamiento del sistema de salud argentino en un contexto federal”. Documento del Banco Mundial. Buenos Aires, 2002.
- **Chávez, Norberto.** “La imagen corporativa: teoría y metodología de la identificación institucional”. Gustavo Gili. Barcelona, 1994.
- **Colombo, Daniel y Brandolini, Alejandra.** “Cómo manejar la comunicación interna”. Revista Comunicación y Ventas N° 4, Clarin Pymes. Arte Gráfico

Editorial Argentino. Año 2011.

- **Cortiglia Bosch Cecilia y otros.** “Curso de Planificación del Recurso Físico en Salud”. Monografía “Internación Domiciliaria, un enfoque interdisciplinario”. Cohorte. 2009.
- **Costa, Joan.** “La Comunicación en Acción: Informe sobre la nueva cultura de gestión. Capítulo 1: Los fines, los medios y la eficacia de la acción”. Paidós Ediciones. Madrid, 1999.
- **Costa, Joan.** “La imagen pública, una ingeniería social”. Ed. Fundesco. Madrid, 1992.
- **Daccordi, Horacio y Dalmazzo, Roberto.** “Manual de gerenciamiento en empresas de Salud”. Editorial Proa XXI, Buenos Aires, 2003.
- “De la comunicación al marketing relacional ¿qué hay más allá de la 4P?”. **Master en Negocios**, Tomo 4. Arte Gráfico Editorial Argentino. Buenos Aires, 2009.
- **De Zuani, Elio Rafael y Laborda Castillo, Leopoldo.** “Fundamentos de gestión empresarial: Teoría y práctica desde un enfoque sistémico”. Valletta Ediciones, Buenos Aires, 2004.
- “Diccionario de la Lengua Española. Vigésimo segunda edición” **Real Academia Española**. Madrid, 2001.
- **Eco, Humberto.** “Cómo se hace una tesis”. Fundación FICA. Bogotá, 1988.
- “Faltan camas en sanatorios y clínicas”. **Diario La Nación**, sec. Información General, 15/03/2011.
- **Flores, Fernando.** “Creando organizaciones para el futuro”. Dolmen Ediciones. Santiago, 1995.
- **Guber, Rosana.** “El salvaje metropolitano” Buenos Aires. Ed. Paidós, 2004
- **Iñiguez Rímoli, Nathalie.** “Desarrollo local, PyMEs y políticas de creación de empleo”. Revista Tram[p]as de la comunicación y la cultura n°45, julio de 2006. Facultad de Periodismo y Comunicación Social UNLP.
- **Jaques, Elliot.** “Los sistemas sociales como defensa con las ansiedades persecutoria y depresiva”. Nuevas direcciones en psicoanálisis de Melanie Klein. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1965.

- **Johansen, Bertoglio Oscar.** “Introducción a la Teoría General de los Sistemas”. Editorial Limusa. México DF, 1982.
- **Kotler, Philip.** “Dirección de marketing. Conceptos esenciales”. Ed. Pearson Educación. México DF, 2002.
- **Kuhn, Thomas.** “Estructura de las revoluciones científicas”. Chicago University Press. Chicago, 1962.
- “La salud integral” **Revista Médicos** N° 52. Buenos Aires, 2009
- **Magariños de Moretín, Juan A.** “Manual operativo para la elaboración de definiciones contextuales y redes contrastantes”. Signa Revista de la Asociación Española de Semiótica, Nro 7 1998. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Facultad de Filología.
- **Marín, Lucas.** “La comunicación en la empresa y en las organizaciones”. Cap. VII: “La comunicación interna, estabilidad y crecimiento”. Editorial Bosc. Barcelona, 1997.
- **Martínez Guillén, María del Carmen.** “La Gestión Empresarial: Equilibrando objetivos y valores”. Editorial Díaz de Santos, Madrid, 2003.
- **Matilla, Katty.** “Conceptos fundamentales en la Planificación Estratégica de las Relaciones Públicas”. Editorial UOC, Barcelona, 2009.
- **Orozco Gómez, Guillermo.** “La investigación en comunicación desde una perspectiva cualitativa”. Ed. Periodismo y Comunicación, FPyCS, UNLP, 1996
- **Organización Mundial de la Salud.** “Informe sobre la salud en el mundo. Atención primaria de la salud, más necesaria que nunca”. Ginebra, 2009.
- **Orlando, Agustín.** “Internación domiciliaria: Herramienta de la Auditoria Médica”. Curso anual de Auditoria Médica Hospital Alemán. Buenos Aires, 2007.
- **Pérez, Rafael.** “Crónicas de un secuestro. Las estrategias de comunicación y el management”. Revista DirCom N°59, 2006.
- **Pérez Serrano, Gloria.** “Elaboración de proyectos sociales”. Narcea Grupo Editorial. Madrid, 1994.
- **Ponce Talancón, Humberto.** “La matriz FODA: una alternativa para realizar

diagnósticos y determinar estrategias de intervención en las organizaciones productivas y sociales” en Contribuciones a la Economía, 2006.

- **Prieto Castillo, Daniel.** “Diagnóstico de la Comunicación”. CIESPAL, Quito, 1990.
- **Ritter, Michael.** “Cultura Organizacional: Gestión y Comunicación. Ed. La Crujía Apero. Buenos Aires, 2008.
- **Schein, Edgar H.** “Psicología de la organización”. Ed. Prentice-Hall. México DF, 1991.
- **Schvarstein, Leonardo.** “Diseño de organizaciones”. Cap. “Tensiones en el discurso identificador de las organizaciones. Ed. Paidós. Buenos Aires, 2000.
- **Souza, María Silvina.** “El problema de investigación” Documento de Cátedra Seminario de Tesis. Facultad de Periodismo y Comunicación Social UNLP.
- **Tobar, Federico.** “Herramientas para el análisis del sector salud”. Medicina y Sociedad. Buenos Aires, 2001.
- **Uranga, Washington y otros.** “Gestionar la comunicación en las prácticas sociales, organizaciones y comunidades”. Buenos Aires, 2001.
- **Valles, Miguel S.** “Entrevistas cualitativas”. Cuadernos metodológicos N° 32, Madrid, 2002.
- **Villamayor, Claudia y Lamas, Ernesto.** “Gestión de la radio comunitaria y ciudadana”. AMARC. Quito, 1998.
- **Weihreich, Heinz y Koontz, Harold.** “Administración: una perspectiva global”. McGraw Hill. México DF, 1994.
- **Weil, Pascale.** “La comunicación global. Comunicación institucional y de gestión”. Ed. Paidós. Barcelona, 1992.
- **Xifra, Jordi.** “Planificación estratégica de las relaciones públicas”. Editorial Paidós. Barcelona, 2005

#### Documentos de Cátedra

- “Al abordaje de las organizaciones. Algunas nociones sobre el uso de las

metodologías desde la mirada comunicacional”. **Taller de Producción de Mensajes**. Facultad de Periodismo y Comunicación Social. Universidad Nacional de La Plata.

- “Comunicación interna y externa”. **Taller de Producción de Mensajes**. Facultad de Periodismo y Comunicación Social (UNLP), 2009.
- “Cultura Organizacional”. **Taller de Producción de Mensajes**. Facultad de Periodismo y Comunicación Social (UNLP), 2007
- **Huergo, Jorge**. “Documento: Los procesos de gestión”. Comunicación y Educación. Facultad de Periodismo y Comunicación Social UNLP
- “Todo comienza con una misión y visión claras”. **Taller de Producción de Mensajes** UNLP.
- “Prospectiva estratégica desde la comunicación: una propuesta de proceso metodológico de diagnóstico dinámico y planificación”. **Taller de Planificación de Procesos Comunicacionales**, Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata, 2008.
- “Mirar desde la comunicación. Una manera de analizar las prácticas comunicacionales”. **Taller de Planificación de Procesos Comunicacionales**, Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de La Plata. Año 2007.

### Páginas web

- “Comunicación Institucional. Capítulo 1.” Consultado desde la **página web de Buenas Tareas** (<http://www.buenastareas.com/ensayos/Comunicaci%C3%B3n-Institucional/724844.html>).
- “La gestión empresarial en el sector productivo y de servicio”. Consultado desde la **página web de Buenas Tareas** (<http://www.buenastareas.com/ensayos/La-Gestion-Empresarial-En-El-Sector/18800.html>)
- **Sánchez Maldonado, Luis Fernando**. “Estrategia: la inflexión entre el pensamiento vertical y el pensamiento lateral”. ([http://www.degerencia.com/articulo/estrategia\\_la\\_inflexion\\_entre\\_el\\_pensamiento\\_vertical\\_y\\_el\\_pensamiento\\_lateral](http://www.degerencia.com/articulo/estrategia_la_inflexion_entre_el_pensamiento_vertical_y_el_pensamiento_lateral))
- **www.brainstorming.com**
- **www.rae.es**

## Documentos legales

- “Código de ética para el equipo de salud”. **Asociación Médica Argentina**. Buenos Aires, 2001.
- “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, Preámbulo. **Organización Mundial de la Salud**. Nueva York, 1946.
- “Proyecto de reforma Resolución 1185/98. Internación Domiciliaria”, **Instituto de Obra Medico Asistencial (IOMA)**. Buenos Aires, 1998.
- Resolución 374/2002 “Guías de procedimientos de enfermería, kinesiología y fisioterapia en un servicio de internación domiciliaria”, **Ministerio de Salud y Asistencia Social de la Nación Argentina**. Buenos Aires, 2002.
- Resolución 704/2000 “Norma de organización y funcionamiento de un servicio de internación domiciliaria”, **Ministerio de Salud y Asistencia Social de la Nación Argentina**. Buenos Aires, 2000.
- Resolución 742/2009 “Programa Médico Obligatorio”, **Ministerio de Salud y Asistencia Social de la Nación Argentina**. Buenos Aires, 2009.







