



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Biblioteca "Alfredo L. Palacios"



La descentralización en los hospitales municipales de la Capital Federal

Lourdes Barrionuevo

1988

Cita APA: Barrionuevo, L. (1988). La descentralización en los hospitales municipales de la Capital Federal. Buenos Aires : Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas. Escuela de Estudios de Posgrado

Este documento forma parte de la colección de tesis de posgrado de la Biblioteca Central "Alfredo L. Palacios". Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente.

Fuente: Biblioteca Digital de la Facultad de Ciencias Económicas - Universidad de Buenos Aires



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Maestría en Administración Pública

Col 1502/09

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
Profesor Emérito ALBERTO L. FALACIOS

TESIS DE MAESTRÍA

La descentralización en los Hospitales Municipales de la Capital Federal

Dep. J. 402
B1

Autor: Lic. Lourdes Barrionuevo

Tutor : Lic. Ana Fanelli

1988

MAESTRIA EN ADMINISTRACION PUBLICA
Facultad de Ciencias Económicas
Universidad de Buenos Aires

**LA DESCENTRALIZACION EN LOS HOSPITALES
MUNICIPALES DE LA CAPITAL FEDERAL**

Lic. Lourdes Barrionuevo

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
Profesor Emérito D. ALBERTO L. PALANQUE

Diciembre 1988
Buenos Aires, Argentina

I N D I C E

PRIMERA PARTE

La transformación de Administración Pública y la
Descentralización 4.

SEGUNDA PARTE

La Ciudad de Buenos Aires y su sistema de
atención médica 19.

TERCERA PARTE

La Organización Administrativa del sector
salud en la Municipalidad de la Ciudad de
Buenos Aires 29.

REFLEXIONES FINALES

67.

PRESENTACION

Este trabajo es el informe final de la pasantía realizada durante el año 1988, como requisito del Programa de Postgrado "Maestría en Administración Pública" de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires.

El propósito del estudio fue una aproximación a la estructura organizativa de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente y a los hospitales que conforman la red de servicios sanitarios de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, para luego tratar cuestiones referidas al proceso de descentralización hospitalaria proyectado por las autoridades de la Secretaría.

Previo al tratamiento del tema específico, en la primera parte del trabajo se realizan apreciaciones sobre el estado y la necesidad de su transformación en América Latina. A continuación se trata el tema de la descentralización como posible modelo de administración que facilite el cambio en las organizaciones públicas.

La realización del informe fue posible gracias al apoyo brindado por las autoridades de la Secretaría, el Dr. Juan Carlos Veronelli - Secretario de Salud Pública y Medio Ambiente - que autorizó la pasantía y el Dr. Virgilio Alonso Fernández - tutor de este trabajo - quien en todo momento me brindó información y apoyo para el desarrollo de mis tareas. Asimismo, agradezco a otros miembros del organismo que desde diferentes ámbitos me ofrecieron la información necesaria.

En cuanto a la Universidad, en primer término mi agradecimiento al Director de la Maestría Dr. Oscar Oszlak, al Secretario Académico Lic. Isidoro Felcman, al Secretario Administrativo Dr. Carlos Dominguez Molet y al cuerpo de profesores mi reconocimiento por las enseñanzas impartidas. A la Lic. Ana de Fanelli mi gratitud por la supervisión de este trabajo.

Mi agradecimiento a la Sra. Alejandra Maldonado por su colaboración en la impresión de este trabajo.

METODOLOGIA DEL TRABAJO

La propuesta de descentralización en el ámbito de los hospitales dependientes de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente (S.S.P.y.M.A.) de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, es ante todo un proyecto de transformación de las estructuras organizativas del estado. Por esta razón, previo a iniciar el tratamiento del tema específico, se analizó el tema de la descentralización en el marco del proceso de democratización que atraviesan los estados latinoamericanos.

La índole del estudio propuesto específicamente requirió un análisis de la estructura formal del sistema de atención médica dependiente de la S.S.P. y M.A., incluido el modelo organizativo de los hospitales de este ámbito. Todo ello como marco indispensable para el estudio de la propuesta de descentralización hospitalaria originada en la mencionada Secretaría.

Para la elaboración de este informe se cumplieron las siguientes etapas:

I) Lectura de material bibliográfico sobre: sistemas de atención de la salud, organizaciones, organización municipal, organización hospitalaria, descentralización, estudios sobre procesos de descentralización en países latinoamericanos y europeos.

II) Lectura de Ordenanzas y Reglamentaciones Municipales vigentes, como así también, los proyectos de Ordenanzas enviados por el Ejecutivo Municipal al Honorable Consejo Deliberante.

III) Análisis de los actuales organigramas de la S.S.P.y M.A. de la M.C.B.A. y los de algunos establecimientos hospitalarios.

IV) Entrevistas a Directores de Hospitales, Subdirectores, Subdirectores Administrativos, Jefes de Servicio y otros funcionarios de la organización.

TEMAS DESARROLLADOS

A partir del análisis de la información recogida se trata los siguientes temas:

- A) Algunas cuestiones sobre el estado
- B) La descentralización sus orígenes y ventajas
- C) La Ciudad de Buenos Aires, la atención de sus problemas y la participación de los vecinos
- D) La organización municipal. La S.S.P. y M.A. y su interrelación con otras Secretarías, y niveles superiores y órganos representativos. La organización de la Secretaría y los cambios introducidos con vistas a la descentralización.
- E) La estructura organizativa de los hospitales, las transformaciones realizadas con vista a la descentralización.
- F) Comentario final sobre la nueva propuesta de cambio organizacional en el sistema hospitalario municipal de la Ciudad de Buenos Aires.

P R I M E R A P A R T E

**LA TRANSFORMACION DE LA ADMINISTRACION PUBLICA Y LA
DESCENTRALIZACION**

LATINOAMERICA Y LA REFORMA ADMINISTRATIVA

La actividad estatal con su crecimiento, la complejización de su aparato, sus políticas, sus formas organizativas y sus mecanismos de decisión, se han convertido en el centro de debate de proyectos políticos de diverso signo. La necesidad de transformación de la Administración Pública, para adecuar su funcionamiento a los continuos requerimientos de la sociedad, con vista a lograr su eficiencia, ha generado en el ámbito de las ciencias sociales diversas propuestas para profundizar su análisis y definir diversas estrategias para su modernización.

Ya entre los clásicos que reflexionaron sobre los problemas sociales, Max Weber, en el conjunto de respuestas que ofreció a la crisis de la sociedad europea, trató profundamente el problema de la administración del estado. Su interés se centraba, por un lado, en la burocracia como principio de la organización administrativa, a la que en cierto modo atribuía la máxima utilidad en orden a la consecución de las metas políticas fijadas. Pero también, para Max Weber, el tratamiento de la burocracia se encontraba simultáneamente dentro de la sociología de la dominación, siendo el problema central el de hasta qué punto una extensa burocracia con conocimientos especializados sirve aún como instrumento neutral de realización o si, por el contrario se independiza como foco específico de poder.

A partir de Max Weber la investigación sobre la burocracia se centrará en estos ejes fundamentales. A mediados de este siglo el tratamiento científico-social del aparato estatal es ampliado a raíz de los aportes que le brinda la sociología de las organizaciones, con sus contribuciones elaboradas a partir de la investigación empírica de procesos de decisión en este ámbito organizacional.

Las investigaciones y las producciones teóricas sobre la administración estatal han evidenciado un creciente avance y ofrecen al estudioso del tema distintos modelos de abordaje. La administración pública es considerada, en la actualidad, un objeto de estudio científico, con características propias, y el interés por su estudio es observado tanto en los países desarrollados como en aquellos que intentan serlo.

En cierto modo el análisis de la administración pública y su rol en el contexto social, originó la necesidad de hallar una estrategia de cambio con el fin de lograr una adecuación entre la administración pública y las demandas societales. Ello generó varias propuestas por parte de las disciplinas que se ocupan de su organización y funcionamiento. Las producciones científicas están dirigidas tanto al análisis del desempeño de funciones o al rendimiento, como a las cuestiones alusivas a la arbitrariedad de la administración y de las relaciones de poder dirigidas hacia el exterior, temas que están incuestionablemente unidos.

Estas cuestiones, cuyo análisis se encuentra avanzado en los países centrales, se han convertido en un centro de interés incuestionable para los científicos sociales de América Latina, donde el problema del gasto público exige la búsqueda de modelos propios de eficiencia para la administración estatal.

Conviene recordar que desde la perspectiva histórica, en los países capitalistas en vías de desarrollo el impulso a la unidad nacional se relaciona, generalmente, al intento de constituir una administración central propia, y en otros casos iniciar su construcción sobre la base de las administraciones coloniales. La administración del estado de modo centralizado, unido a una centralización política, aparecieron como condiciones necesarias para asegurar la integración social.

En los países latinoamericanos la formación de sus administraciones estatales se ha orientado principalmente a reproducir el modelo de los países desarrollados de occidente, pero ellos deben intentar, con espíritu crítico e inventivo, un análisis y un diagnóstico para sus problemas y una formulación y ejecución de soluciones, que se ajusten a la realidad y a los caracteres específicos de la región y de cada país en particular, que respondan a pautas originales, y que no impliquen la mera imitación o transformación mecánica de fórmulas correspondientes a otras regiones y a otras etapas históricas. Asimismo, este análisis de las relaciones y discordancias entre cambios socio-económicos y las estructuras políticas e institucionales, debe ser realizado a partir de un enfoque interdisciplinario y totalizador.

Se considera que el estancamiento económico y social que exhiben los países latinoamericanos es consecuencia de un conjunto de problemáticas cuya resolución es sumamente compleja. Entre este grupo de temas que deben abordar las nacientes democracias latinoamericanas, se encuentra el problema del reajuste de su sistema de administración pública a las nuevas demandas societales, en el marco de un proceso de cambio que involucra a la sociedad en su conjunto.

Los estados latinoamericanos, han ido aumentando el número de sus intervenciones y de organismos de diversa índole ya sea para la regulación o la promoción de actividades de la economía y de la vida social que se consideran de interés público; y con sus empresas, ha ido aumentando la envergadura de su participación en el ámbito empresarial. Pero, este crecimiento del estado no siempre significó un crecimiento en el desarrollo económico-social de los países.

El rol creciente del estado en las sociedades latinoamericanas y en el resto de los países del tercer mundo, es un dato analizado por diversos autores a partir de indicadores tales como: el porcentaje del gasto público en PBI; el monto de la inversión pública en la inversión bruta fija global y el porcentaje de la mano de obra activa total empleada por el sector público sobre el total de la población económicamente activa.

El alto grado de participación del sector público en los gastos e inversiones totales; en la formación y distribución del PBI; del ingreso; en las transacciones de bienes y servicios y en la absorción del crecimiento de la fuerza de trabajo, aparecieron como elementos capaces de compensar el debilitamiento de los factores tradicionales del crecimiento y de promover cierto desarrollo con la urgencia impuesta por el estancamiento y la crisis de la estructura tradicional, a los que se agregó la incidencia de las variaciones externas y su presión sobre las economías latinoamericanas.

El estado latinoamericano con un proceso de crecimiento abrupto, no logró una adecuación entre sus estructuras y las nuevas y complejas tareas que la realidad le asignaba. Podemos decir que ha heredado una maquinaria que no le proporciona los medios adecuados para cumplir el complejo rol que debe desempeñar.

