

Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública  
Sub-Área de Concentração: Políticas Públicas.

Dissertação de Mestrado

Título: ***Análisis del modelo de gestión y la participación en el Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano en el marco de la Política implementada por la Provincia de Buenos Aires***

*Sebastián Tobar*

Orientador:  
***José Mendes Ribeiro***

Coorientador:  
***Adolfo Chorny***

Palabras Claves:  
**Políticas Hospitalarias- Descentralización  
Modelo de Gestión- Participación**

#### **Sumario**

El presente trabajo está focalizado en las políticas hospitalarias y su repercusión en los modelos de gestión, tomando el caso de un hospital de la Provincia de Buenos Aires; el Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano. El mismo se posiciona sobre tres principales dimensiones que son:

- ❖ la ***política de Reforma Hospitalaria*** de la Provincia de Buenos Aires;

- ❖ el **modelos gestión** de los hospitales; y
- ❖ la **participación**.

La hipótesis central es que la política de reforma hospitalaria formulada por la Provincia de Buenos Aires resulta ser una oportunidad para la descentralización hospitalaria, permitiendo que nuevos actores se incorporen a la toma de decisiones y haciendo más eficaz su modelo de gestión.

### **Abstract**

This paper assesses the results of the “management model” as implemented by the Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano, within the hospital reform initiative of the Buenos Aires Province Administration. It focuses on three main dimensions, **Reform Policy**, the hospital’s “**management models**” and the **community participation**.

The main hypothesis is that the hospital reform policy of the Buenos Aires Administration paves the way for hospital decentralisation, allowing new social actors to participate within the decision making process, thus making the “management model” more effective.

## AGRADECIMIENTOS

- ◆ A los profesores José Mendes Ribeiro y Adolfo Chorny, mi orientador y co-orientador por la libertad y la confianza que me dieron para poder desarrollar esta dissertação.
- ◆ A mis padres y mis hermanos por la estimulante convivencia y apoyo que me dieron para hacer el Mestrado.
- ◆ A los representantes de la Comunidad en la Comisión Asesora y a los trabajadores y directivos del Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano, por su incansable trabajo para garantizar salud para todos.
- ◆ Al Clube do Mal, en especial a la rainha do mal: Marcia, O rei Carlinhos, Renata y Andrea, com quienes planeamos un monton de conspiraciones.
- ◆ Al departamento de Endemias Samuel Pessoa: Eliane, Aauto, Amancio y todos los Mestrados, Profesores y Funcionarios, que me dieron su apoyo y un cálido y grato ambiente de trabajo adoptándome en esa área.
- ◆ A la ENSP, sus profesores y funcionarios, que trabajan todos los días por una salud pública mas equitativa, efectiva, eficiente y eficaz.
- ◆ Al CNPQ que posibilita por medio de sus bolsas, que muchas personas hagamos mestrado, estudiemos, aprendamos y tengamos un incentivo para investigar.

## TABLA DE CONTENIDO

|  |    |
|--|----|
| <i>Sumario</i>   | 1  |
| <b>Presentación:</b>   | 7  |
| <b>Estrategia de Investigación</b>   | 8  |
| <b><i>Capítulo I: Marco Teórico-Conceptual</i></b>   | 10 |
| <b>Introducción:</b>   | 10 |
| <b>Nuevos Modelos de Reformas Sanitarias</b>   | 10 |
| <b>Nuevos Modelos de Reformas del Estado</b>   | 12 |
| <b>Reformas Sanitarias y Hospitales Públicos</b>   | 15 |
| <b>Condicionantes de las Políticas de Reforma Hospitalaria</b>                                       | 16 |
| <b>Tendencias en Políticas Hospitalarias:</b>  | 18 |
| <b>Componentes de las Políticas de Reforma Hospitalaria</b>  | 19 |
| Modelo de Atención   | 19 |
| Modelos de Financiamiento  | 21 |
| Modelo de Gestión  | 22 |
| <b>Organizaciones Profesionales y Modelo de Gestión</b>  | 27 |
| <b><i>Descentralización: la política en cuestión</i></b>   | 31 |
| <b>Conceptualización de la Participación</b>   | 36 |
| Participación en Salud   | 36 |
| Formas Institucionales de la Participación en Salud  | 37 |
| <b><i>Capítulo II:</i></b>   | 41 |
| <b><i>La Política de Descentralización de la Provincia de Buenos Aires y el Caso en cuestión</i></b> | 41 |
| <b>La Política hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires</b>                                      | 41 |
| <b>La política Hospitalaria en el Contexto Nacional</b>  | 44 |
| <b>La Política Hospitalaria a través de un Estudio Casos: El Hospital Manuel Belgrano</b>            | 45 |
| <b>Facilitantes de los Cambios en el Hospital</b>  | 47 |
| <b>Nueva Visión incorporada en la Organización</b>   | 49 |

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <b>Capítulo III:</b>   | <b>51</b>                            |
| <i>¿Cómo se comporta el Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano con respecto a la Descentralización?</i>  | <b>51</b>                            |
| <i>Organización:Endógenos</i>  | <b>51</b>                            |
| <b>Misión:</b>   | <b>52</b>                            |
| <b>Funciones</b>   | <b>55</b>                            |
| <b>Actividades</b>   | <b>59</b>                            |
| Procesos de Apoyo  | 62                                   |
| <b>Prioridades:</b>  | <b>69</b>                            |
| <b>Estructura:</b>   | <b>72</b>                            |
| <b>Cultura e Incentivos:</b>   | <b>74</b>                            |
| Económicos   | 74                                   |
| No Económicos  | 75                                   |
| <b>Ambiente Externo:</b>   | <b>77</b>                            |
| <b>Conclusiones del Capítulo III:</b>  | <b>78</b>                            |
| <b>Capítulo IV:</b>  | <b>81</b>                            |
| <i>¿Cómo se Comporta el Hospital Zonal de Agudos Gral Manuel Belgrano con respecto a la Participación?</i> | <b>81</b>                            |
| <b>La Comisión Asesora del Hospital Manuel Belgrano</b>  | <b>81</b>                            |
| <b>Antecedentes de la Creación de la Comisión Asesora</b>  | <b>81</b>                            |
| <i>Cerrada</i>   | 83                                   |
| <i>Abierta</i>   | 84                                   |
| <b>La Misión de la Comisión Asesora</b>  | <b>84</b>                            |
| <b>Funciones</b>   | <b>84</b>                            |
| Representatividad  | 85                                   |
| Intensidad de la Participación   | <b>Erro! Indicador não definido.</b> |
| <b>Actividades:</b>  | <b>86</b>                            |
| <b>Prioridades</b>   | <b>96</b>                            |

|                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| <b>Estructura</b>                    | <b>100</b> |
| <b>Cultura e Incentivos</b>          | <b>100</b> |
| <b>Ambiente</b>                      | <b>102</b> |
| <b>Conclusiones del Capítulo IV:</b> | <b>104</b> |
| <b>CONCLUSIONES GENERALES</b>        | <b>106</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b>                  | <b>109</b> |

***“Un científico debe ser abierto a las ideas, frío y racional. Un reformador debe prometer el paraíso si la reforma fuera adoptada. Reforma e investigación raramente andan lado a lado”.***

**Stigler, 1996**

**Presentación:**

La presente tesis de disertación de maestrado consta de los siguientes capítulos:

En su primer capítulo o marco teórico- conceptual, abordará el tema de las Reforma del Sistema de salud estableciendo sus características y como aparecen los Hospitales en estas agendas de políticas. Se observan los condicionantes y las tendencias en políticas hospitalarias. Para el análisis de las mismas se distinguen tres modelo: el de atención, el de financiamiento y el de gestión; y se consideran las particularidades de este último en la organizaciones burocrático profesionales. Finalmente se posiciona en las experiencias de políticas de descentralización exponiendo una de las tipologías más conocidas.

En el segundo capítulo analiza la política hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires, analizando cuales son las principales cuestiones o modelos en los cuales se centra y la política formulada por el Gobierno Nacional. Posteriormente se posiciona sobre el Caso del Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano, por considerarse como el hijo pródigo, al ser un caso que ha incorporado la descentralización hospitalaria desde hace casi 9 años y por ser merecedor de diversas distinciones o premios que parecen hacerlo particular. Se realiza la presentación de la institución y se hace una breve referencia a su trayectoria.

En el tercer capítulo se analizará como se comporta el Hospital en cuestión con respecto a la descentralización, considerando que la eventual redefinición de los modelos de gestión hospitalaria, puede ser impulsada desde dos grandes determinantes:

1. Las Políticas hospitalarias provinciales o macro-regulaciones.
2. Factores endógenos del hospital que se expresan en su trayectoria y repercusiones sobre cualquiera de los componentes del modelo de gestión.

Se analizará cada uno de los componentes del modelo de gestión para observar si los mismos se han modificado, y en virtud de cuales determinantes.

En el cuarto capítulo se centrará la atención en ¿Cómo se comporta el caso seleccionado con respecto a la participación?. Se utilizarán los mismos componentes referidos en el Capítulo I para observar el modelo de la participación en la gestión.

Finalmente, en las conclusiones se señalarán qué factores deberían ser analizados tomar en cuenta en una política de descentralización que pretende tener eficacia en cuanto a su optimización en el modelo de gestión apuntando a incorporar la participación.

### ***Estrategia de Investigación***

El trabajo se posiciona sobre tres dimensiones; el ***modelo de gestión***, la ***participación*** en los hospitales descentralizados, que se analizará a las luz de la ***Políticas de Reforma Hospitalaria*** que viene implementando la Provincia de Buenos Aires.

A tales efectos se analiza los resultados de la política a través del análisis del modelo de gestión del Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano, que ha incorporado activamente la participación de la comunidad.

Se ha seleccionado para su análisis el mencionado hospital, en razón de que viene implementando cambios desde hace nueve años<sup>1</sup>, habiéndose consolidados en su modelo de gestión: la incorporación del Consejo de Administración y la Comisión Asesora, conformada por 23 representantes de la comunidad.

El hospital seleccionado pertenece a la provincia de Buenos Aires, estado que es pionero en la incorporación de políticas de descentralización hospitalaria y que ha incluido un amplio elenco de opciones innovadoras. Entre las mismas, se pueden citar:

- ⇒ la constitución de consejos administrativos que viabilizan la participación comunitaria en la gestión; y
- ⇒ la inclusión de fuentes de cofinanciación.

La Provincia mencionada constituye uno de los mayores sistemas de salud de América Latina, si se tiene en cuenta no solo la población cubierta (13 millones de habitantes) sino también

---

<sup>1</sup> Según consta en Resolución Nro.: 2673 del 28 de agosto de 1.991 el Hospital Belgrano funciona a partir del 2 de septiembre de 1991 como Hospital descentralizado y establece que el consejo de administración estará integrado por 4 representantes del Ministerio de Salud y tres miembros de la comunidad.

la oferta de servicios públicos (60 hospitales provinciales y 144 municipales, 45.000 camas de las cuales, la mitad son públicas) y el gasto sanitario (en el orden de los US\$ 3.000 millones anuales).

La Provincia de Buenos Aires ha incorporado la política de descentralización en forma gradual pudiéndose observar que los establecimientos optan por diferentes alternativas dentro de este proceso. La política no excluye a ningún establecimiento. Cualquier hospital es susceptible de descentralizarse. En efecto, aunque la legislación y reglamentación pertinentes no lo hacen explícito, la decisión de incorporarse o no al proceso descentralizador, depende de la voluntad de las autoridades del Hospital.

En síntesis, los problemas que este trabajo pretende responder se pueden formular de la siguiente manera:

- ¿Cuáles son las principales cuestiones sobre las que se posiciona la política hospitalaria de la provincia de Buenos Aires?
- ¿Cómo se comporta el caso del Hospital Manuel Belgrano con respecto a la descentralización?
- ¿Cómo se comporta el mencionado Hospital con respecto a la participación?

Para responder a estos interrogantes se han utilizado distintas técnicas de recopilación de datos:

1. Análisis de contenido de fuentes secundarias: legislación, normativas, reglamentos y documentos tanto del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, como producidos por el Hospital.
2. Se ha realizado entrevistas y relatos de diversos actores del Hospital y de la comunidad (Director del hospital, Director Asociado Administrativo, Director Asociado Médico, Jefes de Servicios, Miembros del Centro Operativo, miembros de la comunidad).
3. Observación participante de diez reuniones de la Comisión Asesora entre los meses de agosto a noviembre de 1998.

Con los datos obtenidos se construyó una matriz donde se identifican los problemas y se los relaciona con las decisiones o estrategias adoptadas por los actores y su posterior tematización.

## Capítulo I

### Marco Teórico-Conceptual

#### **Introducción:**

La inclusión en la agenda<sup>2</sup> de políticas públicas de formulaciones que buscan reformar los hospitales públicos, especialmente redefiniendo componentes de su modelo de gestión, tales como la descentralización y la participación surgen sobredeterminados por la convergencia de dos grandes reformas. Por un lado, las últimas olas de Reformas Sanitarias, por el otro, las formulaciones más recientes de reformas del Estado.

#### **Nuevos Modelos de Reformas Sanitarias**

Los sistemas de salud de todo el mundo son progresivamente objeto de reformas<sup>3</sup>. Sin embargo, tales reformas no son siempre similares. En un esquema utilizado en trabajos anteriores<sup>4</sup>, se identifica una **primera ola de reformas** con un movimiento sanitario que, preocupado por los valores centrales de los sistemas apuntaban a cambiar el modelo. Esta primera generación de reformas<sup>5</sup> fueron orientadas a proporcionarle más bienes y servicios de atención médica a más personas, ampliar la cobertura y garantizar niveles más equitativos en el acceso de las prestaciones, inspirada en la expansión de los derechos sociales.

El **segundo movimiento de reforma** asume la intención principal de obtener una mayor amplitud de control sobre los costos y malestares sociales. Si la primera ola tenía un impulso de corte sanitario, inspirado en la expansión de los derechos sociales, la segunda es una ola de **Reformas del Estado** que alcanza a

---

<sup>2</sup> Se utiliza el término de **agenda**, en el sentido *capacidad de definir temas substantivos a ser apreciados y de configurar la resultante final de políticas de gobierno*. Ver ROSARIO COSTA do, Nilson. (1996). *O Banco Mundial e a Política nos Anos 90- A Agenda Para a Reforma do Setor Saúde. Em Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma Agenda para os Anos 90*. Organizado por Nilson do Rosario Costa e José MENDEZ RIBEIRO. Río de Janeiro: Secretaría de Desenvolvimento Educacional/ENSP, 196 pp.: 13-29.

<sup>3</sup> Entendemos por **reforma** a un cambio en alguno de los valores o principios rectores del sistema de salud.

<sup>4</sup> Ver TOBAR, Federico & TOBAR, Sebastián. (1996). *Reforma Sanitaria y Reingeniería Organizacional*. Publicado en **V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud**. Buenos Aires. Asociación de Economía de la Salud. El mismo esquema es planteado por GONZALEZ GARCIA, Ginés y TOBAR, Federico. (1997). *Más Salud por el Mismo Dinero. La Reforma del Sistema de Salud en la Argentina*. Buenos Aires. Grupo Editor Latinoamericano. Isalud. 1997.

<sup>5</sup> Estas reformas estuvieron sustentada con la idea-fuerza de Salud para Todos en el Año 2.000. OPS. Ver *“Salud para Todos en el año 2.000: estrategias”*. Documento Oficial No. 173. Washington, 1980.

las instituciones de salud debido a su alto peso en el presupuesto público y a la tendencia expansiva del gasto sanitario, que tiene un enfoque mas bien fiscal<sup>6</sup>.

En los años 90 es posible identificar una **tercera ola**<sup>7</sup>, que algunos han denominado la “*reforma de la reforma*”<sup>8</sup>. Habiendo conseguido un relativo éxito en el control de los gastos, los países desarrollados practican ajustes en sus sistemas, parte de estos orientados a obtener mas satisfacción de los usuarios. Mientras en los países en desarrollo, donde la mayoría de las veces la cobertura asistencial no llega ni a la mitad de la población, se podría hablar de un tercer movimiento reformista que debe cumplir simultáneamente con las expectativas de ambas reformas, la sanitaria y del Estado. Si en la primera ola se apunta a avanzar hacia la universalidad, la tercera ola apunta hacia la eficiencia y la competitividad de los sistemas de salud.

A grandes rasgos se puede mencionar que esta tercera onda de reformas que contempla los siguientes objetivos:

---

<sup>6</sup> Esta segunda ola de reformas abarca los programas de ajuste que se aplican en muchos países en la década de los 80.

<sup>7</sup> ALMEIDA, C.M. también identifica tres ondas de reformas sanitarias, entendiéndolo que la primera se inicia en el siglo XIX, con subsidios estatales y programas específicos para los pobres y trabajadores de baja renta, y se extendió para las primeras décadas del siglo XX. La segunda, aconteció luego después de la Segunda Guerra Mundial, con la extensión o universalización de viejos programas o con la creación de sistemas nacionales de salud, transformando el derecho de acceso a los servicios sectoriales en derecho de ciudadanía. Y la tercera, mas reciente, tiene dos momentos distintos, pero que son caras de una misma moneda: El primero ocurre en los años 60-70 y configuró una expansión específica de los servicios de asistencia médica; y el segundo es la crisis de ese modelo que resultó en una formulación, en los años 80, de una nueva agenda post-welfare también para el área sanitaria, cuya esencia estaba en el cuestionamiento de los fundamentos básicos que habían estructurado a los sistemas de salud hasta entonces. ALMEIDA, C.M. “*Novos Modelos de Atenção a Saúde*”. En do ROSARIO COSTA, Nilson e MENDES RIBEIRO, José (ORG). ***Políticas de Saúde e Inovação Institucional***. Río de Janeiro. ENSP. 1996.

<sup>8</sup> Para profundizar en los aspectos de esta tercera onda de Reforma Sanitaria Ver Asociación de Economía de la Salud (AES). ***Publicaciones de las IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud “Equidad, Eficiencia y Calidad: El Desafío de los Modelos de Salud***. FUNDACIÓN ISALUD Editores, Buenos Aires 1995. También es referenciada en la Publicación de las ***V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. 1996. La Economía de la Salud en la Reforma del Sector***. FUNDACIÓN ISALUD Editores, Buenos Aires. En la publicación de las ***VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. El futuro de las Reformas o la Reforma del Futuro***, también se caracteriza esta última onda de reformas.

1. Descentralización y des-burocratización;
2. Incorporación de incentivos y competencias;
3. Separación del proveedor y financiador;
4. Modificación de la forma de pago a los proveedores con pagos vinculados al desempeño y a la productividad;
5. Aumento de la regulación de la oferta;
6. Aumento de la regulación de los resultados: control y evaluación de resultados y, desde ya, competencia estimulada;
7. Mejoramiento de la gestión (pública / privada);
8. Incorporación de nuevos modelos de gestión, de información, finanzas, recursos humanos, planeamiento, etc;
9. Incorporación de la "Cesta básica de salud": como piso del cual todos tendrán que partir, tanto el sector público como el privado;
10. Aumento de las responsabilidades de los proveedores: sean estos médicos u hospitales;
11. Financiamiento complementario a cargo del usuario;
12. Mejoramiento de la capacidad de elección del paciente y cambios del financiamiento de la oferta para el financiamiento a la demanda;
13. Mayor consenso social y político.

En la agenda de políticas públicas inspirada en esta tercera onda de reformas, el hospital adquiere un protagonismo inédito, proponiéndose para estos, medidas que procuran la eficiencia a nivel de la organización y la incorporación de una serie de instrumentos de gestión.

### ***Nuevos Modelos de Reformas del Estado***

Hasta los años 70, puede observarse en las políticas sociales la hegemonía de una agenda que se inspiraba en la relación entre el desarrollo económico y los sistemas de protección social (círculo virtuoso entre economía keynesiana y política social), propiciando políticas sociales de carácter universalista.

Las crisis económicas acontecida durante los años 80 generaron la aceleración

inflacionaria, la desorganización de los sistemas de financiamiento y elevaron las tasas de desempleo imponiendo reordenamientos económicos de gran significado, con profundas alteraciones tecnológicas, y la redefinición del rol de las instituciones sociales y políticas. En este contexto se comienzan a preconizar modelos de Reformas del Estado y ajustes económicos propiciados por los organismos internacionales - Organization for Economic Cooperation and Development OECD, Banco Mundial<sup>9</sup>, FMI. Entre las características más comunes de esta agenda neoliberal se puede destacar:

- desregulación<sup>10</sup> y liberalización de los mercados nacionales e internacionales
- reducción del Estado y de sus responsabilidades sociales

La premisa inspiradora de esta agenda es “desmercantilizar al mínimo los servicios sociales”.

IVO de CARVALHO afirma que, el debate sobre el papel del Estado<sup>11</sup> en la esfera económica se transforma en el debate general sobre el papel del Estado en la sociedad

---

<sup>9</sup> DO ROSARIO COSTA, N. analiza como las políticas públicas convergen para la idea de que los gobiernos nacionales están cada vez más afectados por los procedimientos de políticas supranacionales. El autor menciona que las agendas de políticas públicas en el área social han sido condicionada por agencias como el FMI, Banco Mundial y Gobiernos de países Industriales Avanzados. ROSARIO COSA, Nilson do. (1997). *El Banco Mundial y la Política Social en los Años 90* publicado en **Política de Saude e Inovacao Institucional: Uma Agenda para os anos 90**, Nilson do ROSARIO COSTA e José MENDES RIBEIRO organizadores. Edit. ENSP. Pags 13-29. Río de Janeiro.

<sup>10</sup> Es necesario destacar que la desregulación es una de las características que se privilegio en las agendas de Reforma de los años 80. En este contexto reforma y desregulación parecían tener el mismo significado. Esto generó una sensación de que hay un especie de alejamiento del Estado en cuanto a ciertos problemas públicos. Con la separación de las funciones de financiador y proveedor de ciertos servicios, como en el caso de la salud, la regulación constituye uno de los grandes desafíos de la tercera onda de reformas de los años 90. En esta última onda de reformas, se ha destacado en trabajos anteriores, **nuevos roles** que debe asumir el Estado en el sector salud: 1) Consolidación y conducción de un mix público-privado de prestadores, 2) Fortalecimiento de la función de regulación fijando metas que deben ser alcanzadas territorialmente y hacer que los diferentes actores cumplan con su parte, pudiendo utilizar como instrumentos los mecanismos de contratación y pago, acreditación y certificación, los cupos de profesionales y tecnologías y las políticas de capacitación. 3) Función de evaluación de tecnologías sanitarias. 4) Identificación y evaluación de efectos de nuevas fuentes de financiamiento. 5) Conducción de la reconversión de los efectores y 6) Incentivación de la productividad y la calidad. Ver. TOBAR,F & TOBAR,S. (1996) “Reingeniería y Reforma Sanitaria”. pags 321-340. Em **V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. La Economía de la Salud en la Reforma del Sector**. Asociación de Economía de la Salud (AES). Buenos Aires.

<sup>11</sup> IVO de CARVALHO señala “que después de una década de debates, la cuestión de la reforma del Estado transborda el terreno de la economía y alcanza el de la política , ganando nuevo temario y nuevo énfasis. IVO de CARVALHO, Antonio- 1996. *Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania : A Reforma Sanitaria Como Reforma do Estado*. Fundacao Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Novembro de 1996. Versión Mimeo.

contemporánea como un todo. El autor menciona, que gana cada vez mas interés la discusión al respecto de como optimizar las relaciones entre el Estado y los colectivos de intereses que constituyen la sociedad<sup>12</sup>.

Carlos Pereira (1997:81) observa, que la distancia entre demandas colectivas y oferta gubernamental llevó a una amplia revisión conceptual del paradigma del Estado de bienestar Social de los años 50-60, procurando la redefinición del papel ideal del Estado. El mencionado autor señala que lo que permanece ausente en la literatura de reforma del Estado, es el análisis de los mecanismos institucionales de control mutuo que permiten al gobierno monitorear el comportamiento de los agentes económicos privados y a los ciudadanos controlar el gobierno. La incorporación de estos mecanismos definen a la reforma del Estado principalmente en términos de *accountability*<sup>13</sup> y participación, por lo tanto, no apenas como mera cuestión de eficiencia.

Los neoliberales critican al Estado, señalando que se tornó poderoso y por ende un blanco atrayente para la búsqueda de rentas de monopolio, por parte de intereses privados. Como consecuencia, el Estado pasa a ser permeado por intereses particulares. Prevalece la lógica privada y se desintegra la cohesión interna. Como consecuencia plantean reducir su tamaño y aislarlo, de ese modo, de las presiones del sector privado.

Por consiguiente, se podría postular que la Reforma del Estado<sup>14</sup> reconoce en forma implícita el imperativo de la redefinición o rescate del **interés público**<sup>15</sup>, para designar aquello que sería de interés general, común a todos o de toda la sociedad por medio de nuevos arreglos o diseños institucionales que integren tanto el mercado en búsqueda de la eficiencia, como de la comunidad en búsqueda de la equidad.

Las resignificaciones de lo público abrieron el espacio para un tercer sector privado no lucrativo y no gubernamental pero de incidencia pública. Este reúne grupos de iniciativas de las asociaciones de la comunidad que se auto-organizan de forma paralela al Estado. Este tercer

---

<sup>13</sup> El Concepto de *accountability* es de difícil traducción pero puede ser traducido como transparencia. Przeworski (1996) lo utiliza como **responsivos**, entendido como el gobierno que obra como lo haría la mayoría de una asamblea de hombres lo suficientemente informada.

<sup>14</sup> En este marco, surge el cuestionamiento de ¿Como asegurar que el Estado actúe en función de la sociedad?(Cunill, 1995) o ¿Cómo capacitar e Estado para hacer lo que debería hacer y, al mismo tiempo, evitar que el haga lo que no debería hacer? (Przeworski, 1996) son desafíos que encabezan la agenda progresista de la Reforma del Estado. IVO de CARVALHO, Antonio- Op Cit.

<sup>15</sup> Lo público quedó reducido a la mera calidad de aquello que es estatal, designando servicios, funcionarios, empresas, etc. sin cualquier connotación de efectividad en cuanto a la realización del interés general.

sector, representa los intereses de diferentes grupos en torno de ciertas demandas, lo cual sustentaría un enfoque de la Reforma del Estado que tendría implícito el desarrollo de una vinculación con estas nuevas organizaciones sociales y la participación popular (comunidad organizada).

### ***Reformas Sanitarias y Hospitales Públicos***

Entre las presiones por reformas de los sistemas de salud, los hospitales han comenzado a adquirir protagonismo solo recientemente. Por una lado, debido a su carácter de principales objetos del gasto sanitario. En este sentido, se ha planteado la idea que los hospitales, como organizaciones públicas deben reformarse para que tengan mayor eficiencia<sup>16</sup> y agilidad en la provisión de servicios básicos con calidad. Por otro lado, la literatura sobre reforma del Estado, ha manifestado su preocupación por la protección de las organizaciones públicas, en estas los hospitales, frente a las tentativas de su apropiación por los intereses privados (*rent seeking*).

El nuevo contexto global plantea desafíos al hospital público, para los cuales debe reformular su rol, emprendiendo profundas transformaciones. Como ocurre con otras instituciones del país y la región a mediados de los 90' configuran un período de post-crisis, en el cual la estabilidad económica lograda y la necesidad asumida de focalizar los esfuerzos públicos en los sectores sociales ubican al hospital en una situación privilegiada dentro del debate sobre la forma de encontrar soluciones al desarrollo con equidad. En esta encrucijada el hospital público es caracterizado como portador de un déficit de racionalidad, no necesariamente por haberse deteriorado su organización y funcionamiento -probablemente los hospitales actuales son más productivos y eficaces que hace unos años- sino porque se espera más de ellos.

Reformar el hospital público significa apuntar a combatir la crisis del sistema de salud por medio de esfuerzos destinados a reducir el déficit de racionalidad de los establecimientos asistenciales. Las estrategias para ello pueden ser diversas. Por un lado, buscando una mayor adaptación a las demandas crecientes de un entorno cambiante y en virtud de ser los hospitales uno de los principales objetos de gasto dentro de los presupuestos sanitarios. Como los recursos son limitados, es crucial la redefinición del modelo de gestión de manera de redefinir su misión y

---

<sup>16</sup> La discusión sobre la ineficiencia de los hospitales ha despertado críticas de sus actores, planteando que se estaría legitimando un argumento orientado a la privatización de los servicios. Frente a esto los funcionarios y profesionales del hospital esgrimen en su defensa que producen servicios de salud con eficiencia y calidad. No obstante el escenario actual de limitación en los recursos frente a la demanda de atención que se desarrolla rápidamente ponen trabas para el suministro permanente y continuo de atención, para el acceso gratuito y equitativo y para la participación en la capacitación de mano de obra de salud.

establecer las metas estratégicas o prioridades para alcanzar las mismas. Esto plantea que el hospital se reconvierta o redefina hacia donde quiere ir, aprovechando sus ventajas comparativas e integrándose con el resto de la red de servicios de salud<sup>17</sup>. Por el otro, incorporando la racionalidad empresarial en su gestión. Autores como DIAZ LEGASPE, A.<sup>18</sup> proponen tres opciones reales y posibles para los hospitales: a) privatización de la gestión b) deterioro progresivo c) una gestión pública eficiente. El camino tomado por este último autor iría en dirección de empezar a pensar el Hospital como una empresa que debe cumplir tres objetivos fundamentales: I) satisfacer alguna necesidad de la sociedad; II) responder a las necesidades de sus integrantes; y III) garantizar su perdurabilidad en el tiempo más allá de las personas que lo integren en el presente.

Una modificación favorable del perfil sanitario de una determinada localidad, provincia, país o región implica necesariamente el ecuacionamiento del subsistema hospitalario público. La redefinición del papel del hospital en la asistencia a la salud, y sus relaciones de cuidados básicos cuando al mismo tiempo son introducidos conceptos y técnicas de organización interna y de gestión, permitiría una significativa reducción del déficit de racionalidad del sistema<sup>19</sup>.

La incorporación de los hospitales en las agendas de políticas, aparece en su primer momento como un imperativo de tipo fiscal, repasando los hospitales a la órbita de la provincia y del municipio. Posteriormente, se la comienza a entender como una política de descentralización que apunta a mejorar la salud pública a partir de franquear las condiciones necesarias para una inserción armónica del hospital en el sistema de salud, permitiendo que se produzcan cuidados de calidad, que sean económicamente aceptables por la sociedad y accesibles a la mayor parte de la población.

### ***Condicionantes de las Políticas de Reforma Hospitalaria***

La preocupación por el hospital público esta lejos de ser nueva en América latina y menos

---

17 Un estudio de la Organización Mundial de la Salud realizado por JOLLI, D. & GERBAUD, Y , selecciona una serie de problemas, interrogantes y respuestas comunes que se enfrentarán los hospitales en el futuro. JOLLI; D. & GERBAUD, Y. Hospital Tomorrow. OMS.

18 DIAZ LEGASPE, Alberto. Ver DIAZ LEGASPE, Alberto. 1998. *Hacia un Nuevo modelo de Atención y Gestión de los Hospitales*. En **Encuentro internacional del Seguro Público de Salud**. Fundación ISALUD y Provincia de Río Negro. Pags: 123-146. Buenos Aires.