# ANEXOS



## **ENTREVISTA A VERÓNICA CASTROMÁN Y ÁNGELES MARTÍNEZ DUEÑAS DE CUINDOM**

---

### **¿Cuándo surgió CUINDOM?**

La idea de crear esta empresa surgió en agosto del año pasado pero recién las pusimos en marcha en febrero de este año.

### **¿Cómo surgió y cuáles son sus objetivos?**

Somos dos médicas que trabajamos hace más de siete años en internación domiciliaria para otras empresa. Y dado que manejábamos bien el sistema se nos ocurrió emprender un proyecto propio entre nosotras.

### **¿Por qué una empresa de ID y no otra cosa?**

Porque es lo que nosotros conocíamos para poder trabajar. Las dos somos médicas, y cada una trabaja en otro lado de acuerdo a su especialidad. Pero bueno, la internación domiciliaria era lo que nosotros hacíamos, sabíamos hacer y teníamos gente conocida para tal trabajo.

### **¿Con qué obras sociales trabajan?**

Por ahora con IOMA y Swiss Medical. También tenemos pacientes particulares.

### **¿Cuáles son los servicios que ofrece?**

El servicio de internación domiciliaria abarca todo lo que el paciente necesite, todo lo relacionado con salud, en su domicilio. Es como para sacar de la institución al paciente que quizás no está para insertarse en la sociedad. Pero dado que se comprobó que el costo de una internación en una clínica es más costoso que si tiene la misma atención en su casa. Así que se le brinda lo que necesita: enfermería, médico, kinesiología, psicología, fonoaudiología, terapia ocupacional.

### **¿Prestan el servicio sólo en La Plata o se extienden a otras localidades?**

Abarcamos toda la provincia en realidad. Pero nosotros tenemos pacientes en La Plata, Chascomús y uno en Mar del Plata. Todos se manejan desde acá porque acá esta la central; no tenemos sucursales.

**¿Con cuántos pacientes y empleados cuentan?**

Aproximadamente 20 pacientes y unos 60 o 70 empleados.

**¿Cuál es su plantel profesional?**

Contamos con coordinadores de enfermería, médico, psicólogos, rehabilitadores, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogo. Y especialistas también, en cardiología por ejemplo.

**¿Cuál es la reglamentación del servicio de internación domiciliaria?**

El Ministerio de Salud te aprueba la formación de la empresa y tenés que presentar una serie de requisitos que una vez que el Ministerio te aprueba puedes presentarte en IOMA. Pero reglamentación no hay.

**¿Cuál es la situación de los empleados ante este panorama?**

Son todos monotributistas dado que prestan un servicio. Lo único que está en relación de dependencia es el personal de la parte administrativa.

**¿Existe alguna Cámara que los incluya a todos?**

Hay una Cámara en formación pero no hay nada definido. No se ha formado porque nunca nos hemos puesto de acuerdo.

**¿Cuentan con un organigrama en la empresa?**

No, no hay algo definido. Cada uno sabe en qué consiste su papel acá adentro.

**¿Cuentan con un área dedicada a la comunicación?**

No, para nada.

**¿Cómo se entablan los vínculos y las relaciones entre los distintos actores de la empresa? ¿Cómo se comunican entre sí?**

Lo que más utilizamos es el teléfono. Con los coordinadores de enfermería por ejemplo nos vemos dos o tres veces por semana porque pasan por la oficina a hacer algunas cosas puntuales. Pero, en realidad, es todo por teléfono.

Con los médicos y kinesiólogos también se da en su mayoría por teléfono pero sino ellos vienen a cobrar una vez al mes y ahí hablamos.

**Y con respecto a la relación empresa–enfermero. ¿Cómo se da esa comunicación?**

Depende el tema, puede ser o por teléfono o lo citamos acá a una reunión. Siempre pasa primero por la coordinadora asignada en su domicilio. Muchas veces es algo que la coordinadora puede manejar y así lo hace; de todas maneras, siempre avisa primero a la empresa. Algunos casos puntuales que escapen a su autoridad para resolverlo, se cita al enfermero a una reunión y hablamos nosotros.

117

**¿Y la relación empresa–paciente/cliente?**

Nosotros los conocemos a todos cuando ingresan. El contacto con ellos depende de la situación pero en general es telefónico, diario con muchos de ellos. Pero, depende de su patología va a ser la demanda que vamos a tener de parte suya. En casos extremos nos acercamos al domicilio pero igualmente, cada tanto hacemos una recorrida por todos los pacientes. A veces se complica por una cuestión de tiempos pero la intención está.

**¿Cuál es la metodología a seguir a la hora de ingresar un paciente?**

Lo conocemos y luego se lo asignamos y presentamos a uno de los coordinadores de enfermería para determinar en conjunto el perfil del enfermero que necesita, los insumos, el ambiente de trabajo.

**En materia de comunicación externa. ¿Cuentan con alguna herramienta de comunicación específica?**

No, tenemos las tarjetas personales pero por ahora nada más.

**¿Podrías nombrarme algunos puntos fuertes y algunos débiles de la empresa?**

Como punto fuerte, yo creo que nosotros corremos con la ventaja de ser médicas y conocer el tema por este lado que es más asistencial para el paciente. No somos empresarias y se nos ocurrió poner la empresa por este lado médico que te digo y eso nos ayuda mucho porque las cosas que nosotras hemos ido viendo como puntos débiles de otras empresas hoy lo podemos usar a favor nuestro. Podemos resolver problemas médicos sin desesperarnos ni tener que recurrir a un montón de gente. Y esto a la familia también le sirve porque sabe que cuenta con nosotras no sólo como dueñas de la empresa sino también como médicas.

Y como punto débil, precisamente, que como no somos empresarias no conocemos tanto esa parte del trabajo de empresa propiamente dicho. La parte empresarial la tenemos floja y en eso sí terminamos recurriendo a un montón de gente que nos ayuda. Igualmente, la misma situación te lleva y a medida pasa el tiempo vas aprendiendo un montón.

### **En pocas palabras, ¿Cómo definirías la ID y cuál es su situación actual dentro del contexto social?**

La internación domiciliaria es un servicio que se presta al paciente enfermo en el domicilio en lo que respecta a un servicio de salud. Es un servicio privado que le brinda al paciente todo lo que él necesite según lo indicado por su médico de cabecera. Este servicio, por los valores que se manejan en las obras sociales, si se quisiera dar en una clínica es imposible por el costo. Los valores que se manejan en el mercado son altísimos por lo cual se vio la posibilidad de terciarizarlo y así brindarlo a través de empresas en su propio domicilio.

## **ENTREVISTA A PATRICIA CONELL – DUEÑA DE EN CASA**

---

### **¿Cómo surgió En Casa y cuándo?**

En Casa surgió hace tres años por una inquietud mía, yo soy odontóloga. Empezamos siendo tres los socios, todos médicos, pero el año pasado se disolvió la sociedad y me hice cargo yo sola.

### **¿Con cuántos pacientes y empleados cuenta, aproximadamente?**

Actualmente contamos con aproximadamente 40 pacientes. Y calculemos más o menos, dos enfermeros por domicilio, sumado al resto de los profesionales, unos 150 empleados.

### **¿Con qué obras sociales trabaja?**

Con IOMA y se está tramitando a través de PAMI porque hay muchos interesados que vienen de esa obra social. Por ahora, en forma particular no.

### **¿Qué servicios ofrece?**

Enfermería, dependiendo de lo que el médico considere necesario, es decir, 12, 24 hs y en los turnos que él también lo considere. También tenemos kinesiología, fonoaudiología y psicología. Tenemos dos profesores de educación física especializados para aquellos pacientes que requieren de rehabilitación especial por salir de una cirugía, etc. Es bastante amplio todo.