Obviamente, la multiplicidad de objetivos que debe satisfacer el sector público conlleva la necesidad de un gerenciamiento eficiente de la totalidad del sistema. Maximizar los objetivos y compatibilizarlos con las estructuras administrativas existentes significa, en la práctica, la realización de un profundo análisis organizacional, que brinde el adecuado diagnóstico, base de un proyecto de reforma.

Hasta ahora las modificaciones dentro de la administración pública se han cumplido de manera asistemática a raíz de la creación de órganos, de mecanismos administrativos y responsabilidades parciales en el sistema tradicional. Es fácil observar que han proliferado los organismos públicos en número superior al conjunto de funciones que debe desarrollar. Asimismo se sabe que no se han creado los instrumentos necesarios y facilitadores para la elaboración de políticas globales, que adecúen la actividad administrativa a los fines propuestos en el marco de un sistema eficiente de administración.

El proceso de crecimiento del estado generó y profundizó la duplicación, las interrelaciones, las divisiones artificiales, los conflictos de autoridades y competencias, el crecimiento y la consolidación de grupos burocráticos y privilegiados, el desaprovechamiento de recursos tanto materiales como humanos, junto a las dificultades para adoptar y operacionalizar las propuestas inherentes a una política global.

Este desarrollo inarmónico de la administración pública tiene consecuencias a nivel de la unidad y capacidad ejecutiva del gobierno, la coherencia y la continuidad de su acción, las funciones de control y evaluación. Este panorama general se expresa e incide en la actividad y en la producción del sector público y de las empresas del estado. De ambos se ha realizado un uso a la vez indiscriminado, errático y limitativo.

Como expresa Bernardo Kliksberg "Se requiere un fuerte crecimiento en las disponibilidades de capacidad administrativa del sector público. Dicha capacidad puede ser definida apropiadamente, como lo han hecho las Naciones Unidas, como la capacidad de obtener los resultados deseados mediante organizaciones (2) o en términos del tipo de los adoptados en una cercana reunión del Instituto Internacional de Ciencias de la Administración, como: la

habilidad del gobierno de implementar un programa económico-social para el mejoramiento del bienestar de toda la población, de modo que todas las consideraciones sociales y culturales relevantes sean tomadas en cuenta y que la administración de dichos programas y sus costos totales sean restringidos a un nivel que aseguren la maximización de beneficios a todos los sectores de la comunidad que necesitan esos servicios (3)"(1).

- (1) Klisberg, B. "La reforma Administrativa en América Latina. Una Revisión del Marco Conceptual" en Teoría de la Burocracia Estatal, Oszlak, O., compilador, Paidós, Buenos Aires, 1984, pág.461.
- (2) Naciones Unidas, la evaluación de la capacidad administrativa para el desarrollo -Documento- ST/TAO/M/ 52, Nueva York, 1970, pág.9.
- (3) International Institute of Administrative Sciences. Conclusions and recommendations of the working groups. Camberra Roundtable, Junio 12-18, 1981

LA REFORMA ADMINISTRATIVA Y LA DESCENTRALIZACION

Si "el estado es lo que hace" (Renate Miles) y ese hacer se refiere a las respuestas que debe dar a las cuestiones socialmente problematizadas, debemos preguntarnos en general, si el Estado logra dar respuestas, si no a todas, a la mayoría de las cuestiones, y si estas respuestas se elaboran y operacionalizan eficientemente. También es conveniente interrogarnos sobre las funciones de los diversos organismos del aparato estatal y así poder evaluar la correspondencia entre sus objetivos y las demandas sociales concretas.

Estos interrogantes nos conducen a percibir al Estado, de nuestro país, "haciendo" en una dirección que no es lo suficientemente idónea como respuesta a la problemática de esta región. Forma parte del decir cotidiano y esta presente, asiduamente, en el discurso de políticos y especialistas, la necesidad de reforma del Estado.

Desde hace varios años, los diferentes gobiernos proponen "la reforma administrativa", con variada finalidad según el régimen de que se trate. Obviamente la discontinuidad en los gobiernos democráticos, como consecuencia de los golpes militares, ha ido generando diferentes proyectos sobre la transformación del Estado. Más allá del régimen que la propone, a la reforma administrativa se le asigna el poder de movilizar las anquilosadas estructuras de la burocracia estatales, transformándolas y así disminuir las dificultades que operan en sus órganos y procedimientos.

También se la atribuye a "la reforma administrativa" la capacidad de originar el dinamismo, la flexibilidad y la eficiencia de la administración y de las empresas públicas, en un proceso continuo y coordinado, que son las condiciones necesarias para un desarrollo integral.

Pero, ciertamente toda propuesta de reforma administrativa es insuficiente si el estado no promueve y logra el apoyo activo de los grupos más dinámicos de la sociedad, a la vez que crea los canales necesarios para su participación en la misma trama burocrática y convierte a la burocracia en generadora de su propio cambio. Es importante generar un movimiento interno a la adminis-

tración, que haga de la reforma una actividad propia y autosostenida. Asimismo, la propuesta de transformación de las estructuras administrativas del estado debe estar imbuída de una filosofía que haga permeables a los organismos para la interacción con aquellos a los que esta dirigida su accionar. Preservando la autoridad y el ordenamiento, pero facilitando el control ciudadano en los actos de gobierno.

En esta búsqueda de alternativas para lograr la transformación del aparato del Estado una propuesta va ganando espacio, entre los especialistas en el tema, y es la propuesta de descentralizar las administraciones estatales. Pero, aunque para algunos la descentralización aparezca como una propuesta muy reciente en realidad hace veinticinco años las Naciones Unidas en "Programas de Asistencia Técnica" N.Y. 1963, ya trataba sobre "Descentralización para el desarrollo nacional y local". Si bien, como ya veremos más adelante, con regímenes autoritarios no es factible implementar correctamente un proceso de descentralización, y, como la mayoría de los países latinoamericanos han vivido bajo gobiernos militares, estas propuestas no han logrado plasmarse en la realidad. Es por ello que en estos momentos en que la mayoría de los países de la región han emprendido el tránsito a la democracia, resurge la propuesta de la descentralización de los organismos del estado como una vía de posible solución al grave problema de la deficiente administración estatal de estas naciones.

Sin embargo la propuesta no es simple, su implementación es sumamente compleja en el marco de administraciones históricamente consolidadas. En estas circunstancias se hace necesario analizar las características de la descentralización y las condiciones necesarias para que su implementación no devenga en un sistema anárquico de administración estatal.

EL SURGIMIENTO DE LA PROPUESTA DE DESCENTRALIZACION

En general cuando se trata el tema "dscentralización" se hace referencia a los gobiernos municipales como organismos a descentralizar, pero también es factible descentralizar unidades administrativas de algunos organismos, como es el caso que se trata en esta monografía. En cuando al origen de la propuesta de descentralización podría decirse que la misma emerge como respuesta a las dificultades que generan las administraciones centralizadas. Cabe hacer notar que la propuesta de descentralizar las administraciones públicas para lograr una mayor eficiencia es elaborada tanto en los países desarrollados como en aquellos que están enfrentando graves dificultades para su crecimiento.

Un análisis de los sistemas centralizados nos permiten observar las siguientes desventajas en su accionar: a) conducen al burocratismo; b) se trata de una administración desde lejos, y tiene dificultad para visualizar correctamente los problemas y resolverlos; c) sus estructuras no permiten la participación de la sociedad y d) a la vez propicia la ingerencia o intromisión política de los administradores centrales en los asuntos ajenos y lejanos, pudiendo generar un pernicioso paternalismo. En resumen la centralización genera tramitaciones prolongadas, difíciles y burocráticas al alejar al administrado de la administración y limita los procesos de desarrollo económico, social y político al reducir la generación de ideas y actividades locales.

Los especialistas coinciden en señalar que la centralización genera deseconomías y disfunciones específicas, burocratismo, sectorialización, pérdida de coherencia y de agilidad en los procesos decisorios, disminución del control social y aumento de los gastos del funcionamiento interno de los aparatos, entre otras desventajas.

LAS CARACTERISTICAS DE LA DESCENTRALIZACION

Es en este cuadro de dificultades donde surge como viable un proceso de descentralización para la resolución de los conflictos generados por las burocracias administrativas. Como expresa el Lic. Mario Melgar Adalid, Director General de Administración de la Secretaría de Salud de México, "La descentralización no es una institución jurídica unívoca sino el modo de ser de un aparato administrativo. Tiene su origen en la centralización misma, pues al darse ésta y al conocer y padecer sus efectos perniciosos, la organización administrativa y política debe iniciar un movimiento gradual y progresivo dirigido a mitigarlo. Existe entonces un tránsito lento entre una y otra tendencia. La centralización existe cuando la cantidad de los poderes de los entes locales y de los órganos periféricos está reducida al mínimo indispensable para que estos puedan colocarse como entidades subjetivas de administración; la descentralización por el contrario existe cuando los órganos centrales del Estado tienen el mínimo de poder indispensable para desarrollar sus actividades. Es decir se centraliza cuando se concentran las potestades en uno o más órganos y se descentraliza cuando se distribuye entre múltiples órganos". (4)

El encuadre necesario para garantizar esta transferencia de poderes es, sin duda, y así lo expresan la mayoría de los autores, la democracia que es el ámbito propicio para garantizar la participación ciudadana en los actos de gobierno, sin esta participación la descentralización se convierte, muy probablemente, en un proceso desintegrador y anárquico que no garantiza los beneficios de las administraciones locales, sino más bien la posible desaparición o deterioro de los entes que se pretendía transformar. Sin la participación de los ciudadanos, beneficiarios o no, en el sistema desaparece una instancia que es imprescindible. Esta participación permite la confrontación entre los objetivos que se atribuye a la organización y las demandas a las que debe satisfacer y para lo cual fue creado, y a la vez garantiza su continuidad en tanto se convierte en un organismo legitimado socialmente.

Cabe mencionar que el aislamiento de los organismos públi-

(4) Cuadernos de descentralización Nro.4 - Querétaro - México 1982

cos trae aparejado, con mucha probabilidad, un vaciamiento de los objetivos sociales que le dieron origen y su sustitución por intereses propios de miembros de esa organización para garantizar su supervivencia. A la vez este aislamiento va generando una inadecuación entre el organismo y el contexto en el que se encuentra inserto.

Por otra parte, la demanda de participación de los ciudadanos con respecto a la administración pública acelera procesos de desarrollo. La presión social sobre la administración para lograr su eficiencia, es también un medio para impulsar modelos de transformación, que acerquen a las organizaciones a la población de sus áreas de influencia. Indudablemente la cercanía de la administración con los administrados, beneficia a ambos términos de la relación desde el momento que crea o recrea canales de comunicación más directos, que los existentes en un sistema administrativo centralizado.

Otra ventaja de esta situación de cercanía entre la administración y los administrados, es que éstos tienen la posibilidad de establecer alianzas sociales más amplias, que les permitan petitionar de modo más significativo, para la obtención de objetivos compartidos por la comunidad. En definitiva resulta más fácil obtener consenso en grupos más reducidos y por fines más próximos.

En este sentido expresa Jordi Borja, que la experimentación de nuevos roles sociales que difundan funciones y responsabilidades entre una población afectada por la crisis económica y la consecución de nuevos consensos en torno a proyectos colectivos, sólo podrá promoverse desde estructuras políticas próximas, representativas y globales como son las locales y regionales. (5)

(5) BORJA, J. y otros

"Organización y descentralización municipal". EUDEBA. Buenos Aires/1987. Pág. 13 y sig.