19 GRABOIS & SANDOVAL, 1994. "**Política Hospitalaria y Gestión de los Hospitales en el Brasil: Un problema de Salud Pública**". En *Gestión Hospitalaria; Un desafío para el Hospital Brasileiro*. Sobre dirección de Rosa María CASTELAR, Patrick MORDELET y Victor GRABOIS. Editions ENSP Cooperacao Brasil-Franca. Río de Janeiro.pp 69-82

aún en la Argentina, si bien se puede observar un punto de inflexión en el lugar que el mismo venía ocupando en las políticas de salud. El hospital público sufrió un proceso de deterioro estructural y funcional. Paganini<sup>20</sup> adjudica parte de ese olvido y desvalorización a la creencia de que ya no podía esperarse más de esa institución. El hospital se convierte en testigo de la crisis económica y del déficit fiscal. La incorporación de aranceles marca un primer punto de inflexión en su misión institucional restringiendo su carácter de solidario y equitativo.

Entre las disfunciones del Hospital Público consideradas en la Argentina se destaca la transferencia real de recursos del sector público al privado, subsidiando a este último, principalmente a las Obras Sociales. Esto fue generando la percepción generalizada de que el Hospital público se encontraba debilitado, configurando un contexto de amenazas debido a:

- I. La tendencia mundial al aumento de los costos de producción de los servicios de salud (expresada en la Ley Baumol)
- II. Que existe una expansión de la demanda atribuida a que la esperanza de vida al nacer aumenta. La estructura demográfica evoluciona de modo que avanzamos hacia una población envejecida con alta prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas. En la medida que el sistema de salud da cuenta de esta expansión de la demanda esta tiende a retroalimentarse. Por consiguiente los servicios se convierten en víctimas de su propia eficacia.
- III. Paralelamente, se verifica una expansión coyuntural de la demanda ocasionada por la retracción de la cobertura de las obras sociales, consecuencia del desempleo y reducción de costos laborales, por las obras sociales deficitarias que no pueden dar respuesta a sus afiliados (crecimiento de la población sin cobertura por el desempleo y flexibilización del mercado de trabajo).

En este marco, surgen las iniciativas de reforma del Hospital Público. Estas últimas buscan adoptar un nuevo modelo de gestión, que permita una mayor eficiencia técnica y asignativa. Las iniciativas de reformar el hospital se sitúan en aquello que denominamos **Meso Gestión sanitaria** o gestión de Centros, que se sitúa entre la intervención pública<sup>21</sup> y la decisión clínica<sup>22</sup>, donde

---

<sup>20</sup> Ver PAGANINI, José María. (1993). El Hospital Público. En **El Futuro de los Hospitales Públicos en Latinoamérica**. Santiago de Chile. Agosto. OPS-OMS. Mimeo.

<sup>21</sup> La **Macro Gestión Sanitaria** implica: 1) Intervención del Estado para corregir fallas del mercado en salud y mejorar el bienestar social a través de la Regulación de estilos de vida, medio ambiente,

operan diversas organizaciones (laboratorios, hospitales, mayoristas, aseguradoras, centros de salud) en las que la conveniencia de coordinar y motivar a las personas para conseguir los objetos de la organización, se plantean con toda claridad.

### ***Tendencias en Políticas Hospitalarias:***

A partir de las experiencias conocidas podemos identificar dos tendencias:

1. La primera de ellas involucra cambios en el hospital como consecuencia derivada de la redefinición de la **red básica de servicios de salud**. La redefinición del papel de la red básica involucra una modificación del papel del hospital alterando su carácter de “puerta de entrada al sistema de salud”. Significa definir al hospital como un espacio reservado a los pacientes en condiciones clínicas más severas y en las cuales hay necesidad de cuidados continuos. El mismo implica la concentración de los recursos humanos y tecnológicos más especializados. La definición del perfil asistencial consistirá, en primer lugar en obtener una coherencia interna desde el punto de vista de la complejidad de los recursos tecnológicos, sean de diagnóstico o terapéuticos, y la valorización de las competencias allí existentes. De esta manera se apunta a la constitución de “Hospitales de referencia”, facilitando el flujo de acceso de los usuarios y disminuyendo los costos operacionales. Una adecuada jerarquización de la red propendería a una deshospitización gradual. Desde el punto de vista de la descentralización esta estrategia podría caracterizarse como centralizadora en la medida que tiende a limitar la autonomía de los establecimientos. No obstante apunta a una estrategia descentralizadora del sistema de salud en su conjunto basado en la **devolución** de competencias a instancias municipales en donde la autoridad sanitaria local tendría más amplia capacidad de comando.
2. La segunda sigue el camino inverso, apunta a obtener efectos sobre el sistema a largo plazo a partir de dotar de una mayor autonomía administrativa a los hospitales. Esta política apunta a optimizar el modelo de gestión de los hospitales mejorando la eficiencia y la calidad de la atención utilizando como medio a la autonomía de gestión.

Esta segunda tendencia de políticas hospitalarias, apunta a la descentralización como

---

tecnología, recursos humanos y servicios sanitarios; 2) Financiación de la salud y el establecimiento de políticas de priorización en la asignación de recursos; y 3) la organización y gestión de los servicios de salud de titularidad pública.

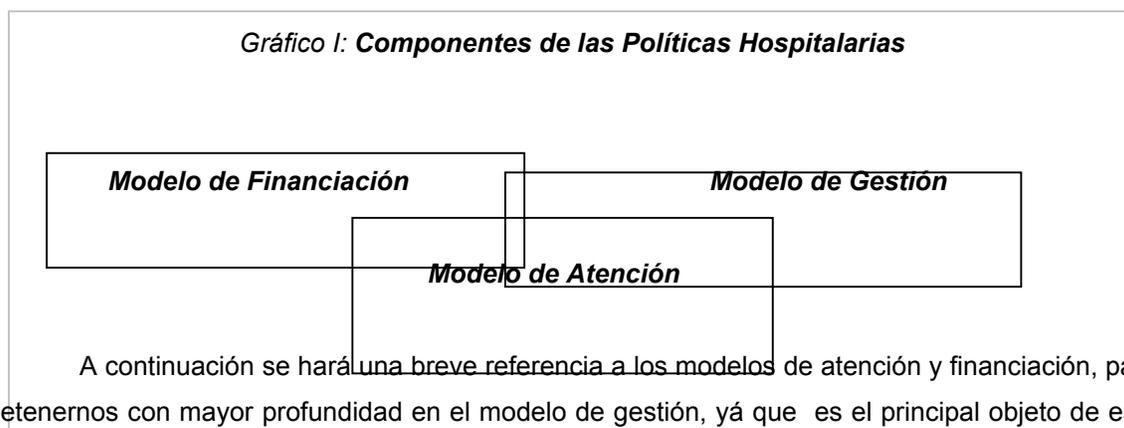
<sup>22</sup> El médico asigna el 70% de los recursos en el sector sanitario en millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas tomadas cotidianamente en condiciones de incertidumbre y para ello gestiona: coordina y motiva a otras personas del propio servicio o de servicios centrales y de apoyo, esto constituye la **Microgestión Sanitaria** o Gestión Clínica.

medio para conferir al hospital y a sus dirigentes, un margen mayor de libertad de su modelo de gestión, y esta direccionada a mejorar su eficacia y sus resultados. Esta tendencia en cuanto a las estrategias descentralizadoras podría ser entendida como delegación.

A pesar de una ser centralizadora y la otra descentralizadora, ambas acciones no son esencialmente contradictorias, pudiendo incluso a llegar a ser formuladas de forma simultánea

### ***Componentes de las Políticas de Reforma Hospitalaria***

Reformar el funcionamiento hospitalario implica alterar definiciones que se pueden situar en diferentes niveles o modelos. El término de **modelo** se refiere a toda representación sistemática de los rasgos que posee la situación que se examina y permite estudiar un sistema, estableciendo sus componentes y las variables<sup>23</sup> que lo influyen. Cada modelo involucra un conjunto de definiciones particulares y cuestiones específicas. Sin embargo también existen problemas comunes, como se puede observar a partir del gráfico I, que esquematiza los componentes de la Política de Reforma Hospitalaria.



### **Modelo de Atención**

Entendemos por modelo de atención o modelo asistencial (Grabois & Sandoval; 1995:71),

---

<sup>23</sup> Es necesario destacar que entre estas variables una de las principales es la **gente**, debido a que el modelo es, en realidad, algo vivo, integrado por gente. Y por lo tanto no es, apenas, una mera representación. El rasgo importante consiste en que un modelo es una ayuda para describir suscitadamente y comprender como los factores de una situación se influyen mutuamente. Se trata

el modo concreto de producción de la atención médico -sanitaria. Este modelo de atención se impone en función del papel de cada nivel de atención, de la forma como estos se articulan, del peso desempeñado por los cuidados hospitalarios y de la forma como se articulan los prestadores públicos y privados entre sí, entre otros aspectos. Es un esquema de división del trabajo médico sanitario.

Este modelo se ha basado principalmente en el modelo flexneriano para responder a la complejidad de causas y determinantes del estado de salud. El modelo clásico circunscribe el espacio de atención a la salud a su naturaleza biológica u orgánica. Bajo esta mirada la enfermedad sería la resultante de un desequilibrio entre estructuras y funciones orgánicas y las estrategias para enfrentar la enfermedad se centran en el individuo, al que se lo analiza como una parcialidad incentivando la hiper especialización de la medicina.

Este modelo apunta hacia :

- Fortalecimiento de la tecnificación del acto médico
- Da prioridad a la inversión en tecnologías
- Prevalencia de lo curativo.
- Fragmentación del saber.
- Hospitalocéntrico.

La tendencia identificada de incorporar cambios en el hospital como consecuencia de la redefinición de la red básica de servicios de salud, sería una reforma que apunta a incorporar cambios, centrados los mismos en el **modelo de atención**.

El modelo de atención de los hospitales ha incorporado innovaciones estructurando el proceso de atención médico sanitaria a partir de las necesidades de atención del paciente, de tal forma que el enfermo reciba los servicios en el grado que los requiera, en el momento más oportuno y en el sitio o área del hospital más apropiada a su estado clínico, independientemente de la especialidad por la que recurre. A esta modalidad se la denomina Sistema de Cuidados Progresivos.

Las acciones tendientes a la redefinición de los sistemas de referencia y contra-referencia, así como la redefinición de las áreas programáticas, serían también reformas que se posicionan en este modelo.

---

de una abstracción de la realidad y no de la realidad misma.

## Modelos de Financiamiento

El modelo de financiamiento se refiere a las modalidades de asignación de recursos en el sistema. Se puede subsidiar a la **oferta**, como tradicionalmente se ha hecho en la Argentina, por medio del presupuesto global. La ventaja del **financiamiento de la oferta** radica en que facilita la planificación vertical y otorga a las autoridades sanitarias centrales un máximo control sobre la oferta de recursos, la asignación de los mismos se relaciona con las prioridades sanitarias. Sus desventajas está vinculada con las limitaciones de la centralización administrativa. El modelo más extremo de presupuestación centralizada es la denominada *presupuestación en bolsa*, donde no se discriminan los recursos por establecimiento sino simplemente por partida o rúbrica.

La otra posibilidad en cuanto a Modelos de Financiamiento es el *subsidio de la demanda*. Desde mediados de los ochenta se han venido incorporando en el sector medidas que tienden a un modelo híbrido que combina, por un lado, la responsabilidad social y las ventajas que para la salud pública aporta el modelo de planificación vertical formulado por la teoría tradicional, con incentivos más propios del mercado para mejorar la eficiencia<sup>24</sup> (Saltman, 1992. p. 34). La propuesta consiste en fortalecer la función del Estado como comprador antes que reformar el financiamiento global de los sistemas. Los avances en los sistemas de pago a proveedores han sido impulsados y, a la vez, han permitido, este desarrollo, facilitando el reemplazo del financiamiento de la oferta por el financiamiento de la demanda. El supuesto es que se puede simular una competición dentro del sector público eliminando la financiación a través de presupuestos históricos e incrementalistas y reemplazándola por mecanismos de distribución vinculados a las actividades (producción). A nivel teórico se otorgaron diferentes nombres a esta tendencia, entre ellos “*Mercado Interno*”<sup>25</sup>, “*Cuasi Mercados*”<sup>26</sup>, formas de “*Mercados Planificados*” y “*Competencia Pública*”<sup>27</sup>, “*Competencia Gestionada*”, o “*Mercados Competitivos*” que reemplacen a la “*Planificación del Estado*”<sup>28</sup>. Dentro de las políticas de reforma se pueden encontrar elementos de este tipo en Suecia, donde se ha convertido a los hospitales en “empresas públicas”, e Inglaterra con la implementación de las “corporaciones autogestionadas” (*self governing trust*). En ambos casos, se trata de aumentar la autonomía operativa manteniéndose el financiamiento y

---

<sup>24</sup> SALTMAN, Richard (1992). “La Responsabilidad individual y colectiva en la atención sanitaria desde una perspectiva Política”. En SAKELLARIDES, C. & ARTUNDO, C. Op Cit. paginas 31-42

<sup>25</sup> ENTHOVEN, A. (1985). Reflection on the Management of the National Health Service. London. Noffield Provincial Hospital Trust.

<sup>26</sup> LE GRAND, Julian. (1990) “Cuasi- Markets and Social Policy”. SAUS Studies un Decentralization and Cuasi- Markets N° 1. University of Bristol.

<sup>27</sup> SALTMAN, R. & VON OTTER, C. (1992). “Planned Markets and Public Competition: Strategic reform in Northern European Health Systems. London. Open University Press. 1992

<sup>28</sup> JAVOR, A. (1992) “The New National Health Fund and The Health Care Reform in Hungary. Paper presented to the WHO Meeting on New Approaches to managing. Health Services, Nuffield Institute, University of Leeds. 1990/. Apud. SALTMAN, 1992. Op.Cit.

responsabilidad públicas. Propuestas similares están siendo consideradas en Finlandia, Dinamarca y España. Saltman<sup>29</sup> (1992. p.34) señala también que, aunque en un entorno completamente diferente, esta tendencia de reforma impera en los países del este europeo. Los últimos pasos de la reforma en Italia apuntaron a la reconversión de los hospitales públicos en redes prestadoras que conforman empresas proveedoras de servicios hospitalarios (USL), las cuales son remuneradas a través de un sistema de pago por diagnóstico. En este país la mayor parte de la oferta continúa siendo pública, aunque adquiere la forma de una empresa privada y compite por los recursos del Estado.

La separación de las funciones de financiación y prestación por parte del Estado, permitió la emergencia de una modalidad de incentivos basados en una relación contractual. Un **contrato de gestión** que apunta a generar un compromiso, a partir de la identificación de responsabilidades de las distintas partes que conforman una misma organización. Se podría señalar que en algunos casos se plantea que llevan implícitos la ficción jurídica de la penalidad<sup>30</sup>. El modelo de contrato supone un subsidio a la demanda o pago por prestación realizada, lo que tendría implícita una personería jurídica<sup>31</sup> diferente en función de su capacidad contractual. El contrato de gestión permitirá continuar con la modalidad de presupuestos, pero incorporando la visión sobre los resultados (eficiencia y calidad) que por medio de los incentivos permite coordinar y monitorear las prestaciones de servicios de salud.

### **Modelo de Gestión**

Por **modelo de gestión** entendemos una forma sistemática y racional para la toma de decisiones propias de la organización. Establece un orden de prioridades y crea contextos decisorios particulares. Es decir, la secuencia, ordenada y racional en la cual las decisiones deben ser planteadas y resueltas.

---

<sup>29</sup> SALTMAN, Richard (1992). "La Responsabilidad individual y colectiva en la atención sanitaria desde una perspectiva Política". Op. Cit.

<sup>30</sup> Las penalidades que establece el mercado se resuelven a partir de dejar de comprar cuando los proveedores no cumplen con lo pactado. Dentro del sector público de salud este no cumplimiento no parece como muy fácil de solucionar o sancionar.

<sup>31</sup> Para diversos autores de la economía de la salud españoles esto supondría una huída al derecho privado, siendo este el marco más favorable para la autonomía hospitalaria. Ver: LOPEZ i. CASASNOVAS y, Guillem y RODRIGUEZ PALENZULELA, Diego coordinadores. (1997). *La Regulación de los Servicios Sanitarios en España*. Fundación de Estudios de Economía Aplicada. Asociación de Economía de la Salud y Editorial CIVITAS, Madrid. También Martín Martín, José. 1997. *Eficiencia, Instituciones y Organización Sanitaria. Una aproximación Económica*. En

Siempre hay un **modelo de gestión**. Toda organización posee un **modelo de gestión** que puede ser más o menos explícito, más o menos racional, sus prioridades pueden ser o no transparentes, pero siempre existe. Una modalidad del análisis organizacional consiste, justamente, en hacer explícito el **modelo de gestión** vigente.

A diferencia de las tecnologías “sólidas” o “físicas”, se trata de una tecnología social, cuyo principal insumo son las personas con sus conductas y actitudes.

Precisando el concepto de **modelo de gestión** podemos definirlo como:

- Una unidad mínima (irreductible) que contiene los elementos de la identidad de la organización<sup>32</sup>.
- Expresa un estilo de gerencia
- Expresa jerarquías
- Expresa razón e intuición, lo formal y lo informal

### **Componentes del Modelo de Gestión**

1. Uno de los principales componentes del modelo de gestión lo constituye la **modalidad de toma de decisiones** de la organización. Definir un modelo de gestión implica definir cuáles son las principales decisiones que se toman en una institución, como se las toma, quién y cuando las toma.
2. La **misión** es la contribución que la organización realiza a la sociedad. Aquello que justifica su existencia. No se pueden definir prioridades sin tener claridad y una percepción congruente de las personas (visión) con la misión.
3. Para alcanzar la misión es imprescindible encontrar un modelo de división del trabajo que defina unidades organizativas capaces de asumir **funciones**. La coordinación de estas **funciones**<sup>33</sup> constituyen el proceso de conversión que permite que se alcance la misión. La definición de las funciones en los hospitales, estuvo intimamente relacionada con el modelo de atención vigente, que planteaba cada función de la organización correspondiente con una

---

**Encuentro Nacional de Hospitales.** Buenos Aires.

<sup>32</sup> Se podría afirmar, que el **modelo de gestión** es a las organizaciones, lo que la personalidad es a los individuos.

<sup>33</sup> La **función** es un conjunto articulado de actividades, coherentes en sí mismo que facilita el desempeño (funcionamiento) de la organización.

función en el cuerpo humano.

4. Las **actividades**<sup>34</sup> son a las personas (actores y empleados del hospital) lo que las funciones a las unidades organizativas. El trabajo es organizado de formas tal que cada actor involucrado asuma un conjunto de tareas que pueden ser más o menos estandarizadas. Los hospitales como organizaciones complejas se caracterizan porque sus actividades son ejecutada y controladas por una burocracia profesional: especialistas con alto nivel de calificación, y que poseen cierta autonomía para el desarrollo del trabajo. La normalización o estandarización se logra por:
  - las descripciones de las tareas de cada puesto,
  - la especificación de los resultados a lograr,
  - la estandarización de los procesos,
  - la predeterminación de las habilidades de los agentes,
  - la regulación de los comportamientos.

Cuando las actividades dentro de la organización se tornan mas complejas se avanza hacia la padronización o estandarización. Cuando las tareas o actividades son especificadas o programadas se puede hablar de **proceso**. Un **proceso**<sup>35</sup> es una serie de tareas o actividades desarrolladas en una secuencia lógica y predeterminada que se vinculan entre si para transformar insumos en productos (en este caso servicios de salud) valiosos para el usuario-cliente.

5. En general, la organización puede tomar diversos caminos para alcanzar su misión. Definir **prioridades** consiste en seleccionar caminos en la búsqueda de la misión<sup>36</sup>. Toda organización se enfrenta al problema de cómo asignar los recursos disponibles para alcanzar su misión y cumplir con las funciones que esta requiere. Para que haya funcionamiento deben haber asignación de recursos y ésta siempre obedece a algún criterio sea este explícito y transparente o no.

---

<sup>34</sup> Las preguntas que permiten identificar las **actividades** del Hospital son: ¿Se pueden describir con relativa precisión las tareas que desempeña cada agente?; ¿cuan estables y rutinarias son estas actividades?; ¿qué tipos de mecanismos de supervisión o control se realizan sobre la tareas?; ¿qué tipos de mecanismos de supervisión o control se podrían realizar sobre la tareas?

<sup>35</sup> A su vez un proceso puede estar integrado por un conjunto de **subprocesos**, que se interrelacionan en forma lógica. Cada **subproceso** cumple un objetivo parcial (subobjetivo) del proceso y se constituye con un determinado número de **actividades**, que son las acciones necesarias para producir ciertos resultados.

<sup>36</sup> La pregunta clave para identificar las **prioridades** es:¿A qué se le da importancia en la

6. Toda actividad a escala requiere de algún modelo de división del trabajo. Esto implica definir funciones, distinguir actividades y asignarlas a los actores involucrados en la institución. Así surge la dualidad subordinación/supervisión. Esto es, una cadena de mando donde hay un jefe o superior y un subordinado y este a la vez es superior de otro. Cuando esta jerarquía responde exclusivamente a un modelo racional de división del trabajo se denomina **estructura organizativa**. Se trata de un orden jerárquico establecido en función del proceso de producción, donde cada posición en esa cadena de mando es denominada unidad organizativa. Son unidades organizativas todas las que desempeñan alguna función explícita. El organigrama es una representación gráfica de la estructura y en el se identifican todas las unidades organizativas. Sin embargo debe considerarse que en la mayoría de las organizaciones hay una brecha entre la cadena de mando real y la representada en el organigrama<sup>37</sup>. Es decir hay subordinados que no responden a sus superiores así como hay flujos de cooperación horizontales entre unidades organizativas que no dependen del mismo superior.
  
7. El sistema de **incentivos** es el encargado de sincronizar los objetivos de los individuos con los de la organización<sup>38</sup>. Tienen la finalidad de articular los diferentes componentes del modelo de gestión: la misión, la estructura y los procesos o actividades más o menos estandarizadas. Los incentivos son proporcionados por el entorno para motivar al sujeto a realizar un determinado conjunto de acciones. Una de las funciones más importantes del directivo a cargo de una organización es conseguir establecer el conjunto de incentivos que motiven de forma adecuada a sus colaboradores para que lleven a cabo sus tareas en armonía con la misión de la organización y las metas y objetivos por ella establecidos<sup>39</sup>.

Las motivaciones<sup>40</sup> para participar en una organización son múltiples, pero se puede listar

---

#### *organización ?*

<sup>37</sup> Las preguntas a través de las cuales se puede detectar la **estructura** son: ¿Cómo está dividido el trabajo en el Hospital?. ¿Cuántas secciones o sectores hay?. ¿Quién depende de quién? ¿Cómo está representada en el organigrama? ¿Cómo es la cadena de mando real?

<sup>38</sup> Las preguntas que facilitarán el examen de la **cultura institucional** y sus **incentivos** son: ¿Qué le importa a la gente que está dentro de mi organización?; ¿qué los motiva?; ¿a quién y por qué respetan?; ¿porqué se quedan o porqué se van de la organización?

<sup>39</sup> La visión mecanicista no es suficiente para dar cuenta de la dinámica de las organizaciones. A veces las estructuras, por más racionalmente diseñadas que estén no garantizan el cumplimiento de las funciones. Otras veces grupos invertebrados son más eficaces que organizaciones complejas y de amplios recursos. Luego del enfoque mecanicista se ensayaron interpretaciones culturales y conductistas de las organizaciones buscando decodificar las motivaciones de los actores.

<sup>40</sup> Por ejemplo, en algunos casos es imprescindible incentivar la productividad de los empleados,

un conjunto de modalidades:

- a) Aspectos vinculados a la retribución económica directa o indirecta
- b) Aspectos vinculados a la capacitación
- c) Aspectos vinculados al confort
- d) Aspectos vinculados al ambiente interno
- e) Aspectos vinculados al ambiente externo
- f) Aspectos vocacionales y valorativos en general

La clave del éxito del modelo de gestión<sup>41</sup> es adecuar la cadena de mando para obtener una mayor amplitud de control. En esta empresa se puede recurrir a mecanismos de control rígidos o flexibles. Nuevamente, la determinación de los instrumentos de control adecuados dependerá del contexto en el que se sitúa la organización.

8. Todas las organizaciones funcionan en un determinado **ambiente**<sup>42</sup> o contexto, o en el caso de las que persiguen un lucro económico, en un mercado. Como quiera que sea, cualquier organizaió asume el carácter restrictivo del ambiente. Tanto como fuente de incertidumbre, como lugara en donde acontecen eventos que pueden afectarla. La propia conversión es en si un intercambio ya que la organización recibe un conjunto de recursos o insumos y entrega un conjunto de productos o servicios. Pero además se intercambia información, insumos, recursos humanos, subproductos o derivados, etc. En algunos casos la organización beneficia a otra con su funcionamiento, en otros hay otras organizaciones que facilitan el funcionamiento de esta. Se trata de las externalidades del proceso de conversión o proceso productivo.
9. El **control de gestión** resulta una pieza clave para la redefinición del modelo de gestión, y se refiere a un conjunto de procedimientos o mecanismos orientados a verificar que las decisiones tomadas por cada responsable, área y/o fase de la producción resulten adecuados a determinados patrones de eficiencia y eficacia<sup>43</sup>. Se trata de considerar no sólo la eficiencia

---

en otros la calidad del producto. En determinadas organizaciones se trata de incentivar la resolutiveidad de los agentes. Esto es incrementar su responsabilidad. Para algunas personas funcionarán los incentivos salariales, para otras no.

<sup>41</sup> Es así como podemos enunciar una nueva definición de **modelo de gestión**, se trata de una forma de conciliar los objetivos individuales con los de la organización.

<sup>42</sup> Las preguntas que permiten analizar la relación al **ambiente** o **contexto** de la organización son: ¿cómo se relaciona el hospital con el medio?; ¿qué externalidades nos afectan?; ¿qué externalidades producimos?

<sup>43</sup> La pregunta central para el **control de gestión** es ¿se cumplió con los objetivos esperados?. El concepto de control de gestión se utiliza generalmente más vinculados **al modelo de financiamiento** para observar los desvíos presupuestarios (diferencia entre el gasto programado y el ejecutado), que al utilizado en el presente marco teórico que se refiere a un control sobre la toma de decisiones de la organización.

asignativa<sup>44</sup> propia de las auditorías, sino el monitoreo permanente de las acciones como estrategia interna a la gestión o que involucran un compromiso para la mejora continua.

### **Organizaciones Profesionales y Modelo de Gestión**

La primera aproximación al modelo de gestión, la hace Henry Mintzberg<sup>45</sup> con su clasificación que distingue cinco tipos de organización:

- I. Estructura Simple
- II. Forma Divisionalizada
- III. Burocracia Mecánica.
- IV. Burocracia Profesional
- V. Adhocracia.

El mismo autor señala que el tipo de organizaciones profesionales o burocracias profesionales es el que más se adapta a los hospitales.

Mintzberg distingue para el abordaje de las organizaciones diferentes elementos:

- **Centro o Nucleo Operacional** (*operating core*): sería donde los operadores realizan el trabajo que motiva la razón de ser de la organización;
- El **Centro Decisorio** (*strategic apex*) , que es el encargado de que la organización cumpla su misión de manera eficaz y, también, de satisfacer las exigencias de aquellos que controlan o ejercen el poder sobre la organización.
- **Los gerentes intermediarios**: son los encargados de supervisar en forma directa al núcleo operativo (Jefes de Servicio: *middle line*)
- **Los especialistas o analistas** (*tecnestructura*) que planean el trabajo de los operadores.
- **Los responsables por las funciones logísticas de apoyo** (*support staff*)

---

<sup>44</sup> El **control presupuestario** tiende a concentrarse en la medición de la eficiencia asignativa o, menos aún, en la medición de la programación presupuestaria. Por lo general, cuando se hace referencia a indicadores de control presupuestario se mencionan los desvíos o sea la medida de la distancia entre el gasto previsto y el ejecutado. Este indicador hace referencia a la capacidad de programación de una organización o sus gestores, pero no habla de su eficacia (alcance de los objetivos), de su eficiencia técnica (calidad de las acciones o servicios), ni mucho menos del impacto de la institución sobre la calidad de vida de las personas (efectividad).

<sup>45</sup> Ver MINTZBERG, Henry (1985) "*El poder en las Organizaciones*". El Ateneo. Buenos Aires. y MINTZBERG, Henry (1995). "Criando Organizações Eficaces: Estruturas em Cinco Configuracoes". Editorial ATLAS S.A. Sao Paulo.

El modelo de gestión definido por la burocracia profesional cambia los principios del control centralizado permitiendo mayor autonomía al equipo, siendo conveniente para tratar con condiciones relativamente estables donde las tareas son relativamente complicadas. Es un modelo de gestión donde el personal posee conocimientos y habilidades específicas con gran autonomía y discreción para desarrollar sus actividades. La estructura de la burocracia profesional tiende a ser bastante llana, las altas jerarquías se reemplazan por un sistema de autoridad descentralizada, la normalización y la integración se consiguen a través de la formación profesional y la aceptación de normas de operación en lugar de una forma directa de control.

El modelo de gestión de las Organizaciones profesionales se caracteriza por la dependencia del **Centro Operacional** compuesto principalmente por los médicos y profesionales de la salud. Esta es la parte que caracterizaría o definiría en buena medida al núcleo de la organización permitiéndole su sobrevivencia institucional. Existe una delegación a los profesionales de la responsabilidad por la definición e implementación de objetivos y construcción de padrones de desempeño. En organizaciones de este tipo el control sobre la naturaleza y la calidad de la práctica profesional es ejercido por el staff profesional y no por el administrativo. Se caracteriza por el abordaje micro, o sea, los profesionales son guiados por las necesidades individuales de los pacientes siendo esta la base para el alcance de los resultados deseados.

El trabajo del Centro Operacional es complejo y directamente controlado por los operadores que lo ejecutan, los especialistas con alto nivel de calificación, que requieren de autonomía para el desarrollo del trabajo.

En este modelo de gestión los mecanismo de coordinación que se utilizan son los denominados de padronización de calificaciones, que implica la estandarización de habilidades y conocimientos, obtenida, de modo primario, a través del entrenamiento formal. La formación inicial ocurre en las universidades o instituciones especiales y es constituida por un largo período, por medio del entrenamiento en servicio, durante el cual el conocimiento formal es aplicado y se inicia la práctica de las habilidades. El entrenamiento de estos profesionales está dirigido a la internalización de un conjunto de procesos tendientes a producir productos o servicios padronizados. La mayoría de las normas o padrones son originadas fuera de la estructura organizacional. En cuanto a las características inherentes a la cultura de la organización, los profesionales tienden a identificarse más con su profesión que con la organización donde trabajan.