### **¿Me podría explicar, brevemente, qué es la Internación Domiciliaria y cuál es su situación actual?**

El servicio de ID se brinda para cubrir necesidades básicas de pacientes que ya no pueden valerse por sí mismos ante determinadas situaciones, como por ejemplo, una cirugía, por edad avanzada, por no tener familia. Anteriormente, era común que los hijos se hicieran cargo de su papa o mama en sus últimos años de vida; hoy por hoy, eso no pasa porque todo el mundo trabaja. Aquí entra la Internación Domiciliaria, trata de cubrir esto.

Yo creo que este tipo de servicio surge precisamente por esa necesidad. Este sistema es relativamente nuevo, los que siempre existieron fueron los geriátricos pero no la ID. La expectativa de vida se alarga cada vez más y hay que cubrir esos huecos. La realidad es que uno no puede dejar de trabajar e inclusive yo, como hija, llegado el caso que mi mamá lo requiera tendré que recurrir a este servicio.

La empresa trata de brindarle todo lo que necesite el paciente, si son necesarias las 24 horas y la patología lo amerita, las tendrá. Se trata de mantener al paciente dentro de su hábitat, porque es muy traumático el hecho de tener que llevarlos a un geriátrico porque se terminan muriendo, la realidad es esa. O por angustia, o depresión, pero se te vienen abajo. En cambio, en su domicilio están acompañados por el profesional y también siguen su ritmo habitual de las visitas familiares, rodeado de sus cosas, no los sacas de su entorno, etc.

Lo mismo sucede con los hospitales. Actualmente, no hay camas y si las hubiese, igualmente, intentan dar altas inmediatas para no contraer infecciones intrahospitalarias. Yo creo que este servicio va en crecimiento porque es una necesidad que crece cada vez más dado que la expectativa de vida también se alargó.

### **¿Qué puede decirme acerca del marco legislativo del servicio de ID?**

Lo único que puedo decirte con certeza es que no está reglamentado ni lo contiene ninguna norma, lo único que precisas a la hora de poner una empresa de estas características es una habilitación del Ministerio de Salud. Sé que hay empresas, por ejemplo, que ya firmaron convenio con IOMA y otras que no; nosotros no todavía aunque estamos en camino. Es complejo ese tema.

### **¿Existe una Cámara que nuclea a todas las empresas de este rubro?**

No, que yo sepa no.

### **¿Existe un organigrama formal en la empresa?**

No, somos muy poquitos. Estoy yo, Silvia que se encarga de toda la parte administrativa y después hay dos coordinadoras que llevan toda la parte de enfermería, una que se dedica a Berisso y otra a La Plata. Ellas vienen una o dos veces por semana a buscar insumos, a retirar planillas pero, en verdad, las permanentes somos Silvia, la secretaria, y yo.

### **¿Existe dentro de la empresa un área dedicada a la comunicación?**

No. Ninguna. Nos manejamos todos con celulares personales.

### **¿Cómo es la comunicación con los enfermeros?**

Sólo es telefónica. En verdad, tenemos contacto con todo el plantel profesional una sola vez al mes que es cuando ellos vienen a cobrar. Ahí sí es cuando se da el mayor trato directo con todos, más allá de que nos conocemos personalmente con todos pero no es diario el trato. Sí por teléfono porque llaman a través de inquietudes. Ellos tienen un trato de todos los días con la coordinadora. También tenemos una médica, que viene una vez al mes y pasa todos los informes pero el mayor contacto con todos es telefónico.

### **¿Se hacen reuniones entre coordinadores y enfermeros?**

Se hacen a veces en los domicilios dado que es la coordinadora la que los visita y tiene un trato más personalizado con ellos. Sucede, que la coordinadora, a veces, cuando va al domicilio queda tomándose un café con la paciente y la enfermera y bien o mal ahí se entera de todo lo que sucede. Aquí se recibe a los enfermeros en casos específicos en que tengan alguna inquietud o algún inconveniente.

### **¿Cómo es la comunicación con los pacientes?**

Se da desde acá, desde la oficina. Al principio, ni bien empezó la empresa, nos encargábamos de ir a los domicilios que comenzaban; es decir, era más directo el trato pero porque eran muy poquitos pacientes. Imaginate que hoy tenemos 10 pacientes en Berisso y 30 más o menos en La Plata pero están todos, a su vez, desparramados. Se hace imposible el hecho de visitarlos, me gustaría pero la verdad que se me hace imposible.

### **En materia de comunicación... ¿Cuáles son los pasos a seguir cuando ingresa un paciente?**

Por lo general, viene algún familiar directamente a la oficina. Se presenta, nos cuenta un poco cuál es la historia del paciente, su historia clínica, adjunta también estudios que avalen lo que dice su médico de cabecera sumado a una



serie de documentación personal. Desde aquí se le prepara un presupuesto y al otro día, el familiar vuelve a buscar todo completo y va a IOMA a presentarlo. Desde ese momento, se da curso al servicio. Mientras tanto, la coordinadora va entrevistando personal aunque no lo hace acá, lo hace en otra oficina.

### **¿También cuentan con otra oficina?**

En verdad, funciona en un consultorio odontológico en el que atiendo yo, entonces ahí aprovechan para entrevistar también. Recién ahora se hizo una pequeña división acá en la oficina y estábamos muy apretados. Si entrevistaban, no podíamos estar trabajando. Estamos organizándonos.

121

### **¿Realizan desde la empresa una evaluación médica previa al inicio del servicio?**

Sí, va la médica de la empresa. Y, además, pasa una vez por mes por cada domicilio. Si se la llama con urgencia ella va, pero no es la médica de cabecera de todos, es de la empresa. Ella va al domicilio y constata lo que el médico de cabecera del paciente indicó pero no actúa como médica personal de cada paciente.

### **Entre las coordinadoras de enfermería, que son las que saben diariamente lo que pasa, y la médica... ¿Existe algún tipo de comunicación?**

Sí, sí. En realidad pasa todo por la oficina. La coordinadora me lo transmite a mí o a Silvia y desde acá se lo transmitimos a la médica. No hay reuniones donde se puedan charlar esas cosas entre ellas por una cuestión de horarios porque la médica trabaja a la mañana en otro lado y se complica. La sede de encuentro es acá, pero generalmente no coincide ninguna con los horarios. En verdad, el nexo entre las coordinadoras y la médica es Silvia, la administrativa.

### **Cuando los pacientes tienen algún tipo de inquietud... ¿A quién deben dirigirse?**

Llaman acá a la oficina y charlan conmigo o con Silvia. Hablan directamente acá porque hay situaciones que requieren de una solución inmediata y ellos se sienten más seguros y más confiados si hablan con alguna de nosotras. No porque la coordinadora no sepa qué hacer, sino que acá hay una cierta autoridad que la coordinadora no la tiene.

### **¿Y en el caso de los enfermeros?**

En realidad, la cadena a seguir sería que se comuniquen con su coordinadora y luego ella nos transmite a nosotros. Debería ser así. Pero muchas veces, ante una urgencia o cuando no pueden comunicarse con ella, llaman acá. Ellos saben que pueden llamar acá en el horario de atención al público. En ca-

so, de surgir algo fuera de ese horario, mi celular está abierto las 24 horas, a la par que el de la coordinadora. O sea, siempre hay dos personas con las cuales pueden comunicarse.

### **Y en lo que respecta a la comunicación externa... ¿Cuentan con algún tipo de folletería o publicidad?**

No nada, en todo lo que es publicidad no tenemos nada. Sólo tarjetas personales. Todo es de boca en boca. No hay propaganda, nada.

### **¿Cuáles serían las principales fortalezas de En Casa, y cuáles sus debilidades?**

En cuanto a los puntos débiles, te puedo decir que lo que nos está costando es el tema de conseguir personal; necesitamos incorporar más enfermeros y no podemos, se nos hace muy difícil conseguirlos. Hay mucha demanda. Ese punto es que todos los días tratamos de fortalecer porque estamos flojos, se nos complica.

En cuanto a lo más fuerte de empresa, en términos positivos, es que hay una cara visible, hay un teléfono abierto. Según lo que nos dicen aquellos que vienen de otras empresas, eso no existe; sus principales quejas son que nadie les responde en otros lados, nadie los escucha, no les pagan en término. Aquí todos los meses del 10 al 15 cobran religiosamente todos los profesionales. Y en cuanto a la relación entre los integrantes de la empresa, te puedo decir que hay una relación directa entre los pacientes y yo, como dueña. Antes de que entrara Silvia a trabajar, yo me encargaba prácticamente de todo por lo cual ese vínculo ya está generado. En otras empresas, por lo que dicen, eso no pasa y, en muchos casos, ni siquiera saben el nombre del dueño/a.

## **ENTREVISTA A GUILLERMO BRUNO – DUEÑO DE IN CASA**

---

### **¿Cómo surgió IN CASA y cuándo?**

In Casa surgió como una inquietud después de haber realizado una formación en sistemas de salud y habiéndome interiorizado en la necesidad de este tipo de sistemas con respecto a las patologías crónicas y el aumento en la calidad de vida de las personas.