LAS DEFINICIONES DE DESCENTRALIZACION

En general se distingue entre descentralización política cuando se produce la transferencia del poder a otras jurisdicciones y descentralización administrativa cuando esa transferencia es hacia niveles inferiores de la misma organización. Para algunos autores este último caso se define como desconcentración.

Son varios los autores que han contribuido a la conceptualización de estos sistemas de administración, entre ellos el Dr. Juan Carlos Veronelli quien ha sostenido que "La centralización y la descentralización son dos palabras que se aplican a la acción de mover hacia el centro o hacia la periferia, la capacidad de decisión. Cuando el traslado de dicho proceso se hace entre unidades políticas (Nación, Estados, provincias o municipios) se habla de centralización o descentralización política. Cuando el movimiento se realiza dentro de un aparato administrativo se llama descentralización o desconcentración administrativa". (1)

En el ámbito legal, si bien no existe una legislación sobre el particular que instaure un régimen jurídico, algunos autores como el Dr. Agustín A. Gordillo define al proceso de descentralización como "la competencia que se ha atribuido a un nuevo ente, separado de la administración central, dotado de personería jurídica propia y constituida por órganos propios que expresan la voluntad de este ente" por el contrario define a la centralización como: "la reunión de facultades de decisión en los órganos superiores de la administración". (2)

Por su parte el Dr. Manuel María Díaz entiende que la descentralización es un modo de administración en el cual se reconoce a los entes descentralizados una personalidad jurídica propia, distinta de la del estado y un poder de decisión que corresponde a los órganos del ente, lo que le confiere una cierta libertad de acción y los correlativos poderes de iniciativa y decisión". (3)

En conclusión desde el punto de vista jurídico los autores caracterizan a los entes descentralizados como organismos con personería jurídica, con finalidad específica, que poseen normas para su administración y en los que la relación con los órganos

centrales del estado esta basada en el control administrativo.

-
- (1) Veronelli, J.C.: Los proyectos de transformación de los sistemas nacionales de servicios de salud en América Latina - OPS-OMS - México - Abril 1984.
 - (2) Gordillo, A.A. Tratado de Derecho Administrativo - Parte Gral. Tomo I - Cap. XI. Buenos Aires.
 - (3) Diez, M.M. Manual de Derecho Administrativo. Tomo I. Argentina 1977

CRITERIOS RECTORES DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACION

La descentralización no es una tesis en sí misma sino una orientación para cumplir cometidos sustantivos y dar contenido a un proyecto de democratización de nuestras estructuras administrativas estatales. Por esta razón su puesta en marcha requiere tener en cuenta ciertos criterios para no desvirtuar sus objetivos.

En primer término debe considerarse a la descentralización como un proceso que, requiere **gradualismo** en su aplicación, a los efectos de no crear situaciones críticas que conviertan en ingobernables a las organizaciones. Demanda también, prestar **atención a las peculiaridades de cada organización** y establecer las normas de descentralización según los tiempos institucionales vayan permitiendo introducir las transformaciones y la complejidad del sistema facilite o dificulte el proceso.

De esto se deduce la importancia de la **participación de los miembros de la organización en el proyecto**, para que se integren a él y con sus actitudes y conductas favorezcan el cambio al no percibirlo como impuesto o ajeno a sus intereses organizacionales. Idéntico tratamiento debe recibir la **comunidad**, puesto que la participación social es indispensable en este proceso, al intervenir como garantía del logro de los objetivos institucionales.

La participación de los miembros de la organización en el proyecto de descentralización también contribuye a **garantizar el respeto de los derechos de los trabajadores** y sus verdaderos intereses y que estos derechos se adecuen a las necesidades de la organización.

Como la descentralización debe ser un proceso gradual, en la primera etapa es imprescindible el **apoyo técnico, logístico y financiero** de los organismos superiores que aseguren la eficiencia del organismo descentralizado. El otro gran tema que debe incluirse durante el tratamiento de la primera etapa de la descentralización es, organizar la **captación de recursos económicos** genuinos o establecer pautas administrativas para el otorgamiento de los créditos que el presupuesto de la organización central prevee para el organismo descentralizado y de ese modo garantizar la independencia de este en la elaboración y ejecución de sus planes de acción.

LOS EFECTOS DE LA DESCENTRALIZACION AL INTERIOR DE LAS ORGANIZACIONES

Al iniciarse un proceso de descentralización se establece un nuevo modo de vinculación de la organización con su entorno administrativo y con el medio social, es entonces que las interrelaciones de los miembros de la organización también evidenciarán modificaciones, ya que una redefinición de los roles es inevitable. Esto se produce en razón de que este nuevo modelo de administración significa un traspaso de poder desde los órganos superiores al organismo descentralizado, esto se verifica tanto en el caso de la descentralización política, como en la administrativa, ya que ambos expresan modelos organizativos independientes del organismo central, aunque se trata de modos diferentes.

La posibilidad del organismo de administrarse independientemente origina, entre otras cuestiones, una nueva caracterización de la autoridad dentro del mismo, y la adecuación del modelo de toma de decisiones y distribución de responsabilidades según las nuevas necesidades del sistema organizativo formal y obviamente del sistema informal de relaciones sociales que también interviene en este proceso. El tema de los cambios organizacionales, deberá incluirse en la planificación de la descentralización y exigirá reajustes en las primeras etapas del proceso.

De la planificación de este proceso de transformación institucional depende en gran medida el éxito de la propuesta descentralizadora, pues permitirá preveer conflictos y disminuir las resistencias al cambio que toda organización posee. Oszlak lo expresa claramente cuando dice: "La reforma administrativa es también un proceso político. Como tal genera oposición y resistencia, implicando a veces cambios importantes en la correlación de fuerzas políticas y en la asignación de valores en el sistema social. La medida de esta resistencia estará determinada por la magnitud de los cambios que se intentan, en cuanto los mismos modifican posiciones de poder y redistribuyen recursos entre sectores, unidades, funciones o programas" (6).

(6) Oszlak, O.: La modernización del Estado en América Latina; Diagnóstico y estrategia. Documento. B.I.D. 1987

Entre los objetivos que debe alcanzar esta transformación organizativa, sin duda el principal es la **democratización de la organización**. Debido a que uno de los riesgos de la descentralización es el surgimiento de organismos con alto grado de independencia con tendencia a convertirse en feudos, la garantía para evitar esta desviación en la organización, es la democratización en su interior y la participación de la comunidad desde el contexto. Y, en la medida que la participación sea amplia y se pueda garantizar un sistema participativo en la toma de decisiones, más transparente se hace al accionar institucional.

Por estos principios, que son esenciales al proceso de descentralización, en páginas anteriores expresábamos la imposibilidad de su aplicación durante los regímenes militares que predominaron en los países latinoamericanos. Es evidente que bajo regímenes totalitarios el proceso de descentralización está desprovisto de las garantías de participación social y de la posibilidad de cuestionamiento sobre la legitimación de las acciones que se desarrollan. Asimismo, la distribución de los recursos financieros en estos regímenes está exento de todo tipo de negociación entre las diferentes jurisdicciones, ya que los recursos son afectados autoritariamente.

S E G U N D A P A R T E

**LA CIUDAD DE BUENOS AIRES Y SUS SISTEMA DE
ATENCION MEDICA**

CARACTERIZACION DEL CONTEXTO

La ciudad de Buenos Aires

Es conveniente, previo a referirnos específicamente al tema del trabajo, ofrecer un panorama del contexto socio-económico en el que se encuentra inserto el organismo que estamos estudiando.

Sin temor a equivocarnos, podemos decir que el gobierno del municipio de la Ciudad de Buenos Aires se encuentra entre las organizaciones estatales más complejas de nuestro país. Ello se debe, entre otras causas, a su rol como gobierno de la ciudad capital de la república - asiento de todos los organismos nacionales - y al hecho de ser Buenos Aires una de las ciudades más importantes y pobladas de América y del mundo. También el papel que desempeñó esta ciudad en el proceso histórico de nuestro país le otorgó una significación peculiar.

Al referirnos a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires conviene recordar que, dentro de los límites de su jurisdicción, desarrolla funciones de la más diversa índole como por ejemplo: la atención de la educación primaria, la atención de la salud, el problema de la vivienda, la inspección de obras en construcción, el tránsito vehicular, etc. La mayoría de estas funciones, el municipio las ejecuta en forma directa, a través de sus propios agentes e infraestructura no siendo significativo el número de servicios contratados con los que atiende las demandas de la población.

La concentración humana que caracteriza a la Ciudad de Buenos Aires, es la generadora de un complejo sistema de servicios destinados a solventar las demandas sociales que se generan, como muchos de estos servicios dependen del gobierno municipal originan un sistema sumamente diferenciado del resto de las organizaciones municipales de nuestro país. Por ello todo intento de análisis sectorial del municipio remite invariablemente a la multiplicidad de demandas que le incumbe satisfacer y a la complejidad de su organización como ya veremos más adelante.

Además, la Ciudad de Buenos Aires se encuentra circundada

por el denominado conurbano bonaerense, conformado por 19 partidos de la Provincia de Buenos Aires, ambos suman una población cercana a los 13 millones de habitantes. Esta metrópolis es el habitat de cerca de un tercio de la población de nuestro país y es la región más densamente poblada. Este crecimiento de la Ciudad de Buenos Aires y sus alrededores fue un proceso acelerado, como consecuencia de las migraciones externas a fines del siglo XIX y principios de este y las migraciones del interior del país y de los países limítrofes en la mitad de este siglo. En todos los casos se trataba de personas con niveles de vida muy bajos, que llegaban a la Ciudad de Buenos Aires con expectativas de mejorarlo. Obviamente este crecimiento acelerado del número de habitantes generó un desfase entre las demandas sociales y los servicios disponibles en la zona para satisfacerlos.

En uno de los sectores de servicios en los cuales aún hoy puede observarse este problema de inadecuación entre las demandas sociales y la oferta de servicios es en el sector salud, donde el crecimiento de la demanda no se debe sólo al aumento del número de población, sino también a una mejor actitud de la población con respecto a la importancia de la medicina en el tratamiento de la enfermedad.

Pero este crecimiento de la demanda no pudo ser acompañado con proyectos para el crecimiento en la cantidad y calidad de los servicios de salud. La carencia de ellos en el Gran Buenos Aires obliga a gran parte de la población de esos partidos a concurrir a los servicios que brinda el sistema médico dependiente de la M.C.B.A. Esta constante demanda sobre los establecimientos municipales también se debe al alto desarrollo técnico y profesional que han alcanzado.