El proceso de trabajo en sí, es muy complejo y especializado y los resultados del trabajo profesional no pueden ser mensurados fácilmente. La complejidad y la variabilidad del trabajo

llevan a la discriminación en cuanto a las decisiones relativas al tipo y modo de producir los servicios.

En el modelo de gestión de las organizaciones burocrático profesionales, el poder es descentralizado internamente y cada jefe de departamento, sala- sector y/o servicio actúa como autoridad indiscutida. Sin embargo, al existir dos tipos de tareas diferenciadas, algunas organizaciones avanzadas configuran la yuxtaposición de dos organizaciones, una burocrática mecánica y una burocrática profesional. de esta forma, se superponen una estructura vertical y otra horizontal.

El modelo de gestión de las organizaciones profesionales se caracteriza en cuanto a su configuración organizacional en una estructura en forma de peine. A. Chorny (1996) sostiene que debido a las características del modelo de gestión de los hospitales, por ser estas organizaciones profesionales, sumado a la características de las organizaciones públicas<sup>46</sup>, configuran en sus estructuras una barrera que no se puede traspasar, tornándose rígidas, impidiendo que la organización se torne flexible y adapte a los cambios.

En el centro decisorio de la organización se encuentran aquellos que tiene mayores responsabilidades en cuanto la administración o gerenciamiento<sup>47</sup> de la organización. Esta función del centro decisorio incluye, en algunos casos, un consejo asesor. La función de este centro decisorio es apuntar a que la organización cumpla de manera eficaz su misión.

Los administradores o gestores que componen en centro decisorio tiene varias responsabilidades:

- Supervisión: hacer que la organización funcione de un modo integrado.
- Relaciones con el medio externo.
- Desarrollo de una estrategia para la organización.
- A partir de la interpretación del ambiente.y del desarrollo de flujos de decisiones coherentes hace a las presiones y oportunidades externas.

Estos gestores de alto nivel deben procurar un modelo de gestión eficaz para que la

---

<sup>46</sup> La existencia de una **estructura organizativa** en el sector público otorga cierta seguridad a quien va a desempeñar una función, que de ese modo puede considerar que sabe lo que tiene que hacer. En el sector público se genera una representación que las personas sienten que saben y tienen una atribución.

<sup>47</sup> Braga Neto (1991) y Silva Azevedo (1993) citan a Motta (1991) quien afirma que desde el punto de vista conceptual, los términos de Gerencia y Administración, no se diferencian y que en rigor

organización cumpla su misión.

Preocupado por las características particulares de los servicios de salud, A. Chorny (1987) señala, que las “organizaciones de salud son alguna cosa totalmente diferente a las demás organizaciones, por su complejidad, por el tipo de objeto con el cual trabajan, por su historia, por la especificidad de los conocimientos, etc. Esto ha servido como pretexto y como barrera , para evitar la incorporación, al campo de la salud, de conocimientos originados o desarrollados en otras áreas y, en algunos casos, ya verificados y dejado de lado en áreas conexas.

El mencionado autor, señala que las organizaciones de salud se basan principalmente en seres humanos, no solo como fuerza de trabajo, sino también como inteligencia. Es un trabajo que se caracteriza porque existen dominios de conocimientos en el conjunto de la organización, que no forzosamente son compartidos por la gerencia, por la conducción mayor. La alta gerencia tiene una gran dependencia de las relaciones al interior de la propia organización de salud. Esta característica es lo que permite la creación de espacios cerrados, de baja gobernabilidad para la gerencia o a la conducción de más alto nivel. Por otro lado, el objeto procesado: el paciente, forma parte del proceso y condiciona, inclusive, los resultados.

Las organizaciones de salud se basan en relaciones interpersonales, tanto a nivel de equipos como de los usuarios. Aparentemente se caracterizan por estructuras rígidas, muy delimitadas, con campos impenetrables.

Las características implícitas del modelo de gestión de estas organizaciones plantea desafíos para su gerencia o administración. El perfil de la gerencia sugerido, plantea la necesidad de conducción, de liderazgo, de asumir responsabilidades frente a la necesidad de ambientes inciertos.

En el Cuadro N° I se resumen los componentes de una política hospitalaria, señalando el modelo en el que actúa.

**Cuadro N° I : Componentes de una Política de Reforma Hospitalaria**

| <b>Modelo en el que actúa</b> | <b>Componente</b>  |
|-------------------------------|--|
| <b>Atención</b>               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Alteración del Sistema de Referencia y Contra-referencia</li><li>• Redefinición del área programática.</li><li>• Sistema de Cuidados Progresivos</li></ul> |
|                               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Subsidio a la Oferta</li><li>• Subsidio a la Demanda</li></ul>   |

vernáculo son sinónimos.

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>Financiamiento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrato de Gestión</li> </ul>   |
| <b>Gestión</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Misión</li> <li>• Funciones</li> <li>• Actividades</li> <li>• Prioridades</li> <li>• Estructura</li> <li>• Cultura e Incentivos</li> <li>• Ambiente Externo</li> </ul> |

### **Descentralización: la política en cuestión**

La descentralización genera posibilidades de desarrollar nuevos modelos de gestión más eficaces y eficientes. Esto se debe a que la eficacia del proceso descentralizador depende de la incorporación de nuevos actores y de nuevas racionalidades en la toma de decisiones del hospital.

Descentralizar implica un efectivo desplazamiento del poder decisorio. El movimiento de la capacidad de ejecución y control desde el centro hacia la periferia de los sistemas. El concepto toma énfasis en los últimos tiempos atribuyéndole al mismo la capacidad de superar los déficits de racionalidad y legitimidad de los gobiernos, en especial al trasladar la responsabilidad de los servicios sociales.

D. Rondinelli y G. Cheema<sup>48</sup> (1983) elaboran una tipología que tiene la intención de establecer mejor las funciones o atribuciones otorgadas a las autoridades en cada caso, distinguiendo cuatro formas puras de descentralización:

- I. Desconcentración
- II. Devolución
- III. Delegación
- IV. Privatización

Cada una de estas estrategias resultará apropiada en contextos determinados y su

---

<sup>48</sup> Esta tipología fué desarrollada inicialmente por Cheema, Shabir y Rondinelli (1983), utilizada para analizar los servicios de salud por Mills (1990), en el contexto latinoamericano por Oszlack, Boneo y Llovet (1987), y mas recientemente en el caso de la República Argentina por Tobar (1995). Este último analiza los diferentes modelos de descentralización partiendo que el supuesto de que su eficacia está fuertemente condicionada por factores económico-financieros. Ver TOBAR, F. (1995) "Condicionantes Financieros de la Descentralización en el Sector Salud". **En IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Equidad, Eficiencia y Calidad: El desafío de los modelos de salud.** Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires.

eficacia estará en relación a determinados factores.

Para resumir las características de estas cuatro formas puras de descentralización se ha construido el Cuadro N° 2.

**Cuadro II: Cuatro Formas Puras de Descentralización**

| <b>Desconcentración:</b>  | <b>Devolución:</b>   | <b>Delegación:</b>   | <b>Privatización :</b>   |
|---|--|--|--|
| Desplazamiento, desde los niveles centrales a los locales, de ciertas acciones de gestión. La desconcentración no implica necesariamente, la mutación del sistema, en consecuencia, generalmente no altera el modelo de financiamiento de los servicios. Esta estrategia suele corresponder a una iniciativa de la esfera central para aliviar su carga de trabajo. También puede concebirse como una forma de “acercar la administración a los administrados”. | Implica la definición de niveles subnacionales de gobierno con relativa autonomía. Así, esta forma pura, implica una reestructuración más radical de los servicios de salud, la cual implica la reformulación del modelo de financiamiento que permita mayor autonomía a los niveles locales, cuando estos posean bases tributables reducidas, garantizando, al mismo tiempo, volúmenes de producción capaces de minimizar los costos fijos. | Implica la transferencia de competencias y responsabilidades administrativas hacia organizaciones que se sitúan por afuera de la estructura del gobierno central y que sólo están controladas, en forma indirecta, por él. Los gobiernos pueden considerar que la delegación es la forma de evitar la ineficiencia de la gestión gubernamental directa, de aumentar el control del gasto y de establecer una organización activa y flexible. La responsabilidad máxima siendo del nivel central, pero su agente posee amplias atribuciones para llevar a cabo sus funciones y deberes específicos. La delegación permite mantener la flexibilidad en la gestión de servicios particulares. | Supone transferir funciones y recursos a organizaciones filantrópicas o privadas, manteniendo un relativo grado de control o regulación gubernamental. Esta modalidad de se ve impulsada en los países donde existe poca oferta o capacidad instalada para la prestación de los servicios transfiriéndole al sector privado la responsabilidad sobre las prestaciones. También puede suceder cuando existe una necesidad de ampliar la cobertura sin disponibilidad de recursos para costearla. Esta modalidad impone desafíos en relación a la capacidad de Regulación e intervención del Estado. |

La Delegación es la modalidad que asume la descentralización que apunta a dotar de mayor autonomía al Hospital, por medio de la **autogestión**. Esta forma ha comprobado su eficacia como alternativa más adecuada cuando la intención es mejorar la eficiencia en la administración de los servicios públicos. No obstante es necesario mencionar que en el sentido jurídico estricto, delegar no es descentralizar. Al descentralizar una facultad determinada es transferida a otra instancia administrativa, que por este acto retiene o recupera dicha atribución. En contraposición, en la delegación, quien delega una facultad no la pierde y puede recuperar esa facultad transferida.

La clasificación es rigurosa y por más que en la práctica las estrategias descentralizadoras

se den en forma combinada, esta tipología<sup>49</sup> permite identificar tanto los casos en que se dan los distintos tipos de procesos, como las relaciones entre ellos.

### **Autogestión**

En el ámbito público la descentralización puede entenderse como un contexto pleno de oportunidades para la redefinición del modelo de gestión. La descentralización hospitalaria implica conferir al hospital y a sus dirigentes, un margen de libertad dentro de la organización y gestión del establecimiento, apuntando a mejorar su eficacia y sus resultados, incorporando para ello la participación de nuevos actores y nuevos recursos para la toma de decisiones.

La contrapartida de esta libertad en la conducción del Hospital, es la responsabilidad del director frente a una autoridad política o administrativa superior sin autonomía para la toma de decisiones.

La autogestión proviene del concepto de autonomía de gestión que se viene aplicando en las empresas insistiendo en la autonomía y la responsabilidad de los cuadros dirigentes. Adquiere entonces relevancia el concepto de **autonomía de gestión**.

La eficacia de la autogestión está fuertemente condicionada por la capacidad de incorporar nuevos actores al proceso decisorio<sup>50</sup>, así se le reconoce fuerza al poder de la **participación** y al **control social**

### **Autogestión y Participación**

Hemos conceptualizado a los hospitales como organizaciones burocrático profesionales, caracterizadas por la gran autonomía que posee su centro operativo: los médicos. La característica del trabajo médico y la autonomía de los mismos, hacen que muchas veces

---

<sup>49</sup> Se considera las cuatro estrategias formuladas e identificadas por Rondinelli, en el sentido de tipos ideales, con los cuales se puede comparar las experiencias concretas, ya que la realidad admite múltiples combinaciones y distorsiones de los elementos propios de cada tipo.

<sup>50</sup> BRAGA (1991) después de hacer una revisión de la literatura relativa a los modelos de gestión hospitalaria, plantea que la descentralización solo permite una verdadera transformación en términos de eficiencia y calidad cuando involucra a los médicos en el proceso decisorio. De lo contrario, no se produce una auténtica reforma puesto que se continúa manteniendo la doble estructura de poder que caracteriza a las organizaciones hospitalarias modernas: una burocracia mecanizada y una profesional. BRAGA, F, 1991. *Examinando Alternativas para a Administracao dos Hospitais: Os Modelos de Gestao Descentralizados e por Linha de Producao*. Tesis de

privilegien los intereses profesionales sobre los del usuario-paciente. El médico busca satisfacer sus objetivos: éticos (la salud del paciente); egoístas (renta, ocio, prestigio profesional, etc.), pudiendo inducir la demanda del paciente<sup>51</sup>. En función de las consideraciones de estas organizaciones, se espera un comportamiento oportunista - **free riders** del centro operativo.

A partir del reconocimiento de grupos de interés profesional o de posibilidades de comportamientos **free riders** (oportunistas), se postula al control social<sup>52</sup> como un proceso o mecanismos de influencia de la sociedad sobre las agencias del Estado (en este caso los hospitales). En este esquema de pensamiento<sup>53</sup>, la sociedad pasa a ser identificada con el interés general, mientras que el Estado es considerado como comprometido con los intereses individuales.

El **control social**, o la **participación**, se presenta como un mecanismo para que la autogestión incorpore al centro operativo en el proceso decisorio, pero que al mismo tiempo, incorpore al usuario paciente apuntando al logro de objetivos socialmente deseables evitando los comportamientos oportunistas.

---

Maestría . ENSP. Río de Janeiro.

<sup>51</sup> Los mercados del sector salud se han caracterizado por fallos, dentro de los cuales el más importante es el de la asimetría de las informaciones entre el consumidor y el proveedor de los servicios sanitarios (el médico). El paciente acude a los servicios de salud con una demanda que no es específica, se siente mal, enfermo, pero no puede definir que servicios requiere. Es el médico quien caracteriza la demanda y la cantidad de los recursos y el tipo de los mismos. Esta asimetría de información genera una **relación de agencia**, por la cual el consumidor delega al **agente** (el médico) la toma de decisiones. En virtud de que el médico tiene intereses propios y la soberanía del usuario-paciente funciona de manera imperfecta, pueden producirse efectos que impidan a estos mercados comportarse de una manera eficiente. Por otro lado, si las decisiones médicas no afectan su remuneración y no existen responsabilidades financieras de sus actos, la teoría predice un resultado ineficiente, pues se espera un **comportamiento oportunista** del **agente**. Ver CABASES HITA, Juan Manuel y MARTIN MARTIN, José. 1997. *Diseño y Evaluación de Estrategias de Desregulación del Sector Sanitario Público en España*- FEDEA, Madrid. pag.: 488. José MARTIN MARTIN ilustra este comportamiento oportunista de los médicos (agentes) citando el sistema norteamericano, donde la retribución del clínico está frecuentemente vinculada directa o indirectamente a la actividad, la realización de actividad innecesaria es muy habitual, Entre la cuarta y quinta parte de los bebés estadounidenses ven la luz tras efectuarse una cesárea a su madre. Ver MARTIN MARTIN, José (1994) "Eficiencia, Instituciones y Organización Sanitaria. Una Aproximación Económica". **En Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Salud, Mercado y Estado**. pags.: 65-91. Asociación de Economía de la Salud. AES, Buenos Aires.

<sup>52</sup> IVO DE CARVALHO, Antonio. 1996. Señala que oriundo de la sociología y de la psicología, donde el control social significaba la influencia de lo colectivo sobre lo individual, se invierte su significado. IVO DE CARVALHO, Antonio. **Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania : A Reforma Sanitaria como Reforma do Estado**. Trabalho preparado para coletanea comemorativa dos 20 anos do CEBES- Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. A ser publicado pela Editora Fundacao Oswaldo Cruz. Novembro de 1996.

<sup>53</sup> Ver IVO DE CARVALHO, Antonio. **Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania : A Reforma Sanitaria como Reforma do Estado**. Op.Cit.

En este esquema, la participación de la comunidad permiten crear mecanismos de incentivos de base social para modelar las conductas de los médicos y el hospital como un todo, incluyendo una mirada de los ciudadanos sobre sus comportamientos. Tratando de establecer un Trade Off entre la autonomía profesional y los intereses de la comunidad.

Los beneficios de la descentralización, se podrían considerar en la medida que permiten una relación cara a cara entre los ciudadanos y la burocracia profesional. Esto permitiría a incorporar a la ciudadanía en la fase del proceso de formulación de las políticas públicas.

### **Conceptualización de la Participación**

Coloquialmente, se entiende a la participación como “tomar parte o intervenir”, “tener parte de una cosa”, lo que implica tomar un papel activo o se contribuye en alguna medida al logro de un objetivo. En tal sentido, podemos entenderla como la intervención más o menos directa en la realización de una cosa o en la consumación de un hecho.

Diversos autores han abordado el tema de la participación, Dachler y Wilpert<sup>54</sup>, señalan que este es un fenómeno variable que aparece afectado, con al menos por las siguientes dimensiones básicas:

- a) Las premisas de valor implícitas que guían a los distintos participantes y definen sus objetivos.
- b) Las características del diseño de los sistemas participativos.
- c) Las amenazas y oportunidades del entorno que dificultan o favorecen la aparición de procesos participativos.
- d) Los resultados de la participación a nivel individual, de la organización y de la colectividad.

Estas dimensiones marcan los límites de la participación pudiendo ir desde una implicación superficial hasta una intervención profunda en la toma de decisiones. Esto permite identificar el **modelo de la participación en la gestión**, pudiendo identificar los mismos componentes que en el **modelo de gestión**.

### **Participación en Salud**

La misma ha sido conceptualizada como *“los esfuerzos organizados para incrementar el control sobre los recursos y las instituciones reguladoras en situaciones sociales dadas, por parte*

---

<sup>54</sup> Citado por ARAGON SANCHEZ, Antonio.1998. **La Participación de los Empleados en las Empresas. Factores y Condicionantes para la Gestión y Resultados** . Consejo Económico y

de grupos y movimientos hasta entonces excluidos de tal control” (Virgolini, 1995 y Pearse, A. y Stiefel, M, 1980). Esto plantearía que las personas utilizan a la participación como medio para alcanzar o acceder a ciertos recursos y en este proceso facilitan el desarrollo de resultados o efectividad de la organización.

También la participación en los servicios de salud, puede constituirse en un fin en sí misma en la medida que es un derecho de la comunidad participar en la cosa pública (**res pública**) de manera de poder influenciar las decisiones sobre un principio de equidad.

La situación antes descrita, plantea que para satisfacer necesidades sociales<sup>55</sup> como la de salud de una comunidad, los actores sociales comienzan a participar, reconozcan un problema en común, produzcan ideas en conflicto sobre el hacer, consideren alternativas e intenten resolver el asunto a través de la creación de un consenso sobre líneas de acción.

Virgolini, M. después de realizar el mapeo del concepto y enfoques sobre participación social en los servicios de salud, entiende que la misma significa que personas o grupos asumen un cierto protagonismo en las decisiones -u omisiones- y en las acciones -o inacciones -, referidas a determinadas cuestiones. Dicho protagonismo implica una determinada capacidad para actuar, tratando de modificar o conservar cierto aspecto de la realidad, lo cual requiere tener cierto poder de intervención.

### **Formas Institucionales de la Participación en Salud**

Hevia (1975) propone cuatro formas institucionales de participación en salud :

- a) **Voluntariado de salud** : pueden cumplir el rol de articulador entre la comunidad y los servicios de salud.
  
- b) **Consejos locales de salud** : son organismos generalmente de carácter consultivo o asesor, que se ubican a nivel de la misma comunidad o de un grupo de salud u **hospital** local. Están integrados generalmente por miembros de la comunidad, por

---

Social (CES). Madrid, septiembre . pag 34

<sup>55</sup> PEREIRA, C. (1997: 81) revisando las principales concepciones de reforma del Estado señala que “...Ante una crisis fiscal sin precedentes , el Estado ha sido impotente para formular políticas públicas capaces de superar problemas estructurales como la inflación, el desempleo, la corrupción, etc.. Consecuentemente , es creciente el desequilibrio entre la ineficiente acción gubernamental y la ya saturada demanda colectiva por bienes y servicios públicos.” Pereira, Carlos.(1997) *Em Busca de um Novo Perfil Institucional do Estado: Uma Revisao Crítica da Literatura Recente* EM BID, Río de Janeiro Nº 44, 2º semestre de 1997., pp.81-102.

personal de salud, representantes comunitarios y autoridades de gobierno.

- c) **Consejos locales de desarrollo comunal** : constituidos por municipios o comunas , el sector salud coordina acciones junto con los sectores de educación vivienda, trabajo, agropecuarios , económicos, etc..
  
- d) **Brigadas de salud** : no siempre en ellas participa la comunidad local, ya que pueden estar integradas por trabajadores o estudiantes de instituciones oficiales o privadas que acuden a una comunidad para realizar campañas , por ejemplo de vacunación, saneamiento u otras.

La inclusión de mecanismos de participación en el Hospital se encuentra dentro del punto b) y significa tratar de encontrar alternativas para la solución a los problemas cada vez más complejos, esto implica apelar a nuevas formas de participación que permitan consolidar la autonomía de gestión y la relación entre Estado y la Sociedad Civil, entre las instituciones y la población, entre prestatarios y usuarios de servicios, entre principales y agentes, favoreciendo así la democracia. Recientemente Aquino<sup>56</sup>, M.C. (1995, p12) vinculado a esta forma institucional de la participación, identifica tres niveles en los cuales puede manifestarse la participación comunitaria:

- I. Transparencia o participación en la información de las decisiones administrativas, después de haber sido tomada la decisión.
- II. Participación consultiva en el proceso de decisión.
- III. Participación en la gestión de servicios y presencia en órganos descentralizados de la administración.

La instrumentación de estas formas de participación permiten la viabilización y consideración de las necesidades e intereses de la comunidad en el proceso decisorio.

---

<sup>56</sup> AQUINO, María Cristina. (1995) *Informe Final de Consultoría presentada al Programa de Desarrollo Institucional Ambiental*. AR0065/BID/Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente Humano . Buenos Aires, octubre

En el Cuadro N° III, se presenta una complementación del Cuadro N° I, presentando ejemplos de políticas hospitalarias observando en que modelo se operan los cambios.

**Cuadro III: Alternativas en la Formulación de Políticas de Reforma Hospitalaria**

| <b>Componentes</b>              | <b>Ejemplo de Política</b>  |   |
|---------------------------------|---|---|
| <b>Modelo Asistencial</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de SILOS. Areas Programáticas.</li> <li>• Redefinición del Modelo de Referencia y Contrareferencia.</li> <li>• Modelo de Cuidados Progresivos.</li> </ul> |   |
| <b>Modelo de Financiamiento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subsidio a la Oferta</li> <li>• Subsidio a la Demanda</li> <li>• Contrato de Gestión</li> </ul>  |   |
| <b>Modelo de Gestión</b>        | <b>Descentralización</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconcentración</li> <li>• Devolución</li> <li>• Delegación</li> <li>• Privatización</li> </ul> |
|                                 | <b>Participación</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntariado de Salud.</li> <li>• Consejos Locales de desarrollo comunal.</li> </ul>             |

## **Capítulo II:**

### **La Política de Descentralización de la Provincia de Buenos Aires y el Caso en cuestión**

El sistema de salud en la República Argentina es muy complejo y fragmentado, presentando tres subsectores que coexisten: el público, el de la seguridad social y el privado. El subsector público que es precisamente el que se aborda en la presente tesis, está bajo la responsabilidad de tres jurisdicciones: la Nación, los Estados Provinciales, y los Municipios.

A pesar de la gran magnitud, la infraestructura pública pierde gradualmente su papel protagónico en su triple función de asistencia, docencia e investigación durante las últimas dos décadas. Así podemos observar hacia los años 90 la totalidad de los hospitales del Subsector Público se encuentran en jurisdicción de las Provincias o municipios. Los gobiernos provinciales comienzan a desarrollar acciones destinadas a incorporar a los hospitales dentro de sus agendas. El traspaso de los hospitales de la Nación a las Provincias y Municipios respondió en su momento primero a razones de índole presupuestaria, luego comienza a identificarse como una política descentralizadora

El presente capítulo se detiene en el análisis de la política implementada en la Provincia de Buenos Aires que presenta dos características destacadas:

1. Es muy antigua, lo que favorece su estudio. Diversos estudios internacionales (Mills y Vaughan, 1989) demostraron que las reformas basadas en estrategias descentralizadoras precisaron alrededor de diez años para registrar un impacto significativo sobre el sistema de salud.
2. Incorpora conjuntamente la descentralización con la participación, mientras que las políticas implementadas en otras jurisdicciones, como la de la Provincia de Mendoza y de la Nación centran su reforma en el modelo de financiamiento

#### ***La Política hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires***

La Provincia de Buenos Aires es pionera en el desarrollo de una política hospitalaria. En lo que se refiere a cambios en cuanto a su modelo de financiamiento, en 1987 se crea el Sistema de

Atención Médica Organizado (SAMO)<sup>57</sup>, el cual retribuye internamente una parte de los ingresos que se obtienen a partir de la facturación de los hospitales públicos a la población con cobertura de la seguridad social.

En lo que se refiere a su modelo de gestión, con posterioridad la Provincia promulga la Ley 11.072 y su decreto reglamentario N°2.370 del año 1991. Esta modalidad de descentralización otorgó a los hospitales ciertos grados de **autonomía administrativa**. Como lo demuestran estudios específicos (Neil, 1994; Tobar, F. 1995) la descentralización promovida por la Provincia, se encuentra más cercana a la **desconcentración** lo cual no implicó un cambio sustantivo en el modelo de financiamiento. Esta iniciativa corresponde a una estrategia del nivel provincial para aliviar su carga de trabajo.

En este caso, la estrategia adoptada se traduce en un conjunto de procedimientos funcionales para la racionalización, modernización y reproducción ampliada del sistema a modificar. Es oportuno destacar, que esta acepción adoptada por la Provincia, no es contraria al sistema democrático, y hasta postula una relación positiva entre democracia y descentralización basada en el argumento de que, una vez instaurado el proceso descentralizador, estaría garantizada la gestión democrática del sistema centrada en la gran eficacia atribuida a la gestión colegiada y a la administración local.

Podemos entender esta experiencia como una estrategia que ve en la desconcentración un modelo pedagógico que facilita el proceso de descentralización. Esto significa reconocer las diferencias cualitativas entre desconcentración y descentralización, pero sin considerarlas antagónicas, En esta mirada la desconcentración es condición necesaria, aunque no suficiente, para alcanzar la descentralización en la toma de decisiones.

*Cuadro IV: Provincia de Buenos Aires. Análisis de los cambios incorporados por la Política Hospitalaria a cada uno de los modelos*

| <b>Componentes</b>              | <b>Política Hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires Ley 11.072</b>  |
|---------------------------------|--|
| <b>Modelo Asistencial</b>       | No incorporó ningún cambio   |
| <b>Modelo de Financiamiento</b> | ♦ Se continúa con el subsidio a la oferta, pero se establece que el hospital podrá contar con recursos provenientes de la venta de servicios a terceros. |

<sup>57</sup> El SAMO es un mecanismo que permite la recuperación de costos o cofinanciación de los Hospitales con fondos provenientes del subsector de la seguridad social. El 50% de este se redistribuye en forma de incentivos al personal. El resto en fondo de retribución e inversiones.

|                          |  |
|--------------------------|--|
|                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Se incorpora el presupuesto por Hospital.</li> <li>◆ Se incorpora la cofinanciación</li> </ul>  |
| <b>Modelo de Gestión</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Descentralización</b></li> <li>◆ <b>Participación</b></li> </ul> <p>La política incorporó cambios en diversas dimensiones: composición del Centro Decisorio, incorporando nuevos actores.</p> <p>Se establecen cambios en cuanto a la incorporación de la participación de la Comunidad en el Consejo de Administración y la conformación de un órgano asesor del “Consejo de Administración” integrado por los representantes de la Comunidad</p> |

Para analizar a la política de descentralización de la Provincia de Buenos Aires, se elaboró un cuadro donde se formalizan las principales decisiones que se deben tomar el momento de formular una política de descentralización hospitalaria.

**Cuadro V: Provincia de Buenos Aires. Análisis de la Política Hospitalaria según variables seleccionadas**

| <b>Item</b>   | <b>Ley 11.072/1991 “Nuestro Hospital”</b>   |
|---|---|
| <b>Elegibilidad</b>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Establece gradualidad.</li> <li>◆ La Inclusión depende de la voluntad política del Centro Decisorio del los hospitales.</li> </ul>   |
| <b>Financiación</b>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ La ley establece que el hospital contará con los recursos provenientes del Presupuesto Provincial y por los obtenidos de la percepción de pagos por servicios a empresas, obras sociales, entidades civiles, donaciones y otros recursos que determine el Poder Ejecutivo.</li> <li>◆ La ley del SAMO permite la constitución de un Fondo Provincial de Salud ayudando a mejorar la distribución. Si bien permite la retribución adicional del personal en función de la producción y eficiencia, no cumple este objetivo.</li> <li>◆ El hospital mejoraría sus ingresos propios, pero se observa baja facturación por falta de una estructura administrativa y sistemas de incentivos apropiados. Se ve perjudicada por ser una de las provincias con mayores índices de pobreza y población sin cobertura. La situación se ve mejorada a partir del padrón de beneficiarios de la seguridad social.</li> </ul> |
| <b>Mecanismo de Asignación de Recursos Genuinos</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ El 50 % en forma de incentivos al personal. El resto en fondo de redistribución e inversiones.</li> <li>◆ Los hospitales poseen recaudación indirecta a través de donaciones, subsidios de otros organismos, aportes de cooperadoras, fundaciones, etc..</li> <li>◆ Según datos del Programa de Investigaciones en Economía de la Salud de la Provincia de Buenos Aires, la facturación manifiesta una relación directamente proporcional con el nivel de desarrollo económico del área geográfica en donde el hospital este localizado. La aplicación del mecanismo de subsidio a la demanda puede introducir nuevas inequidades en el financiamiento de los servicios de salud, cuando el mismo no es acompañado por el desarrollo de un</li> </ul>  |

|   |  |
|---|--|
|   | seguro provincial que dé cobertura a los indigentes.   |
| <b>Mecanismo de Asignación de Recursos Fiscales</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Presupuesto “en bolsa”. A partir de 1994 se inicia la elaboración de un presupuesto por establecimiento. Pero la asignación final la hace el Ministerio de Economía.</li> <li>◆ La asignación de partidas presupuestaria por hospital dentro del presupuesto general es muy limitante para que los administradores puedan armonizar sus gastos con sus ingresos, sin embargo es un elemento ausente en la Provincia de Buenos Aires (Neil, 1994, p 17)</li> </ul>   |
| <b>Estructura Orgánica Funcional</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Las misiones del hospital son establecidas por el nivel central.</li> <li>◆ Los Hospitales son mencionados como entes descentralizados sin fines de lucro.</li> <li>◆ No se establece expresamente la capacidad jurídica.</li> <li>◆ Del texto de la ley se infiere que se le otorga una capacidad jurídica limitada, más cercana a una <b>desconcentración</b></li> <li>◆ El hospital público podrá ejercer la administración del personal.</li> <li>◆ La ley de Carrera profesional rige el personal profesional y permite con acuerdo del Ministerio de Salud incorporar a otros profesionales de la Salud.</li> </ul>                               |
| <b>Participación</b>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Se establecen los Consejos de Administración formados por siete miembros , 4 representantes del Ministerio de Salud de la Provincia, un representante de los profesionales, un representante de los trabajadores no profesionales y un representante de la Comunidad.</li> <li>◆ La norma establece el mismo número de integrantes para todos los hospitales independientemente de su complejidad.</li> <li>◆ Para integrar el Consejo de Administración no se exige capacitación determinada, son funciones no remuneradas y para el cargo de Director ejecutivo no se requiere capacidad de gestión sino solo ser profesional de la salud.</li> </ul> |

Fuente: Ley 11.072

Como podemos observar la política hospitalaria bajo estudio no se restringe al modelo de financiamiento, sino que incorpora nuevos actores en la toma de decisiones del Hospital lo que implica cambios en el modelo de gestión.