La idea de crear IN CASA surgió por el 2005 y mientras que ejecutamos y decidimos implementar todo el servicio, estuvimos trabajando un año. El primer paciente lo tuvimos en enero del 2007.

### **¿Cuáles son los servicios que ofrece?**

In Casa ofrece servicios de atención al paciente en su domicilio mediante equipos multidisciplinarios. En la mayoría de los casos, cuidadores para pacientes con patologías crónicas o pacientes geriátricos que se valen de la atención de personal especializado. Lo ideal sería que en todos los casos este personal esté compuesto por enfermeras, sin embargo también encontramos en él personal capacitado en geriatría.

**¿Qué nos podés decir sobre la Cámara de empresas de internación domiciliaria? Sabemos que hay una que nuclea a las empresas de Capital Federal y otra que trabajaba desde La Plata e intenta ser provincial. ¿Tienen alguna relación entre sí?**

En mi experiencia personal, yo he tenido una serie de reuniones con representantes de una Cámara ya formada con empresas formadas antes que nosotros, pero la realidad es que esta Cámara nunca ha funcionado como tal. Luego se fragmentó y disolvió por el choque de intereses entre los directores de las empresas participantes. No se logró una homogeneización de criterios como para formar la Cámara. No obstante, creo que existe la necesidad de nuclearse en una institución que nos represente a todos.

**Si, y además cada vez son más las empresas que se forman. Con respecto a las obras sociales, ¿existe algún tipo de convenio? ¿Ustedes con cuáles trabajan?**

Nosotros, en este momento, solamente trabajamos con IOMA. Tenemos una estructura relativamente chica que no nos permite salir a captar a otro tipo de obras sociales. En el Programa Médico Obligatorio hay un artículo que la define como obligatoria a la cobertura de internación domiciliaria dentro de los sistemas de salud, pero que en realidad no se cumple. Algunas obras sociales o la niegan o no la reconocen. No hay una reglamentación o ley que imponga el cumplimiento “de lleno” a esta normativa.

**Con respecto al marco reglamentario, leyes y habilitaciones, ¿podrías profundizar más con lo respecta al servicio en sí?**

Es un sistema nuevo de atención y, por lo tanto, no está lo debidamente estudiado por la economía de la salud ni la economía a nivel nacional. ¿Qué quiero decir con esto? Surgió más como una alternativa u oportunidad que supieron ver las primeras empresas, donde se decía que resultaba más económico que el paciente esté en su casa porque de ese modo reducía los costos en la tasa de uso de la internación y el personal y eso era conveniente para las obras sociales. Sin embargo, hoy por hoy, evaluando cómo ha avanzado esto y uso que se le da a este tipo de servicio, yo creo que las obras sociales no han reducido los costos, sino todo lo contrario. Especialmente en lo que respecta al grupo etario de los adultos mayores. Años atrás estaban en sus casas sin una

atención constante, mientras que ahora, los afiliados a IOMA pueden acceder a un servicio de atención domiciliaria.

### **¿Cómo definirías a la internación domiciliaria y el estado, en líneas generales, del servicio actualmente?**

La atención domiciliaria consiste en la atención del paciente extramuros. Esto significa que el paciente está externalizado. En un paciente que salió de una internación después de una patología aguda y necesita continuar con un tratamiento médico-asistencial, es decir enfermería con supervisión médica o paramédica a lo que se agregan otros profesionales relacionados al cuadro del paciente como lo pueden ser kinesiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, etc. El paciente tiene que estar en una posición intermedia en la cual no se determina si lo mejor es que esté en un sanatorio o en su casa, pero con una situación clínica estable en la que está compensado. En esta situación “borderline”, el paciente no puede estar en su casa sin la supervisión médica, pero al mismo tiempo necesita dejar el sanatorio para no ser un costo para el mismo y a su vez tener mayor disponibilidad de camas. Hay empresas que funcionan como terapias intermedias en el que le dan al paciente cuidados intensivos. En el caso nuestro, no.

### **Actualmente, este servicio se está requiriendo cada vez más...**

Es un servicio que tiene mucha demanda por varias razones. Una, que yo pongo en duda, está relacionada con la disminución de los costos y otra muy importante son las infecciones intrahospitalarias. Hay que tener en cuenta que hoy por hoy, uno de cada cuatro pacientes contrae una infección durante un período de internación en cualquier sanatorio de la ciudad, por lo que es recomendable la externación.

### **Metiéndonos en lo que respecta a cuestiones vinculadas directamente con la comunicación, ¿la empresa cuenta con algún área específica que se ocupe de esto?**

No, si bien se han hecho trabajos en comunicación han sido coyunturales. Con las experiencias que hemos tenido, de a poco estamos aprendiendo más en la importancia de trabajar la comunicación externa e interna, pero es todo a pulmón.

### **¿Hay algún tipo de organigrama que defina las funciones y roles de cada una de las personas de la empresa?**

Sí, fundamentalmente hay un admisor que evalúa al paciente y determina si es adecuado para este tipo de sistema. Para tener en cuenta si se toma

al paciente o no, lo que se analiza es al paciente en sí, a su familia y su hábitat. Luego contamos con un supervisor de enfermería, que es quien distribuye las indicaciones del trabajo que se debe hacer. Un escalón por debajo tenemos al coordinador de enfermería que es quien registra al personal que va a actuar en el domicilio del paciente.

**Tu función como director médico, ¿en qué consiste? ¿cómo se vincula con el trabajo del resto de los integrantes de IN CASA?**

El director médico es quien tiene la responsabilidad sobre todo el sistema, desde que el paciente ingresa hasta que sale. Tiene que evaluar tanto la parte médica y enfermería, como así también la parte administrativa. Más que nada el director médico supervisa que las funciones se cumplan cómo es debido.

125

**Por lo tanto, tus vínculos más directos son con los empleados administrativos y con el director de enfermería...**

Exacto

**¿Cuántos coordinadores de enfermería tienen?**

En este momento, cuatro coordinadores de enfermería

**¿Y médicos asistenciales?**

Dos

**¿Para atender a qué número de pacientes aproximadamente?**

Tenemos alrededor de unos setenta pacientes

**¿Atienden solamente pacientes de La Plata o tienen un área de trabajo más allá de la ciudad?**

En un principio también trabajábamos con pacientes del interior, por fuera de La Plata. Actualmente, ya casi no. Tenemos algunos pacientes que viven fuera de La Plata, pero son algunos que han ido quedando y con los cuales tenemos un compromiso.

**Retomando cuestiones comunicacionales y principalmente la comunicación externa, ¿hacen algún tipo de publicidad, tienen folletos, salen en revistas?**

Publicitamos en una revista intentando llegar, más que nada, al paciente particular; pero no hacemos mucha propaganda en realidad. Es una revis-

ta estratégica destinada a los adultos mayores, quienes son los pacientes más frecuentes.

### **¿Por qué no existe un interés en otro tipo de promoción?**

Está vinculado con el crecimiento de la empresa. Al no estar reglamentada, al no estar normalizada y contar con el tipo de trabajadores que tenemos, estamos en una etapa de evaluación. Al no haber una reglamentación firme, hay muchos puntos que están flojos y son bastante riesgosos. El hecho de crecer implica arriesgarse en la parte legal.

### **En cuanto a la comunicación interna, ¿cuáles son las herramientas que ustedes utilizan? Por ejemplo: informes semanales, comunicación telefónica, reuniones grupales periódicas, etc.**

Fundamentalmente, tenemos una flota de telefonía móvil a través de radios que nos facilita en alguna manera la comunicación. También utilizamos el mail y reuniones que están sistematizadas entre los coordinadores y el supervisor. Las reuniones entre el supervisor y el director no tienen días fijos, sino que se realizan cuando nos vemos.

### **En caso de que surja un problema o una inquietud de parte de los enfermeros, ¿cómo es el proceso mediante el cual lo comunican al resto de la empresa?**

Es algo que nos preocupa siempre como empresa, el tema de los conflictos. Intentamos siempre estar pendiente de ello. Es difícil encauzar la resolución de un conflicto por una sola punta, porque tampoco hay una bajada de línea por parte nuestra. El personal que tenemos no es un personal que se identifique todo el tiempo con la empresa, ya que muchas veces es rotatorio. Con el personal que tenemos desde hace mucho, el cual ya nos conoce y nosotros lo conocemos, recurre a una línea jerárquicamente el cual el problema pasa de enfermero a coordinador, de ahí al supervisor y por último al director. Pero con el personal más nuevo es más complejo, quizás no esté bien bajada la línea, y estas dudas o problemas se dispersan, no saben qué hacer.

### **¿Y en el caso de que el que tenga la inquietud sea el paciente o alguno de sus familiares?**

Nosotros lo que recomendamos es seguir la vía jerárquica. El paciente se debe comunicar con su coordinador médico y plantearle el conflicto. El coordinador tiene la obligación de mediar para ver si le puede dar solución a ese conflicto y en caso de no ser posible, se lo transmite al supervisor. En este punto el proceso es el mismo y, si aún no se llega a un punto de acuerdo, la que interviene es la empresa.