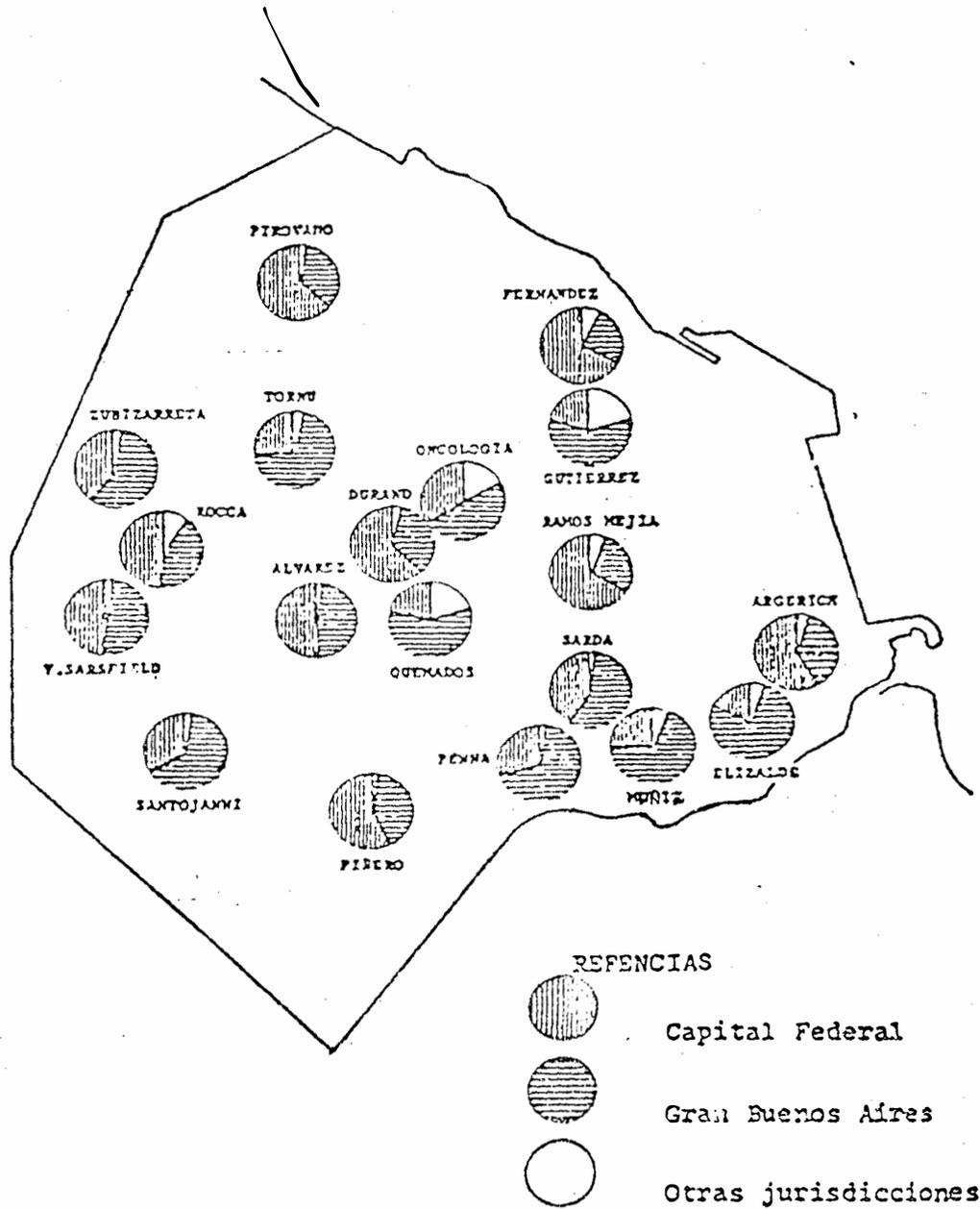
Debemos tener presente que los costos de los servicios de atención médica de la comuna han podido financiarse debido a que, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires es un ente recaudador de magnitud y con los fondos propios pudo mantener y mejorar la infraestructura con que contaba desde fines del siglo pasado y principios de este. No es esta la situación en que se encuentran las municipalidades del conurbano bonaerense, que tienen dentro de sus jurisdicciones grandes concentraciones de población con necesidades básicas insatisfechas (1). Cabe recordar que a la grave situación que padecía la Provincia de Buenos Aires, se agregó la

población erradicada de las villas de emergencia de la Capital Federal durante el último gobierno militar, sin una previa planificación a fin de que su traslado fuera a lugares con la infraestructura necesaria para el desarrollo de la vida humana. Esta situación de crisis en la mayoría de los partidos, limita sus posibilidades de desarrollo en materia de atención médica y origina el traslado de la población hacia los establecimientos de salud de la Capital Federal. Este dato se puede apreciar claramente en el siguiente gráfico, que nos permite observar la proporción de población del Gran Buenos Aires y de otros lugares del país que son atendidos en estos nosocomios.

1. Informe sobre la pobreza en la Argentina - INDEC - 1984 ofrece información sobre el nivel de vida de Provincia

GRAFICO

PORCENTAJE DE EGRESOS POR ESTABLECIMIENTO
 SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE
 SECRETARIA DE SALUD PUBLICA Y MEDIO AMBIENTE
 M.C.B.A. - AÑO 1982 -



FUENTE: DIRECCION DE

PLANIFICACION - M.C.B.A. -

El gráfico muestra con claridad que la población del Gran Buenos Aires, que demanda atención en los hospitales municipales es significativa. En más del 50% de los establecimientos la mayoría de la población asistida es residente en el conurbano. En algunos casos esta población supera significativamente el 50% de los pacientes atendidos, especialmente en los hospitales más próximos al sector industrial del Gran Buenos Aires. Lo mismo se verifica en los establecimientos especializados como los de pediatría (Elizalde y Gutiérrez), de Quemados, de enfermedades infecciosas (Muñiz), etc.

Esta realidad significa para la M.C.B.A. asumir la atención de la salud de la población de la Provincia de Buenos Aires, y también la de otras regiones del país, como lo demuestra el mismo gráfico. Este rol de los establecimientos capitalinos en el sistema de atención, los convierte en un sector protagónico dentro del mismo. Por esta causa la permanencia y desarrollo de los servicios está sujeta a factores externos al ámbito jurisdiccional del municipio. Esta característica de la red de establecimientos analizada, es un factor esencial a examinar en todo proceso de transformación que se desee implementar. Asimismo, convierte a las acciones de la SSPMA en temas de gran importancia para la atención de la salud en nuestro país.

Además, esta interacción entre los hospitales de la Capital Federal y los pobladores del Gran Buenos Aires, requiere de las autoridades jurisdiccionales la corrección de las políticas en materia de salud, con el fin de lograr un sistema coordinado de atención de la salud en esta superpoblada región del país. La coordinación de acciones debiera significar una mejor utilización de los recursos a través del aprovechamiento racional de los mismos.

LA SALUD DE LA POBLACION Y EL MEDIO

Si bien Buenos Aires, es una de las capitales más importantes no logró un desarrollo económico-social que garantice a sus ciudadanos, en igual medida, buenas condiciones de vida y el acceso sin dificultades a servicios de buena calidad. A esto debe agregarse, como acabamos de expresar, la situación de los pobladores del conurbano bonaerense.

Por ello, para una mejor comprensión de las condiciones de vida de la población a la que debe asistir el sistema municipal de salud, conviene reflexionar sobre la concentración y distribución de la población y el uso del suelo urbano. Según el último censo, en la población de Buenos Aires y alrededores el déficit viviendas es de 800.000 unidades. A este número deben agregarse las unidades habitacionales existentes que no reúnen las condiciones de habitabilidad (conventillos, pensiones, etc.)

Es sabido que el déficit de viviendas, con sus consecuencias en la radicación de la población en lugares inadecuados, incide en su nivel de salud. A la falta de habitación, debe agregarse la carencia de infraestructura de saneamiento (abastecimiento de agua potable, red cloacal, recolección y disposición final de basuras, la contaminación del aire por polvos y gases, etc.) que condiciona la calidad del ambiente ciudadano. El nivel de salud de la población y la calidad del medio metropolitano se condicionan mutuamente, de modo que, las mejoras en la calidad del medio no pueden independizarse del proceso de atención de la salud. Cabe mencionar que ambas cuestiones figuran entre las problemáticas que debe atender el gobierno municipal, según las funciones conferidas.

En esta mirada sobre la relación del medio con la salud, debemos considerar que la formación de las grandes ciudades es un proceso relativamente reciente y su configuración espacial, así como la organización social de sus habitantes, dan lugar a una nueva forma de vida, la "vida urbana", cuyos efectos sobre la salud de los individuos debe estimarse toda vez que se intente conocer las necesidades de la población de determinada ciudad.

Las enfermedades típicamente urbanas y los problemas de desviación de la conducta, son dos emergentes genuinos del modelo

moderno de interacción social originado en el proceso de urbanización. La función que anteriormente ejercían para un individuo: la familia, los parientes, los amigos y la vecindad en la resolución de las cuestiones cotidianas; es ejercido por las instituciones en este nuevo modelo de vida, que impone la gran ciudad.

Estas formas de la vida urbana, que se plantean como nuevos problemas, desde una vertiente, amplían la esfera del sector salud y, desde otra, le demandan el desarrollo de nuevas modalidades de gestión que reflejan en términos políticos, de participación, las vías de transformación de lo privado al plano de lo social; instituciones que en lugar de una protección paternalista brinden un espacio para la expresión de los ciudadanos.

Por este motivo y con respecto a la cuestión de la participación veremos en el punto siguiente algunas experiencias en la Ciudad de Buenos Aires.

LA PARTICIPACION SOCIAL

La Subsecretaría de Gestión Democrática, promovió los Consejos de Gestión Democrática, que en el año 1987 convocaron el Primer Cabildo Abierto de Planeamiento en Salud, auspiciado por la M.C.B.A. a través de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente. Para conocer las cuestiones sobre las que giraron las reuniones se transcriben a continuación los puntos de la Declaración que se refieren al tema en estudio.

I. Los concurrentes expresan la necesidad de participar en la preservación de su salud, por lo que solicitan ser incorporados al proceso de elaboración de un "programa de salud".

II. Interés por una incorporación de la comunidad en el mismo núcleo de la actividad administrativa del hospital y en los Ateneos hospitalarios.

III. Priorizan la descentralización hospitalaria.

IV. Sugieren sobre los recursos financieros: a) aumento del presupuesto para este sector dentro del presupuesto global de

la M.C.B.A. y b) captación de recursos económicos provenientes de las Obras Sociales o sea la captación, por parte de cada establecimiento, de los aranceles que las Obras Sociales deben abonar por la atención de sus afiliados.

Es importante destacar que en las actas elaboradas en las diferentes zonas en que fue dividida la Capital Federal para ambas jornadas y que originan este documento final se encuentran tratados estos temas en forma más profunda.

Estas conclusiones reflejan la inquietud de la población respecto del gobierno municipal, la salud y la modificación del sistema de administración de los entes municipales. Unido a esto, y en estrecha relación, tratan el tema de la planificación urbana para mejorar la calidad de vida en esta ciudad y evitar los desequilibrios y el deterioro progresivo del medio, participando en la elaboración de los Códigos de Planeamiento Urbano, de Habilitación, de Edificación, etc.

En cuanto al Segundo Cabildo Abierto de los Consejos de Gestión Democrática, allí se establecieron los siguientes cuatro temas priorizados: 1) Planificación urbana; 2) Planificación sanitaria; 3) Descentralización administrativa; 4) Banco de Recursos comunitarios. Con la finalidad de conocer de modo más exacto los intereses de los vecinos sobre los temas 2 y 3 los transcribimos a continuación:

TEMA 2: Planificación sanitaria: Sistema de salud integral y personalizado. Recursos: Descentralización y control de la comunidad. Utilización de poder de compra del estado. Chequera universal (para obras sociales y hospitales). Distribuir los mayores ingresos en hospitales de mayor atención. Conducta marcada por la ética de la solidaridad. Agentes de salud no médicos para ilustrar a los vecinos sobre normas básicas para el cuidado de su salud. Participación activa, personal y grupal en la administración de los centros. Mayor asiduidad en la realización de Cabildos Generales y particularizados.