### ***La política Hospitalaria en el Contexto Nacional***

Posteriormente a que la Provincia de Buenos Aires promulgó su política hospitalaria, la jurisdicción Nacional dicta un conjunto de normas tendientes a establecer los lineamientos de la política de salud implicando la redefinición de todo el sistema de salud. Es en 1993, que el gobierno nacional establece su estrategia de reforma por medio del decreto 578/93 que fija el marco normativo a partir del cual se implementa el Hospital Público de Autogestión (HPA)<sup>58</sup>. La

<sup>58</sup> El Decreto Nro.578/93 establece las normas y los mecanismos que posibilitan la conformación de los hospitales de autogestión, apuntando a mejorar su financiamiento y capacidad de gestión. Para viabilizar esto establece el Programa de Reforma del Sistema de Salud (PRESSAL) cuyo objetivo es ... poner a cero a los hospitales para que puedan insertarse en le mercado. Se hace una inversión en equipamiento , y obra física y en el fortalecimiento institucional del hospital. A partir de esta nueva modalidad el hospital puede facturar a las entidades de la seguridad social y

principal característica de esta política es que se faculta al Hospital para cobrar por prestación a la población cubierta por la Seguridad Social.

En el marco de esta política, se invitó a los gobiernos provinciales a adherirse a dicha propuesta a fin de unificar esfuerzos financieros e institucionales en una política común, que de respuestas a los problemas estructurales del sistema de asistencial.

Desde la formulación de la política del Gobierno Nacional la descentralización es formulada como una condición necesaria para lograr la **autogestión**, como un instrumento que a partir del mejoramiento de la capacidad de generar recursos propios, mejora el **modelo de gestión** del Hospital.

La intención es transferir a los establecimientos las funciones de gestión tendiendo a reemplazar progresivamente el modelo de financiamiento de subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda.

Es necesario señalar que el Hospital Público de Autogestión no configura en sí un modelo de gestión, pero si establece algunas de las principales decisiones en la formulación de dicho modelo. No obstante, la provincia de Buenos Aires, gana ventaja al haber precisado por medio de la Ley N° 11.072 una estrategia para la búsqueda de un modelo de gestión.

Como se ha mencionado con anterioridad, la política propiciada desde el nivel nacional se restringe al financiamiento, sin incorporar directamente cambios en la toma de decisiones del hospital.

### ***La Política Hospitalaria a través de un Estudio Casos: El Hospital Manuel Belgrano***

Para ver en que medida la política hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires cambió el modelo de gestión del hospital se ha recurrido al Estudio del Caso del Hospital Zonal de Agudos "Manuel Belgrano".

---

apunta al fortalecimiento institucional de su gestión, de forma que tengan capacidad jurídica para ejecutar su propio presupuesto, para administrar su personal, hace compras , firmar contratos, implicando una descentralización administrativa.

Se ha seleccionado el mencionado Hospital, debido a que parece ser uno de los niños pródigos del Sistema de Salud Provincial. En función de los cambios que viene incorporando ha recibido diferentes premios y distinciones, de los cuales podemos mencionar:

- El Premio Nacional a la Calidad de Servicios Públicos otorgado por el Poder Ejecutivo Nacional, por Ley 20.127 del Congreso de la Nación . Año 1994.
- La Distinción a la Calidad otorgado por el Programa Bonaerense de la Calidad del Ministerio de la Producción de la Provincia de Buenos Aires. Premio otorgado por el permanente esfuerzo que realiza en la generación de una nueva cultura competitiva basada en la calidad. 26 de Noviembre de 1995.
- Premio Nacional a la Innovación Social en la Categoría “Servicio Solidario Comunitario” otorgado por la Secretaría de Desarrollo Social de la Presidencia de la Nación Argentina. Noviembre de 1995.
- Premio Cuna de la Tradición por la acción comunitaria otorgado por el Círculo de Periodistas de San Martín. Provincia de Buenos Aires.

Por otro lado, en cuanto a su modelo de financiamiento, el Hospital a desarrollado su capacidad de generar recursos propios como lo demuestra el cuadro a continuación.

**Cuadro VI: Hospital Zonal de Agudos “Manuel Belgrano”- Recursos Genuinos<sup>59</sup>: Facturados, Pagados y Debitados. Años 95, 96, 97 y 98. En dólares estadounidenses.**

| <b>Año</b> | <b>Facturado</b> | <b>Pagado</b> | <b>Debitado</b> |
|------------|------------------|---------------|-----------------|
| <b>95</b>  | 906.216,06       | 328.818,33    | 71.322,55       |
| <b>96</b>  | 1.144.073,34     | 749.688,26    | 157.924,33      |
| <b>97</b>  | 878.497,05       | 717.647,75    | 217.130,27      |
| <b>98</b>  | 603.593,66       | 298.524,96    | 71.546,05       |

**Fuente:** Construcción a partir de datos del Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano

El Hospital Manuel Belgrano resulta una experiencia interesante debido a que adhiere a la

<sup>59</sup> Como se puede observar tanto la facturación como lo pagado y debitado permiten un interesante ingreso que se ha incrementando en los últimos años si se compara con la cifra del año 1993, que era de U\$S 458.854,79

descentralización y viene incorporando cambios desde hace 8 años<sup>60</sup>, encontrándose consolidados en su modelo de gestión la incorporación del Consejo de Administración y la Comisión Asesora del Hospital conformada por 23 representantes de la comunidad.

Se trata de un efector de mediana complejidad<sup>61</sup>, con 197 camas o unidades de internación, que se encuentra en la Región Sanitaria V<sup>62</sup>, cuya área de influencia se extiende a noroeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, principalmente la franja costera al Río de la Plata.

### ***Facilitantes de los Cambios en el Hospital***

A partir de las entrevistas y análisis de documentos del hospital, se plantea que los cambios que se han implementando responden básicamente a dos facilitantes:

1. Su transformación en policlínico en 1975. Era un hospital de TBC, el mejoramiento en cuanto a los resultados de tuberculosis, genera que un grupo de profesionales presentes un proyecto a las autoridades sanitarias de la Nación para transformarlo en un establecimiento de agudos. Ese mismo año el proyecto recibió acogida de las autoridades del Ministerio de Salud y Acción Social<sup>63</sup>.

Hasta el retorno a la Democracia en 1984, el Hospital tenía escasa integración con la

---

<sup>60</sup> Según consta en Resolución Nro.: 2673 del 28 de agosto de 1.991 el Hospital Belgrano funciona a partir del 2 de septiembre de 1991 como Hospital descentralizado y establece que el consejo de administración estará integrado por 4 representantes del Ministerio de Salud y tres miembros de la comunidad: Cámara de Electrodomésticos, Asociación de Farmacéuticos, un representante de la Municipalidad, un representante de los trabajadores profesionales y un representante de los trabajadores no profesionales del hospital.

<sup>61</sup> Es considerado, además, debido a las características en las acciones de prevención y apertura comunitaria, como hospital-centro de salud, en lo que respecta a los niveles de atención 1,2 y 3 (primaria : Centro de Salud, Mediana : Hospital Zonal, Alta Complejidad : Hospital Interzonal)

<sup>62</sup> La Provincia de Buenos Aires tiene implementado un modelo de regionalización agrupando los partidos que la componen en zonas sanitarias, las que tienen a su cargo la coordinación de acciones de salud en las áreas de su competencia. Si consideramos los datos de productividad de los Hospitales zonales de la Región Sanitaria V del primer semestre de 1993, encontramos en primer lugar al Hospital Zonal Manuel Belgrano con 23,36%; 2) el Hospital Zonal Magdalena V. De Martinez (Tigre) con 22,66%; 3) el Hospital Zonal de Zárate 18,80%; 4) el Hospital Petrona M.V. de Cordero (San Fernando) 18,01%, 5) Hospital Enrique Erill (Escobar) 9,86% y 6) el Hospital Dr. Antonio Cetrángolo con 7,31%.

<sup>63</sup> Posteriormente el gobierno militar decide en 1979 la provincialización de los hospitales. Algunos informantes claves recuerdan este período del hospital como de buena administración, con una estructura organizacional clásica con servicios, salas y unidades de internación por especialidad, poco conectadas entre sí, pero "la reja marcaba los límites entre el hospital y la comunidad". El hospital no fué permeable a la demanda de su entorno.

comunidad<sup>64</sup>. Las autoridades de turno del Hospital se limitaron a intentar administrar bien el mismo, sin intentar superar la mencionada reja que separaba el barrio del M. Belgrano.

2. En 1985 asume en la Dirección del Hospital el Dr. Stern, que junto a un grupo de profesionales de salud comienzan a desarrollar una experiencia innovadora en salud pública. La nueva conducción del hospital a partir de la incorporación de herramientas de la Planificación Estratégica y tomando como modelo el **Proyecto de Hospital de la Comunidad**<sup>65</sup>, comienza a incorporar innovaciones en diversos aspectos. A partir de 1986 se comienza a incorporar un modelo de atención por Cuidados Progresivos<sup>66</sup>, en el cual el paciente se interna, según la gravedad de su enfermedad, sin existir sectores determinados para las especialidades, como sucede con el modelo tradicional.

La creación de la residencia de medicina general Un factor que acompañó este nuevo modelo fué factor que acompañó este nuevo modelo. La visión de la conducción era que este perfil de residente se adecuaba en mayor medida a las necesidades del modelo de atención y del entorno.

En lo referente a la organización del hospital, se pretende desarrollar una visión del mismo

---

<sup>64</sup> Según los relatos recolectados esto se debió a que durante el gobierno militar la zona periférica del hospital fué intensamente acozada por la represión desmantelando todo tipo de organización comunitaria. La represión de algunos representantes de las organizaciones comunitarias, las constantes visitas de la policía y el ejército en la casa de los mismos y hasta desapariciones ilegales fueron el saldo que dejó este período en el barrio.

<sup>65</sup> El Proyecto de **Hospitales de la Comunidad** era un proyecto de ley del gobierno radical de 1963-1966, que frente a la carencia de recursos para financiar el sistema público de salud planteaba abandonar la fórmula de atención médica gratuita por la idea de responsabilidad en el cuidado de la salud del pueblo compartida solidariamente por los sectores sin exclusiones. Era una política que motivaba la participación activa de la comunidad, estimulando la conciencia social colectiva. Era una política que plantea una concepción subsidiaria del Estado, unida a la idea de organización social propia de la tradición católica. En esta, aquellos grupos que no están en condiciones de asegurar por sí mismos sus condiciones de reproducción deberán ser apoyados y apuntalados por otros, con los que comparten su lugar de residencia, de manera de eliminar las posibilidades de conflicto y las demandas sobre el Estado, o la amenaza que implicaría la organización y movilización más general. BELMARTINO, S. y BLOCH (1991). *Reflexiones sobre la Participación Popular en Salud en Argentina*. Cuadernos Médicos Sociales N°27, CESS, Rosario.

<sup>66</sup> El concepto de **cuidados progresivos** supone adaptar las instalaciones hospitalarias a las necesidades de los pacientes, tanto en lo referente a atención médica como cuidados de enfermería. Según el Public Health Service de los EEUU, el **cuidado progresivo** tiene los siguientes alcances: a) cuidados intensivos; b) cuidados intermedios c) Auto-cuidado, e) Atención del paciente crónico; f) Atención Domiciliaria y g) Atención en consultorio externo. Ver MORICI, Pablo. Internación por cuidados Progresivos en el Hospital Manuel Belgrano de la Provincia de Buenos Aires: Análisis de la Experiencia. FUNDACIÓN ISALUD. Proyecto de tesis. Junio de 1998.

que no solo haga hincapié en los caracteres curativos, sino en los preventivos y que haga pivot en su entorno, fortaleciendo la función de enseñanza. Se establece la necesidad de un Plan patrón, acorde con las necesidades y demandas de la comunidad, que tenga flexibilidad.

La importancia que se dá en este último al entorno, inicia una etapa en donde se quiere tener una información total de la comunidad y se apunta a una caracterización de la demanda.

### ***Nueva Visión incorporada en la Organización***

El retorno a la democracia, los cambios en la organización de monoclínica a policlínica, las transformaciones y características que sufrió el entorno desde la época militar (1976-1983) hasta el crecimiento de los barrios en cuanto a su población, redefinen el funcionamiento del Hospital. Según los relatos de los informantes claves, a la nueva conducción del hospital se le reconocía el liderazgo necesario para viabilizar la transformación.

El **Centro Decisorio** del Hospital entendió que era necesario desarrollar una nueva visión<sup>67</sup> en el Belgrano, y por otro lado, consideró necesario identificar las formas de comunicar e implementar las estrategias para alcanzar esta meta.

El hospital optó por la herramientas de la planificación estratégica y incorporó un enfoque centrado en el cliente. La configuración organizacional que tenía hasta entonces el hospital, suponía unidades organizativas estancas con escasa comunicación e integración entre ellas, se reconocían problemas de comunicación internos y externos a la organización.

En 1985 el hospital comienza a desarrollar dos ideas fuerzas: una tiene que ver con el aspecto social y comunitario del hospital con la implementación de una política de apertura extramural que denomina **desarrollo del Hospital Externo** La primera hacia el cliente externo o la comunidad, que trajo aparejada la tarea de caracterización de la demanda.

Como resultado de esta, se crea el servicio de Medicina Preventiva y se inserta en el hospital la residencia de Medicina General con actividades en el área programática, desarrollando programas de TBC, Hipertensión Arterial, Enfermedades de transmisión sexual y Sida, Control de Lactantes y Embarazadas, Control del Niño en edad escolar, Talleres de Educación para la Salud en Instituciones de la zona, creación de la Red Interinstitucional con instituciones del área salud,

---

<sup>67</sup> Una **visión** significa aclarar los valores, centrarse en la misión y extenderse hacia una visión preferida.

educación y minoridad de los municipios de San Martín y Vicente López.

Se puso énfasis así en la Atención Primaria como estrategia para mejorar las condiciones de salud de la población; lográndose ajustar los mecanismos de referencia y contra-referencia, de manera que el acceso de los pacientes atendidos en los Centros de Salud del área programática encuentre la menor cantidad de obstáculos posibles; por otra parte un mejor conocimiento de la realidad socioeconómica y cultural como así también del perfil epidemiológico del área programática brindó la posibilidad de ajustar las acciones tendientes a satisfacer las necesidades de dicha población.

La otra idea fuerza tenía que ver con el **Hospital Interno**; y se piensa que como institución comunitaria de atención de la salud era necesario enfrentar dos desafíos: aumentar el alcance, flexibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios ofrecidos por una parte, y optimizar la utilización de los recursos físicos y humanos que nos permitiera reducir costos y disponer racionalmente del escaso cuerpo de integrantes con adiestramiento profesional del área enfermería.

En el marco del ambiente que se comienza a desarrollar, según consta en Resolución N° 2.673/91 el Belgrano, comienza a funcionar como Hospital descentralizado.

### Capítulo III:

## ¿Cómo se comporta el Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano con respecto a la Descentralización?

Como se ha mencionado en la presentación la redefinición de los modelos de gestión del hospital puede ser impulsada desde las políticas hospitalarias o macroregulaciones o desde factores endógenos del hospital. El presente capítulo examina las dos alternativas con el objeto de detectar cuales fueron las transformaciones o redefiniciones que se operaron en el modelo de gestión del Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano.

Es importante distinguir entre los factores mencionados porque:

- I. La política (contenida en la Ley) puede enunciar y apuntar cambios en la organización y la gestión sin llegar a ser eficaz. Es decir, se puede al menos en teoría, postular que la política de descentralización contienen fallas o debilidades.
- II. Se podría identificar cambios que responden a la propia política descentralizadora.
- III. Se podrían detectar cambios que responden, más, a factores endógenos del hospital, sobre los cuales la política no opera.
- IV. Por último, se puede postular que sobre algunos de los componentes del modelo de gestión no se operan cambios.

Los mencionados determinantes han sido esquematizados en el Cuadro N° VII:

*Cuadro VII: Grandes Determinantes que pueden influir sobre el modelo de gestión del Hospital*

| Determinantes           | Cambios |    |
|-------------------------|---------|----|
|                         | SI      | No |
| Política: Exógena       | II      | I  |
| Organización: Endógenos | III     | IV |

A continuación se intentará identificar en que cuadrante operan los cambios del

modelo de gestión del Hospital bajo estudio. Para ello, primero se analizará a la Ley que cambios para detectar que cambios habilita y luego se observa al hospital a través de su documentación interna y de entrevistas a informantes claves, para detectar cuales cambios se hicieron efectivos.

**Cuadro IIX : Redefinición de los Modelos de Gestión en la Ley de Descentralización Hospitalaria-**

| Componentes del Modelo de Gestión   | Descentralización                          |
|---|--|
| <b>Misión</b><br><b>Funciones</b><br><b>Actividades</b><br><b>Prioridades</b><br><b>Estructura</b><br><b>Culturas</b><br><b>Incentivos</b><br><b>Ambiente Externo</b> | ¿Qué habilita la Ley que el Hospital haga? |

El Cuadro IIX orientará el análisis, a través de las categorías que se han referido en el marco teórico: componentes del modelo de gestión del hospital a la luz de la política de descentralización de la Provincia de Buenos Aires.

**Misión:**

Para analizar la misión se formularon las siguiente preguntas:

- ⇒ ¿Qué es el Hospital?
- ⇒ ¿Cuál es su contribución a la sociedad?
- ⇒ ¿Qué hace?
- ⇒ ¿Cuáles son sus principales productos o servicios finales<sup>68</sup>?

Para responder a ello se tomó como fuentes de recopilación de datos:

- ✓ Ley N° 11.072
- ✓ Acta constitutiva y/o Reglamento de Funcionamiento del Consejo de Administración.
- ✓ Entrevistas a informantes claves del Hospital

---

<sup>68</sup> El hospital puede ser entendido como una empresa multi-producto al preguntarnos sobre ¿qué produce el Hospital para la comunidad? La primera respuesta a dar es Salud, aunque para la producción de la misma es necesario realizar un conjunto de productos intermedio: prácticas de diagnóstico, exámenes, etc

La **misión** del Hospital está determinada por el nivel central a partir de la Ley N° 11.072 , y es la siguiente:

*Desarrollar acciones de fomentos, protección, recuperación y rehabilitación de la salud conforme a las políticas que elabore el gobierno provincial. Los hospitales tendrán participación del equipo de salud y de la comunidad en su conducción.*

La primera observación que se puede realizar es que se define a la misión del hospital “al por mayor” (en atacado), respondiendo a un criterio normativo. Es necesario destacar que la definición de la misión se hace sin una visión estratégica<sup>69</sup>, sin customizarla o hacerla apropiada a la medida de la complejidad de la organización hospitalaria.

El Hospital Manuel Belgrano, en virtud de la Ley 11.072, posee capacidad en tanto **ente descentralizado sin fines de lucro** (artículo 1). Si bien su función constituye el inicio para la reconversión administrativa del Hospital, resulta en la práctica incompleta e indefinida. Por el artículo 2, de la mencionada ley, se garantiza la pertenencia Estatal de los Hospitales.

El estatus de “**entes descentralizado sin fines de lucro**” es muy global y posee poco contenido en cuanto a su capacidad legal. No obstante la ley constituye un avance sobre la situación precedente a su implementación. Del texto de la ley se interpreta que otorga una capacidad jurídica limitada, llevando en realidad a una desconcentración<sup>70</sup> administrativa del Ente.

El Artículo 4° de la Ley 11.072, garantiza la accesibilidad y gratuidad del hospital para las personas que no posean cobertura social.

El segundo paso para analizar el **ser** del Hospital, es el grado de autonomía del Centro Decisorio. En este caso se trata del director general u otros cuadros dirigentes del Hospital Belgrano y su autonomía se mide en relación con el Nivel Central o jurisdicción de la que depende.

---

<sup>69</sup> El origen de la palabra **estrategia** se remonta al ámbito militar , proviene del griego **stratego**, que significa “*planificar la destrucción del enemigo en razón del uso eficaz de los recursos*”. Si bien el concepto aplicado a los organismos públicos no contiene el significado de destruir al enemigo, sino de planificar para hacer un uso eficiente y eficaz de sus recursos apuntando a obtener mejores resultados. Dentro de una concepción moderna, la podemos entender como la serie de actos que ejecuta la organización, los cuales son seleccionados de acuerdo a una situación concreta. Esta, determina el ser de la organización: la misión y sus metas, así como la adopción de cursos de acción y a asignación de recursos necesarios para alcanzarlas.

<sup>70</sup> En las paginas anteriores se ha descripto las características de esta modalidad de

La Ley de descentralización de la Provincia de Buenos Aires, establece que el Nivel de Conducción o Centro Decisorio estará formado por 7 miembros, 4 representantes del ministerio de Salud, un representante de los profesionales y uno de los no profesionales, uno por la comunidad. Cabe destacar que dicha ley, dispone el mismo número de integrantes para todos los hospitales. Se observa que la misma, debería tener en cuenta que no hay dos establecimientos iguales, no sólo por el tamaño sino por los diversos pacientes, las diferentes características y calidad del personal y de presupuestos.

El presidente del Consejo será elegido entre los representantes del Ministerio. Un director Ejecutivo que elegirá el Consejo y una Comisión Asesora integrada<sup>71</sup> por la Comunidad. (El Art. 9: Designa como responsable de la conducción a un Director Ejecutivo).

En virtud de los artículos 5 y 8, se delega al centro Decisorio del Hospital, representando por un Consejo de Administración la competencia en cuanto:

- ⇒ *Proponer y aprobar su estructura organizativa,;*
- ⇒ *Promoción de estrategias de personal y adecuación de estructuras*
- ⇒ *Fomento de la Docencia e investigación*
- ⇒ *Dictado de Normas y Reglamentos internos del Ente.*
- ⇒ *Elevación del proyecto anual de recursos y presupuesto de gastos e inversiones*
- ⇒ *Arrendamiento y enajenación de bienes muebles e inmuebles*

### **¿Qué cambio en la gestión del Hospital a partir de la incorporación de estas facultades?**

Luego de su descentralización en 1991, en el Hospital Manuel Belgrano, comienza a funcionar el Consejo de Administración. En virtud de la ley N° 11.072, el Hospital debió propiciar su normatización y reglamento interno.

La metodología de elaboración del reglamento de funcionamiento del Consejo de Administración del Hospital Provincial General del Agudos "Manuel Belgrano", se realizó a través de una dinámica participativa de los representantes del Consejo. Sin embargo, es necesario destacar que, debido a que las autoridades del Hospital, ya venían dando desarrollando tareas con la comunidad y con los trabajadores del Hospital, esto constituyó un gran facilitante de la tarea.-

---

descentralización.

<sup>71</sup> El análisis del **centro decisorio** resulta de vital importancia, ya que para analizar el modelo de gestión la principal unidad de análisis son las decisiones.

Cuando, el análisis se detiene no en lo que habilita la ley sino en lo que efectivamente incorpora el reglamento<sup>72</sup>, se pueden identificar cuatro dimensiones que reformulan el funcionamiento de la organización:

1. El desarrollo de una metodología para la toma de decisiones en la Administración Hospitalaria.
2. Apuntó a la redefinición de roles, conductas y forma de liderazgo del grupo.
3. Incorporó herramientas de la Planificación Participativa o concertada en la toma de decisiones.
4. Se consideró como objetivo al desburocratización y eficientización del Consejo de administración, paradójicamente a partir de su reglamentación.

Con respecto al punto 1) los **miembros del Consejo**, que representa los intereses de los trabajadores profesionales y no profesionales, el reglamento contiene las pautas que privilegian el consenso<sup>73</sup> para la toma de decisiones.

### **Funciones**

En virtud de las facultades otorgadas por la Ley de Descentralización el Hospital se define como:

*Hospital de mediana complejidad de atención y debido a las características de prevención y apertura comunitaria, es considerado además, como hospital-centro de salud en lo que respecta a los niveles de atención 1,2 y 3 (Primaria: "Centro de Salud", Mediana: "Hospital Zonal", alta complejidad: "Hospital interzonal" respectivamente).*

---

<sup>72</sup> Se pueden realizar las siguientes observaciones sobre el Consejo de Administración, a la Luz de las Nuevas Reglas de Juego: a) El reglamento ya se encuentra institucionalizado en cuanto a su uso, orientando todo el funcionamiento del Consejo de Administración del Hospital; b) Se han tomado relativamente pocas resoluciones, no por la falta de productividad del Consejo, sino por la falta de aplicación de la Ley N° 11.072. Esto se manifiesta en cuanto a los indicadores de falta de manejo presupuestario, poca injerencia en cuanto a los recursos humanos; c) El mecanismo de la votación es muy esporádico, ya que generalmente se llega al consenso sobre los temas en cuestión; d) Hasta el momento no se registraron pedidos de reforma del reglamento, que se ha mostrado apropiado.

<sup>73</sup> Los miembros del Consejo y los que elaboraron con su elaboración entendieron que una modalidad que permite el consenso insume mayor tiempo de discusión, ofreciendo mayor grado de dificultad, pero que era la base del funcionamiento del mismo.

Cuadro IX: Aspectos en que se dividen la función<sup>74</sup> de Prevención del Hospital

| <b>Primaria:</b>   | <b>Secundaria</b>  | <b>Terciaria</b>  |
|--|--|---|
| <p>Contempla actividad y objetivos en función de la promoción y protección de la salud contribuyendo a la maximización y optimización de la salud (período pre-patogénico).</p> <p>PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Educación para la salud Permanente</li> <li>✓ Difusión de actividades preventivas</li> <li>✓ Información General.</li> <li>✓ Protección Inmunológica a través de la vacunación.</li> <li>✓ Saneamiento Ambiental.</li> <li>✓ Gestiones y articulación inter-institucional</li> <li>✓ Vigilancia del embarazo adolescente,</li> <li>✓ Vigilancia del embarazo y parto.</li> <li>✓ Vigilancia del crecimiento y desarrollo normal del niño y adolescente,</li> <li>✓ Participación en la higiene del trabajo a través de la Medicina del Trabajo</li> </ul> | <p>Donde se desarrollan funciones tendientes a la prevención de complicaciones de los problemas de salud ya establecidos (período patogénico).</p> <p>DETECCION, DIAGNOSTICO TRATAMIENTO PRECOZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Detección de necesidades en la Comunidad.</li> <li>✓ Detección de causas de morbi-mortalidad.</li> <li>✓ Diagnóstico de necesidades, problemas y patologías.</li> <li>✓ Formación de grupos de pacientes por riesgo de patología.</li> <li>✓ Tratamiento oportuno.</li> <li>✓ Asistencia en caso de emergencia; accidentes, enfermedades.</li> </ul> | <p>Mediante la cual se estimula y reacondiciona la salud en los casos donde se localizaron secuelas, tanto desde lo físico como mental y/o social (período de resultado),</p> <p>REHABILITACION Y REINSECCION SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tratamiento de las secuelas,</li> <li>✓ Rehabilitación mental, física-familiar y social.</li> <li>✓ Reinserción a sus actividades laborales y comunitarias.</li> <li>✓ Acompañamiento en el proceso.</li> </ul> |

Del análisis de la configuración organizacional del hospital se pueden identificar las siguientes funciones:

- I. Una función estratégica de conducción y coordinación de los distintos miembros de la organización: Centro operativo, Gerentes Intermediarios: Jefes de servicios, especialistas y apoyo.
- II. Una función vinculada a la gestión asistencial: de esta depende el centro operativo propiamente dicho.

<sup>74</sup> Las funciones son definidas en Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano. 1994. Documento Presentado para el Premio Nacional a la Calidad. Pags.: 11-13. V.Zagala, San Martín . Provincia

- III. La tercera es una función vinculada con los servicios Centrales, de diagnóstico y tratamiento: está vinculada con las funciones logísticas o de apoyo (**support staff**). Esta función esta vinculada con los insumos o recursos que necesita el hospital para su funcionamiento

Se presenta en el Cuadro a continuación como se desarrolla la primera función en cuanto a los mecanismos de supervisión y relación con el medio ambiente interno y externo de la organización.

Cuadro X: **Mecanismo de Supervisión-Coordinación en relación a las tareas vinculadas al medio ambiente interno y externo de la Organización**

| Centro Decisorio           | Mecanismos de Supervisión y Relación con el Medio Interno y Externo del Hospital   |
|----------------------------|--|
| <b>Dirección Ejecutiva</b> | <b>Secretaría Técnica:</b> su principal accionar esta relacionado con el mejoramiento de la calidad de la atención, coordinar las acciones entre servicios, resolver situaciones conflictivas en la atención diaria, brindar satisfacción al usuario y a la comunidad de intra y extra hospitalaria.   |
|                            | <b>Consejo Asesor Técnico Administrativo:</b> CATA es un órgano consultivo, con funciones de asesoramiento y asistencia técnico-administrativa al Consejo de Administración y al Director Ejecutivo en general. Su competencia es exclusivamente técnico-asesora en materia de organización y funcionamiento. Hospitalario. Su constitución, se conforma del Director Ejecutivo, Secretario Técnico, Jefe del Departamento Enfermería y un representante de cada departamento o servicio del hospital. Su misión es la de promover el desarrollo de acciones de promoción y protección de la salud y de prevención de enfermedades, en la comunidad comprendida dentro del área programática del Hospital. |
|                            | <b>Comité de Docencia e Investigación:</b> Es un órgano asesor permanente , creado para implementar programas de formación y actualización , destinados al mejoramiento de los conocimientos técnico-profesionales del personal del Hospital. Su accionar se refiere a el análisis y elaboración de programas educativos , para ser desarrollados por miembros de los distintos agrupamientos ocupacionales.   |
|                            | <b>Comité de Infecciones Hospitalarias:</b> Con el mismo status que los anteriores, es creado para implementar programas relacionados con las infecciones intra-hospitalarias y las normas de saneamiento de la planta física y operativa del Hospital. Su accionar se refiere a elaborar y mantener actualizado , técnica y operativamente , el cuerpo normativo, de cumplimiento obligatorio para todos los integrantes de la plantilla de personal , destinado a cumplir con el objetivo fijado para su creación.   |
|                            | <b>Comité de Auditorías de Historias Clínicas:</b> Es un órgano asesor permanente, creado para evaluar el contenido, circuitos administrativos, archivo y todas las acciones que se relacionan con contenido y cuidado y control de las Historias Clínicas. Ejerce la auditoría del nivel de calidad y pertinencia que tiene la información aportada por las historias clínicas.   |
|                            | <b>Comité de Auditorías de Historias Clínicas:</b> Es un órgano asesor permanente, creado para evaluar el contenido , circuitos administrativos, archivo y todas las acciones que se relacionan con contenido y cuidado y control de las Historias Clínicas. Ejerce la auditoría del nivel de calidad y pertinencia que tiene la información aportada por las historias clínicas.  |
|                            | <b>Comité de Farmacia y Medicamentos:</b> Es creado para evaluar el contenido y actualización del Vademecum aplicado al Establecimiento. Realiza el control y análisis de la composición del Vademecum aplicado en el Hospital, con la finalidad de tender a la optimización del mismo. En términos terapéuticos y económicos.   |
|                            | <b>Comité de Ética , Disciplina y Relaciones Laborales:</b> tiene a su cargo asesorar a la Dirección en la toma de decisiones respecto de las sanciones que por problemas disciplinarios sean necesarias aplicar. Este Comité es multidisciplinario en cuanto a su constitución (La Dirección, un representante de los profesionales, uno de los no profesionales, la jefatura de personal, uno de enfermería y un administrativo). Este Comité permite compartir una tarea habitualmente desagradable y delicada otorgando consenso a la decisión adoptada.   |
|                            | <b>Comité de Gestión de Calidad.</b> Sus objetivos son diagnosticar necesidades hospitalarias, reflexionando sobre sus causas y consecuencias. Proponer alternativas de solución. Realizar el control de gestión, asesoramientos y auditorías.   |

La relación entre el **Centro Decisorio**: Consejo de Administración y Director Ejecutivo con los diferentes comités que componen al Hospital, permite el desarrollo de una estrategia para la organización y el desarrollo de flujos de informaciones y decisiones que complementa a las que naturalmente siguen la apertura organizacional. Estos comités permiten una permanente interacción e involucramiento de los diferentes actores del Hospital en la Misión de la organización.