**Se ha dado alguna circunstancia en que le paciente o alguno de sus familiares se han tenido que acercar a la empresa para tener algún tipo de reunión o algo por el estilo**

Si, en la mayoría de las veces ha sido beneficioso. Ya sea un enfermero, un paciente o un familiar, se siente comprendido, tiene la posibilidad de un espacio en el cual transmitir su inquietud.

**Para ir finalizando con la entrevista, te voy a pedir que, a tu criterio, me nombres tres puntos fuertes de la empresa y tres puntos débiles**

En cuanto a los puntos fuertes, puedo nombrar a la parte administrativa donde hay gente responsable que sabe lo que hace y eso hace que haya una buena organización, la supervisión de enfermería donde se ha mejorado mucho en el último tiempo la comunicación y se redujo el número de conflictos de los que veníamos hablando y, por último, las ganas de hacer las cosas bien, de que esto mejore, nunca bajando los brazos y enfrentando los problemas que van surgiendo. En lo que respecta a los puntos débiles, el mayor en la comunicación hacia el personal, quizás no decimos las cosas como las debemos decir. El personal muchas veces no comprende o no sabe lo que tiene que hacer. Tenemos dificultades en la coordinación y en el “stockeo” de personal.

**Muchas gracias**

No, por favor, gracias a vos.

## **ENTREVISTA A WALTER VERGARA- SUPERVISOR DE ENFERMERÍA**

---

**¿Cuál es tu rol como supervisor de enfermería?**

Mi rol como tal implica, entre otras cosas, ser un nexo entre los distintos actores de la empresa; es decir, administración, dirección, parte médica con la coordinación de enfermería y, al mismo tiempo, un nexo entre dicha coordinación y los enfermeros y entre estos últimos y los pacientes.

Por otro lado, otra de mis funciones es hacer una especie de control, de auditoría interna de la empresa para mejorar en lo que se pueda la calidad de atención.

**Respecto a las distintas relaciones que mencionaste... ¿Cuáles son los principales problemas que surgen a la hora de tratar de entablar esos nexos?**

En la empresa todavía no están desarrolladas todas esas relaciones por-

que, por ejemplo, aún no he hecho ninguna reunión con la parte médica. Es algo que se ha propuesto y se ha pautado pero debo reconocer que todavía no se ha llevado a cabo. Y este tipo de relación es fundamental; es primordial que haya un nexo directo entre la parte médica y la coordinación de enfermería. Si bien el médico asistencial de la empresa no se involucra en los tratamientos de los pacientes pero su papel es importante para actuar de manera preventiva y mejorar la calidad de atención.

Con respecto a la parte administrativa no tengo ningún tipo de problemas para enumerarte, es con el sector de la empresa que más me comunico; prácticamente de a dos o tres veces por día.

Y en cuanto al área de dirección te puedo decir que a veces me pasa que me encuentro en el medio de “los dos bandos”, y tratar de conformar a las dos partes es difícil. La parte de dirección exige algunas cosas que obviamente son para beneficio de la empresa y la parte de coordinación o de enfermería también impone sus condicionamientos. La idea es esa, termino siendo un mediador y serlo siempre te trae ese tipo de conflictos.

**¿Cómo se da el trabajo en conjunto con los coordinadores siendo que su lugar de trabajo es en cada domicilio, es decir, por fuera de la oficina? ¿Cómo se mantiene unificado el discurso?**

La diferencia con clínicas y hospitales radica precisamente en eso; en esas instituciones todos trabajamos en el mismo lugar físico y las directivas nos llegan a todos por igual. En nuestro caso, estando sin un ambiente de trabajo fijo la forma de tratar de compensarlo es mediante reuniones. Organizamos reuniones semanales, nos comunicamos por teléfono, en nuestro caso nextel, nos enviamos mails con novedades de los paciente. La comunicación es lo que hace compensar la falta de un lugar físico y fijo compartido de trabajo entre todos.

**Y esa comunicación... ¿Es lo suficientemente fluida entre ustedes como para que no surjan inconvenientes?**

Está en proceso en algunas partes digamos.

**¿Y cuáles son esos puntos que faltan resolver?**

Mejóro mucho todo cuando incorporamos la flota de nextel. Se está incorporando el envío de correo electrónico y las reuniones se vienen dando bien. En cuanto al correo electrónico es un tema porque hay que tener en cuenta el contexto, para todos no es lo mismo. Por ejemplo, para un coordinador que es mayor de edad y no tiene prácticamente manejo de internet se le complica,



pero bueno, en esos casos, prefiere traer todas las novedades en forma escrita que también es válido.

Con respecto a las reuniones te puedo decir que asisten casi todos a pesar de que cada uno tiene sus contratiempos. Uno de los objetivos actuales para mejorar la comunicación es precisamente la asistencia perfecta a las reuniones por parte de todo el equipo.

### **¿Existe alguna instancia de formación interna para los diferentes niveles jerárquicos?**

Con los coordinadores de enfermería debería existir, para mi punto de vista. En este caso, la formación debería ser básicamente de enfermería. Para el control, la supervisión y lo que es el rol del coordinador siendo que tiene que organizar a sus cuidadores y enfermeros obviamente tendría que existir algún conocimiento previo de enfermería. Resultaría difícil que un coordinador le baje directivas a un cuidador o enfermero si él mismo no es enfermero.

En suma, acá con los coordinadores el tema de la formación se cumple parcialmente porque de los cuatro, uno no es enfermero sino que es estudiante de medicina lo cual no es lo mismo. En este punto estamos complicados porque la carrera de medicina no le da conocimientos de enfermería y hay muchas cosas que no sabe ejecutar.

### **Y en esos casos... ¿cuáles son las estrategias que utilizan para solucionarlos?**

Darle apoyo desde el área de supervisión en cuanto a si necesita asesoramiento de enfermería para algún caso en particular. Y también se trata de la colaboración del resto de los coordinadores que al estar siempre comunicados quedan a disposición uno del otro en caso de ser necesario. Eso en las reuniones siempre se charla; la idea de que ningún paciente es exclusivo de un coordinador determinado sino que deben darse ayuda mutua.

### **¿Qué rol le atribuí a la comunicación dentro de tu rol como supervisor?**

Y, un rol fundamental sino el más importante te diría. La supervisión sin comunicación no tendría sentido principalmente en lo que es la internación domiciliaria por el grado de lejanía que existe entre los diferentes actores del sistema.

### **Hace relativamente poco que ingresaste a la empresa... ¿Has notado alguna modificación desde tus comienzos hasta ahora en función de lo que venimos hablando?**

Sí, hubo modificaciones pero faltan otras. Pero lo que yo quiero destacar

es que nunca tuve resistencia desde la dirección a ningún cambio que yo haya querido hacer. Al contrario, siempre hubo apoyo y concreción en lo que se quiso hacer; al menos en su mayoría. Faltan pocas cosas para ir cambiando. Faltan cosas por hacer en lo que respecta al trabajo de campo propiamente dicho, es decir, con los pacientes puntualmente.

Pero hemos avanzado desde que yo entré a trabajar acá. Incorporamos la flota de Nextel, se implementaron las reuniones semanales con los coordinadores de enfermería, está también la propuesta de hacer un encuentro con la parte médica. Falta implementar algunos métodos en los domicilios, por ejemplo, de indicaciones médicas puntuales o indicaciones para el área de rehabilitación y cosas que lleven a establecer un orden en la empresa. Igualmente, creo que algunas cosas se han logrado y eso está bueno, es favorable.

### **ENTREVISTA A SILVIA NÚÑEZ – SECRETARIA ADMINISTRATIVA**

---

**Silvia vos te encargas de la parte administrativa... ¿Hace Cuánto tiempo que la empresa está en funcionamiento?**

En funcionamiento desde enero o febrero de 2007.

**¿Vos estás desde qué arrancó?**

Sí.

**¿Cómo ha sido el crecimiento de In Casa?**

Creo que fue muy rápido, empezamos con un paciente y a los pocos meses teníamos varios pacientes. El primer año terminamos con 4 y desde ese entonces fue un crecimiento exponencial te diría. Porque ahora tenemos más de 60.

**¿Fue siempre constante ese crecimiento?**

Sí, o sea siempre se fue creciendo. Los primeros meses terminamos con 4, el segundo año con 30 ó 40 y el tercer año bien, 60 o más.

**¿Y a qué crees que se debe eso?, ¿A cuestiones sociales o particulares de la empresa?**

Bueno, por las características de la empresa no porque no se ha hecho mucho marketing, ni se ha hecho propagandas ni folletos. La oficina tampoco está a la calle.

Creo que es de boca en boca. Creo que la gente que ha tenido el servicio, te diría que en un 90% la gente está conforme. Y bueno, eso deriva en amigos, familiares y vecinos que necesitan de nuestro servicio. La mayoría de los pacientes vienen así y por los que han pasado por la empresa. Creo que han pasado 100 ya.