TEMA 3: Descentralización administrativa: 1) La descentralización es prioritaria. Creación de pequeños municipios con un coordinador central. 2) Redimensionar la composición del Honorable Concejo Deliberante, con representantes por distrito único y con

representantes por cada municipio. 3) Creación de delegaciones municipales con autonomía. 4) Distribución equitativa de los recursos para compensar la desigualdad de algunos barrios. 5) Planificación política centralizada, con ejecución descentralizada. 6) Se debe ejercer el control ciudadano en la gestión de los servicios públicos, de la administración y del cumplimiento de las Ordenanzas.

Respecto de la planificación sanitaria, la demanda se dirige a puntos claves del sistema sanitario del distrito y no sólo reclama al poder público determinadas acciones, sino que solicita lugar para la participación de la comunidad en el sistema hospitalario municipal (control sobre los recursos y administración de los centros de salud) y la apertura del sistema médico tradicional, formulado en la promoción de agentes de salud -no médicos- para difundir normas sobre prevención de enfermedades.

La lectura y análisis de estas propuestas permiten obtener un perfil de las cuestiones legítimamente problematizadas por la población metropolitana. Sin embargo, la factibilidad de operacionalizar estas propuestas y su conveniencia para el desarrollo de las estructuras sanitarias, exige un estudio riguroso y responsable, dada la complejidad de las organizaciones hospitalarias.

EL SECTOR SALUD

El sector de atención de la salud de nuestro país es descrito a los fines de su análisis como constituido por tres subsectores: el público, el de la seguridad y el privado. El primero, a su vez, está dividido según el ámbito de aplicación de su poder decisorio o jurisdiccional en: Nacional, provincial o municipal.

Al nivel nacional le cabe la responsabilidad fundamentalmente orientadora del conjunto, a través de la fijación de políticas nacionales de salud. Constituye el marco dentro del que operan las otras jurisdicciones y subsectores. Detenta la función de administrador de sus propios efectores, regula la seguridad social por intermedio del Instituto Nacional de Obras Sociales -INOS-, fija pautas económicas al establecer los valores del nomenclador, etc.

En el nivel municipal a la S.S.P. Y M.A. le cabe fijar la política para la jurisdicción, administrar los propios efectores, regular los efectores de las obras sociales y los privados que se encuentran dentro del área y también coordinar con otros subsectores y niveles las acciones en materia de su competencia. Similar función desarrollan los niveles provinciales en materia de atención de la salud.

Con referencia al área geográfica que constituye la jurisdicción municipal, debemos recordar que la zona de la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, debido a su crecimiento han conformado un conglomerado urbano que no se corresponde con una jurisdicción política, así, podemos observar en esta región un entrecruzamiento de competencias: nacional, provincial y municipal. Lógicamente esta superposición asistemática de diferentes niveles administrativos es un tema muy importante que debe ser incluido en la planificación de cualquier política social, no sólo en las que se refieren a la salud.

La práctica demuestra que esta convergencia de varios sistemas administrativos, en un mismo territorio, genera dificultades en el plano concreto de la atención de las problemáticas sociales. Una alta capacidad de planificación de la interconexión de los sectores, se torna imprescindible para mejorar la administración de los escasos recursos disponibles. En el caso del sector salud, si bien hay lineamientos nacionales, cada uno de los niveles de gobierno tiene sus objetivos y modalidades operativas, acorde a la intencionalidad política de quien gobierna cada jurisdicción siendo esto un condicionante significativo en la programación o reorganización del área y, que podemos observar, ha diferido su desarrollo.

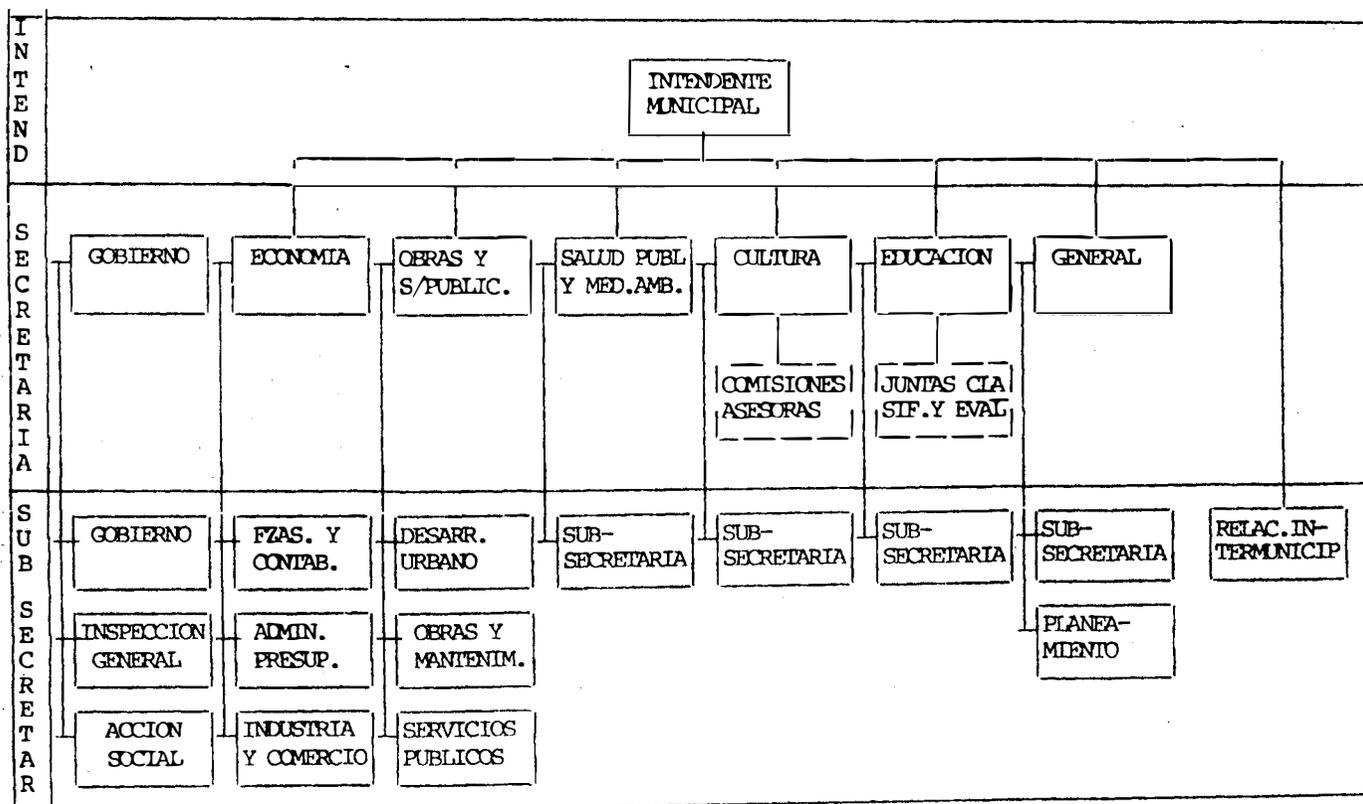
Como vimos anteriormente es imprescindible para mejorar el sector público de atención de la salud la coordinación de acciones entre las jurisdicciones que intervienen en este medio urbano, y donde las necesidades de la población están más allá de los límites distritales.

T E R C E R A P A R T E

**LA ORGANIZACION ADMINISTRATIVA DEL SECTOR SALUD
EN LA MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

LA ORGANIZACION MUNICIPAL

Como primera parte del análisis de la organización y previo a la descripción de la estructura de la S.S.P. y M.A., es oportuno una breve introducción sobre la estructura del gobierno municipal del cual la mencionada Secretaría forma parte. Según lo establecido por los Decretos 2.595/77 y 3.939/83 y la Ordenanza 34.119/78, la estructura básica con que cuenta el poder municipal, para administrar los bienes que posee y los servicios que brinda en el ámbito de su jurisdicción, consta de siete Secretarías y una Subsecretaría. Las Secretarías son: Gobierno, Economía, Obras y Servicios Públicos, Salud Pública y Medio Ambiente, Cultura, Educación y General; y la Subsecretaría de Relaciones Intermunicipales. En el organigrama que se transcribe a continuación están también mencionadas las Subsecretarías que componen a cada una de las Secretarías. En el caso de la Secretaría de Salud cabe aclarar que en la actualidad consta de dos Subsecretarías.



Dentro de esta estructura municipal ciertamente corresponde a la S.S.P. y M.A., por ser la responsable directa, el dar respuestas a los problemas sanitarios de la población de esta ciudad, si bien algunas acciones en esta materia son ejecutadas por otras Secretarías en razón de las incumbencias conferidas. En consecuencia, diversos organismos que conforman la M.C.B.A. constituyen recursos potenciales extrasectoriales que deben considerarse para su agregación en los proyectos y planes a desarrollar.

A continuación se describen algunas acciones ejecutadas por otras Secretarías de la M.C.B.A. que inciden en el estado de salud de la población. La **Secretaría de Gobierno** tiene dos funciones en este sentido a) Ejercer el poder de policía en seguridad, higiene y moralidad de: industrias, comercios, viviendas, espectáculos y diversiones públicas; b) Asistir a la población carente de recursos. Las acciones descriptas en este último punto las ejecuta a través de la Subsecretaría de Acción Social, por intermedio de la Dirección General de Deportes y Recreación, la Dirección General de la Ancianidad, la Dirección del Menor, Adulto y Familia y la Dirección de Asistencia Social (División de Medicina Social). En cuanto a las misiones descriptas en el punto a) ellas se operacionan a través de la Subsecretaría de Inspección General de la que dependen: la Dirección de Gestión Operativa, la Dirección General de Habilitaciones y Servicios, la Dirección General de Policía Municipal y la Dirección de Inspecciones Especiales.

De la **Secretaría de Gobierno** depende la Dirección de Sistemas de Comunicaciones y de ella el Departamento Centro Informativo Permanente para Emergencias y Catástrofes (CIPEC) que constituye conjuntamente con la S.S.P. y M.A. y la Policía Federal, el sistema de atención de urgencias de esta Ciudad. Este organismo se ocupa de fiscalizar la recepción de atención médica, de coordinar y controlar la atención, derivación y traslado de pacientes, coordina los movimientos de la unidad coronaria móvil y recibe y diligencia pedidos de sangre y plasma y mantiene el registro de existencia de estos elementos en los hospitales municipales, etc. También depende de esta Secretaría la Dirección General de Personal y de ésta la Dirección de Reconocimientos Médicos, ambas con incumbencias que inciden en el accionar de la Secretaría analizada.

La interrelación entre la S.S.P. y M.A. y la Secretaría de Obras y Servicios Públicos ha variado en el último año. Anterior-

mente le incumbía a esta última, a través de la Dirección General de Infraestructura y Renovación de Edificios (D.I.R.E.) de la que depende la Dirección de Mantenimiento Hospitalario, dirigir y coordinar los programas de mantenimiento y renovación de las plantas físicas de los establecimientos hospitalarios.