Si se observa el hecho, de que del Director Ejecutivo dependen todos estos Comités de carácter consultivo y de asesoramiento, está planteada una dinámica de planificación concertada o permeabilidad de estas instancias para la toma de las decisiones estratégicas del Hospital.

Estos diferentes Comités funcionan como organismos interdisciplinarios o interservicios, integrados por distintos servicios de acuerdo a la competencia del mismo. Por ejemplo el **Comité de Gestión de Calidad del Hospital** es de carácter interdisciplinario y está compuesto por los distintos sectores del hospital, si bien no se ha efectivizado todavía, en el reciente reglamento de funcionamiento de este organismo se plantea también la participación de la **Comisión Asesora**.

Los diferentes Comités del Hospital, no constituyen unidades organizativas, sino más bien **task forces**<sup>75</sup>. Todos ellos poseen reglamento interno y libros de actas donde se asientan sus decisiones. En otros términos, se puede postular que la creación de estos Comités impulsa un desplazamiento desde la organización la clásica configuración organizacional en forma de peine, característica de la burocracia profesional a una configuración más cerca de la matricial.

### **Actividades**

A partir de considerar que las organizaciones complejas como los hospitales, necesitan mecanismos de coordinación que varían de la estandarización o tipificación de habilidades (trabajo médico o del centro operativo) a la padronización de las actividades constituyendo procesos de trabajo, se tomó como unidad de análisis a los procesos<sup>76</sup> desarrollados en el M.

---

<sup>75</sup> Las "**task forces**" son grupos de trabajo creados coyunturalmente para solucionar un problema contingente. Cada día adquieren mayor importancia y son un mecanismo idóneo para tener respuestas rápidas a situaciones no previstas. Ver PETERS & WASTERMAN. 1984. "**En Busca de la Excelencia**". Edit. Paidós. Buenos Aires.

<sup>76</sup> Los **Procesos Sustantivos, Primarios o de Paciente**, son entendidos como aquellos que conducen directamente al cumplimiento de la misión, objetivos o finalidad de la organización, dando por resultado un producto: consulta, egreso. Su principal característica es que si estos

Belgrano, para esto se diferenci6 entre aquellos que contribuyen directamente a cumplir con la misi6n, objetivos de la organizaci6n y aquellos que apoyan o facilitan a los primeros.

En lo que hace a los procesos primarios (estaríamos haciendo referencia al **modelo de atenci6n**) la organizaci6n de las actividades del Hospital se hace bajo la modalidad de **Cuidados Progresivos**. El Hospital organiza sus procesos de acuerdo a las caracteristicas de las actividades o cuidados necesarios para la atenci6n del usuario-paciente. De esta manera, se ha construido el Cuadro XI, donde podemos identificar los tres procesos principales:

**Cuadro XI: Características de las Actividades del Hospital organizadas bajo la modalidad de Cuidados Progresivos**

| Cuidados Intensivos   | Cuidados Intermedios  | Cuidados Míminos   |
|---|---|--|
| Al paciente recibe <i>Cuidados Intensivos</i> cuando se encuentra en alto riesgo. En esta modalidad el manejo práctico es el de una Sala de Terapia Intensiva polivalente, de estructura y funcionamiento convencionales. | El paciente es tratado con <i>Cuidados Intermedios</i> cuando requiere medicaci6n e hidrataci6n parenteral, atenci6n de enfermería en intervalos de 2 horas aproximadamente, 2 controles médicos en cada turno o manejo de entubaciones o drenajes complejos. | Los restantes pacientes que requieran internaci6n y no integran ninguno de los grupos anteriores fueron incluidos en Cuidados Míminos. |

Para profundizar en la compresi6n del desarrollo de las actividades substantivas del hospital, se expone a continuaci6n una matriz donde se sintetiza las caracteristicas de cada tipo de cuidados con sus niveles de atenci6n.

|   |
|---|
| <b>Los Cuidados Intermedios y los Cuidados Míminos:</b> sostiene la atenci6n a partir de estructurar la actividad en tres niveles.  |
| <b>Primer nivel de atenci6n:</b><br>Para cada sala, de cada área o sector se encarga de la atenci6n diaria y directa de los pacientes, un llamado " <b>Equipo Médico de Cabecera</b> " que esta constituido por un profesional de Clínica Médica, un Cirujano y un Médico Residente, con el agregado de un especialista para el caso que el paciente haya ingresado por indicaci6n de tal especialidad. |

fallan el primero en recibir el impacto es el destinatario final. El caso de la salud genera que muchas veces por las asimetrías de la informaci6n, los pacientes no poseen demasiados datos sobre la eficacia y efectividad de los mismos.

Este equipo médico de cabecera, reemplaza al médico único de cada paciente, efectúa su admisión, actualiza su atención, solicita estudios, propone, dispone y aplica terapéuticas y realiza todos los registros convencionales y legales. (Historias Clínicas, Solicitudes de Estudios Complementarios).

**Segundo Nivel de Atención:**

En cada sector de Cuidados Intermedios y Mínimos las actividades son coordinadas por un Médico Clínico y un Cirujano quienes tienen funciones y misiones similares a las de los Jefes de Salas habituales, estos son los encargados de disponer el ingreso y egreso de pacientes a su sector, organizar revistas o pases de sala, coordinar con otros niveles, autorizar y/o ejecutar determinadas terapéuticas, prácticas o procedimientos y son responsables por la eficiente atención en el área

**Tercer Nivel de Atención**

Se encarga de asegurar una correcta supervisión y control de la operatoria global y su ajuste a las normas previstas.

**Modelo de Cuidados Progresivos**

- ◆ Los Jefes de Servicio, Sala y Unidad en el sentido vertical tradicional no han perdido por su implementación, sus funciones ni la mayor parte de sus atribuciones habituales. Solamente no pueden disponer del uso inconsulto de recursos generales. Sus tareas centrales incluyen, la designación de los profesionales para cada nivel y sector, su programa de rotación, los planes de capacitación en servicio, las normas y procedimientos técnicos que se utilizan en el mismo, y participan en las reuniones y modelos de decisiones que los involucren (Consejo Asesor, Comités, etc.)
- ◆ La modalidad de C.P.P reemplaza la internación según servicios, por otra adaptada a las necesidades de Atención del paciente, por lo que podemos encontrar internados en una misma sala, pacientes traumatológicos con otros ginecológicos, siendo identificada la pertenencia a la especialidad con una tarjeta de colores ubicada en la cabecera de la cama según un código de colores preestablecido.
- ◆ Este modelo de organizar las actividades no incluye los procesos vinculados con **Maternidad**, por considerarse el embarazo, parto, y puerperio no complicado, como una situación fisiológica; cuando se hace necesario internar una embarazada, con una patología agregada y/o una complicación es derivada al sector de internación que indica la complejidad de las mismas.
- ◆ Los procesos vinculados a **Neonatología** cuentan con los cuatro niveles de complejidad y los de **Pediatría** cuenta con un sector especial por considerarse necesario separar la atención del niño y el adulto.

- ◆ En lo que respecta a **Urgencias**, las actividades vinculadas a la mismas son asistidas por el Servicio de Emergencia que debe cuenta con recurso físico adecuado que permiten realizar una actividad asistencial óptima y contando con (Shock - Room), sector destinado a la estabilización de pacientes críticos.
- ◆ El cuidado de pacientes ambulatorios se realiza en los **Consultorios Externos** para aquellos que requieran Servicios de Diagnóstico y Tratamiento, prevención y rehabilitación; en forma programada, con consultorios matutinos y vespertinos. En este área se desarrolla una intensa actividad de promoción y Educación para la salud, a través de la proyección de videos en los televisores ubicados en la Sala de espera, estando dicha actividad a cargo de la Sala de Medicina Preventiva.
- ◆ Con el objeto de mejorar la eficiencia operacional, el hospital viene implementando el **CUIDADO DOMICILIARIO**, para aquellos que no requieren controles periódicos de enfermería o asistencia médica, siendo sus necesidades diarias de alimentación e higiene. La estandarización de las actividades de Cuidados Domiciliarios se prevee a partir de una normativa que fue consensuada con las jefaturas de los Servicios primero, y con los médicos tratantes después; lográndose su interpretación y aceptación.

En cuanto a los procesos sustantivos vinculados al modelo de atención de la salud, una importante observación es que los mismos se encuentran estructurados a partir de las actividades o cuidados, poniendo énfasis en el usuario –paciente. Esto constituye un avance del modelo de atención tradicional que organizaba la atención a partir de una racionalidad de medios (especialidades) y no atendiendo a los fines que se encontraba orientada las actividades. La estructuración de los procesos primarios tomando un enfoque centrado en el cliente podría suponer la ausencia de conflictos entre estos y el centro operativo. Dicha temática será abordada en el capítulo de participación.

### Procesos de Apoyo<sup>77</sup>

Para analizar los procesos de apoyo, se los clasificará de acuerdo a la siguiente matriz:

| Dimensión                       | Proceso        |
|---------------------------------|----------------|
| <b>Administración Económica</b> | ⇒ Presupuesto. |
| <b>Financiera</b>               | ⇒ Compras      |

<sup>77</sup> Estos también han sido denominados como Secundarios o Administrativos, por los que se los llamará indistintamente. Su falla puede producir un impacto en el paciente, pero solo en forma indirecta, es decir como consecuencia de su incidencia negativa en los anteriores.

|  |   |
|--|---|
| <b>Recursos Humanos y Organización</b> | ⇒ Horarios de consultorios<br>⇒ Licencias   |
| <b>Control de Gestión</b>              | ⇒ Infecciones Hospitalarias<br>⇒ Auditorías de Historias Clínicas<br>⇒ Control de Servicios Terciarizados |

### **Presupuesto**

Se analizó el grado de autonomía para el manejo financiero del Hospital. Las variables a medir la autonomía son:

- ◆ Peso relativo de las distintas fuentes de financiamiento del Hospital (recursos presupuestarios y recursos propios, Cobro a las Entidades de la Seguridad Social o a los Prepagos)
- ◆ Grado de determinación del presupuesto hospitalario.

El hospital cuenta con un presupuesto de U\$S 3.733.273, 61 sin contar con la partida de personal (alrededor de U\$S 4.894.321,91).

Según los artículos 10 y 11 de la Ley N° 11.072, se plantea que los recursos de los cuales dispondrá el Hospital provendrán de:

1. El presupuesto Provincial
2. El cobro a Obras Sociales y Mutuales
3. La percepción de pago por servicios a empresas, entidades civiles , etc.
4. Fondos especiales que se acuerden o transfieran otros ministerios.
5. El producto de la venta de bienes en desuso desafectados del patrimonio

Los recursos correspondientes a la facturación a las Obras Sociales y Prepagas, son asignados mediante la cuenta del Sistema de Atención Médica Organizada en función de un nomenclador utilizado para el cálculo de la facturación<sup>78</sup>.

No obstante en cuanto al **modelo de gestión**, el principal aporte de la Ley de 11.072 es establecer una modalidad para la asignación presupuestaria, donde los Jefes de los Servicios y Departamento, son comunicados sobre los techos presupuestarios y plantea una dinámica de negociación para definir las decisiones estratégicas de la organización.

La descentralización hospitalaria fué un facilitante para la incorporación del Hospital de una visión que preocupada por la eficiencia y eficacia, permitiera la gestión económica-financiera. Esto también se tradujo en el desarrollo de una política de venta de servicios, que el hospital viene desarrollando, lo que se tradujo en la integración al Consorcio UPI 61 prestador directo del PAMI<sup>79</sup>

### **Procesos de Compras y Licitaciones**

El proceso instaurado en el hospital es que absolutamente todas las compras o contrataciones que realice el mismo, tienen que ser autorizadas por el Ministerio. En función de la naturaleza de las compras el Nivel Central autoriza a que la licitación la realice el Hospital o el Ministerio Provincial de Salud. Se hipotetiza que el criterio para determinar esto es en virtud de la magnitud de la licitación y de los actores involucrados.

El proceso básicamente comienza con el requerimiento del Jefe de Servicio al Director del Hospital explicitando las características del bien o servicio a contratar o adquirir. Dependiendo de la naturaleza de la adquisición tienen que tomar intervención distintas instancias. Por ejemplo el pedido de medicamentos es elevado al Comité de Farmacia, que esta integrado por la jefa de Compras, la Jefa de Anestesiología, una Médica, una Administrativa. La Comisión observa la necesidad de los medicamentos.

Hay dos modalidades de Compra:

a) **Compras Individuales:** Por esta modalidad se adquieren ;

- ✓ Insumos Hospitalarios (medicamentos que no estén en el vademecum)
- ✓ Insumos que por su especificidad no admiten la compra generalizada.
- ✓ Contratos a terceros (servicios de reparaciones, limpieza, lavadero y planchado de ropa, racionamiento de cocido<sup>80</sup>, mantenimiento correctivo y preventivo de equipos en general)

Se hace el requerimiento al Ministerio para que autorice y se tiene que hacer la invitación

---

<sup>78</sup> Sistema de Atención Médica Organizada.

<sup>79</sup> Las **UPI** son **Unión de Prestadores Integrados** que es la modalidad que se organiza la atención del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, que cubre toda la población jubilada y pensionada de la República Argentina.

<sup>80</sup> La terciarización de la alimentación de los pacientes internados se ha realizado desde diferentes modalidades, una de ellas es el racionamiento de cocido. Esta modalidad se refiere a cuando el Hospital consesiona a una firma el servicio de alimentación, que en la misma estructura edilicia de Hospital, prepara y cocina los alimentos que se brindan a los pacientes. En otros servicios de alimentación, los alimentos son elaborados fuera de la estructura hospitalaria o incluso lo que se terciariza son las compras de los alimentos y su elaboración se sigue haciendo con personal del hospital.

a los proveedores para efectuar la licitación. Esta puede ser realizadas por el propio hospital o por el Ministerio.

- a) **Compras Generales o en Común:** Los requerimientos son elevados a la región sanitaria, la que recibe los requerimientos de los demás hospitales y se realiza la licitación centralizada en el Ministerio Provincial de Salud. En teoría<sup>81</sup>, esta modalidad permite una mayor escala aumentando la capacidad de compra para grupos hospitalarios, en la práctica se verificó que los insumos adquiridos por medio de esta distan en cuanto a calidad a los solicitados y no necesariamente se los adquiere en forma más económica .

Una vez adjudicada la licitación, el Hospital puede hacer observaciones al proveedor de no cumplirse con los requisitos establecidos en los pliegos de licitación. Se pudo observar que, el hospital puede hacer reclamos u objeciones, pero la experiencia es, que los proveedores continúan por supuestos arreglos con el nivel político o funcionarios del Ministerio Provincial <sup>82</sup>.

### ***Area de Recursos Humanos y Organización***

La programación de los horarios de consultorios externos se lleva a cabo a partir de la negociación de cada Jefe de Servicio. En función de la disponibilidad horaria se han abierto horarios por la tarde para descongestionar el Hospital y tener un aprovechamiento más integral de su infraestructura física. La negociación se plantea como una modalidad para construir las regla de juego. En función de los relatos de los actores de la organización, podemos observar que la negociación reconoce la situación de poder compartido de las organizaciones de salud.

Para las licencias, tanto las anuales (vacaciones), por matrimonio, pre-examen y examen se ha establecido un proceso que consiste en el pedido de la misma al Jefe inmediato. En esta operación ya esta implícita la tarea de negociación del solicitante con el Jefe, consiguiendo un reemplazante para su puesto de trabajo.

---

<sup>81</sup> Meneguzzo, M (1998) analiza las ventajas de la modalidad de organización en red de los Hospitales e incorpora estas modalidades de compra, como una de ellas. MENEGUZZO, M, (1997). *“MODELOS DE GESTION DE REDES HOSPITALARIAS”* en Seguro Público de Salud. Encuentro Internacional. Provincia de Río Negro- Fundación ISALUD. Pags.: 113-122. Edic. ISALUD. Buenos Aires.

<sup>82</sup> La Directora Administrativa contó casos en los cuales se observó el servicio provisto para que no se renueve el contrato. A pesar de esos , debido a supuestos “errores administrativos” el servicio continuó. Con la renovación de la licitación, fue adjudicataria una empresa del mismo dueño a la

Por el mismo formulario el agente debe indicar quien es el médico que lo reemplazará tanto en la guardia, quien se lo eleva a consultorios externos, en caso de no tener reemplazo se programa para la entrega de turnos.

Esto se eleva al Jefe de Personal quien analiza si cumple con los requisitos y autoriza si esta en condiciones de hacer uso de la licencia. El Jefe de Personal se lo eleva al Director quien concende o nó la licencia.

Como se puede observar, la tipificación o estandarización de esta actividad supone la coordinación de las distintas racionalidades de los actores en función de un proyecto político de la organización suponiendo un proceso de negociación entre los actores.

### ***Control de Gestión***

El control de gestión son parte de un sistema mayor de control de la calidad del Hospital, que se viabiliza por el Comité de Gestión de la Calidad. Los objetivos de este Comité son :

- Diagnosticar necesidades hospitalarias.
- Reflexionar sobre las causas y consecuencias.
- Proponer alternativas de solución.
- Realizar el Control de Gestión.

Este Comité esta constituido por diferentes actores dentro de los cuales se pueden destacar un Presidente que es el nexo entre el Comité y el Centro Decisorio del Hospital. Vocales encargados de recoger los pedidos y sugerencias y/o propuestas que surjan de los distintos sectores del Hospital, trabajando activamente en el proceso de mejora continua, funcionando como el nexo entre el usuario interno-externo y el Comité. También integra el Comité un representante de la Comunidad.

Este Comité ha instituido su reglamento de funcionamiento, estableciendo la periodicidad y duración de sus sesiones y la modalidad de las mismas.

### ***Control de Servicios Terciarizados***

El hospital ha terciarizado el servicio de alimentación, limpieza, lavadero, vigilancia. Partiendo de la necesidad de regular las actividades de las empresas que proveen servicios al hospital se impone una modalidad para el control de las mismas.

---

anterior, pero que solo cambió de nombre comercial.

La modalidad de control de estos servicios que realiza el Ministerio Provincial es por medio de auditorías que se llevan a cabo esporádicamente. Estas auditorías apuntan más a lo presupuestario en cuanto el desvío entre lo programado y ejecutado. El hospital dispuso un procedimiento en el que se involucra un aumento de la capacidad decisoria de los actores del Hospital. Un ejemplo lo constituye el servicio de alimentación, en el que las nutricionistas controlan diariamente la cantidad de raciones y su calidad de acuerdo a los pliegos de la licitación correspondiente. La incorporación de estos actores estuvo orientada a verificar el cumplimiento de las decisiones tomadas en cuanto el pliego de licitación. En caso de cualquier variación de la calidad estipulada en el pliego de licitación se establecen en un libro de novedades y se lo debita posteriormente en el pago que se realiza a la empresa prestadora del servicio. De esta manera las nutricionistas realizan el control de lo que cobra mensualmente las empresas tercerizadas.

La facturación se hace a partir de los informes diarios que realizan los responsables del control de cada servicio tercerizado. Este proceso que se encuentra instituido permite el control y co-responsabilizar a diferentes actores de la organización por los servicios tercerizados.

En el presente caso, es interesante como a partir de la descentralización fue necesario el elaborar nuevas reglas de juego que articulen las diferentes racionalidades y conductas de los actores vinculados a estos procesos, en función del control de recursos relevantes para la organización.

### ***Infecciones Hospitalarias***

El Hospital ha elaborado normas sobre infecciones hospitalarias. Con respecto a esto, se planteó el problema de servicios que tenían elevados índices de infecciones y se decidió armar círculos de calidad para detectar a que se debían y que respuestas se podían dar. Estos círculos funcionan como el ámbito donde se articulan las diferentes racionalidades de los actores (empleados, profesionales), para contribuir a identificar causas y establecer un proyecto colectivo para la reducción de las infecciones hospitalarias.

### ***Historias Clínicas***

Como ya se ha mencionado, el Hospital posee una Comisión de Historia Clínicas, donde se hace el control y auditoría de las Historias Clínicas. El Ministerio no tiene ninguna norma con respecto a las historias clínicas, el Hospital desarrolló un sistema propio de historia clínica única que se está informatizando. No obstante algunos servicios llevan registros propios. Estos registros los llevan por alguna inquietud de los médicos o jefes de servicios o en virtud de la realización de algún trabajo de investigación que estén realizando. El hospital implementa un instrumento para el

proceso de evaluación de historias clínicas

| CONCEPTO                       | DISCRIMINACION Y PUNTAJE  |                           |                               |                   |
|--------------------------------|---|---------------------------|-------------------------------|-------------------|
|                                | Completa<br>10  | Imcompleta<br>5           | Ausente<br>-10                | Inadecuada<br>-15 |
| <b>HISTORIA CLINICA</b>        |   |                           |                               |                   |
| <b>ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO</b> | ADECUADOS<br>15   | INADECUADOS<br>-10        | INSUFICIENTES<br>-15          |                   |
| <b>TRATAMIENTO</b>             | ADECUADO<br><br>EFFECTIVO<br>NO EFFECTIVO<br>30                      15 | INADECUADO<br><br><br>-15 | CONTRAINDICADO<br><br><br>-30 |                   |
| <b>RESULTADOS</b>              | Deseado<br>15   |                           | No Deseado                    |                   |
|                                | Evitable<br>-15   |                           | No Evitables<br>0             |                   |
| <b>COMPLICACIÓN</b>            | Ninguna<br>10   | No Evitable<br>0          | Evitables<br>-15              |                   |
| <b>DÍAS DE ESTADA</b>          | Adecuados<br>10   | Excesivos<br>-15          | Insuficientes                 |                   |
|                                | Justificados<br>10  |                           | Injustificados<br>-10         |                   |
| <b>ACEPTACIÓN</b>              | CONFORME<br>10  | CON CRITICAS<br>-5        | INACEPTABLE<br>-15            |                   |

**Estándares:**

100/85 PUNTOS: BUENOS

84/56 Puntos: OBSERVABLE

55 Y MENOS: INADECUADAS

Podemos observar, que lo que aportó la descentralización es un estímulo, para que los actores de la Organización hospitalaria, comiencen a desarrollar sus propios procesos y elaboren las reglas de juego para el funcionamiento de los mismos. Esto trajo como consecuencia la reingeniería y la tipificación o estandarización de las actividades vinculadas a:

- **Admisión y Egresos,**
  - Otorgamiento de Turnos
  - Detección de los Pacientes con Obra Social
  
- **Auditoría médica**
  - Informes diarios a las Obras Sociales correspondientes
  - Control de Historias Clínicas.
  
- **Facturación**

Resulta interesante que la estandarización y mejora de estos procesos y el desarrollo de sistemas de información, generó que la organización fuera desarrollando una visión con respecto a la necesidad de medir la eficiencia del Hospital. Es en este marco, que en 1993 el Hospital en función de considerar la Ley de Descentralización, comienza a observar si esta en condiciones de autofinanciarse.

La preocupación por la obtención de recursos genuinos llevó al Centro Decisorio junto a la **tecnoeestructura** a observar la eficiencia del hospital, utilizando como metodología la simulación de casos hipotético, en el que se factura<sup>83</sup> el 100% de sus prestaciones tanto de internación como ambulatorias. Se elaboró una estadística de los pacientes internados con su correspondiente diagnóstico, número de historia clínica, días de estada en terapia intensiva y en el Hospital. Se pide a los servicios intermedios el tipo y el número de estudios realizados a los paciente y el consumo de medicamentos con su costo estimado. De esta manera se comparan lo que se hubiese obtenido mediante la facturación a la seguridad social de los servicios producidos y con el gasto efectuado<sup>84</sup>

### **Prioridades:**

A partir de las diversas entrevistas realizadas en el hospital, se intentó observar la modalidad para la toma de las decisiones estratégicas<sup>85</sup>. Se observó la inexistencia de macro-regulaciones desde el nivel central para el Hospital. Las decisiones estratégicas y su planificación quedan restringidas al interior del Hospital.

El nivel central<sup>86</sup> está más preocupado por lo administrativo financiero y plantea como requisito que para la aprobación de ciertas inversiones: de infraestructura o equipamiento, presenten un Plan Director. De esta manera se elabora un plan, con la sola finalidad de presentarlo a las autoridades ministeriales y para obtener fondos. En otras palabras, lo que podría ser la instancia suprema de la planificación estratégica se convierte en un simple requisito

---

<sup>83</sup> La misma es realizada según el nomenclador del SAMO.

<sup>84</sup> Presupuesto provincial asignado

<sup>85</sup> Las *decisiones estratégicas* son aquellas que establecen la orientación general del hospital y su viabilidad máxima a la luz, tanto de los cambios predecibles como de los impredecibles que, en su momento, puedan ocurrir en los ámbitos que son de su interés o competencia. Estas decisiones son las que auténticamente moldean las verdaderas metas de la organización y las que contribuyen a delinear los amplios límites dentro de los cuales habrá de operar.

<sup>86</sup> Al referirse al **Nivel Central** se hace alusión a las autoridades de salud provincial.

burocrático más.

El nivel central le solicita al Hospital un Plan Director de Recursos Físicos donde se deben establecer las prioridades en cuanto a las inversiones en esta área. El mismo no se solicita en función de una macroregulación o regulación de la macrogestión sanitaria, es decir de una política que establece: cantidad de camas en la región, exceso de oferta de servicios de complejidad en la zona, ventajas comparativas que pueda tener un hospital sobre otro, cuyo objetivo es al menos poco evidente, sino como requisito burocrático. La inversión se hace en función de una racionalidad que no está expresada en el mencionado plan. No obstante el Plan Director de Recursos Físicos resulta un instrumento de planificación y concertación al interior del hospital, que se reúne en el Comité Asesor Técnico Administrativo para fijar prioridades en función de los recursos disponibles.

También se puede observar que al permanecer centralizadas las decisiones vinculadas a las inversiones y compras para el Hospital, generan un distanciamiento entre lo que se provee y las necesidades del mismo. Tal es el caso de los automotores, el Ministerio a nivel provincial compró tres ambulancias que están en muy buenas condiciones. No obstante no responden a las necesidades funcionales del Hospital, sólo posee dos choferes. Se plantea que el requerimiento originario era de dos ambulancias y un automóvil común, debido que por la posición geográfica del Hospital, en relación al Ministerio y a la Capital, muchas veces hay que hacer comisiones y las autoridades tienen que recurrir a las ambulancias, porque no tienen otro medio de transporte disponible.

Resulta de interés, observar la situación vinculada al equipamiento informático. El hospital no sólo tiene que pedir autorización para cada compra al Ministerio de Salud Provincial, sino que también debe elevar sus prioridades para evaluación del Ministerio de Gobierno, quien dictamina al respecto. El procedimiento impone que las prioridades fijadas por el Hospital sean filtradas o modificadas en función de actores de afuera de la organización.

A lo largo de todas las entrevistas realizadas y del análisis de documentos del Hospital se pone de manifiesto el clima de participación que surge en cada servicio y en relación con el Centro Decisorio.

### **La articulación del Centro Decisorio**

Los Comités coordinan actividades con las distintas unidades organizativas del Hospital y de esta articulación surgirá la estrategia deliberada de la organización. La misma surge del

mesocontexto de la política general y sectorial y de la formulación de intenciones y acciones para avanzar a su realización. En este sentido, estaría implícita la idea que en el interior del hospital existen diversas racionalidades, diferentes visiones de los grupos de trabajadores, profesionales. Son estos Comités los ámbitos que contribuyen a potencializar la comunicación, permiten considerar la distribución de poder en la organización, permiten la negociación entre los diferentes actores y contribuyen a la construcción de un proyecto colectivo.

La descentralización constituyó una oportunidad para que el hospital desarrolle sus propias normas y reglas de funcionamiento, estableciendo una dinámica para fijar prioridades y permitiendo optimizar el modelo de gestión.

Resulta de interés, en cuanto a la fijación de prioridades la política, comercial<sup>87</sup>. El Hospital desarrollo una política de venta de servicios participando desde 1993 en el consorcio UPI 61 para la atención de 43.000 afiliados del INSSJP<sup>88</sup>, en red con los hospitales Eva Perón, Ramón Carrillo, Magdalena V. de Martínez, Ramón V. de Cordero, Antonio Cetrángolo, Diego Thomson e instituciones privadas: Hospital Sirio Libanés, Corporación Médica de San Martín, Oftalmed y otros. Esto genero el aumento de la productividad tecnológica, económica y social en las áreas de Consultorios Externos e Internación y mejora de la competitividad.

El Hospital tiene competitividad para vender servicios de cirugía vascular de emergencia. No obstante, si bien esto es una prioridad para el Centro Decisorio, las dificultades de la actividad comercial surgen de la modalidad de facturación. Los servicios que se venden no se traducen en un incentivo monetario para los cirujanos, esto hace que no resulte una prioridad para el grupo de profesionales.

El Consejo Asesor Técnico Administrativo (CATA) resulta el ámbito de negociación donde se fijan las prioridades con Jefes de Departamentos o de Servicios. Frente a la insuficiencia de los recursos del presupuesto de la Provincia para el Hospital, el CATA resulta el ámbito donde se negocia el presupuesto al interior del Hospital. Esto ha generado que los Jefes de servicio se interioricen de la dinámica económico financiera de la institución.

En lo referente a la relación con la comunidad y a la Comisión Asesora, resulta una

---

<sup>87</sup> El desarrollo de una política comercial es una prioridad que solo puede ser desarrollada gracias a la los artículos 10º y 11º de la Ley descentralización que platea la posibilidad de percibir el cobro por servicios a empresas, entidades civiles, etc.