**¿Cuentan con el personal suficiente como para sustentar tanta responsabilidad, de tanta cantidad de pacientes?**

Sí, creo que sí. La cantidad de personal va en crecimiento. Al principio nos costaba bastante conseguir personal especializado, digamos con título de enfermero. Porque no abundan, ese es el problema.

Y después, ya te digo de boca en boca, tanto de enfermeras que están trabajando con algún paciente o con otras empresas; los enfermeros se conocen.

Al principio no podíamos conseguir, era terrible. Buscábamos listados de Cruz Roja, clínicas, y en hospitales, llamábamos y hacíamos clasificados. Y después, empezaron a venir hasta acá solos.

Hoy no te podría decir que tenemos 100% de enfermeros pero, creo que un 80% debemos tener de personal de enfermería.

**Y en cuánto a rehabilitadores y médicos...¿Son todos profesionales con título?**

No todos. Por ejemplo, en rehabilitación tenés una cierta escala. Digamos que podía ser un abanico, que pueden trabajar como rehabilitadores, como los profesores de educación física que hacen un postgrado en rehabilitación.

**¿Y qué pasa con aquellos que no lo tienen?**

Bueno, es según la patología que requiere el paciente, hay algunas que más que nada necesitan movilidad y entonces, ahí se les pone un profesor de educación física.

Si tiene que rehabilitarse de una operación, de una serie de golpes o daños también hay kinesiólogos. Es otra de las carreras que no dan abasto, para la cantidad de gente que tienen que rehabilitar.

**¿Cuáles son los servicios que ofrece IN CASA, más allá de la rehabilitación, médicos y enfermería?**

Bueno, otra de las cosas a las cuales puedes acceder, si tenés el servicio de atención domiciliaria es un nutricionista, un terapeuta ocupacional, algún otro

médico especialista determinado, un fonoaudiólogo.

Bueno, enfermeros y material es poco lo que se reconoce, depende de las mutuales. Nosotros nos manejamos fundamentalmente con IOMA. Pero, lo que usa normalmente el enfermero también se lo da la empresa para cada paciente. Y bueno, en caso de que necesiten algún otro insumo especial o aparatología se trata de dar y ver qué se le puede ofrecer.

### **O sea que IOMA cubre los servicios de In Casa al 100%**

Exactamente al 100%.

### **¿Y por qué pensás que la empresa no trabaja con otra obra social o al revés, porqué trabajan sólo con IOMA?**

Y bueno, creo que como al principio el primer paciente que tuvimos fue de IOMA seguimos así...el segundo, el tercero, todos de IOMA. Porque es una de las primeras obras sociales que incorporó el servicio de internación domiciliaria. O sea, es algo relativamente nuevo en internación domiciliaria... Pero creo que las pre-pagas son pocas las que pueden llegar a cubrir y no sé si te lo cubren así tan fácilmente. PAMI recién ahora está empezando a hacer convenios con algunas.

### **El resto de las empresas de ID, las más conocidas al menos...¿También trabajan con IOMA?**

Con IOMA que yo sepa trabajan todos. Imaginate, que es la obra social que más afiliados tiene en la provincia.

### **¿La idea de poner una empresa de estas características se dio porque es algo que se necesita cada vez más?**

Desde ya que se necesita cada vez más. Porque cada vez la gente vive más tiempo, los hijos cada vez están más ocupados trabajando y llega el momento en qué decís, ¿qué hago con mi mamá, qué hago con mi papá?. No los quiero poner en un geriátrico pero solos no pueden estar o se operaron y no les puedo pagar una enfermería. Y sí, es por eso que surgió la internación domiciliaria, es una necesidad que va surgiendo en la sociedad.

### **¿Cómo es el clima interno de IN CASA entre la gente que trabaja acá? Aquellos que son hijos... el staff que trabaja en la empresa...**

Bueno, yo creo que es bastante bueno y bastante familiar. Tratamos de la mejor forma posible y familiar a todos... los enfermeros, los coordinadores.

## ¿Qué rol cumplen los coordinadores?

Cada coordinador tiene a su cargo determinadas cuestiones... suponte 30 pacientes y el otro otros 30 pacientes. Están a cargo de manejar los cambios de enfermería que puede haber en los domicilios. Suponte que un enfermero no puede ir, lo llama al coordinador y le pone un reemplazo, coordina los francos. Arregla ese tipo de cambios que son bastante frecuentes.

Respecto al tema administrativo, lleva las planillas para que firme la familia mensualmente, que son para facturar a IOMA y la de conformidad que acredita que se le dio el servicio todo el mes. A eso lo llevan y lo traen los coordinadores. Y, por último, los días 25 de cada mes traen todas las planillas de asistencia de los enfermeros para que pueda liquidarle el sueldo a todos.

133

## FOCUS GROUP

---

### Guía de procedimiento – Planificación de las actividades

#### OBJETIVOS

Conocer los diferentes puntos de vista y sensaciones sobre su trabajo de los miembros que realizará la dinámica.

#### PARTE 1: PRESENTACIÓN

Se realizará a cabo una introducción por parte de los coordinadores. Así mismo, se presentará la temática de esta técnica y los fines de la misma. Abordaremos la dinámica desde lo lúdico, intentando “romper el hielo” con el fin de obtener la máxima información posible, que será utilizada en nuestro diagnóstico.

#### PARTE 2: JUEGO DE DADOS

El juego consiste en rodar un dado entre los participantes y los coordinadores del focus group. Cada número tendrá una consigna que nos llevará a conocer algo más acerca de los miembros de la organización y, a su vez, generar la confianza necesaria para llevar adelante el resto de las actividades.

1. Una mentira dicha
2. Una manía o costumbre
3. Un sueño no cumplido
4. Una muletilla
5. Un sobrenombre nunca revelado

6. Un defecto no asumido

### **PARTE 3: CONTRAPUNTO**

Para esta actividad se utilizara la imagen visual de In Casa contraponiéndola con algunas preguntas que pueden ser:

- ¿Qué es la internación domiciliaria? Definirla con 10 palabras
- A partir del logo de In Casa crear una oración que defina lo que representa In Casa para cada uno de los integrantes.

### **Parte 4: ROLES**

Para su desarrollo los coordinadores harán hincapié en los siguientes aspectos:

- ¿Qué importancia tiene el rol que cumplen dentro de la institución?
- ¿Cuál es el aporte que pueden hacer desde la comunicación?
- ¿Qué rol ocupa cada uno dentro de la organización?

### **Parte 5: COMUNICACIÓN**

Para su desarrollo los coordinadores harán hincapié en los siguientes aspectos:

- ¿Dónde detecta las fallas de In Casa?
- ¿Cuál es la metodología que utilizan para la selección de personal? ¿Y para la comunicación?

### **Parte 6: VALORES**

El cierre de la actividad también se hará desde lo lúdico. En esta parte se pondrán a disposición de los participantes algunas letras con las cuales armarán las palabras con que identifican a In Casa.

Las letras seleccionadas son: A, C, E, P, S, R, M, L, O.

### **Relatoría del focus group**

#### **Parte 1: PRESENTACIÓN**

La presentación fue muy amena y cálida. Perla esperó con mates y facturas al

grupo. En un principio, nos quedamos 15 minutos tomando mate, esperando a Sergio que aún no había llegado. Luego, ya todos en la casa de Perla y preparados para trabajar, empezamos el focus group. Fue muy interesante y entretenido. Sergio, Perla y Néstor tuvieron muy buena predisposición y compromiso al momento de estar realizándolo. Respondieron todas las preguntas con total seriedad y respeto. Duró aproximadamente 1 hora 10 minutos. Off de record dijeron algunas de las cosas más importantes que esperábamos escuchar durante todo el focus group.

## **Parte 2: JUEGO DE DADOS**

Perla:

Nº 1: Cuando digo mi “marido” Ale, y no estoy casada.

Nº 6: No soporto que las cosas me salgan mal.

Néstor:

Nº 5: “Negro panadero” porque de chico repartía pan en su barrio.

Nº 6: No saber callarme

Sergio:

Nº 2: Tomar mate, lo necesito todo el tiempo.

Nº 3: Recibirme de médico.

## **Parte3: CONTRAPUNTO – Concepto de internación domiciliaria**

Para esta actividad se utilizara la imagen visual de In Casa contraponiéndola con algunas preguntas que pueden ser:

Perla:

Ámbito donde la persona enferma es asistida por personal especializado. Es mi perspectiva como “evaluadora” de los pacientes, función que cumpla entre otras en In Casa.

Néstor:

Cuidado, paciencia, orden, estabilidad emocional del enfermero al paciente y ternura. Es mi perspectiva como enfermero.

Sergio:

Cuidado de pacientes en forma personal y en el domicilio. Es mi perspectiva como enfermero.

Después se los hizo rescatar dos palabras de las definiciones que habían hecho cada uno.