Según la información recogida, este accionar conjunto se tornaba dificultoso y se originaban inconvenientes al quedar la S.S.P. y M.A. y por ende los hospitales, marginados del proceso de remodelación edilicia, por ello, en esta nueva etapa de organización de la Secretaría de Salud todo lo concerniente a la construcción o remodelación edilicia ha quedado dentro de la órbita de la mencionada secretaría.

Para el logro de esta nueva finalidad la Secretaría organizó su propio equipo de profesionales, instituyendo para tal fin las residencias en arquitectura e ingeniería hospitalaria a través del convenio con la Universidad de Buenos Aires, del que hablaremos más adelante. Con este nuevo enfoque en materia de refacción o construcción hospitalaria se tiende a organizar los proyectos con la participación del personal directivo de los hospitales y de este modo enmarcarlos en las necesidades reales de cada establecimiento.

Este nuevo modelo operativo -parte del programa de descentralización- permite que quienes toman las decisiones sean aquellos que se encuentran directamente relacionados con el desarrollo de la actividad y cercanos a los problemas que se pudieran generar. Esto significa también la posibilidad de un control más directo de los costos de las obras y en consecuencia una posible reducción de gastos en esta partida presupuestaria. A la vez, implica que cada establecimiento prevea las posibles obras edilicias que necesita ejecutar y las incluya en su anteproyecto de presupuesto y asimismo, controle las erogaciones al momento de su ejecución.

Como podemos observar la interrelación entre la Secretaría de Salud y la de Obras Públicas ha sido redefinida en función de una necesaria operatoria más directa de las obras edilicias que requieran los hospitales municipales, dejando eliminadas las trabas burocráticas causadas por la incumbencia otorgada a la Secretaría de Obras Públicas en las cuestiones edilicias que debe enca-

rar la Secretaría de Salud.

Con referencia a la Secretaría de Economía cabe subrayar que interviene en los temas presupuestarios, a través de la Dirección General de Finanzas y le compete la decisión sobre los refuerzos de presupuesto. También la relación entre la S.S.P. y M.A. y la de Economía ha sido modificada en los dos últimos años, pues a esta última pertenece la Dirección General de Compras y Contrataciones. A este organismo le incumbía la adquisición de los insumos hospitalarios y confeccionar el registro de proveedores municipales, pero en la actualidad, como consecuencia del proceso de descentralización iniciado, cada establecimiento hospitalario abre su registro de proveedores y licita los elementos necesarios para su funcionamiento, con excepción de aquellos que provee la Dirección de Abastecimiento Sanitario.

Sin embargo, estos cambios organizacionales no significan la desaparición de la interrelación entre ambas secretarías, la que continua tanto en los aspectos presupuestarios, como se dijera al principio, como en lo referente al pago a los proveedores, asignación de fondos a los hospitales, etc., que se ejecutan a través de la Tesorería General, dependiente de la Secretaría de Economía.

LAS FUNCIONES Y ESTRUCTURA DE LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA Y MEDIO AMBIENTE

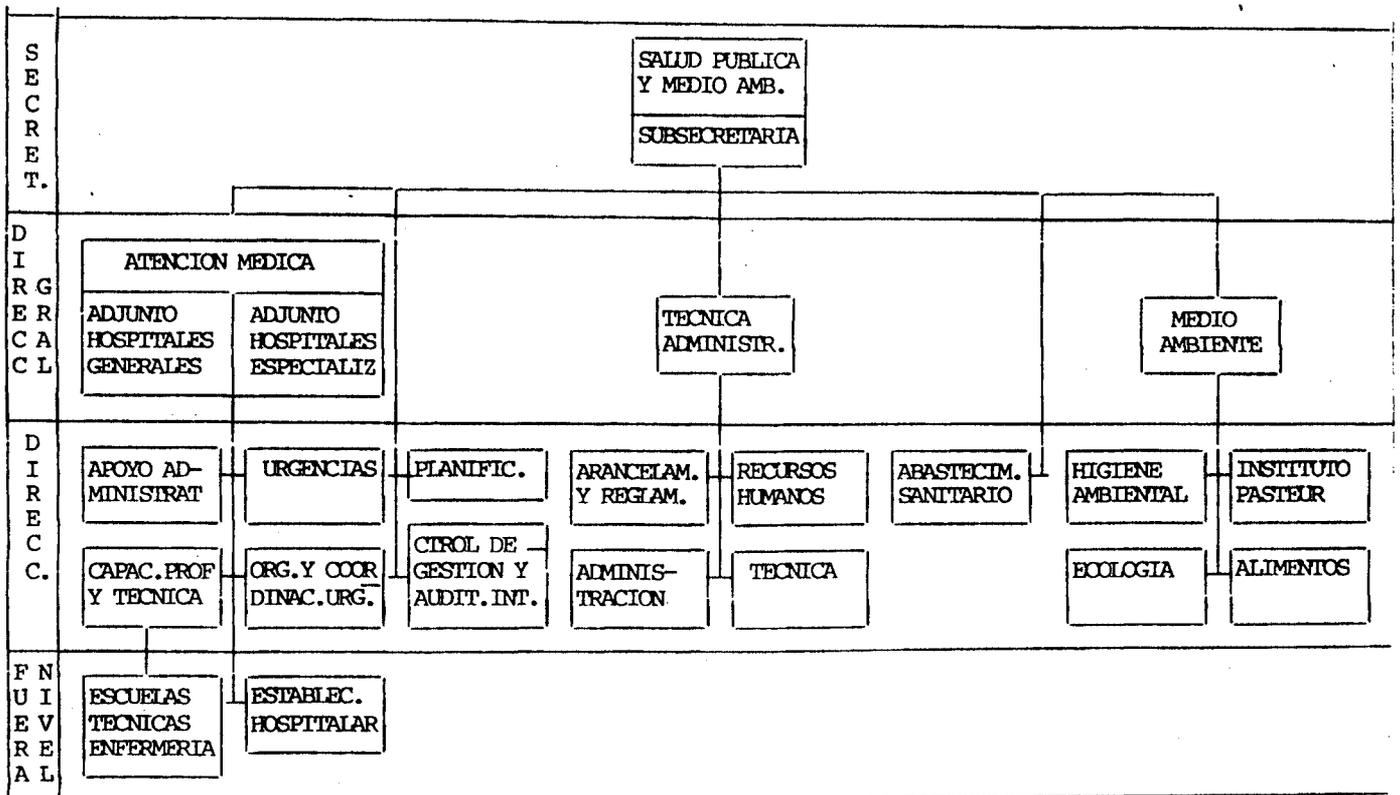
Para iniciar el estudio de este organismo diremos que las misiones adjudicadas al mismo son: "Administrar la política sanitaria a aplicarse en jurisdicción de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, tanto en lo que hace a la atención médica integral del individuo como a su medio ambiente a fin de lograr el mayor bienestar físico mental y social de la población".

De la lectura de estos objetivos surge claramente que los fines que debe cumplir la S.S.P. y M.A. son múltiples y complejos y que su logro depende de la conjunción de varios factores, algunos inherentes a la propia organización y otros al medio socio-económico en que actúa.

Para un análisis de la Secretaría su organización, recursos y contexto, se seleccionaron los siguientes ejes de estudio:

- 1) La estructura organizativa de la Secretaría
- 2) Características de los efectores propios
- 3) La organización hospitalaria

El análisis de estos temas brindará una aproximación a la compleja realidad del sistema hospitalario municipal. Con referencia al primer punto y como podemos apreciar en el organigrama adjunto, la misión de la Secretaría se operacionaliza a través de una estructura en cierto grado compleja donde las Direcciones Generales operan a través de las Direcciones. Estas a su vez desarrollan su actividad por intermedio de múltiples Departamentos.



En la actualidad este organigrama fue modificado. El Secretario de Salud Pública cuenta con dos Subsecretaríos que colaboran en su gestión ellos son: el Subsecretario de Coordinación Operativa en Salud y el Subsecretario de Estudios y Proyectos sanitarios.

En cuanto a las Direcciones Generales la Secretaría cuenta con la Dirección General Técnico Administrativa que tiene la responsabilidad del cumplimiento de las normas y procedimientos que garanticen el logro de los objetivos adjudicados a la misma. Esta Dirección General se la facultada para elaborar la documentación, disponer el trámite general y controlar el movimiento de expedientes y actuaciones, asesorar en materia tecnico-administrativa, administrar el recurso humano, proveer y tramitar la información acerca del sector, necesaria para la toma de decisiones, verificar el cumplimiento de normas y procedimientos y llevar el control presupuestario y patrimonial. Estas funciones son ejecutadas por las siguientes Direcciones:

La Dirección Administrativa: cumple con la tarea de asistir a la Dirección General en la confección de la documentación normativa y de trámite especialmente en lo que hace a las obras en establecimientos hospitalarios y al abastecimiento, entiende en la tramitación de cursos y representaciones y en la ayuda a pacientes de escasos recursos.

La Dirección de Recursos Humanos: que tiene a su cargo analizar e interpretar las normas establecidas, asesorar a las unidades de organización y entender en los movimientos del personal tales como transferencias de asignaciones, becas, etc.

La Dirección de Arancelamiento y Reglamentaciones: es la responsable en la elaboración y tramitación de arancelamiento de los documentos legales tales como contratos, convenios, oficios judiciales y la ley 21.541 de ablación e implantes de órganos y material anatómico.

La Dirección Técnica: entiende en la organización y coordinación de aspectos técnicos, presupuestarios, contables, licitatorios, patrimoniales y de movimientos de fondos.

Entre las modificaciones realizadas está la incorporación a la Dirección Técnica de la **Dirección de Planificación:** a la que corresponde asistir a la Secretaría en todos los aspectos relacionados con el planeamiento a fin de lograr un funcionamiento eficiente y un desarrollo que contemple las demandas futuras de servicios para la Secretaría. Debe proponer directivas y orientaciones relacionadas con la determinación de objetivos, políticas,

planes y programas conducentes al logro de los objetivos de la Secretaría, debe elaborar el anteproyecto de presupuesto por programas de la Secretaría y entender en el desarrollo de la estadística sectorial y en particular la de los establecimientos asistenciales.

Asimismo, participaba en la coordinación interna y externa con las obras sociales, organismos estatales y privados. Las acciones de esta Dirección se ejecutan por intermedio de los Departamentos de Programación, Políticas y Planes, Estadísticas y Coordinación de Relaciones Sectoriales.

Para las relaciones institucionales con las Obras Sociales en la actualidad se designó a dos profesionales, que dependen directamente del Secretario de Salud Pública. Esta modificación se realizó con la finalidad de agilizar los trámites en ésta área de relevancia fundamental para la Secretaría.

La Dirección de Control de Gestión y Auditoría Interna: es la encargada de asistir a la Secretaría en aquellas cuestiones referidas al control de gestión y auditoría operativa de servicios a fin de evaluar los grados de eficiencia y eficacia alcanzados. Esta Dirección opera a través de los Departamentos de Control Financiero-Contable y Evaluación de Programación y Control de Obras.

La Dirección de Abastecimiento Sanitario: esta área de la Secretaría es la encargada de la recepción, almacenamiento y distribución del material básico de los hospitales. Cabe destacar que las funciones de esta área también han sido modificadas, dentro del proceso de cambio encarado. Anteriormente esta Dirección era la responsable de la recepción, almacenamiento y distribución de drogas, reactivos, material sanitario, de llevar las registraciones contable-financieras, de controlar el abastecimiento de todos los elementos que hacen al funcionamiento de todos los organismos de la Secretaría y también se ocupaba de evaluar los requerimientos de víveres. Actualmente cada establecimiento hospitalario encara su provisión de material sanitario acorde a las necesidades de las prestaciones que brinda. Esto requirió un análisis de costos y de los insumos de los servicios hospitalarios a fin de ajustar las compras a las necesidades, evitando las compras innecesarias y su almacenamiento por tiempo prolongado que origina la eliminación de los productos por el vencimiento de sus propiedades.