<sup>88</sup> Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Es la entidad de la seguridad social que cubre a Jubilados y Pensionados.

prioridad para el Hospital. Esto se puede constatar a partir de la asignación de recursos, en relación a estas. El Servicio de Medicina Preventiva surgió con la finalidad articular la relación con estas instancias. Otro indicador que demuestra como el Modelo de Gestión prioriza la participación y la relación con la comunidad, lo constituye el hecho que presta su infraestructura para las reuniones de la Comisión Asesora. En la planificación de las decisiones para el hospital, se plantea la idea de construir una sala para que esta Comisión funcione.

En la actualidad la Comisión Asesora recibe el asesoramiento permanente de un médico generalista, y dos asistentes sociales: la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva y una residente.

La reunión mensual en el ámbito del Hospital de la Red Inter-institucional e Inter-sectorial, que reúne a profesionales de alrededor de 25 escuelas primarias, Centros de Salud, Juzgados de Menores, Entidades Intermedias de dependencias gubernamental y no gubernamental (ONG's) nacionales y provinciales y/o municipales, privadas y eclesiásticas del área de influencia hospitalaria, constituye otra prioridad para la relación con el entorno, tal como lo manifiestan los actores entrevistados y la asignación de recurso humano que apoya esta instancia.

La relación con el entorno constituye una prioridad que se puede evidenciar por lo señalado y en virtud de que en la formación de los residentes del hospital se pone énfasis en la periferia o ambiente donde está inserta la organización.

### ***Estructura:***

La política de descentralización habilitó al hospital para que apruebe su propia estructura organizativa, lo que permitió una nueva configuración organizacional.

Como ya se ha observado en la nueva estructura organizativa, a la clásica disposición vertical de agrupamiento por especialidad, se le superpuso una modalidad de organización horizontal en función de los procesos vinculados a los cuidados necesarios en virtud de la gravedad del pacientes.

La visión compartida por los entrevistados, señala que la actual configuración organizativa está más cercana de la matricial que de la clásica configuración en forma de peine que caracteriza a las organizaciones burocráticas profesionales, y que:

- *Aumenta la accesibilidad al hospital, al terminar con los feudos personales de los jefes de*

*servicio (integración interfuncional).*

- *Se evita la paradoja de que, un paciente con una patología traumatológica (por ejemplo) no se interna por estar la sala de la especialidad completa mientras, otra tiene camas libres.*
- *En este sistema prima el principio que la cama es del primero que concurre en su demanda.*
- *Se hace más flexible la utilización de los recursos, adaptándolos en forma rápida y eficaz a las cambiantes necesidades que se puedan plantear en la comunidad, que es la destinataria última de nuestros esfuerzos, es la que demanda pero también aporta los recursos. A manera de ejemplo se señala que en el área de programa un centro asistencial materno infantil debió cerrar sus puertas por un problema interno, ante la llamada telefónica del Director de dicha Institución, en el término de 1 hora se transformó una sala de Cuidados Intermedios en Maternidad, dando efectiva respuesta a la demanda inesperada; difícil resulta imaginar transformar en el sistema clásico de organización, una sala de traumatología en maternidad, aún habiendo camas libres.*
- *En caso de catástrofes o desastres que alteran la capacidad natural de respuesta de un efector, resulta mucho más sencillo la adaptación del hospital a la emergencia por contar ya con sectores predeterminados, personal y equipamiento adecuado para atender las distintas complejidades, siendo sólo necesario habilitar un sector para pacientes graves no recuperables.*
- *La estructura organizativa vigente estimula el trabajo en equipo y una mayor atención en la confección y uso de la historia clínica, con actualizaciones y supervisión diaria, redundando en un aumento de la calidad de atención. Hay un aprovechamiento intensivo del trabajo profesional específico y el impacto de un buen jefe de servicio puede ser mayor, allí donde determinados pacientes se apartan de los cuidados médicos habituales.*
- *Este modelo plantea un aprovechamiento más racional e intensivo de los recursos de enfermería, ya que con poco personal bien entrenado se puede atender un importante sector de cuidados mínimos, mientras se destina el resto de personal al cuidado de pacientes que más lo necesitan; es decir se regula la energía asistencial en relación a los requerimientos de atención.*
- *El paciente es visto como un todo bio, psico, social, reconoce a un equipo médico de cabecera, lo que hace que se sienta más seguro.*

- *Se favorece el uso adecuado de la tecnología, conveniente, necesaria y suficiente a través de una apropiada redistribución interna.*

El Hospital ha fomentado el desarrollo de la estructura informal de la organización por medio de la constitución de diversas **task forces** o grupos de trabajo creados coyunturalmente para solucionar problemas contingenciales. El desarrollo de esta modalidad de trabajo incorporó no sólo a los trabajadores profesionales y no profesionales del hospital, sino también a la participación de la comunidad, lo que generó que las acciones vinculadas al funcionamiento organizacional no fueran patrimonio exclusivo de la tecnoestructura.

### **Cultura e Incentivos:**

Como se mencionó en el capítulo 1, existen varios aspectos que motivan a los actores a participar en una organización. Los primeros mencionados son aquellos que inducen al sujeto a moverse en función de consecuencias que espera alcanzar debido a la reacción del entorno, como es la remuneración (salario) que su trabajo producirá<sup>89</sup>, esto configura un primer grupo de incentivos, que se refieren a lo económico.

### **Económicos**

La ley del SAMO permite la constitución de un Fondo Provincial de Salud, ayudando a una mejor distribución y mayores controles. El 50% de lo facturado a las entidades de la Seguridad Social a través del SAMO<sup>90</sup>, se distribuye en forma de incentivos al personal. El resto en un fondo de redistribución e inversiones. La existencia de este incentivo parecería ser un elemento importante para modelar conductas y premiar al personal hacia los objetivos del Hospital. En la práctica, se incorpora como un derecho salarial adquirido y nadie relaciona al mismo con algún aporte de los actores individual a la eficiencia o eficacia del Hospital.

---

<sup>89</sup> Esta forma de concebir la motivación está vinculada a una visión pesimista del hombre. Parte de suponer que los trabajadores, de cualquier nivel, son esencialmente holgazanes y que es necesario diseñar sistemas de compensación que les muevan a ejecutar acciones que de otra manera no realizarían.

<sup>90</sup> Según datos del Programa de Investigaciones en Economía de la Salud de la Provincia de Buenos Aires, la facturación manifiesta una relación directamente proporcional con el nivel de desarrollo económico del área geográfica en donde el hospital este localizado. La aplicación del mecanismo de subsidio a la demanda puede introducir nuevas inequidades en el financiamiento de los servicios de salud, cuando el mismo no es acompañado por el desarrollo de un seguro provincial que de cobertura a los indigentes.

La imposibilidad del Hospital en cuanto la posibilidad de establecer una política salarial o de no poseer recursos propios para establecer una política de incentivos constituye un debilidad para el desarrollo de este tipo de incentivos.

## **No Económicos**

A partir de las entrevistas a los diferentes actores del hospital y del análisis de documentos, se destaca que el Hospital ha desarrollado una cultura a partir del *liderazgo*, destacando la influencia, la persuasión y negociación entre el Centro Decisorio y los Jefes de Servicio y estos con el restos de profesionales y recursos humanos. Una de las variables que influye al desarrollo de esta cultura es el ser un Hospital Asociado Universitario, que contribuye a la formación de recursos humanos y es en la formación de los residentes que los mismos van incorporando la mencionada cultura.

El hospital viene implementando a partir de 1985, una visión del Hospital como Empresa de Servicios, capacitando y transmitiendo al personal las nociones de las diversas variables que interaccionan en su gestión<sup>91</sup>. En la implementación de esta visión estableció diferentes etapas evolutivas:

1. *Cambio en la Cultural Organizacional.*
2. *Gerencia Participativa*
3. *Reestructuración de Sistemas de Premios y Salarios.*
4. *Promoción de Equipos de Trabajo Autogerenciados.*

La Ley de descentralización, es percibida por los actores del Hospital, como una oportunidad para que mediante la transferencia efectiva de funciones administrativas, manejo presupuestario y capacidad de decisión sobre la asignación de recursos, se busque mayor transparencia y eficiencia en la administración del Hospital.

La Ley de descentralización promulgada en 1991, constituyó la base para el despegue, en el cual los diferentes actores del ambiente interno del hospital, comienzan a participar para dotar al Hospital de un marco normativo de funcionamiento. En virtud de esta dinámica participativa, se comienzan a elaborar los reglamentos internos de funcionamiento del Consejo de Administración, surge y se reglamentan los diferentes Comités (CATA, Comité de Docencia e Investigación,

---

<sup>91</sup> Ver HOSPITAL ZONAL DE AGUDOS GRAL: MANUEL BELGRANO. 1994. Publicación elaborada para el Premio Nacional de la Calidad. Villa Zagala. Partido de San Martín. Provincia de Buenos Aires. Pags 29-34

Comité de Auditoría de Historias Clínicas, Comité de Infecciones y Profilaxis, Comité de Farmacia y Terapéutica, Comité de Tumores, Comité de Ética y Relaciones Laborales, Comité de Farmacia, Comité de Gestión de Calidad), favoreciendo la motivación del personal.

Las tareas de desarrollar el marco normativo de funcionamiento del Hospital Descentralizado, fueron acompañadas por actividades vinculadas a la capacitación y al desarrollo de carreras orientadas en dos sentidos:

- I. Por un lado capacitar al personal e involucrarlo en relación a la visión desarrollada. Se realizaron diferentes actividades de capacitación en: informática; Idiomas; Expresión Corporal; Clases de Pensamiento Grupal; Charlas y talleres de Planificación Estratégica y Participativa, Psicología Social y Desempeño de roles; Cursos de Calidad en Emergentología para el Servicio de Enfermería, El hospital como Organización Compleja, Gestión de Calidad en el Sector Público.

Es importante destacar, que en muchos de estos cursos también se invitó a participar a los integrantes de la Comisión Asesora, de manera que interactuaban miembros del Centro Operativo con representantes de la Comunidad.

- II. La motivación del personal capacitado facilitó una actitud participativa, lo que posibilitó la descentralización de la toma de decisiones y establecer criterios de responsabilidad por el mérito de los agentes y por sus aportes a la organización. Esto se tradujo en un incentivo para los actores del hospital, en la medida que veían reconocidos sus aportes en la estructura formal de la organización.

En cuanto al desarrollo de un sistema de **motivación social**, que englobe los reconocimientos de tipo agradecimiento, amistad, status, etc., se instituye el “Día del Médico” y se instaura un sistema de incentivos<sup>92</sup> tipo torneo, donde se destaca a un profesional elegido por consenso, en mérito a su trayectoria dentro de la institución.

La fluida relación que se desarrolla con la comunidad a partir de la formalización de la

---

<sup>92</sup> Existen diversas maneras de clasificar a los incentivos. Puede distinguírseles cuando se apoyan en acciones *grupales* o *individuales*; cuando su aplicación es *globalizada* (el incentivo se otorga a todo el personal de la organización), *focalizada* (el incentivo se aplica a un determinado sector o conjunto de sectores), o ***selectiva proponiendo torneos (el incentivo se aplica discrecionalmente a determinados actores claves)***. También puede distinguírse a los incentivos de acuerdo con su finalidad, esto es, con aquello que se pretende incentivar. Ver TOBAR, F. & TOBAR, S. (1996). *Incentivos a la Productividad para Hospitales Provinciales*. En Encuentro Nacional de Hospitales. Fundación Isalud. Buenos Aires

Comisión Asesora, generó el reconocimiento de diversos premios al Hospital. Este reconocimiento social a la institución se extiende al Centro Operativo como incentivo constituyendo un **círculo virtuoso**.

### ***Ambiente Externo:***

En virtud de caracterizar el área donde esta inserta el Hospital, corresponde señalar que el mismo está ubicado en la localidad de Villa Zagala, Partido de San Martín, Provincia de Buenos Aires, con un área programática posee alrededor de 200.000 habitantes y está ubicada en una zona de aproximadamente unos 40Km<sup>2</sup>, distante a 1,5 Km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los Municipios de San Martín y Vicente López.

La mayor demanda del hospital provienen de sus proximidad geográfica, o “zona periférica” conformada por las cinco cuadras colindantes al mismo que albergan alrededor de 38.00 personas, de las cuales 10.000 son niños.

El 90% de estos barrios se encuentran en situación de pobreza estructural, observandose como sus principales problemas: la desnutrición, parasitosis, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, así como la falta de posibilidades de inserción laboral y violencia en formas variadas conforman el cuadro de situación de estos barrios.

Para analizar la relación con el contexto se planteó el siguiente interrogante:

#### **♦ ¿Cómo se relaciona el Hospital con el Medio a partir de la Ley de Descentralización?**

El hospital venía desarrollando desde 1985, una política de “Hospital de Puertas Abiertas a la Comunidad”, esto se tradujo en la caracterización de las *necesidades coyunturales del cliente externo del área de influencia hospitalaria*<sup>93</sup>.

En el contexto de esta política se crea el “Comité de Educación para la Salud”, que tenía como finalidad el *asesoramiento y la ejecución de programas y actividades comunitarias*.

La primera etapa, en cuanto a la relación con el entorno del hospital, la denominan **Creación de la Demanda**, en función de la difusión, gestación, ejecución y acompañamiento de

---

<sup>93</sup> HOSPITAL ZONAL DE AGUDOS GRAL: MANUEL BELGRANO. 1994. Publicación elaborada para el Premio Nacional de la Calidad. Op.Cit. pags 14-16.

procesos. Se le otorga mucha importancia a la atención de la salud desde la prevención hacia y en forma conjunta con la comunidad, desde donde se plantearon espacios de capacitación, de creación y fortalecimiento de las organizaciones barriales para el conocimiento de las necesidades comunitarias<sup>94</sup>.

Posteriormente, en 1991, esta primera experiencia sirvió de enlace para que a partir de la Ley de Descentralización Hospitalaria y la incorporación de otras entidades barriales a la labor, se pudiera trabajar en función de otro ingrediente del proyecto: “LA ORGANIZACION DE LA OFERTA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL”. La Comisión Asesora surge entonces como consecuencia de la creación de la ley de descentralización 11.072: “NUESTRO HOSPITAL”.

Esta ley plantea en su artículo séptimo:

*“La conformación de una Comisión Asesora”, como órgano asesor del “Consejo de Administración” instancia de máxima decisión de las políticas socio-sanitarias de la institución del cual depende orgánicamente la Dirección Ejecutiva del Hospital, esto implicó la designación de un Representante Comunitario en el Consejo de Administración que participa junto con un representante por los profesionales, otro por los no profesionales y cuatro representantes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.*

### **Conclusiones del Capítulo III:**

Del análisis de la normativa y de las entrevistas realizadas podemos concluir que la Ley de descentralización de la Provincia de Buenos Aires, constituyó una oportunidad para que el Hospital Manuel Belgrano, formule nuevas reglas de juego para el funcionamiento de la institución. En este sentido podemos resaltar que las características del modelo de gestión del hospital, no solo con la política de descentralización sino en estrecha relación con los ambientes internos y externos de la organización.

Por otro lado, la definición de la misión “al por mayor” supone una política que apunta a dar autonomía a cada hospital sin plantea una integración y complementariedad con los demás hospitales y sistema de salud.

En el Cuadro XII, a manera conclusiva se esquematiza la pregunta realizada al comienzo del capítulo, apuntando a dar respuestas a partir de cada uno de los componentes señalados del

---

<sup>94</sup> Para esto se desarrollaron dos estrategias; 1) la atención por demanda espontánea en la misma geografía de la comunidad a partir del Comité de Educación para la Salud y de la Residencia de Medicina General, y 2) la de capacitación a través de tres cursos formadores de agentes de salud (acciones del áreas periférica ) y un curso de socorrista.

modelo de gestión.

**Cuadro XII: ¿Como se Comporta el Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano con respecto a la Descentralización?**

| <b>Componente del Modelo de Gestión</b> | <b>En función de la Ley</b> | <b>En función de los Factores Endógenos</b> |
|---|-----------------------------|---|
| Misión                                  | <i>Alta Redefinición</i>    | <i>Alta Redefinición</i>                    |
| Funciones                               | <i>Sin Redefinición</i>     | <i>Alta Redefinición</i>                    |
| Actividades-Proceso                     | <i>Sin Redefinición</i>     | <i>Alta Redefinición</i>                    |
| Prioridades                             | <i>Redefinición Media</i>   | <i>Alta Redefinición</i>                    |
| Estructura                              | <i>Alta Redefinición</i>    | <i>Alta Redefinición</i>                    |
| Incentivos-Cultura                      | <i>Sin Redefinición (1)</i> | <i>Alta Redefinición</i>                    |
| Ambiente Externo                        | <i>Alta Redefinición</i>    | <i>Alta Redefinición</i>                    |

**Observaciones:**

- (1) En cuanto a los incentivos económicos del SAMO, no son considerados porque resultan anteriores a la Ley N°11.072.

Se puede observar, en el caso del Hospital Manuel Belgrano, que la institución moldea la política, en tanto las normas y procedimientos típicos, que constituyen el modelo de gestión de la organización. La institución influencia los resultados de la política en la medida que modela un modelo de gestión, la identidad y cultura de la organización y señala estrategias para los actores.

El modelo de gestión del hospital es influenciado por la historia, independientemente de otros factores que puedan condicionar a su forma, como la política de descentralización. Se puede observar que el modelo de gestión del hospital incorpora trayectorias: lo que ocurre antes (mismo que haya sido de cierto modo accidental) condiciona lo que ocurre después.

Si las reglas de juego, actividades y procesos típicos de un modelo de gestión hospitalar se formulan en manera centralizada, se quitan oportunidades para la planificación concertada y el involucramiento de todos los actores del hospital. Si ese fuera el caso sólo se acentuaría la modalidad de desconcentración de los servicios de salud, en otras palabras, lo que podría ser la instancia suprema de la planificación concertada se convierte en un simple pre-requisito burocrático más.



## **Capítulo IV:**

### **¿Cómo se Comporta el Hospital Zonal de Agudos Gral Manuel Belgrano con respecto a la Participación?**

En el presente capítulo se analiza la participación en el Hospital bajo estudio, utilizando como fuentes de datos la reglamentación existente, la observación participante, y relatos de los miembros de la Comisión Asesora, para observar su modelo de gestión.

#### ***La Comisión Asesora del Hospital Manuel Belgrano***

Como se ha señalado en el capítulo referente a descentralización, en virtud de la Ley provincial 11.072/91, se crea el Consejo de Administración, el cual estará formado por cuatro consejeros designados por el Ministerios de Salud, uno por los profesionales, uno por los no profesionales y un representante por la comunidad usuaria, elegido por consenso mayoritario de los representantes de los barrios y de las instituciones de la comunidad. La mencionada Ley, también plantea la creación de una Comisión Asesora, integrada por representantes de la Comunidad y como organismo asesor del Consejo de Administración.

La participación de la Comunidad en el Consejo de Administración es por medio de un representante de la Comunidad elegido por votación entre la Comisión Asesora, que involucra a los representantes del nivel político sectorial, el de la burocracia profesional, el de los trabajadores no profesionales y de la comunidad, a través de esta última.

En la Comisión Asesora se observa una modalidad más participativa, ya que no se establece límites en cuanto número de representantes, e incluso puede incorporar a representantes de otras instituciones de la Comunidad.

#### ***Antecedentes de la Creación de la Comisión Asesora***

Como ya se ha mencionado se parte del supuesto<sup>95</sup> que las instituciones moldean las política y que influyen los resultados, dando forma a la identidad, y a las estrategias de los actores y que a la vez, las instituciones son moldeadas por la historia. En virtud de esto, es necesario considerar los antecedentes de la creación de esta Comisión.

---

<sup>95</sup> Los ***supuestos básicos subyacentes*** son acompañantes silenciosos de la tarea del investigador.

Desde 1985, las autoridades del Hospital vienen abriendo las puertas de la organización a la Comunidad, como se manifiesta a través de la organización y ejecución de programas y actividades comunitarias con el objetivo de la apropiación de los usuarios de la idea de la *salud como un derecho de la comunidad*<sup>96</sup>. De esta manera la comunidad pasó a ser un eje central en las decisiones de la programación hospitalaria.

Como ya se ha mencionado, podemos identificar dos etapas:

- I. La primera, tendiente a la caracterización de la demanda, pero se podría decir, que hasta se crea en función de la difusión, gestación, ejecución y acompañamiento del proceso; se plantea la importancia de la atención de la salud y por medio de la capacitación se comienza a incorporar a la comunidad con un rol activo.

En esta etapa se utilizan dos estrategias:

- \* la atención por demanda espontánea en los mismos barrios de la comunidad. En esto tiene protagonismo el Comité de Educación para la Salud y la Residencia de Medicina General; y
- \* la de capacitación por medio de cursos formadores de agentes de salud (acciones periféricas) y un curso de socorrista.

En esta primera etapa, el hospital tomó contacto con los representantes del Barrio las Flores (Valdez), San Ignacio de Loyola (Pelusa) y Villa Concepción (Ada Millán, actual representante de la Comunidad en el Consejo de Administración). Luego se sumó la Caja de Ayuda Mutua. Posteriormente, en 1989, comienza a participar la Cooperativa de Vivienda y Esfuerzo Propio.

El hospital les ofrece a las organizaciones comunales, la oportunidad de hacer reuniones en el edificio dándole apoyo para sus actividades.

- II. La segunda etapa constituyó la “**organización de la oferta de los Servicios de Salud intra y extrahospitalarios**”.

En esta etapa :

- el Comité de Educación para la Salud se convierte en Sala de Medicina Preventiva;

---

96 Hospital Zonal de Agudos M. Belgrano. 1994. Sistematización de la participación comunitaria. Departamento de Medicina Preventiva. Villa Zagala. Partido de San Martín. Mimeo.

- se crea la Red inter-institucional e Inter-sectorial; y
- la **Comisión Asesora** formada por organizaciones barriales.

Hemos destacado en el capítulo anterior como el hospital incorporó una dinámica participativa, a partir del trabajo en los diferentes Comités, desarrollando un sistema de incentivos de reconocimiento social y sobre la base del liderazgo. Esta característica fue determinada en buena manera por la actitud impulsada desde el centro decisorio de liderar una actitud hacia la comunidad.

En función de los antecedentes y a la luz de la experiencia relevada se construyó una tipología donde se ubica el hospital en función de la actitud de la Comunidad y del Centro Decisorio. La misma se expone en el Cuadro XIII, a continuación:

**Cuadro XIII: Influencia de la Actitud de la Comunidad y del Centro Decisorio**

| <b>Actitud del Centro Decisorio</b> | <b>Actitud de la Comunidad</b> | <b>Participación</b>  |
|-------------------------------------|--------------------------------|---|
| <b>Cerrada</b>                      | <b>Cerrada</b>                 | <i>Hospital organizado bajo la modalidad Burocrática Tradicional: con un modo rígido de organizar el trabajo por funciones o especialización, que puede plantear problemas de coordinación y atribución de responsabilidades dado que en el Centro Operativo: cada individuo efectúa una pequeña parte del trabajo en función de sus intereses, de las normas inherentes a su grupo o especialidad profesional sin prestar demasiada atención al paciente-usuario.<br/>Cuando el ambiente de la organización es cambiante el Hospital es más sensible al conflicto.</i> |
| <b>Cerrada</b>                      | <b>Abierta</b>                 | <i>Es el caso de ciertas participaciones voluntarias, donde hay miembros de la comunidad que ayudan en ciertas tareas de la actividad hospitalaria. Este tipo de participación tiene que ver más con apoyo a la organización interna cercana a la prosumisión<sup>97</sup>.<br/>También puede ser el caso en los cuales la comunidad se moviliza por sus necesidades y demandas en salud y estas no entran en agenda de políticas del hospital.</i>   |
| <b>Abierta</b>                      | <b>Cerrada</b>                 | <i>En este caso la participación se manifiesta a partir de que la comunidad sólo participa en forma pasiva contestando encuestas de satisfacción o aportando datos sobre necesidades o preferencias.</i>  |

<sup>97</sup> Un **prosumidor** es el consumidor de un servicio público que a la vez es proveedor. Un ejemplo de esto lo constituyen aquellos miembros de la comunidad haciendo trabajo voluntario brindando cuidados a los paciente de un hospital donde ellos mismo concurren.

|                |                |  |
|----------------|----------------|--|
| <b>Abierta</b> | <b>Abierta</b> | <b><i>Este, es el caso del Belgrano, donde el Centro Decisorio a partir de la Decentralización promueve un arreglo institucional que permite las decisiones conjuntas.</i></b> |
|----------------|----------------|--|

**Fuente:** Adaptación propia de ARAGON SANCHEZ, Antonio. 1998. La Participación de los Empleados en la Empresa. Op. Cit. Pags47.

### ***La Misión de la Comisión Asesora***

El Carácter de **Asesora** de la mencionada Comisión nos permitiría ubicarla, dentro de lo que hemos denominado en el Capitulo I, como **tecnoestructura**, o aquel grupo de personas que prestan servicios a la organización actuando sobre las tareas o actividades del **Centro Operativo**. Esto ya está definiendo en cierta manera la misión de la mencionada Comisión.

Se ha realizado el análisis del reglamento de la Comisión Asesora, donde se fija como su misión:

- ❖ Hacer llegar al Hospital las inquietudes de la Comunidad en lo concerniente a la problemática del ámbito de la salud, a través de los representantes de las instituciones;
- ❖ Intentar buscar alternativas de solución a los problemas planteados;
- ❖ Compenetrarse del funcionamiento del Hospital;
- ❖ Apoyar al Hospital en los programas que se proponga realizar en su área programática.

Considerar la **misión** de la Comisión nos remite a los resultados o productos finales a que apunta la organización (productos o servicios que ofrece a la Comunidad), en esta podemos mencionar que hay un fuerte componente situacional, en la medida que ésta no está definida de manera cerrada, sino que es redefinida en función de los recortes problemáticos de la realidad hecha por los actores, en función del ambiente.

### ***Funciones***

Hacer equivale a funcionar y para esto es necesario algún modelo de división del trabajo. En la Comisión Asesora esto se lleva a cabo por medio de la organización en SubComisiones o grupos, que articulan su participación en función de alguna actividad específica.

En el transcurso de las reuniones observadas se pudo constatar que algunas se hallan más consolidadas o con una trayectoria o duración más permanente que otras.

Una de las Subcomisiones que se encuentra muy consolidada es la de Prensa. La misma viene trabajando hace bastante tiempo con un producto final bien tangible como es su revista. Resulta interesante, que por las particularidades en cuanto a la organización de esta Subcomisión, la misma planteaba la idea de establecer a la vez ciertas reglas o reglamento interno. Motivaba lo mismo, el hecho que los miembros, procuran donación de papel u otros insumos, administran fondos provenientes de publicidad vendida a los comerciantes de la zona periférica del hospital y otras particularidades de la organización de la revista (establecer el procedimiento de consulta permanente de las notas al Centro Operativo: Médicos o Autoridades del Hospital).

La posibilidad de conflictos vinculados al manejo de dinero, la especificidad o racionalidad propia de la tarea impone la necesidad de los integrantes de esta sub-comisión de normatizar o reglas de juego que orienten la participación. No obstante, en la medida que estos procesos surgen customizados o a la medida de la organización y surgen de las mismas prácticas de relación entre los mismos no contribuyen a hacer más rígida o a la burocratización de la organización, sino que contribuyen al mejor funcionamiento.

Si bien la Sub-Comisión puede tener autonomía para plantear la necesidad de sus reglamento, las mismas fueron sometidas a la dinámica democrática, requiriendo consideración de la Comisión Asesora en su conjunto.

El resto de las Sub-Comisiones en que se divide el trabajo surgen situacionalmente o a partir de los problemas que son identificados como tales por la Comisión Asesora y como estrategia para la resolución de los mismos.

La Sub-Comisión de Mesa de Entradas y Admisiones se encuentra una vez por mes con la Jefa de la Oficina de Admisiones y le da un informe de las Novedades.

### **Representatividad**

De acuerdo al artículo 7º de la Reglamentación de la Ley 11.072, la Comisión Asesora estará integrada como mínimo por cinco miembros correspondientes a instituciones educacionales, fabriles, bancarias, comerciales, gremiales, deportivo sociales y de servicios representativos de la comunidad.

La Comisión Asesora ha instituído una serie de reglas de juego que operan como requisito para ser representante de las instituciones o bien de los barrios. En el caso de las instituciones, los

representante para participar de las sesiones deberán contar con el aval escrito de la institución de origen. En el caso de los representantes de los barrios, deberán contar con el aval de la asociación de fomento o de lo contrario de por lo menos 30 vecinos. Estos avales deberán presentarse año a año, para evidenciar la representatividad. Se ha destacado esta modalidad más cercana de la democracia participativa, por el hecho de no encontrarse cerrada la cantidad de representantes, sino que se pide como requisito, lo arriba mencionado.

En cuanto a las obligaciones de los representantes son las siguientes:

- Asistir a las reuniones de la Comisión Asesora
- Reunirse periódicamente al grupo que representa a fin de:
  - ❖ Tomar inquietudes del grupo que representa
  - ❖ Transmitir la información de lo resuelto por la Comisión Asesora

La intensidad de la participación, es medida por la frecuencia en que misma se reúne, alcanza un ciclo periódico semanal. La mencionada intensidad, no quita que para motivos particulares, entre los que podemos mencionar las distintas sub-comisiones, tengan que reunirse en otras oportunidades. Una de las principales características que podemos mencionar en cuanto a la participación en la Comisión Asesora, que implica el compromiso voluntario de trabajo y tiempo de los representantes de la comunidad. En virtud de esta observación, la intensidad de la participación en buena parte está determinada por la cantidad de personas que se encuentren participando en la comisión que es variable (Ver Representatividad)

Si bien las sesiones de la Comisión Asesora tienen formalmente una regularidad de una vez por semana, los participantes deben involucrarse desarrollar actividades que exceden un encuentro semanal. La función de viabilizar las demandas de la comunidad al Hospital y viceversa, implica un activo compromiso al cual se dedica mucho tiempo y esfuerzo. Esto pone también limitaciones, ya que para el desempeño de algunos de los cargos, como por ejemplo el de “representante de la comunidad”, se debe participar en muchas reuniones, implica una dedicación casi de tiempo exclusivo, siendo un limitante para personas que además tienen que trabajar.

### **Actividades:**

Según el reglamento de la Comisión Asesora, el trabajo esta organizado de tal manera que cada actor asume un conjunto de actividades que se encuentran más o menos establecidas por el reglamento de la Comisión.

Los diferentes integrantes de la Comunidad que participan de la Comisión Asesora, eligen la elección de un representante de la Comunidad ante el **Centro Decisorio**: Consejo de Administración del Hospital.

Las obligaciones del representante de la Comunidad son (artículo 18):

- û *Representar las decisiones tomadas por la Comisión Asesora.*
- û *Transmitir dichas decisiones al Consejo de Administración*
- û *Durante la sesión en el Consejo de Administración ejercer el poder otorgado por la Comisión Asesora.*
- û *Devolver la información de lo planteado y resuelto en el ámbito del Consejo de Administración al de la Comisión Asesora.*
- û *En el caso de que no cumpliera con los punto anteriores citados, podrá ser sancionado por la Comisión Asesora.*

La Comisión Asesora tiene el deber de respaldar el actuar del Representante Comunitario, en el caso de renuncia, nombrar al sucesor y ampliar la convocatoria a otras instituciones del área programática.