Perla:

Cuidado de pacientes (Sergio) y cuidado (Néstor)

Néstor:

Personal especializado (Perla) y cuidado en el domicilio (Sergio)

Sergio:

Personal especializado (Perla) y orden y estabilidad emocional (Néstor)

Única definición armada entre los tres:

Internación Domiciliaria: “Consiste en que el paciente sea asistido por personal idóneo abarcando todos los aspectos emocionales y psicológicos del paciente.” Es muy importante el entorno. El éxito está en el ámbito que se da la ID porque hay que recordar que el paciente tiene familia”.

Comentarios que surgieron al respecto:

Perla:

La familia del paciente siempre tiene requerimientos distintos a los nuestros. El mayor problema es que la familia delega sus funciones como familiares y caen todas esas responsabilidades en el personal de la empresa y no debe ser así. Y el paciente no entiende tampoco que la ID no es un servicio doméstico. Hay casos, pocos, en la familia sí lo entiende.

Néstor:

La familia quiere un servicio doméstico y no se trata de eso lo que ofrece la empresa.

Sergio:

Cuando se dan estas cuestiones es cuando el entorno dificulta la ID. Este es uno de los mayores problemas que tenemos.

### **Parte 3: CONTRAPUNTO – Cartel de In Casa**

Perla:

Tiene implementado el servicio de internación domiciliaria a pacientes que son asistidos, evaluados por coordinadores de enfermería y supervisados por médicos. La información recolectada por todos acerca del paciente es pasada constantemente al director de la empresa.

Néstor:

Empresa que brinda cuidados y atención para el bienestar de sus pacientes por medio de una organización.



Sergio:

Empresa que se dedica a brindar el servicio de ID, que está en constante expansión en busca de lograr la calidad del servicio buscada.

Comentarios que surgieron:

Perla:

Lo único que nos importa es el paciente.

Néstor:

Trabajamos todos para un solo fin: el paciente.

137

Sergio:

El paciente es todo.

Luego se les pidió que comentaran cómo se “vende” o “venderían” a In Casa.

Perla:

Es una empresa que ofrece la ID, donde el paciente está asistido integralmente con su familia y profesionales a partir de los cuales va a tener respuestas a sus inquietudes

Néstor:

Se vende sola, de boca en boca por suerte para nosotros porque eso es señal de que trabajamos bien.

Sergio:

Se vende por comentarios de pacientes antiguos. La cuestión de nuestro trato y nuestra relación como empresa con los pacientes ha mejorado. El sentir que detrás del enfermero haya alguien que respalda, da seguridad al paciente y a la familia.

#### **Parte 4: ROLES**

Perla:

Mi función es evaluar al paciente en relación a sus patologías y ver si realmente requiere o no del servicio de ID. Luego de que lo haya aceptado para la empresa, hablo con los coordinadores para empezar a armarle el personal. Se lo comunico a la administración y las chicas se encargan de la parte papelería para IOMA. La función de Néstor y Sergio es estar atentos a lo que pasa en cada domicilio porque siempre hay imprevistos. A estos imprevistos me lo transmiten a mí y de ahí se trata de resolverlos en conjunto.

Néstor:

Hay una reunión que hacemos nosotros tres pero que está por fuera de la empresa. Todos los lunes nos juntamos para contarnos las novedades de la semana, aunque siempre estamos en contacto por teléfono. Hay una pirámide y hay que seguir esa cadena.

Sergio:

Somos el nexo entre la familia, el personal y la coordinación médica. Somos el 1º contacto que tiene el paciente o la familia del mismo con la empresa, sin contar el enfermero que lo asiste.

### **Parte 5: COMUNICACIÓN**

Perla:

Hay problemas de incomunicación. Y me enoja mucho enterarme de los problemas por otro lado porque en todos los domicilios tienen todos los teléfonos de nosotros. Todos tienen accesibilidad a todo en relación a nosotros. Pero a veces hablan directamente con Guillermo, porque les parece que llegar al jefe es mucho más que llegar al coordinador de enfermería. Los propios pacientes, aquellos que están más “avivados”, saben que tienen que comunicarse con nosotros primero. Cuando hay quejas el enfermero habla con su coordinador de enfermería pero el día que van a cobrar a la empresa también las dicen ahí. No hay espacio físico para que el enfermero presente sus quejas pero en cada visita a los domicilios los coordinadores de enfermería tratan de estar también con el personal. Lo que muy pocas veces se hace es una reunión con todo el personal de un mismo domicilio, pero no con todos los enfermeros de la empresa.

Néstor:

Opino lo mismo que Perla. Nosotros vamos a los domicilios y hablamos con los enfermeros para saber los problemas que están existiendo. Nosotros no tenemos horario y es a propósito porque el enfermero no sabe nunca en el horario en que vamos a ir al domicilio. Otro de los problemas que hay es que a veces el paciente no quiere hablarnos a nosotros los coordinadores acerca de los problemas que tiene con los enfermeros delante de ellos; porque esa es la mejor manera de resolverlos.

Sergio:

Los familiares son los que más saltean la estructura y llaman a la oficina directamente. Y eso tiene que ver con una cuestión de tiempos. Se solucionarían mucho más rápido los problemas en el domicilio si se comunicaran con nosotros primero. La idea es que nuestro trabajo (nestor-sergio-perla) como coordinación sea mancomunado. El trato que tenemos nosotros con el enfermero es en domicilio específicamente.

En relación a la selección del personal y demás....

Perla:

En las emergencias no miras quién es el enfermero, hay que cubrirlas. En esos casos no hay entrevista previa. Nosotros tres nos vemos permanentemente así que cuando hay problemas con el personal, sabemos todo de todos los tres.

Néstor:

Con Sergio por ejemplo más de una vez nos pasamos los enfermeros. Tenemos gente que está disponible para guardias o reemplazos. Pero el mayor problema que nos pasa es que nos avisan que van a faltar al domicilio muy sobre el horario. Te avisan 10 minutos antes de que deberían estar entrando. Y eso nos mata.

Sergio:

Algunas veces es gente conocida que nos dejan un CV a nosotros los coordinadores. Generalmente, es gente que va a la empresa, deja su CV y ahí nosotros anotamos sus datos y teléfonos. Si se necesita personal para un domicilio y hay tiempo para armarlo, se lo cita en la empresa para hablar con perla. A partir de ahí, si ella da el ok, buenísimo. Se arma todo. Cuando yo no puedo solucionar algún problema de personal, para cubrir alguna falta o reemplazo, pido ayuda! Primero Néstor, si él tampoco puede, la llamo a Perla.

Después se habló sobre la comunicación con la gerencia y el área administrativa

Perla:

Néstor y Sergio tienen mucho más con la administración que con Guillermo. Con la administración yo no tengo problemas. Opino que mi comunicación con la gerencia debe ser más continua y fluida; mucho más constante. Debería haber una reunión aunque sea semanal. Yo igual cada vez que voy a la oficina "escupo" todo para que en la oficina estén enterados todos de lo que sucede. La empresa es una y el trabajo es de todos.

Néstor:

Una de las cosas que tenemos con la administración es el pedido y el armado de los materiales e insumos para el paciente. Nosotros se lo pedimos y ellas lo arman. Otra de las relaciones que tenemos con la administración son las planillas de presentismo y de IOMA. Los cambios de enfermeros por ausencia y/o reemplazos se charlan con las chicas de administración que son las que liquidan los sueldos, perla no se entera de nada. Nuestra tarea es full time; no hay sábados ni domingos. Nuestro nexo con la gerencia es perla; no tenemos prácticamente relación con los de arriba. Con Guillermo el trato es bueno pero limitado. Con Sergio estamos constantemente en contacto. Nuestra cabeza

de empresa es Perla. No tenemos contacto fluido con Guillermo. Pero considero que es necesario tener más comunicación con el dueño.

Sergio:

Nosotros le damos la información a Perla. Con la administración tenemos más relación por todo lo que dijo Néstor. Con Guille el trato es cordial pero limitado.

## **Parte 6: VALORES**

Perla:

- PODER
- ALERTA: es mi condición. Estar alerta es lo que tenemos que hacer. Tenemos que dar respuestas a esa alerta. A veces, no nos tiene que importar ni la oficina, ni la administración ni los pacientes.
- CAMINO A LA EXELENIA: pero todavía no se llegó porque falta integración. No pasa solo por la capacidad.
- MEJORÍA: trabajamos todo el tiempo en eso.
- LEALTAD: mucho no me gusta esa palabra porque lo relaciono con el peronismo, pero la cambiaría por sinceridad.

Néstor:

- RESPONSABILIDAD
- CAPACIDAD: es lo que más debe tener In Casa. Creo que lo tiene, lo estamos trabajando. Y a esto último, Guillermo nos lo ha dicho.
- ORDEN: en todas las tareas. Si no son ordenadas en forma ascendente y descendente no sirven. Todos los engranajes deben funcionar en sintonía.