Esta área también fue transferida a la órbita de la Dirección General Técnica Administrativa, dejando de depender directamente del Secretario, esto debido al cambio en sus funciones por el traspaso a los hospitales de la responsabilidad en la compra de la mayor parte de sus insumos.

En cuanto a la **Dirección General de Medio Ambiente**, también ella fue incluida en las transformaciones realizadas en la Secretaría de Salud, dejando de pertenecer a su ámbito para incorporarse al área de Servicios Públicos. La acción de este organismo está orientada hacia la protección de la salud de la población a través de acciones correctoras y de control de la ecología urbana. Es válido expresar que su accionar se desarrollaba en un ámbito un tanto independiente del resto de las actividades de la Secretaría de Salud. Las características de los programas de la Dirección de Higiene Ambiental, la Dirección de Alimentos y la Dirección de Ecología así lo determinan. Por otra parte la Dirección del Instituto Pasteur es el único organismo de esta Dirección General que continua dentro del área de incumbencia de la Secretaría de Salud.

En cuanto a la **Dirección General de Atención Médica**, cabe destacar que es la responsable de los veinte establecimientos asistenciales, de su funcionamiento y del cumplimiento de los programas y normas establecidas, para ello es asistida por las direcciones adjuntas de: Hospitales Generales y de Hospitales Especializados.

Tiene asignadas las siguientes funciones:

1. Evaluar y supervisar el funcionamiento de los hospitales.
2. Decidir el cierre, la apertura o modificación de los servicios.
3. Organizar, normatizar y coordinar los servicios y programas especiales.
4. Formar, capacitar y perfeccionar el personal profesional y técnico.
5. Organizar y coordinar acciones con otros organismos no municipales de atención de la población en emergencias o catástrofes.

Cuenta para ello con la **Dirección de Organización y Coor**

dinación de Servicios que desarrolla los programas de Salud Mental, promoción y Protección Materno-Infantil, Rehabilitación, Enfermería y Normatización.

La Dirección de Apoyo Administrativo, responsable del trámite y archivo de la Dirección General de Atención Médica.

La Dirección de Capacitación Profesional y Técnica que tiene a su cargo la formación, capacitación y evaluación del recursos humano médico, paramédico y auxiliar y la programación, realización y evaluación de las actividades de investigación. Asimismo, dependen de ella las escuelas de técnicos y de enfermería.

La Dirección de Urgencia, creada por Decreto N°4.607/83, B.M. N° 17.093 que constituye, con el Centro de Información para Atención de Emergencias y Catástrofes, el servicio de mayor cobertura del área metropolitana. Su función primordial es la de coordinar y normatizar los servicios.

Además. los Departamentos de **Auditoría Médica** responsable de auditar la calidad de los servicios y elaborar normas de calidad; de **Concursos** para la carrera profesional hospitalaria y la División de Mantenimiento de Equipos y Aparatos dependen también de la Dirección General de Atención Médica.

La finalidad de brindar esta descripción del sistema organizativo de la Secretaría de Salud, es dar a conocer el grado de complejidad que posee y los cambios que se han ido introduciendo para simplificar el accionar de los hospitales. Además, el propósito de este trabajo no radica en un análisis organizacional de este organismo, sino su conocimiento como marco de la organización hospitalaria.

La validez de contar con una breve descripción de la organización de la S.S.P., estriba en que es el sistema del cual dependen los establecimientos hospitalarios. Puede observarse, a partir de lo descripto, que en la Secretaría existe una concentración del poder de decisión del sistema, poder que en este proceso de transformación hacia la descentralización de los establecimientos, ha comenzado a transferirse a las unidades hospitalarias. Esta transformación en la estructura de poder, fuertemente consolidada por los años y los intereses de los grupos que lo detentan,

hace que el proceso de descentralización sea lento. La descentralización ya estaba enunciada en 1984 en el Plan de Salud de la Ciudad de Buenos Aires 1985-1989, pero aún no ha podido concretarse sino parcialmente.

Es importante recordar que la Secretaría no dispone de poder absoluto en la materia de su competencia, como ya hemos visto debe interactuar con otras Secretarías y además es al Intendente a quien le cabe en definitiva dictar las políticas a seguir en materia de salud y es quien tiene el poder de aprobar o rechazar las propuestas de la Secretaría. También interviene en la fijación de políticas en la materia el Concejo Deliberante a través de la aprobación de las partidas presupuestarias y de la aprobación o no de aquellas Resoluciones referidas al sistema de salud. En definitiva ambas instancias, Intendente y Concejo Deliberante, fijan las políticas generales en materia de salud ya que disponen del otorgamiento o no de los recursos económicos para la financiación de planes, programas y proyectos, y decidan sobre la aprobación de las propuestas de resoluciones para la transformación del sistema o la organización de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires está regulada por la Ley Orgánica Municipal No 19.987 que consta de 110 artículos, ordenados en los siguientes cuatro títulos: "Gobierno y Administración Municipal"; "Disposiciones Procesales"; "Recursos Económicos de la Municipalidad" y "Publicidad y Vigencia de las Normas".

En el Título 1: "Gobierno y Administración Municipal", se halla establecida la incumbencia de la Municipalidad en materia de salud, que en su Capítulo I: "Personalidad Jurídica de la Municipalidad", Art.2 expresa: "son de competencia de la Municipalidad los asuntos que se refieren a: C) La instalación de centros sanitarios y asistenciales y de educación; contralor de la salud pública, bromatológico y de salubridad de los elementos del ambiente ecológico.... E) El ejercicio del poder de policía en las materias de su competencia. Estos artículos significan la legitimación, a través de la norma de la acción municipal en el área de la salud.

En cuanto al Concejo Deliberante, las funciones que tiene en esta materia estan expresadas en el Capítulo V, que establece en el Art. 9: "Corresponde al Honorable Concejo Deliberante: a)

Sancionar Ordenanzas que se refieran a las siguientes materias: ornato, sanidad, higiene, asistencia social y recreación, seguridad, moralidad, cultura, educación, protección, fomento, conservación, vialidad, comercialización, abastecimiento, servicios y obras públicas, regímenes sobre cementerios, planeamiento y desarrollo".

RECURSOS FINANCIEROS

La mayor parte de los recursos económicos de la S.S.P. provienen de Rentas Generales, pero con la sanción de la Ordenanza N° 39.762, se habilitó una cuenta especial para los recursos provenientes del arancelamiento de las prestaciones de la seguridad social. Dicha cuenta de la Secretaría fue creada con la finalidad de reinvertir los ingresos provenientes de este arancelamiento a las obras sociales, en las inversiones que fueran necesarias en los establecimientos hospitalarios. Anteriormente estos recursos, provenientes de la seguridad social, se incorporaban a las Rentas Generales de la Municipalidad.

En cuanto a la participación de esta Secretaría en el total del presupuesto municipal, para el año 1988 de los 3.653,2 millones de australes a que asciende el total 653,2 millones de australes son destinados a la atención de la salud, representando esta cifra el 17,9% del presupuesto total. Desde 1979 a la fecha el porcentaje del presupuesto de este organismo sobre el total del presupuesto comunal, oscila del 14,1% (1983) al 21,3% (en 1981).

En la Secretaría analizada el proceso de asignación de los recursos financieros ha sido modificado durante la actual gestión, con el fin de revertir una administración centralizada en la que más del 80% del crédito asignado en funcionamiento, servicios y capital era centralizado en partidas globales incorporadas a los programas de responsabilidad del nivel central. En consecuencia el monto de lo asignado a los niveles operativos es mínimo, quedando de este modo totalmente marginados del proceso de ejecución de su propio presupuesto.

Los créditos presupuestarios centralizados en partidas globales financiaban las compras encaradas por el nivel central de la Secretaría de Salud Pública en coordinación con la Dirección

General de Compras y Contrataciones de la Secretaría de Economía.

En el nuevo reordenamiento administrativo cada hospital elabora el anteproyecto de presupuesto anual en el que luego de aprobado por los niveles superiores deberá ejecutar. La finalidad de esta nueva modalidad de gestión es adecuar los recursos financieros a las necesidades operativas reales de cada establecimiento.

El presupuesto de la S.S.P. está formado por catorce programas, cuya designación, unidad ejecutora y monto asignado en el presupuesto de 1988 se pueden leer en el cuadro siguiente.

PRESUPUESTO 1988		
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Y MEDIO AMBIENTE		
PROGRAMA	UNIDAD EJECUTORA	TOTAL A
1. Actividades Centrales de SSP y MA	Secret. y Subsecretaría Salud Pública	90.933.663
2. Control Zoonosis	Instituto Pasteur	2.348.388
3. Atención Ambulatoria desconcentrada	Centros de Salud	10.542.453
4. Materno-Infanto Juvenil	Hospitales Municipales	28.131.296
5. Clínico-Quirúrgico	Hospitales Municipales	89.290.881
6. Urgencia y Cuidado Intensivos	Hospitales Municipales	74.181.913
7. Rehabilitación Integral	Hospitales Municipales	7.450.630
8. Salud Mental	Hospital Alvear	7.417.689
9. Salud Bucal	Hospital de Odontología	1.522.000
10. Docencia e Investigación	Dirección de Capacitación Profesional y Técnica	28.004.827
11. Activ.Comunes a Programas 1 al 10	Hospital y Dirección Técnico-administrativa	252.909.151
12. Proyectos Comunes a Programas 1 al 10	Hospital y Dirección Técnico-administrativa	32.800.000
13. Desarrollo de Areas Programáticas	Dirección General de Organiz.y Coord.de Serv.	2.190.000
14. Descentralización Administrativa	Dirección Técnico-Administrativa	1.070.000
15. Cuenta Especial	Secretaría y Subsecretaría	25.000.000

Fuente: Dirección General de Finanzas. MCBA.

El análisis de los programas permite observar que la mayoría de ellos se refieren a la oferta de bienes y servicios de salud a la comunidad, a la vez, son los que cuentan con los mayores montos asignados para su financiación.

EL SISTEMA HOSPITALARIO MUNICIPAL Y LAS OBRAS SOCIALES

En cuanto a los ingresos provenientes de las obras sociales, como se expresara anteriormente, ingresan en la Cuenta Especial implementada como un sistema de coparticipación el que cada hospital tiene un porcentaje sobre el monto que factura a las obras sociales. Para acrecentar este ingreso existe un proyecto que tiene la finalidad de comprometer al personal de los hospitales con el objetivo de una mayor recaudación. Este proyecto consiste en distribuir entre los mismos un porcentaje de estas ganancias, siempre que haya un incremento de lo recaudado en relación con los montos actuales. Con esta propuesta se pretende que el personal se involucre con el funcionamiento del hospital, ya que cuanto mejores sean los servicios y la atención que preste, mayor será el número de habitantes que utilizarán esos establecimientos. Además, el personal tendería a promover que los pacientes del hospital declaren su obra social, ya que muchos no lo hacen por las razones que explicaremos a continuación. Sin embargo, aún cuando esta propuesta se presenta como muy interesante debe ser aplicada con cuidado para que su puesta en práctica no perjudique aquella franja de la población que carece de cobertura de seguridad social.