El reglamento de la Comisión Asesora prevé mecanismos de control del *Representante de la Comunidad*, apuntando a evitar los comportamientos oportunistas por medio de un *Adscripto*. Este participa junto al representante de la Comunidad, controlando en cierta manera al representante de la comunidad, consensuando los informes que este realiza ante la Comisión Asesora.

Otra de las tareas que se encuentra formalizada es la del *Secretario Técnico*, que es el responsable de los archivos y de coordinar las diferentes Sub-Comisiones de la Comisión Asesora. Su tarea está vinculada con la planificación de actividades de la Comisión.

La realización de las reuniones de la Comisión, dá origen a la actividad de un *Coordinador*. El mismo es la autoridad máxima durante las sesiones de la Comisión Asesora, en cuanto a la modulación y disciplina.

Para visualizar las actividades que realiza la Comisión Asesora se ha desarrollado una matriz donde se exponen los principales problemas tratados y la decisión o estrategia adoptada por los actores, posteriormente se realiza una tematización de la misma.

**Cuadro XIV: Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano. Matriz de Problemas Tratados y Decisiones y Estrategias Adoptadas. Agosto- Noviembre de 1998**

| Problema  | Decisión-Estrategia   | Tematización  |
|---|---|---|
| <p>Se plantean problemas para que los afiliados del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados puedan acceder a los servicios del Hospital.<br/>No los atienden.<br/>Viejitos que quieren ser atendidos y quieren incluso pagar el bono contribución, cuando van a pedir el turno salta en el Sistema que son de PAMI y no los pueden atender porque pertenecen a otra gerenciadora.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Comisión decide conseguir información sobre Obras Sociales y su relación con el Sistema de Facturación del Hospital</li> <li>• La Comisión tratará de investigar cuanto paga por nomenclador PAMI la consulta y cuanto sale el bono contribución.</li> <li>• Aparentemente si no autoriza el médico de cabecera, el hospital no puede facturar la consulta.</li> <li>• La Comisión decide como estrategia convocar al médico auditor del Hospital para que dé una charla explicativa de que ocurre con el PAMI y con las Obras Sociales.</li> </ul> | <p>Accesibilidad</p>  |
| <p>Se presenta ante la Comisión Asesora el caso de una Organización de jóvenes, llamada Bangú, que viene trabajando para la comunidad con los chicos. Se reúnen el día del niño y en otras ocasiones y le dan chocolate y juegan con los niños.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se plantea el reconocimiento social a partir de la publicación de una nota en la revista de la Comisión Asesora.</li> <li>• Se ofrece a la Organización de Jóvenes información sobre ventajas de sacar personería jurídica e información que los puede ayudar a su institucionalización su accionar.</li> </ul>  | <p>Incentivo Social a otras Organizaciones Comunitarias</p> |
| <p>Diversos Jubilados y personas fueron atendidas mal en el hospital</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se plantea como estrategia que las personas eleven una carta a la Comisión Asesora para que la representante de la Comunidad pueda exponer el caso ante el Consejo de Administración</li> <li>• Se decide invitar a la responsable de la mesa de entradas (admisión) para que dé información</li> </ul>  | <p>Accesibilidad y Calidad de Atención</p>                  |

| <b>Problema</b>   | <b>Decisión-Estrategia</b>   | <b>Tematización</b>                                      |
|---|--|--|
| <p>Se plantea la situación del servicio de Tocoginecología donde permanentemente hay muchas personas en la sala de espera. Este servicio está organizado en función de los diferentes procedimientos y su posibilidad de cobrar bonos y se encuentra disperso en diferentes lugares del hospital. Los pacientes se pierden, se cansan y se van. Al estar repartido en diversos sectores, se disuelven las responsabilidades sobre el servicio</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se plantea investigar los recursos humanos con los que cuenta el servicio.</li> <li>• Se decide la constitución de una Subcomisión que investigue el tema e intente mejorar el servicio.</li> <li>• Se plantea invitar a la Comisión a la Jefa del servicio para que informe sobre el mismo.</li> </ul>   | <p>Problemas Organizativos de Servicios del Hospital</p> |
| <p>Se expone el problema que un Programa de un canal de televisión realizó una colecta llamada de "Corazón-Corazón". La Comunidad colaboró y la Producción (Canal 9) no aportó los recursos recaudados al Hospital. El Canal 9 fue vendido y el dinero desapareció y nunca llegó al Hospital.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se decide pedir información al Consejo de Administración, para ver si se firmó algún convenio de autorización de la Colecta.</li> <li>• Se decide pedir información al Asesor Legal del Hospital, para ver caminos a seguir.</li> <li>• Se decide esperar la información de las otras dos instancias para hacer denuncias ante los medios de Comunicación.</li> </ul> | <p>Malversación de Fondos</p>                            |
| <p>En virtud de la experiencia de una de las integrantes en la Asociación de Lucha Contra la Obesidad (ALCO), se fundamenta la idea hacer grupos de Alimentación Sana dictada por los propios miembros de la Comisión y Ayuda del Hospital.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se decide consultar a un cardiólogo y un endocrinólogo del Hospital.</li> <li>• Se consiguió apoyo de nutricionistas del hospital que participarán.</li> </ul>  | <p>Prevención<br/>Prosumo</p>                            |

| Problema   | Decisión-Estrategia   | Tematización   |
|--|---|--|
| <p>Se presenta el caso de la existencia de ciertos barrios donde hay alrededor de 300 personas-niños que no están vacunadas. Los mismos no han tenido acceso a la vacunación por barreras de tipo económicas (dinero para el pasaje) sociales (tienen varios hijos y no tienen con quien dejar algunos)</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se decide hacer un relevamiento de la población aproximada.</li> <li>• Frente a la magnitud de la población se decide eventual campaña de vacunación.</li> <li>• Se comunica que cualquier representante del barrio puede hacer una campaña de vacunación si cuenta con el lugar .</li> <li>• Se presenta la información que la municipalidad ofrece dos enfermeras y las vacunas si el barrio consigue un lugar para realizar la campaña.</li> <li>• Los médicos generalistas harán relevamiento de personas sin vacunar.</li> <li>• En función de la población se decidirá estrategia.</li> <li>•</li> </ul> | <p>Prevención-Inmunización</p> <p>Accesibilidad</p>                |
| <p>Se observa que por las construcción de de monoblock,, hay gran densidad poblacional. En virtud a esto se plantea la ampliación del n número de representantes por monoblock ante la Comisión.</p> <p>Se expone que cuando comenzó la Comisión Asesora, todos querían participar porque creían que obtendrían algún provecho individual o partidario.</p> <p>Luego se decantó naturalmente</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En virtud de los expuesto se decide ampliar la participacióna todos si cumplen con sus obligaciones ante sus representados.</li> <li>• La situación motiva la renovación del procediiento de pedido de avales para la representación ante la Comisión</li> </ul>   | <p>Representatividad-Organización Interna de la misma Comisión</p> |
| <p>Se invitó a la Comisión Asesora al Encuentro Nacional de Hospitales y que la Fundación ISALUD, beca a tres personas dando pasajes y estadías.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asisten tres representantes de la comisión.</li> <li>• Los representantes trasmiten y exponen la experiencia del Encuentro.</li> <li>• Se mencionan las posturas o puntos de vistas expuestos en el encuentro.</li> </ul>  | <p>Capacitación Interna-reconocimiento social</p>                  |

| <b>Problema</b>   | <b>Decisión-Estrategia</b>  | <b>Tematización</b>  |
|---|---|--|
| <p>Una Fundación ofrece un mamógrafo de última generación para el Hospital, cuyas prestaciones estarían a un precio menor que el de mercado.</p> <p>Se plantea la posibilidad de tener un cupo de mamografía para la población de las áreas periféricas del Belgrano.</p> <p>Se discute si este cupo es abierto a todos o si es solo para los barrios e instituciones, que estén representados en la Comisión</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se arma una SubComisión del Mamógrafo.</li> <li>• Se informa que los sin cargo son sólo el 30% de las prácticas que se realicen.</li> <li>• Se decide adoptar un procedimiento para los “sin cargo”</li> <li>• Se plantea que en virtud de las asimetrías de la información, el médico es el que tiene que autorizar o indicar la mamografía en función de la Historia Clínica y Social del paciente solicitando o derivando a la Subcomisión.</li> <li>• La Su Comisión e deberá estar en las salas de espera, para captar y orientar a la población y eventualmente otorgar el beneficio de los “sin cargo”</li> <li>• Se llega a la conclusión que el mamógrafo, en cuanto a los “sin cargo” debe estar reservado para la emergencia social.</li> </ul> | <p>Accesibilidad</p> <p>Privatización</p>                              |
| <p>Ausencia de fondos que posibiliten el pago de pasaje o traslado de los representantes de la Comisión frente a cualquier trámite</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se decide hacer una rifa, con el compromiso que todos los integrantes tienen que vender alguna.</li> </ul>   | <p>Organización Interna de la Comisión- Pre-requisitos Funcionales</p> |
| <p>Se plantea que la revista tiene lugar para la información de los barrios o de los eventos que realicen.</p> <p>Se observa que la revista debe mejorar la comunicación entre el barrio y el hospital.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se decide que cada número de la revista hará incapié en algún barrio en particular.</li> <li>• Los comerciantes de los barrios pueden anunciar publicidad.</li> <li>• Se invita a las Asociaciones del Barrio que quieran presentar alguna nota ante la revista.</li> </ul>  | <p>Relación con el Ambiente</p>  |
| <p>En virtud de los problemas con el PAMI, se había invitado al médico auditor del Hospital.</p> <p>El Auditor del hospital, además de informar de lo específico, dio charla informativa sobre las Obras Sociales y del funcionamiento general del Hospital.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Comisión Asesora tomó conocimiento de la situación del PAMI y de las Obras Sociales.</li> <li>• Se decide hacer resumen para publicar en la revista y que toda la comunidad se informe.</li> </ul>  | <p>Informativa</p>   |

| Problema   | Decisión-Estrategia  | Tematización  |
|--|--|---|
| Interrupción del servicio de vigilancia policial.<br>Facilidad de ingreso a partes del Hospital (obstetricia)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pide información al Consejo</li> <li>• Se decide invitar al Jefe de Seguridad para presentar a la Comisión Asesora y que cuente su accionar.</li> </ul>  | Control de Gestión del Hospital                               |
| Existencia de perros sueltos en la calle sin dueños.<br><br>Ofrecimiento de Asociación para campaña de castración.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se decide hacer relevamiento de animales.</li> <li>• Se solicitan datos de Asociación.</li> <li>• Se procurará lugar para hacer campaña.</li> <li>• Se establece la necesidad de los insumos:</li> </ul>  | Prevención  |
| Necesidad de rendimiento de fondos del tesorero y por licencias justificadas y ausencia del tesorero.<br><br>Necesidad de cuenta bancaria , como la Comisión Asesora no tiene personería jurídica, no puede sacar cuenta bancaria.               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El tesorero realiza la rendición de fondos y le paga a integrantes de la Comisión que cubrieron gastos de su propio peculio</li> <li>• La Comisión Asesora al no tener personería jurídica no puede sacar cuenta bancaria.</li> <li>• Se trata de conseguir mayor información al respecto.</li> </ul>   | Control de Gestión de la propia Comisión-organización interna |
| Se plantea que en las diferenes sub-comisiones, se están quedando sin gente y siempre son los mismos para todo.<br>Como resultado los representantes de la Comisión se comprometen a hacer cosas y luego no dan abasto con sus responsabilidades | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se decide que la trabajadora social del área de medicina preventiva, recorra conjuntamente con representantes de la Comisión Asesora los barrios, para hablar con la gente.</li> <li>• Invitar a los residentes de medicina general para que conozcan los barrios.</li> <li>• Mejorar la relación entre los representantes y los barrios.</li> <li>• Elaborar estrategias para las instituciones, relevar necesidades y trabajar juntos.</li> </ul> | Información y Crecimiento                                     |

| Problema  | Decisión-Estrategia   | Tematización   |
|---|---|--|
| <p>Existen dificultades con las Historias Clínicas de la Mesa de Entrada en relación a la disponibilidad de las mismas en los Centro de Salud.</p> <p>Se observa que los pacientes cambian los nombres o apellidos, lo que generan duplicación de las historias clínicas.</p> <p>Si en el mismo día un paciente saca turno en dos servicios, la Historia Clínica queda en el primer servicio.</p> <p>Hacen doble control todos los días número por número</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se reúne la Subcomisión de Mesa de entradas con la Jefa o responsable.</li> <li>• Se pidió información</li> <li>• Se establece modalidad de reunirse mensualmente con la mencionada funcionaria</li> <li>• Se avala el pedido de la responsable de colocar lapiz optico para la lectura de las historias clínicas.</li> <li>• Se pide que los centros de Salud estén conectados en red con el hospital.</li> <li>• Se avala el pedido de que los centros de salud agregen los nombre paternos y maternos.</li> </ul>                             | <p>Accesibilidad<br/>Control de Gestión</p>                        |
| <p>Realización de un encuentro de Comisiones Asesoras de los Hospitales de la región sanitaria o cercanías.</p> <p>Detección de Hospitales donde el Funcionamiento es formal pero no real o de otras características en relación a la del Belgrano. En donde las autoridades contestan que "...si lo dispone la Ley ellos lo tienen.."</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se decide investigar los hospitales que cuentan con Comisión Asesora para invitarlos a realizar un Encuentro.</li> <li>• Se visita otros Hospitales entrando en contacto con las Comisiones y se vé modalidad de trabajo.</li> <li>• Se compromete a otras comisiones a asistir al encuentro.</li> <li>• Se selecciona posibles personalidades a invitar al encuentro.</li> <li>• Se plantea que las autoridades del hospital se co-responsabilicen del Encuentro, en virtud que es la Comisión Asesora del hospital Manuel Belgrano.</li> </ul> | <p>Información, Crecimiento<br/>y Relación con el<br/>Ambiente</p> |
| <p>Frente a los problemas de disenso o conflictos personales se suceden reiteradas discusiones</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se plantea que lo institucional marca el límite de lo individual, para pasarse a hablar del grupo.</li> <li>• El disenso tiene la función pedagógica y la Comisión va perdiendo el miedo al disenso.</li> </ul>  | <p>Capacitación para la<br/>convivencia democrática</p>            |
| <p>Frente a diversos problemas se ausenta la Secretaria de Actas.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se decide que las viejas secretarias de actas junto con el apoyo de Medicina Preventiva dé capacite al respecto.</li> </ul>  | <p>Capacitación Interna</p>  |

Se pudo observar, que se encuentran instituidas ciertas reglas de juego que permanecen presentes durante el sesionar de la Comisión:

- ◆ *En cada sesión se los representantes deben aprobar el acta de la sesión anterior...y... que deberá contar con la mayoría de votos(artículo 8).*
- ◆ *Se deberá someter a consideración el Orden del día con los temas propuestos en la sesión... Se podrá discutir entre los representantes ...(artículo 9)*
- ◆ *Se deberá elaborar la orden del día confeccionando una lista de oradores. La discusión tendrá carácter de debate libre, pudiéndose anotarse los representantes en forma sucesiva las veces que deseen. (artículo 10)*
- ◆ *Agotado el debate se votará... (artículo 11)*
- ◆ *Se evitará en todo momento todo tipo de agresiones... (artículo 13)*

A través del análisis de las atribuciones y deberes que se establecen por medio del reglamento y de la participación mediante la observación participante de las sesiones de la Comisión Asesora, se constató el compromiso de los actores en el desempeño de los mencionados puestos. Inclusive el desempeño de los mismos impone el desarrollo de la negociación permanente en el marco de las reglas mencionadas.

La democracia se presenta determinando todas las reglas de juego:

1. Permite a todos los integrantes de la Comisión el desempeño de los diferentes cargos.
2. Plantea la necesidad del consenso como mecanismo para todas las decisiones
3. Esta abierta y sujeta a la participación de nuevos representantes de los barrios o de las instituciones de la Comunidad.
4. El protagonismo de los actores es tan grande que se llegan a desarrollar actividades que involucran a los propios miembros como prosumidores, en el sentido que producen servicios que a la vez son destinatarios de los mismos.

#### **Información: El Principal Insumo para el Modelo de Gestión de la Participación.**

Existe un proceso<sup>98</sup> que se encuentra instituido para el funcionamiento de la Comisión Asesora, que resulta de las asimetrías de información que puedan tener los mismos en relación a la burocracia profesional. Para ilustrar como se realiza el mismo, se expone el caso del **Servicio**

---

<sup>98</sup> En el Capítulo I se ha definido a un proceso como una serie de actividades desarrolladas en una secuencia lógica o predeterminada que se vinculan entre sí para transformar insumos en productos.

**de Pediatría:**

**Problema Identificado: Servicio de Pediatría**

Un miembro de la Comisión recorriendo los pasillos del Hospital observa el mencionado caso, identificando como problema la existencia de largas filas de usuarios pacientes en las salas de espera.

Frente a esta situación, la Comisión Asesora, invita a su sesión al Jefe del Servicio, para que informe los recursos humanos con los que cuenta.

El Jefe del Servicio, informa que tiene 7 profesionales con designaciones de 35 horas semanales.

La Comisión Asesora, pregunta porque si se dispone de 7 profesionales, había sólo 2 médicos atendiendo la demanda de Consultorios Externos.

El Jefe del Servicio, informa que los médicos trabajan realizando guardias (plantón) de 24 horas y otro día, cumplen una jornada de 7 horas.

Frente a la información recibida del Jefe de Servicio de Pediatría, la Comisión Asesora, toma dos estrategias:

Invita a los médicos del Servicio de Pediatría para informarles su inquietud sobre las largas filas en sala de espera. Mediante este mecanismo involucra al Centro Operativo y lo sensibiliza frente a su problemática.

Decide plantear en el ámbito del Consejo de Administración, el problema del Servicio de Pediatría, sirviéndose de las informaciones provistas por los profesionales del servicio en cuestión.

El Consejo de Administración, frente a la situación planteada por la representante de la Comunidad, informa que el Director ya ha pedido fondos para reemplazos, numerosas veces, a las autoridades del Ministerio de Salud Provincial y que no han respondido a sus demandas. En virtud de la situación expuesta, el Centro Decisorio del Hospital, a través del Director del Hospital decide reiterar la demanda a las autoridades del Ministerio de la Provincia.

En función de la información provista por los diferentes actores mencionados, la Comisión

Asesora, decide pedir una entrevista a las autoridades del Ministerio de Salud Provincial, para solicitar información de cómo se encuentra el trámite, en virtud del pedido realizado por el Director del Hospital. El Ministro de Salud de la Provincia, frente a la demanda de la Comunidad, autorizó fondos (de reemplazo) para la contratación de dos médicos más.

Del caso presentado, como de la observación participante de las reuniones de la Comisión Asesora, surge que el proceso de pedir **información**, invitando a los responsables del servicio o sector involucrado en algún problema identificado es el proceso central, o eje, del modelo de gestión de la participación. En el Cuadro XV se han esquematizado las dos principales funciones de la información para la participación.

**Cuadro XV: Funciones de la Información para el Modelo de Participación en la Gestión**

| Función            |   |
|--------------------|---|
| <b>Información</b> | 1. Por un lado, permite el <b>control de gestión</b> <sup>99</sup> del Hospital.  |
|                    | 2. Por otro lado, plantea una <b>función pedagógica</b> , en la cual los miembros de la Comisión Asesora, se van interiorizando y aprenden la racionalidad implícita en la organización hospitalar. |

Dentro de este contexto, la funcionalidad de la representatividad de los miembros de la Comisión Asesora, es planteada en términos reales, en cuanto su capacidad de transmitir información del hospital a la comunidad y viceversa.

### **Prioridades**

Se ha mencionado que la organización puede transitar distintos caminos para alcanzar su misión. La prioridad fundamental que permite alcanzar la misión, es obtener información sobre la problemática sobre la cual se quiere actuar. La información permite que los actores de la Comunidad, se posicionen frente a la situación y definan prioridades para la acción.

Como principales temas tratados en las sesiones de la Comisión Asesora, se observaron los siguientes:

---

<sup>99</sup> Se reitera que el concepto de control de gestión que se utiliza se refiere, tal como se ha definido en el Capítulo I, al conjunto de procedimientos o mecanismos orientados a verificar que las decisiones tomadas por cada responsable, área o fase de la producción resulten adecuados a determinados patrones de eficiencia o eficacia.

- I. Barreras de Acceso al Hospital o a algún servicio
- II. Problemas y mejoramiento interno del Hospital
- III. Educación Sanitaria: Prevención, Prosumo
- IV. Control de Recursos Recaudados para el Hospital
- V. Problemas de la propia organización interna de la Comisión Asesora.
- VI. Relación con el medio ambiente: la misma comunidad y otras instituciones de ella.

En función del análisis de las órdenes del día de las sesiones observadas, se puede identificar el grado de intervención<sup>100</sup> de la Comisión Asesora, consignándolo en orden de importancia:

- Accesibilidad
- Problemas de Organización Interna del Hospital
- Organización interna de la propia Comisión Asesora
- Relación con otras Instituciones del Medio Ambiente
- Educación Sanitaria: Prevención, Prosumo
- Control de Recursos Recaudados para el Hospital

Como se consigna en el cuadro, los problemas de **accesibilidad** son a menudo planteados en la Comisión, estos consisten en atención poco satisfactoria en la guardia o servicio de emergencia del Hospital, problemas de acceso de jubilados y pensionados que por ser beneficiarios del Instituto de Servicios Sociales de Jubilados y Pensionados (PAMI), y sus recientes modificaciones, el Hospital tiene problemas de facturarles a dicha entidad de la seguridad social, problemas de accesibilidad a la vacunación de vecinos de ciertos barrios por tener barreras<sup>101</sup> económicas y sociales para asistir al hospital

Los **problemas de organización interna** del Hospital, a veces están asociados con el tema anterior y se refieren servicios que se encuentran organizados según una lógica burocrático profesional y la división en sectores para su atención no resultando prácticos o funcionales para el usuario-paciente. También se observa una modalidad instituída de control de gestión del Sector de Admisión y Egresos. El diario ambular por las instalaciones del Hospital, por parte de los miembros de la Comisión que son usuarios del Hospital, resignifican permanentemente la afluencia

---

<sup>100</sup> Es necesario destacar que la variable analizada, en realidad no es **grado de intervención**, sino más bien la intensidad que los temas han aparecido y sido tratados en el ámbito de la Comisión Asesora.

<sup>101</sup> Representantes de la comunidad expresan la existencia de madres con hijos sin vacunar por falta de dinero para el boleto de colectivo para asistir al Hospital o por tener varios chiquitos y no tener con quien dejar a los otros

de este tipo de problema.

Los problemas atinentes al **funcionamiento interno de la Comisión Asesora**, aparecen permanentemente y con mucha intensidad en las sesiones observadas. La incorporación permanente de ciertas reglas de juego de la Comisión, como la elaboración de la orden del día en la sesión, la necesidad de elaborar las actas y de contar con el conocimiento necesario para las mismas, la firma de actas, insume bastante tiempo. La rotatividad de estas tareas, plantea una socialización progresiva, mediante la cual los miembros de la Comisión van iniciándose y comprometiéndose poco para la acción.

En relación a los temas con un grado de intervención intermedio, la **relación con el ambiente**, se observó a través de las sesiones, que se presentan casos de otros grupos o instituciones de la Comunidad en el ámbito de la Comisión Asesora. Dicha presentación funciona de manera de dar un reconocimiento social a su labor e incluso, los mismos integrantes de la Comisión, le transfieren información sobre formas institucionales que benefician su accionar. También se observó como estrategia en relación al medio ambiente, salidas a los distintos barrios de la zona periférica al Hospital, de una representante de la Comisión, una asistente social y los residentes de medicina general. Se ha clasificado el grado de intervención como intermedio, porque si bien esta estrategia incorpora a la Comisión Asesora, resulta de una iniciativa propiciada por el área de Medicina Preventiva

La **educación sanitaria** aparece siempre como un tema derivado de los problemas de accesibilidad. Por ejemplo: como el servicio de Odontología del Hospital no da cuenta de la demanda de asistencia y necesidades de prótesis de la comunidad, se plantea la idea de desarrollar acciones preventivas en cuanto a los cuidados de la salud bucal. Otra de las características que se observa es que como producto de la acción informativa y educativa del sesionar de la Comisión Asesora, se comienza a tomar conciencia de otros factores que influyen la salud y que no son sólo los propios servicios. Dicha consideración, generó un grupo de autoayuda, donde los propios miembros de la comunidad desarrollan actividades de prosumo de alimentación sana. En estas actividades incorporan la supervisión de los profesionales del hospital.

En relación a los temas que recibe casi poco o ningún grado de intervención, se puede observar el **Control Recursos Recaudados para el Hospital**. La Comisión Asesora, no interviene preocupada por el estado financiero del Hospital, porque para esto desarrolla sus actividades una Asociación Cooperadora, que como su nombre lo indica coopera con el Hospital. No obstante, debido a que un Programa de Televisión utilizó el Hospital para hacer una colecta, los miembros de la Comisión Asesora, se manifestaron seriamente interesados en virtud que la

Comunidad colaboró y los fondos nunca llegaron a la institución.

La participación de la Comisión Asesora es permanentemente patrocinada y tutelada desde el Hospital. Tal situación lo manifiesta el hecho que la misma cuenta con dos asistentes sociales y un médico generalista que permanente asisten a las sesiones. La participación tutelada es funcional para que la comunidad se convierta en un medio para maximizar las acciones de la institución. Sin embargo, esta participación esta muy subordinada a la apertura del Centro Decisorio y el Centro Operativo. Si el objetivo es la autogestión, que supone una forma más independiente y autónoma de participación, esta tendría que ser un tema por lo menos mencionado por los actores en cuestión.

Del análisis de la observación de las sesiones de la Comisión Asesora, las **decisiones tomadas**, que se consideraron más importantes fueron:

- Mediante el pedido de una entrevista con el Ministro de Salud de la Provincia, se consiguió el nombramiento de mas médicos en el servicio de pediatría.
- Se consiguió que a partir del Mamógrafo cuyo servicio está terciarizado, la Comisión Asesora, tenga un cupo de 30% de prestaciones sin cargo para la comunidad.
- Se decidió realizar un relevamiento sobre las necesidades odontológicas de la población, para impulsar Programa, en donde los estudiantes de odontología tomen impresiones y un mecánico dental provea las prótesis a un precio menor a la comunidad.
- Se decidió crear un Ciclo de Alimentación Sana, realizado por las miembros de la Comisión y con la ayuda de profesionales del Hospital.
- Se decidió Desarrollar un encuentro de las distintas Comisiones Asesoras de los hospitales de la Zona Sanitaria V.
- Se pidió al Consejo de Administración información para viabilizar la iniciación de una acción legal por colecta realizada por la Televisión en beneficio del Hospital y que desaparecen los responsables y los fondos.

## ***Estructura***

La estructura de la Comisión Asesora esta formalizada a través de investir de responsabilidad a algunos de sus puesto claves. Se ha mencionado las atribuciones del responsable de la Comunidad, Adscripto, y otros. Estos serían los casos en donde sus actividades se han tipificado o estandarizados en cuanto su modalidad en el proceso de participación.

En la interacción de los distintos integrantes de la Comisión Asesora y realización de tareas se fue dando un mecanismo de coordinación por ajuste mutuo, luego se intenta por medio del reglamento estandarizar la actividad de algunos de sus miembros en el desarrollo de algunos **puestos**<sup>102</sup> dentro de la Comisión. En función de esta consideración, podemos observar a la estructura de la Comisión Asesora integrada por:

1. Las distintas Subcomisiones que conformarían las unidades organizativas
2. Un sistema inter-conectado de puestos.

El tercer componente, ya se ha mencionado cuando se hablo de las actividades o procesos de la Comisión.

## ***Cultura e Incentivos***

El principal incentivo que reciben los representantes de la comunidad es la posibilidad de franquear posibles barreras de accesibilidad al hospital para los barrios o comunidad que representan.

La principal motivación de los que integran la Comisión Asesora esta relacionado con objetivos éticos o del bienestar de la comunidad. La participación en este ámbito posee gran valor para sus participantes, dándoles identidad a los mismos. Los principales valores que se desarrollan en el grupo, están referidos a la comunidad y como potenciar o maximizar las acciones que se realizan en el hospital para que tengan mejor impacto en la calidad de vida de la comunidad.

La importancia estratégica de la información plantea un incentivo permanente de crecimiento personal o de mayor capacitación para entender al hospital. Esto ha despertado el interés de los representantes de los barrios en la participación de diversos cursos que se realizan

---

<sup>102</sup> El concepto de puesto es entendido como un espacio reconocido de responsabilidad y envestido de autoridad.

en el Hospital. Esto genere una externalidad positiva, debido a que al mismo tiempo que se capacitan, la interacción con otros actores del hospital, les franquea barreras en el futuro para obtener mayor información.

La importancia que la Cultura de la Comisión le otorga a la Educación, Capacitación hizo que varios de los integrantes retomaran su educación formal tanto primarias como secundarias.

La circulación de información sobre el funcionamiento del Hospital y sobre la salud en general, suscita interesantes discusiones en el ámbito de las reuniones de la Comisión cuestionando un componente del modelo de gestión del Hospital; su misión. Como se evidenció en la situación observada en relación a una Campaña de Vacunación. La existencia de población infantil sin vacunar, generó la movilización de la Comisión Asesora para su cobertura. Esto dió origen a un debate sobre el cual era la misión estratégica del hospital y si el mismo debía o no realizar atención primaria de la salud, o si esto era función de la municipalidad y los Centros periféricos de Salud.

Desde el Centro Decisorio, se propició la idea de dar una tarjeta credenciando a la población de la zona periférica del Hospital y de esta manera intentar aumentar la accesibilidad al hospital de la Comunidad . Si bien la Comisión repartió la credencial<sup>103</sup>, algunos representantes barriales se manifestaron en contra. Esto se fundamentaba en la idea que el Hospital no tenía que haber incentivos selectivos y que se alteraba el criterio de universalidad que tiene que tener un hospital público.

Recientemente, la terciarización del servicio de un mamografo de última generación, cuyas prácticas son aranceladas, generó la idea de beneficiar a los usuarios de los barrios que estaban representandos en la Comisión Asesora, con un cupo del 30% sin cargo sobre el total de las prácticas realizadas. Esto podría ser interpretado como un mecanismo mediante el cual se quiere premiar o incentivar la participación de la Comunidad y podría dar lugar a incorporar nuevos actores de barrios que no se hallan representandos.

En cuanto a incentivos económicos, cabe senalar que los representantes ante la Comisión Asesora no reciben ningún tipo remuneración. La escasez de recursos económicos configura una situación que limita muchas veces el accionar de la Comisión. Todo tipo de movilización de los

---

<sup>103</sup> En una entrevista realizada con la representante comunitaria, la misma manifestó que cuando le dieron tarjetas para identificar a la población de la zona periférica, ella las distribuía indistintamente a todas las personas, no sólo de su barrio, porque *todos tienen que tener derecho a ser bien atendidos en el hospital.*

miembros de la Comisión es cubierta de su propio bolsillo. No obstante, el Centro Decisorio, trata de disponer o facilitar recursos para esta, en la medida que puede.