Sergio:

- SERVICIO
- LIBERTAD DE TRABAJO DEL PERSONAL
- LABOR
- Se puede mejorar la capacidad y responsabilidad. Pero eso es un tema por lo cual peleamos mucho en la oficina porque se relaciona mucho con el sueldo del personal.
- ESFUERZO: el trabajo es una cuestión de esfuerzo. Lo realizamos todos los que trabajamos en In Casa todos los días.
- EMPEÑO: el servicio ha ido mejorando. Hay detalles, siempre se pelea por ciertas cosas. Pero va mejorando.

Como había salido la letra L, se les preguntó qué pasaba con la palabra Lealtad

Sergio:

Con respecto al personal no tenemos una relación tan estrecha como para

que nos sean tan leales con nosotros.

Se hicieron comentarios off de record

Perla:

Guille generaliza todo. Por una queja que haya él habla como si fuesen todos los pacientes. Yo enfrente las situaciones. Hay cosas que la parte administrativa debe informar, debería meter o hacer algo con lo del personal. Por ejemplo: las renovaciones, la parte de los papeles. Lo debería hacer la parte administrativa y sin embargo los papeles para las renovaciones o las planillas de IOMA las llevan y las devuelven a la empresa los coordinadores de enfermería. El jefe tiene una muy buena visión empresarial. La comunicación tiene que ser buena y fluida pero entre todos. Yo amo mi trabajo.

141

## Análisis de los datos obtenidos en el focus group

### Reconocimiento del discurso corporativo para definir la identidad de In Casa

En este encuentro se trataron temáticas que posibilitaron reconocer las diferencias y similitudes que existen entre las opiniones y concepciones de los actores respecto de los valores y objetivos de la empresa. También, sobre los flujos y los canales de comunicación interna que existen entre los actores de la empresa.

Para poder sintetizar la actividad y sus resultados se desarrollará a continuación una matriz FODA que nos brindará los aspectos a tener en cuenta:

#### Fortalezas

Los coordinadores de enfermería realizan reuniones semanales que les permite saber qué sucede en cada domicilio y cómo se han ido resolviendo los problemas, lo cual da cuenta de la organización y la resolución de problemas en forma sistematizada.

Otro aspecto considerable es que la coordinadora general ve en el dueño de la empresa, Guillermo Bruno, una muy buena visión empresarial. Eso da cuenta del perfil que tiene Bruno.

Aquella gente que está disponible para guardias o reemplazos puede tratar de generarse un lazo o charla previa a cualquier urgencia para resolver los problemas más rápidamente y de una manera más organizada. Y haber tenido un contacto previo que impida dejar al azar cualquier reemplazo

#### Debilidades

Los coordinadores de enfermería consideran que la comunicación entre ellos y el Gerente debería ser mayor. Para ellos, se generan dos espacios de comunicación que serían por un lado, los pacientes y la familia y, por el otro Perla. Ellos argumentan que el Dr. Bruno debería estar más en contacto con ellos lo que ayudaría a potenciar sus trabajos.

Comunicacionalmente, aflora una distancia que hace un corte entre los flujos de información que impide la gestión en red. Esto trae aparejado la desintegración entre las partes que impide lograr eficiencia; sin embargo, destacan que este punto es algo que se puede mejorar y aseguran estar en ese proceso.

Esto tiene relación con el reclamo que ellos, como coordinadores, gestionan a la Gerencia sobre los sueldos escasos que recibe el personal que está a su cargo como lo son los enfermeros, kinesiólogos y demás.

Asimismo, presentan la queja sobre, por ejemplo, la entrega de planillas de IOMA, puesto que de acuerdo a lo que dijo Perla es algo que le correspondería a Administración, y sin embargo lo realizan tanto Sergio como Néstor.

Otro aspecto importante es que para Perla, la coordinadora general, el dueño generaliza todo cuando surge un solo caso problemático. Así deja de lado el reconocimiento al trabajo que ellos realizan y se refuerza esta idea de la desintegración.

Una cuestión que se convierte en una de las debilidades más importantes de la empresa son las familias de los pacientes las cuales no comprenden o no han sido realmente informados sobre lo que realmente es y en lo que verdaderamente consiste el servicio de internación domiciliaria. En consecuencia, uno de los mayores problemas se da cuando la familia pretende que los enfermeros realicen actividades domésticas, por ejemplo, siendo que no son de su competencia.

Esto también trae aparejado que el núcleo familiar deje de lado las jerarquías que posee la empresa ante alguna emergencia y acuden al Dr. Bruno cuando en realidad quienes más rápido lo resolverían serían los propios coordinadores porque conocen y están en contacto con los profesionales que los asisten.

Asimismo, ante las urgencias no se realiza entrevista al enfermero por parte de la empresa, porque por ejemplo, los enfermeros avisan 10 minutos antes que no van a ir al domicilio del paciente. En consecuencia, los tiempos impiden un análisis del perfil del enfermero con la familia y el paciente.

### **Oportunidades**

En primer lugar, la empresa es recomendada por viejos pacientes y ello para los coordinadores da cuenta de la asistencia integral y el respaldo que brinda el servicio. Principalmente, el paciente y su recuperación y bienestar. Esto es un aspecto relevante a la hora de posicionar a In Casa porque el paciente es el eje principal de sus actividades, como un valor.

### Amenazas

Por último, una de las grandes amenazas para la empresa son los casos de urgencia que no pueden ser cubiertos por los enfermeros que ya están designados para estos casos, puesto que al ocurrir esto, el personal capacitado que asiste al domicilio del paciente no suele ser entrevistado previamente por Perla. Este punto es uno de los más importantes a trabajar ya que tanto para el paciente como para la empresa es una amenaza que alguien desconocido asista y concurra al domicilio.

<p style="text-align: center;"><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay reuniones semanales entre los coordinadores</li> <li>• El Dr. Bruno tiene muy buena visión empresarial</li> <li>• El paciente es considerado como eje principal de sus actividades</li> <li>• Poca, pero cuenta con gente disponible para guardias o reemplazos</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>OPORTUNIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como servicio ofrece una asistencia integral y respaldo al paciente</li> <li>• La empresa es recomendada por viejos pacientes</li> <li>• La empresa no necesita publicidad puesto que el crecimiento se debe al boca en boca</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>DEBILIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal avisa 10 minutos antes que no puede asistir al domicilio</li> <li>• Escasa comunicación entre Bruno y los coordinadores</li> <li>• Falta de integración entre los actores que trabajan en la empresa.</li> <li>• Sueldos escasos para los enfermeros, kinesiólogos y demás</li> <li>• Los coordinadores hacen trabajo que correspondería a la Administración</li> <li>• El Dr. Bruno generaliza todo</li> <li>• La familia no comprende en qué consiste realmente el servicio</li> <li>• La familia saltea las jerarquías ante un problema</li> <li>• Los enfermeros no tienen un espacio para quejas, no hay otro espacio más que el propio domicilio</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>AMENAZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ante las urgencias no se realiza entrevista al enfermero</li> </ul>

## Conclusiones obtenidas del Focus Group

A modo de conclusión, debemos destacar que lo expresado por la coordinadora general y los coordinadores de enfermería abre las puertas para que In Casa repiense los vínculos que genera por un lado con el paciente y su entorno familiar y, por el otro, como empresa ante sus enfermeros. En otras palabras, que reflexione acerca de cómo se manifiestan los actores que intervienen en esta red comunicacional.

Cabe aclarar, que si bien Perla, Néstor y Sergio son la empresa misma, tienen una postura diferente sobre el trabajo porque desearían que el dueño abra un poco más el contacto con ellos. Esto constituye un atributo que hace al discurso de la identidad y que demuestra la falta de integración entre los espacios de trabajo.

Por ejemplo, las reuniones que ellos tienen todas las semanas también las podrían tener con Bruno.

Por supuesto no hay que dejar de lado que ellos se definen por un continuo y responsable trabajo para con el paciente. En otras palabras, esta falta de combinación no impide que ellos brinden el mejor servicio posible pero sí las dinámicas de trabajo.

Entonces, se puede visualizar que la realidad comunicacional interna de In Casa debe reforzar la relación entre la gerencia y la administración con el grupo coordinador porque como dijo la coordinadora general “La empresa es una y el trabajo es de todos”.

Por otro lado, ante esta descripción y análisis de los aspectos internos se debe pensar la gestión de comunicación externa, y esto se ve reflejado en las actitudes y roles tomados por las familias, y en el personal que atiende al paciente.

Aquí se debe hacer hincapié en que si bien los clientes recomiendan a In Casa, es decir, existe una aprobación del servicio que brinda, hay dificultades de comprensión ante la asistencia que están ofreciendo

Por último, se puede concluir que la percepción que los clientes manifiestan es positiva y recomiendan a In Casa pero no desarrolla ninguna reunión o capacitación, o folletería para que los futuros clientes comprendan qué es exactamente la internación domiciliaria y cómo van a tener que adaptarse a ello.