La intensidad de la participación en lo referido a puestos como el de representante de la comunidad, que tiene que participar en diversas instancias con un alto grado de responsabilidad, podría originar el cuestionamiento acerca de si este debía recibir o no, una remuneración<sup>104</sup>. Se juzga más apropiado un mecanismo de incentivos que amplíe la participación de la comunidad mediante algún beneficio al conjunto que una apropiación de un beneficio particular.

### **Ambiente**

En relación al punto anterior, la revista de la Comisión Asesora constituye un importante mecanismo de incentivo de reconocimiento social y vinculación con el medio ambiente interno y externo del Hospital.

La revista focaliza cada número en un barrio y ofrece un espacio a determinados sectores del hospital o servicio para elaborar los artículos. Esto permite fortalecer la relación con los distintos actores de la comunidad y del hospital.

En relación con el ambiente externo, el ámbito de la Comisión Asesora permite tanto el reconocimiento como incentivos, así como la transferencia de cierto modelo de gestión a otras instituciones de la Comunidad. Tales es el caso de una organización de jóvenes, llamada "**Bangú**", que trabaja para los chicos de la comunidad en recreación y dando una merienda a los mismos. Frente a la presentación de la nueva institución barrial, la Comisión Asesora, decide:

1. Pedir información a los vecinos del barrio donde viene trabajando.
2. Ofrecerles a la institución información sobre las ventajas de la forma jurídico legal más apropiada para formalizar en mayor medida su accionar.
3. Se le dá un incentivo de reconocimiento social, realizando una nota en la revista.

Se puede considerar que la presentación de estas instituciones en el ámbito de la Comisión Asesora, genera un pre-requisito en cuanto hacerlas más **accountables**<sup>105</sup> y le impone

---

<sup>104</sup> La Ley de Descentralización Hospitalaria implementada en la Provincia de Santa Fé estipula una retribución para el representante de la Comunidad ante el Consejo de Administración.

<sup>105</sup> Este concepto proviene del término **accountability** de difícil traducción para el español, en textos de Pzeworski, A. es traducido como **Responsivos**. Stokes (1995), plantea que un gobierno es **responsivo**, en la medida que actúan en defensa de los principales intereses de los ciudadanos, mas específicamente si escoge políticas que una asamblea de ciudadanos, tan informados como el Estado, escogería por votación mayoritaria, sobre los mismos condicionantes

un mecanismo de control social sobre su actividad.

El modelo de gestión de la Comisión Asesora se encuentra sobre determinado por el medio ambiente, ya que esta surge a partir de él. En sus actividades se observa como se nutre permanentemente de los **inputs** del medio ambiente: de los conocimientos o problemáticas de la Comunidad y los reconvierte en acciones para su resolución. Esto implica que se va desarrollando una concepción más ampliada de salud, no restringida a la **no enfermedad**, sino asociadas al ambiente y a la calidad de vida.

Un caso observado que ilustra esta concepción ampliada de salud lo ilustra el siguiente caso observado:

1. Un representante barrial observa la existencia de numerosos perros sin dueño en la calle.
2. En virtud de esta situación, se consigue información que tanto la municipalidad como una Organización no gubernamental, ofrecen la posibilidad de una campaña de castración de los animales sueltos.
3. Un representante barrial se compromete a conseguir la información de que recursos son necesarios para realizar una campaña de castración y vacunación.
4. En virtud de la información, distintos representantes barriales ofrecen la posibilidad de realizar en sus casas la atención de los animales.

En relación al **medio ambiente interno** del Hospital, se observó que los principales problemas organizativos que la Comisión detecta, surgen en los servicios especializados. El modelo de atención flexneriano tradicional que hace hincapié en la hiperespecialización desarrolla su racionalidad de forma de organizar los servicios o las consultas en virtud del interés profesional. Esta racionalidad choca o pierde de vista al usuario paciente, por lo que a veces surgen problemas cuando los representantes de la Comunidad le solicitan información al especialista sobre su actuar.

La reputación que ha adquirido el hospital en función de su labor comunitaria, se extiende a su Centro Operativo y esto dispone o hace más permeable a los profesionales del mismo. De esta manera se configura un círculo virtuoso, disponiendo a los profesionales en relación a la comunidad y franqueando las asimetrías de información.

El hecho que el Hospital tenga una residencia en medicina general, configura profesionales

---

constitucionales.

muy receptivos para la tarea de trabajo conjunto con la comunidad. Los médicos generalistas constituyen aliados a la Comisión Asesora e incluso les transmiten y aclaran conocimientos para comprender mejor la realidad sectorial.

#### ***Conclusiones del Capítulo IV:***

Los mecanismos de participación de la comunidad, conforme a las evidencias que ofrece la Comisión Asesora tienden a aumentar el control de gestión o control de las decisiones en el Hospital, tendiendo a mejorar su calidad y oportunidad.

El Control de gestión por parte de la Comisión Asesora del Hospital, encuentra más obstáculos allí donde la burocracia profesional es más especializada y predomina esta racionalidad en mayor grado, que la del usuario-paciente.

La participación de la Comunidad sólo es posible si surgen sujetos que estén dispuestos al aprendizaje del modelo de gestión del hospital y sectoriales. En este proceso se constituye en actores capaces de construir un proyecto en común.

La dinámica participativa en la Comisión Asesora implica la interacción de los actores. En esta surgen reglas y procedimientos contruídos democráticamente que estructuran el comportamiento de dichos actores, moldeando su identidad y la estrategia.

La **información** es el insumo básico de la Comisión Asesora. Sin información no puede desenvolverse su modelo de gestión. Por tal motivo, resulta importante la actitud del Centro Decisorio y de los diferentes actores del Hospital, ya que son en muchos de los casos, quienes deben suministrarla.

Esto configuraría la principal limitación que tiene la participación en las organizaciones burocrático profesionales, limitación que es un emergente de la dependencia que se tiene de las informaciones provistas sobre las actividades que realiza la burocracia profesional o el Centro Decisorio.

Por otro lado, se ha mencionado que el modelo de gestión de los hospitales, se caracteriza por la existencia de áreas de conocimientos del centro operacional que no necesariamente son compartidas por el Centro Decisorio. La participación por medio de la

Comisión Asesora es funcional al Centro Decisorio arrojando luz en aquellas áreas de conocimiento, y permite un mecanismo de coordinación o supervisión.

## CONCLUSIONES GENERALES

En función del caso investigado se pueden formular las siguientes conclusiones:

- I. Los cambios del modelo de gestión del Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano se deben a múltiplicidad de factores. De entre ellos, la política de descentralización constituye una oportunidad para mejorar, hacer más apropiado el modelo de gestión incorporando nuevos actores, responsabilidades para la toma de decisiones y formular nuevas reglas de juego de los mismos.
- II. Los otros factores, que podemos mencionar son la trayectoria pasada del modelo de gestión y su historia que influyen en la actual y futura performance.
- III. Las normas, procedimientos y reglas necesaria es asegurar la eficacia del modelo de gestión hospitalaria, no pueden ser formulados en forma estandarizada desde el nivel central, sino que deben adecuarse (**customizados**) en cada establecimiento.
- IV. Si las normas, procedimientos y reglas destinadas a dar eficacia al modelo de gestión hospitalaria, se formulan centralizadamente, quitan oportunidades para la planificación concertada y el involucramiento de todos los actores del hospital. Esto acentuaría la modalidad de desconcentración de los servicios de salud, haciendo más rígido y burocrático el modelo de gestión hospitalar.
- V. La política de descentralización, que incorpora la participación de la comunidad en el Consejo de Administración constituye una oportunidad para incorporar una nueva racionalidad al mismo, haciendo más público, más social o más orientado a la comunidad el modelo de gestión.
- VI. Los hospitales se caracterizan porque existen dominios de conocimientos en el conjunto de la organización, que no forzosamente son compartidos por el Centro Decisorio. La participación en el modelo de gestión analizado es en buena medida tutelada por el Centro Decisorio. La participación de la comunidad por medio de las Comisiones Asesoras **publiciza** o permite mayor control de estos dominios aumentando la capacidad de supervisión del centro Decisorio del Hospital. En función de las observaciones realizadas, la participación tutelada por el Centro Decisorio, facilita la retroalimentación de información de la demanda, configurando un círculo virtuoso que optimiza el modelo de gestión del

hospital, aumentando sus certezas. De esta manera las agencias del Estado responden a objetivos de diversos grupos internos y externos, siendo su accionar el **trade off** entre los que tienen a cargo la conducción del organismo (Centro Decisorio) las restantes fuerzas y grupos potencialmente involucrados.

- VII. La participación de la comunidad es funcional para el mejoramiento del modelo de gestión, si la misma tiene suficiente acceso a la información y está interiorizada de la problemática del hospital (modelo de gestión, de atención y financiamiento).
- VIII. La participación tiene una función pedagógica ayudando a que las personas se sensibilicen y sean concientes de sus derechos y de la posibilidad de optar por algún curso de acción.
- IX. La participación convierte a los miembros de la comunidad en actores, en el sentido de sujetos que poseen algún grado de poder para satisfacer sus necesidades.
- X. La participación en el modelo de gestión es un mecanismo que puede:
- Hacer más transparente el juego de influencia entre los grupos y sectores.
  - Fortalecer la alianza entre varios actores, excluyendo o neutralizando otros,
  - Otorgar un espacio en las decisiones a grupos o sectores hasta entonces excluidos: los usuarios- pacientes.
- XI. A partir del caso seleccionado, podemos señalar que la participación en el Hospital Manuel Belgrano, posee un valor simbólico de pertenencia para sus participantes. Es a partir de la participación que los miembros de la comunidad en la Comisión Asesora. (“Yo soy de la Comisión Asesora del Hospital”).
- XII. La participación de la Comunidad se presenta como una oportunidad para la planificación promocionando:
- La circulación de información entre los diferentes actores del hospital; Centro Decisorio, Centro Operativo y la Comunidad.
  - Asegurando un buen nivel de consistencia entre las diversas iniciativas públicas.
  - Formulando objetivos, proceso que necesita ser flexible (y no rígido), permite al

hospital organizarse a nivel empresarial<sup>106</sup> y movilizar sus energías alrededor de la misma para la promoción de la salud de la comunidad.

- XIII. La participación en la Comisión Asesora del Hospital, garantiza que la necesidad sentida por la comunidad del área periférica del hospital esté presente en la toma de decisiones, así también puede maximizar los objetivos, siendo la propia comunidad **prosumidora** (productores y consumidores de servicios de salud).
- XIV. Para efectivizar la participación, la Comisión Asesora desenvuelve un modelo de gestión, que puede ser utilizado y replicado para desarrollar otros programas o acciones vinculadas a la comunidad maximizando los resultados.
- XV. La información es uno de los principales insumos para que la participación sea una oportunidad de optimización del modelo de gestión del hospital. La participación en una organización burocrático profesional (como son los hospitales) tiene pocas oportunidades de tener independencia con respecto al tutelaje del Centro decisorio o del operativo. Esto se debe a las grandes asimetrías de información que tiene la comunidad en comparación a la burocracia profesional y al el centro decisorio.
- XVI. En el caso del Hospital Manuel Belgrano, que se ha analizado, la participación parece tener ciertos requisitos para su eficacia, que no habían sido considerados por la política de descentralización, a saber:
- Centro Decisorio abierto y permeable a las necesidades e intereses de la comunidad.
  - Presencia de un equipo de profesionales de la salud que brinden apoyo técnico o logístico a la comunidad.
  - Conexión o algún grado de interacción con las organizaciones comunitarias existentes.
  - Conexión o algún grado de interacción con las organizaciones oficiales y privadas a nivel local.

---

<sup>106</sup> Entendemos como **empresa** a un conjunto de personas utilizando recursos y habilidades para un objetivo en común. Se postula que los hospitales deben ser empresas, en tanto que tienen que cumplir tres objetivos fundamentales; i) satisfacer alguna necesidad de la sociedad (tiene que hacer algo que la gente necesite o le guste, sino la empresa desaparece. ii) Debe satisfacer necesidades de sus integrantes, y iii) debe garantizar su perdurabilidad en el tiempo más allá de las personas que la integren en el presente.

- Actitud o visión de todos los actores de la organización que respete a la comunidad.
- XVII. La participación constituye una oportunidad para la comunidad si se plantea un modelo de participación en la gestión apropiado (**customizado**) para cada organización y genera deficiencias cuando se decide incorporarla mediante un modelo externo-normativo.
- XVIII. Las Comisiones Asesoras aportan cambios en el modelo de gestión del hospital que introducen impactos democratizantes sobre el padrón de procesamiento de demandas de la comunidad.

### **BIBLIOGRAFIA**

- BELMARTINO, S. Y BLOCH, (1991) *Reflexiones sobre la Participación Popular en Salud en la Argentina*. Cuadernos Médicos Sociales N°27. CESS. Rosario.
- Do ROSARIO COSTA, Nilson e MENDES RIBEIRO, José. (1996). *Políticas de Saúde e Inovação Institucional*. Río de Janeiro. ENSP.
- IVO de CARVALHO, Antonio. (1996). *Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: A Reforma Sanitaria como Reforma do Estado*. Fundacao Oswaldo CRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública. Río de Janeiro, Novembro.
- MARSHALL, T.H. (1967). *Cidadanía, Clase Social e Status*. Río de Janeiro. Zahar.

- TEXEIRA, S.M.F. (1992). *Estado sem Cidadãos*. São Paulo. Hucitec. 1992.

### Reforma del Estado

- PEREIRA, Carlos. (1997). *Em busca de um Novo Perfil Institucional do Estado Uma Revisao Crítica da Literatura Recente*. En BIB, Río de Janeiro, n 44, 2º semestre de 1997, pp.81-102.
- PRZEWORSKI, Adam. *Reforma do Estado. Responsabilidade política e intervenção econômica*. Versao revisada do trabalho preparado para a Conference in Inequality, The Welfare State and Social Values, El Escorial Spain, July 12-14

### Reforma Sectorial

- ALMEIDA, C.M. (1996). *Competição e Regulação nas Reformas Sanitarias Nos Anos 80*. Publicado en **Anais do Seminario Internacional. Tópicos Conceituais e Metodológicos da Economía da Saúde**. Org. Alicia DOMINGUEZ UGA; Sonia del VALLE. Rio de Janeiro. ABreEs.
- BARBOUR, James. (1996). *La Reforma del Sistema de Salud en el Reino Unido*. En **V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector**. Asociación de Economía de la Salud (AES). pags.: 85-96. Buenos Aires.
- CETRANGOLO, Oscar, TANONI, Enrique, REMES LENICOV, Jorge, NERI, Aldo. (1996). *La Reforma del Sistema de Salud en la Argentina*. En **V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector**. Asociación de Economía de la Salud (AES). pags.: 215-230. Buenos Aires.
- CORNFORD, Anthony. (1998). *Sistema de Salud en Gran Bretana: Reformas de la última década*. En **VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: El Futuro de las Reformas o la Reforma del Futuro**. Asociación de Economía de la Salud, (AES). Pags.: 14-16. Buenos Aires.
- FUNSALUD. (1994). *Bases Doctrinarias de la Reforma Sanitaria*. México D.F.
- GONZALEZ GARCIA, Ginés y TOBAR, Federico. (1997) *Mas Salud por el Mismo Dinero. La Reforma del Sistema de Salud en la Argentina*. Buenos Aires. Grupo Editor Latinoamericano.

Isalud. 1997.

- GONZALEZ GARCIA, Ginés. (1996). *La Reforma del Sistema de Salud en la Argentina*. En **V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector**. Asociación de Economía de la Salud (AES). pags.: 103-126. Buenos Aires.
- MAARSE, A. Hanse. (1996). *La Reforma del Sistema de Salud en Alemania y Holanda*. En **V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector**. Asociación de Economía de la Salud (AES). pags.: 47-62. Buenos Aires.
- MARTIN, José. (1996) *Cambios en la Regulación del Sistema Sanitario Español*. En **Política y Gestión Sanitaria: La Agenda Explícita**. Edit: Ricardo Meneu y Vicente Ortún Rubio. Asociación de Economía de la Salud. Barcelona.
- MEDICI, André Cezar. (1998). *Las Etapas de la Reforma en América Latina*. En **VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: El Futuro de las Reformas o la Reforma del Futuro**. Asociación de Economía de la Salud, (AES). Pags 99-111. Buenos Aires.
- MENEGUZZO. Marco. (1996). *La Reforma del Sistema de Salud en Italia*. En **V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector**. Asociación de Economía de la Salud (AES). pags.: 25-46. Buenos Aires.
- MURILLO, Carlos. (1996). *La Reforma del Sistema de Salud en España*. En **V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector**. Asociación de Economía de la Salud (AES). pags.: 71-84. Buenos Aires.
- REALE, Armando. (1998). *Reforma Argentina de Salud: Aciertos y Desaciertos*. En **VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: El Futuro de las Reformas o la Reforma del Futuro**. Asociación de Economía de la Salud, (AES). Pags 11-13. Buenos Aires.
- SOLARI, Alfredo, CARRIZOSA, Agustín, DOMINGUEZ UGA, Alicia. MIRANDA RADIC, Ernesto. (1996). *La Reforma de los Sistemas de Salud del Mercosur*. En **V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector**. Asociación de Economía de la Salud (AES). pags.: 191-214. Buenos Aires.
- TOBAR, Federico. (1998) *Cobertura de Salud y Modelo Prestador*. En **Encuentro**

**Internacional de Seguro Público de Salud.** Fundación Isalud- Provincia de Río Negro. Ediciones Isalud. Pags.: 147--156. Buenos Aires, Noviembre.

- VASALLO, Carlos, LEUCOVICH, Mónica, LIMA QUINTANA, Laura, DIAZ LEGASPE, Alberto, DIAZ MUNOZ, Ana Rita, ALVAREZ, Manuel. (1996). *La Reforma de los Sistemas de Salud en Reino Unido, España, Alemania, Italia, Holanda y Estados Unidos.* **En V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector.** Asociación de Economía de la Salud (AES). pags.: 129-146. Buenos Aires.
- VIEIRA, César. (1996). *La Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina.* **En V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector.** Asociación de Economía de la Salud (AES). pags.: 99-111. Buenos Aires.

## Hospitales

- BENGUA RENTERIA. (1998). *Tendencias en la Financiación Hospitalaria. Los Hospitales en la reforma de salud.* **En II Encuentro Nacional de Hospitales: El Hospital en la Reforma.** Buenos Aires. Ediciones Isalud. Pags.: 9-20. Buenos Aires, Mayo.
- DIAZ, LEGASPE, Alberto (1998) *Hacia un Nuevo Modelo de Gestión y Atención de los Hospitales. El hospital como una Empresa Pública Financiada a través de un Sistema de Seguro.* **En Encuentro Internacional de Seguro Público de Salud.** Fundación Isalud- Provincia de Río Negro. Ediciones Isalud. Pags.: 123-146. Buenos Aires, Noviembre.
- GRABOIS, V. & SANDOVAL, P. (1995). *Caminhos para uma nova Política Hospitalar*". **En Gestão Hospitalar- Um Desafio par o Hospital Brasileiro.** Sob direção de Castelar, Rosa María; Mordelet, Patrick, Grabois, Vistor. Cooperação Brasil- França. Editions ENSP. Rio de Janeiro, 1995
- JOLLY.D GERBAUD.Y. *Tomorrow Hospital.* SHS Working Paper 5. World Health Organization-OMS. Ginebra-Suiza.
- MORICI, Pablo. (1998). *Internación por cuidados Progresivos en el hospital Manuel Belgrano de la Provincia de Buenos Aires : Análisis de la Experiencia.* Fundación ISALUD. Proyecto de tesis para la Maestría de Servicios de Salud y Seguridad Social. Buenos Aires, Junio.

- O'DONELL, Juan Carlos.(1998). *Tendencias en Gestión Hospitalaria en América Latina*. En **II Encuentro Nacional de Hospitales: El Hospital en la Reforma**. Buenos Aires. Ediciones Isalud. Pags.: 21-23. Buenos Aires, Mayo.
- PAGANINI, José María. (1993).*Calidad y Eficiencia Hospitalaria. La Relación entre Estructura y Proceso*. Washinton. OPS-OMS.
- PAGANINI, José María.(1993). *El Hospital Público*. Trabajo presentado en el **Seminario Taller sobre El Futuro de los Hospitales en Latinoamérica**. Santiago. Chile 24 al 26 de agosto. OPS-OMS. Mimeo
- PNUD ARG 90/015. (1992). *Programa de Seguimiento y Evaluación de la Política Social de la Provincia de Buenos Aires*. Ministerio de Economía. Programa de Recuperación del Hospital Público. (Administración y Gestión Hospitalaria). La Plata, Diciembre.
- PRESSAL. (1995). *El Hospital Público de Autogestión*. Buenos Aires. Mimeo.
- REALE, Armando (1998). *El Hospital y la Reforma*. . En **II Encuentro Nacional de Hospitales: El Hospital en la Reforma**. Buenos Aires. Ediciones Isalud. Pags.: 56-65. Buenos Aires, Mayo.
- SCIANINI, Alicia, TOBAR, Federico & MACHIOLI, Gerardo. (1994). *Relevamiento del Hospital Sor María Ludovica*. PNUD ARG 90-015. La Plata. Octubre.
- SUBSECRETARIA DE PROGRAMAS PRIORITARIOS. SECRETARIA DE RECURSOS Y PROGRAMAS DE SALUD. MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL.(1996).*Hospital Público de Autogestión. Marco Conceptual, Estrategias e Instrumentos Operativos*. Buenos Aires, 1996
- TOBAR, Federico (1998). *El Concepto de Modelo de Gestión Hospitalaria*. En **II Encuentro Nacional de Hospitales: El Hospital en la Reforma**. Buenos Aires. Ediciones Isalud. Pags.: 45-50. Buenos Aires, Mayo.
- VIRGOLINI, Mario. (1995). *La Participación Social en los Servicios de Salud. Los Hospitales descentralizados de la Provincia de Buenos Aires*. Fundación ISALUD. PNUD. Programa de

Naciones Unidas para el Desarrollo Proyecto ARG/94/031. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. Programa de Seguimiento y Evaluación de la Política Social del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. La Plata , febrero.

## Gestión

- AQUINO, María Cristina. (1995). Informe Final de Consultoría presentado al Programa de Desarrollo Institucional Ambiental. AR0065/BID-Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente Humano. Buenos Aires, octubre.
- ARTMAN, E; SILVA AZEVEDO da, C. E CASTILHO CA, M. (1997). *Possibilidades de Aplicacao do Enfoque de Planejamento no Nivel Local de Saúde: Analise comparada de duas experiencias*. En **Cadernos de Saúde Pública**. Río de Janeiro, 13 (4): 723-740, out-dez 1997.
- BRAGA, Francisco.(1991) *Examinando Alternativas para la Administración de los Hospitales: Os modelos de Gestão Descentralizados e por linha de produção*. Tesis de Maestría. ENSP. Río de Janeiro, 1991.
- CABASES HITTA, Juan M. (1998). *Restricciones a los Cambios en la Gestión de los Sistemas de Salud*. En **VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: El Futuro de las Reformas o la Reforma del Futuro**. Asociación de Economía de la Salud (AES). Pags 21-24. Buenos Aires.
- CABASES HITTA, Juan M. (1998). *La Gestión de los Sistemas Nacionales de Salud. Cambios Recientes en Espana*. En **VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: El Futuro de las Reformas o la Reforma del Futuro**. Asociación de Economía de la Salud (AES). Pags 135-158. Buenos Aires.
- DASSO, Carlos & TOBAR, Sebastián. (1995). *Manual para el Diseño y Presentación de Estructuras Organizativas*. Documento para Discusión. Dirección de Diseño y Análisis Organizacional. Buenos Aires, Julio.
- FARIÑA, Oscar (1998) *Transferencia de poder de decisión y participación social*. . En **II Encuentro Nacional de Hospitales: El Hospital en la Reforma**. Buenos Aires. Ediciones Isalud. Pags.: 101-107. Buenos Aires, Mayo.
- O'DONNEL, J.C. (editor) (1995) *Administración de Servicios de Salud. I Condicionantes y*

Gestión. Buenos Aires. Fundación Universidad a Distancia “Hernandarias”

- MENDES RIBEIRO, José. (1997) *Conselhos de saúde, comissoes inteergestores e grupos de interesses no Sistema Unico de Saúde (SUS)*. Em **Cadernos de Saúde Pública**. Río de Janeiro 13 (1):81-92, Jan-mar, 1997.
- MINTZBERG, Henry.(1995). *Criando Organizacoes Eficaces: Estruturas en Cinco Configuracoes*. Editorial ATLAS S.A. Sao Paulo.
- MORGAN, Gareth. (1991) *Imágenes de la Organización*. México D.F. Alfaomega.
- ORTUN RUBIO, Vicente. (1996). *Innovaciones Organizativas en Sanidad. En Política y Gestión Sanitaria: La Agenda Explícita*. Edit: Ricardo Meneu y Vicente Ortún Rubio. Asociación de Economía de la Salud. Barcelona.
- RODRIGUES FILHO, José. (1994), *A crise gerencial no sistema de saúde*. Revista de Administracao Pública. 28(4):65-75
- SINGEL, Paul. (1992). *Organizational Mutations*. Chicago, McMillan.
- SMITH, H.L. (1955). *Two Lines of Authority Are One Too Many*. The Modern Hospital, Marzo de 1955.
- TOBAR, F. & TOBAR, S. (1997). *Incentivos para Hospitales Descentralizados*. . En **II Encuentro Nacional de Hospitales: El Hospital en la Reforma**. Buenos Aires. Ediciones Isalud. Pags.: 175-176. Buenos Aires, Mayo.
- TOBAR, F & TOBAR, S. (1996). *Reingeniería y Reforma Sanitaria*. En **V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector**. Asociación de Economía de la Salud (AES).Buenos Aires.
- VASALLO, Carlos & BASCOLO, Ernést. (1998) . *Innovaciones en Salud: Una Mirada económica Institucional del Proceso de Cambio del Sector Salud en Argentina* . Fundación Isalud. Economía y Gestión. Buenos Aires, Junio. Pags 1-22

## Financiamiento de la Salud

- ABEL-SMITH, Brian/ MOSSIALOS, Elias. (1994). *Cost- Contetion and Healt Reform. The European Institute*. London School of Economics and Political Sciences. Londres, 1994.
- BASCOLO, E. ; PEREZ, L. GALIMBERTI. F. (1997) *La Construcción de Estrategias de cambio en el modelo de financiamiento del subsector estatal de salud*. Trabajo presentado en las **VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud**. Buenos Aires, 1997. Mimeo.
- BENGUA REINTERIA, Rafael. (1997) *Tendencias en la Financiación Hospitalaria. Los Hospitales en la Reforma de la Salud*. **Encuentro Nacional de Hospitales**. Buenos Aires. Ediciones Isalud. 1997.
- ENTHOVEN, A. (1985). Reflection on the Management of the National Health Service.London. Noffield Provincial Hospital Trust.
- GARCIA SCARPONI, Florentino. (1998). *Algunos Aspectos del Financiamiento de los Sistemas de Salud*. En **VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: El Futuro de las Reformas o la Reforma del Futuro**. Asociación de Economía de la Salud (AES). Pags 11-13. Buenos Aires.
- JAVOR, A. (1992) "The New National Health Fund and The Health Care Reform in Hungary. Paper presented to the WHO Meeting on New Approaches to managing. Health Services, Nuffield Institute, Uniersity of leeds. 1990/. Apud. SALTMAN, 1992. Op.Cit.
- KUTZIN, Joseph. (1995). *Experiencies With Organizational and Financing Reform of the Health Sector*. Ginebra . OMS. Division of Streighthening of Health Service. Paper Nro 8. Enero. 1995.
- LE GRAND , Julian. (1990) "Cuasi- Markets and Social Policy". SAUS Studies un Decentralization and Cuasi- Markets N° 1. University of Bristol.
- PUERTAS, B. & LOPEZ DEL AMO, M.P. (1995).*Financiación Pública de los Hospitales*. In: **Instrumentos para la Gestión en Sanidad. XV Jornadas**.
- REMES LENICOV, Jorge. (1998). *La Financiación del Gasto Social hacia el Futuro*. En **VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: El Futuro de las Reformas o la Reforma del Futuro**. Asociación de Economía de la Salud (AES). Pags.: 186-193. Buenos Aires.

- SALTMAN, Richard (1992).“La Responsabilidad individual y colectiva en la atención sanitaria desde una perspectiva Política”. En SAKELLARIDES, C. & ARTUNDO, C. Op Cit. paginas 31-42
- SALTMAN, R & VON OTTER, C. (1992) *Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health System*, London. Open University Press. 1992.
- SAKELLARIDES, C. & ARTUNDO, C. (1992).“Salud y Asistencia Sanitaria: Reorientación de la Atención Sanitaria en los 90 desde la perspectiva de la OMS”. SAKELLARIDES, C. & ARTUNDO, C. y VUORY. H. **Reformas de los Sistemas Sanitarios en Europa**. Madrid. Ministerio de Sanidad y consumo. 1992. paginas 5-30
- TOBAR, Federico. (1997) *Alternativas para la Financiación Hospitalaria en Argentina*. Buenos Aires. Ediciones Isalud.

### **Descentralización**

- CHEEMA, G. Shabir & RONDINELLI, Dennis. A. (1983) *Descentralization and Development*. Beverly Hills. London. Nueva Delhi, Sage Publications.
- IRIART, Celia. (1992). *Descentralización Hospitalaria*. PRONATASS 01/052. Buenos Aires.
- LORDELLO DE MELLO,D. (1991). *Descentralização , papel dos Governos Locais no Processo de Desenvolvimento Nacional e Recursos Financeiros Necessarios para que os Governos Locais possam cumprir seu Papel*. In: **Reevista de Administração Pública** 4(25): 199-218, Octubre-Diciembre.
- MILLS, ANNE.(1989) *Descentralización de los Servicios de Salud, principios , conceptos y experiencias nacionales* . Ginebra, OMS, 1989.
- OSZLACK,O; BONEO, A. & LLOVET, J.J. (1987) *Descentralización de Servicios de Salud. Tema : El Estado y los Servicios de Salud*. OPS. Serie: Desarrollo de Servicios de Salud. 17. Bs.As Junio.

### **Leyes y Normativa**

- MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL. (1993) *Hospital Público de Autogestión y Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica*. Legislación. Buenos Aires,

1993/

- NEIL, Marta Susana. *Comparación de Leyes de Reforma Hospitalaria*. PNUD ARG 90-015. La Plata.
- NEIL, Marta Susana. *Política Nacional de Salud. Análisis de la Nueva Legislación*. PNUD ARG 90-015. La Plata
- Provincia de Buenos Aires. 1991. *Ley Nro 11.072 "Nuestro Hospital". y Decreto Reglamentario*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Mimeo.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la República Argentina. (1993). *Decreto 578/93*.