Con referencia a la negativa por parte de los pacientes, a declarar su afiliación a determinada obra social, es conveniente explicar su origen. Sucede que una vez declarada su cobertura, el paciente ante cada prestación que deba recibir en el hospital tendrá que presentar la autorización correspondiente de su obra social. Esto genera sucesivas tramitaciones de órdenes y autorizaciones en el hospital y en la obra social. Inversamente, si el paciente no declara su afiliación a una obra social el hospital se hace cargo gratuitamente de su atención, entonces el paciente se ahorra tiempo, complicaciones burocráticas y en algunos casos dinero pues no tiene que abonar el coseguro que se exige en ciertos casos.

Esta modalidad, sumamente compleja, de interrelación entre los hospitales municipales y la seguridad social, favorece la creación de trabas burocráticas ficticias. De este modo las prestaciones a los afiliados se pueden derivar, con más facilidad, hacia los servicios médicos privados, en lugar de promover la utilización de los servicios que prestan los establecimientos públicos. Por esta razón entre las propuestas de los vecinos que transcribimos anteriormente, ellos plantean la importancia de la creación de una chequera universal, para que cada afiliado use los servicios según su preferencia sin necesidad de la derivación previa de la obra social. En todo caso debiera reservarse la autorización para los casos de tratamientos de alta complejidad cuyo costo es muy elevado.

Es conveniente recordar la importancia que reviste para el sistema hospitalario municipal la captación de fondos provenientes del sector de la seguridad social. Otra cuestión que debe considerarse es que este sistema de salud municipal está brindando atención en forma gratuita a personas que periódicamente aportan parte de sus ingresos a sus respectivas organizaciones, para contar con cobertura médica asistencial, y que al optar por los servicios médicos municipales para su atención y negar afiliación a una obra social impiden la transferencia de fondos correspondientes, con el consiguiente perjuicio para el hospital público y para aquellos ciudadanos que realmente no tienen cobertura de la seguridad social. Al mismo tiempo cabe señalar que falta una campaña de concientización de la población sobre la importancia que tiene, para el futuro desarrollo de los hospitales municipales, el que cada persona que es atendida allí declare la cobertura social que posee.

Por su parte la Municipalidad, a través de la Secretaría de Salud, ha concretado varios convenios con Obras Sociales en los últimos años. Es este intercambio con otro subsector del sistema de atención médica, uno de los tópicos más importantes a desarrollar dentro del proceso de descentralización hospitalaria, pues significa un canal importante en la obtención de recursos genuinos para el sistema municipal de atención sanitaria, como ya se expresara anteriormente.

La posibilidad de captación de un porcentaje de los fondos de la Seguridad Social, por parte del sistema hospitalario municipi-

pal, es un plan que presenta ciertas dificultades, en virtud de la competencia que se establece con los prestadores privados. Este subsector ha logrado, además del desarrollo técnico y profesional, un fuerte avance en materia de confort de las instalaciones sanatoriales.

Estas mejoras no han podido ser igualadas por los hospitales de la comuna. Si bien se comenzaron obras de remodelación en los sectores de internación de varios nosocomios, el estado general no alcanza el nivel óptimo, que les permita competir en igualdad de condiciones con los sanatorios privados, en cuanto a comodidad y privacidad para los pacientes internados y en los sectores de consultorios externos.

El estado general de los edificios, como se expresara anteriormente, es sumamente deficiente por tres razones: la antigüedad de las construcciones; el tamaño y diseño y por último el mantenimiento discontinuo que se les efectuó. El diseño de las edificaciones responde a modelos hospitalarios superados. En algunos casos encontramos el modelo de hospital horizontal, considerando en la actualidad el más adecuado a las necesidades, pero, ocurre que estos hospitales fueron diseñados sobre grandes extensiones de terreno y se construyeron en pabellones independientes que tornan sumamente dificultosa la comunicación hospitalaria. Por ello, en muchos casos el primer paso en la remodelación del edificio fue la construcción de vías de comunicación que permitan el traslado del personal y de los enfermos (sin dificultades los días de lluvia o frío) de un pabellón a otro.

Otros hospitales construídos a partir de la década del 30, y otros más antiguos pero que fueron remodelados, tienen el diseño del hospital compacto y en muchos casos han perdido funcionalidad. Por otra parte, en ambos modelos de hospital nos encontramos en los sectores de internación con amplias salas de más de seis camas, que carecen de privacidad y comodidad para el enfermo internado.

Con vistas a ofrecer un mejor servicio de internación a la población y a la vez poder competir para captar fondos de la Seguridad Social, sería necesario implementar un plan de inversiones (ambicioso) en materia de infraestructura edilicia. De este modo los hospitales municipales conjugarían el alto nivel profesional y

técnico con adecuadas condiciones ambientales para el enfermo. La presencia de este tipo de servicios en el mercado de atención médica denotaría un cambio significativo en el sistema.

Un proyecto de esta magnitud requiere de la elaboración de un plan general de reacondicionamiento de los establecimientos hospitalarios, por parte de la Secretaría de Salud con la participación de los directivos de estos centros.

Como se expresó anteriormente, los proyectos y las obras actualmente en ejecución, se han encarado con una nueva modalidad de gestión, siempre en el marco del proceso de descentralización. A tal fin las obras han quedado bajo la dirección y el control de los profesionales de la Secretaría de Salud y con la participación de la Dirección de los establecimientos. Es obvio que la complejidad de las obras de refacción hospitalaria requieren de una administración directa, con el objetivo de evitar inconvenientes derivados de trabas burocráticas, que tenían su origen en un complejo sistema de administración de obras, cuya dirección pertenecía a otra Secretaría.

EL SISTEMA DE HOSPITALES MUNICIPALES

Los establecimientos que conforman la red municipal de servicios son los siguientes:

Hospitales Base Generales de Agudos - son seis-: Ramos Mejía, Fernández, Pirovano, Argerich, Durand y Santojanni.

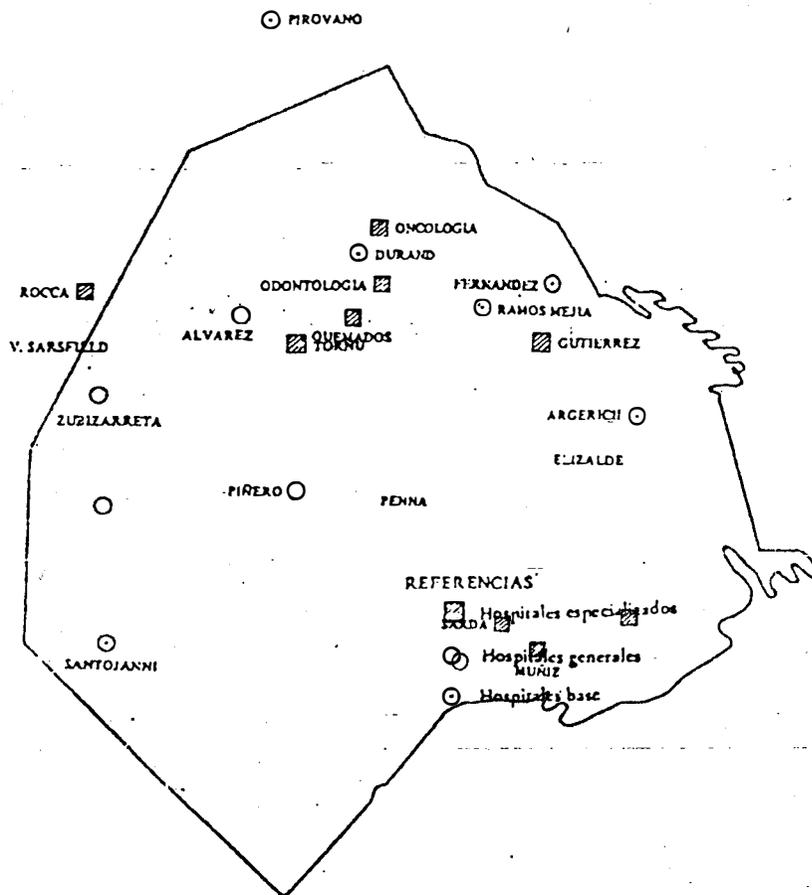
Hospitales de Entrada Generales de Agudos - son cinco-: Alvarez, Piñero, Zubizarreta y Velez Sarsfield. *PERERA*

Hospitales Especializados -son nueve-: Materno- infantil Dr. Ramón Sardá, de Quemados, de Oncología, de Rehabilitación Manuel Rocca, de Odontología, de Infecciosas Dr. Francisco Muñiz, de Neumotisiología Dr. Enrique Tornú y los hospitales de pediatría Ricardo Gutierrez y Pedro de Elizalde.

En el gráfico siguiente se encuentra detallada la ubicación geográfica y tipológica de atención de cada uno de los hospitales de la Capital Federal, dependientes del municipio.

GRAFICO 26

DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES DE LA SSPMA - MCBA 1984.



Esta sola enunciación, que se acaba de realizar, de los hospitales que componen el sistema nos está indicando la magnitud y la complejidad de ésta red de efectores sanitarios. Además, a cada hospital general se deben agregar los Centros de Salud que dependen, también, de la dirección del hospital. Estos centros se encuentran ubicados dentro del área programática del establecimiento. El área programática es el sector de la Capital Federal, que cada hospital tiene delimitado como zona sanitaria de su responsabilidad.

Anteriormente mencionamos algunas características sobre la diseño edilicio de los establecimientos, a continuación se describe en forma más pormenorizada las características de los edificios en que funcionan estos hospitales. En el siguiente cuadro podemos leer el año de fundación del hospital, su superficie y el tipo de diseño con que fue construido.

HOSPITAL	AÑO	SUP.CUB.M2	TIPO
1. Gral.de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez	1875	25.100	Pabellones
2. Gral.de Agudos Dr. J. Ramos Mejía	1882	28.495	Pabellones
3. De Infecciosas Dr. F. Muñiz	1886	29.860	Pabellones
4. Gral.de Agudos Dr.J. Pirovano	1895	18.600	Pabellones
5. Gral.de Niños Dr. P. de Elizalde	1897	15.900	Pabellones
6. Gral.de Agudos Dr. T. Alvarez	1901	17.500	Pabellones
7. De Neumotisiología E. Tornú	1904	26.700	Pabellones
8. Gral.de Agudos Dr. P. Piñeiro	1917	18.427	Pabellones
9. De Rehabilitación M. Rocca	1926	10.175	Pabellones
10. Gral.de Agudos Dr. J. Penna	1928	13.200	Pabellones
11. De Oncología	1931	12.600	Compacto
12. Materno Infantil R. Sardá	1934	11.300	Compacto
13. Gral.de Agudos A. Zubizarreta	1935	3.660	Compacto
14. Gral.de Agudos D.V. Sarsfield	1949	4.500	Compacto
15. De Odontología	1965	4.000	Compacto
16. Gral.de Agudos Dr.J. Fernández (Remodelado)	1889 1982	24.377	Compacto
17. Gral.de Agudos Dr.F.Santojanni (Remodelado)	1940 1982	20.050	Compacto
18. Gral.de Agudos Dr.C.Argerich (Remodelado)	1897 En Obra	30.380	Compacto
19. Gral.de Agudos Dr.C. Durand (Remodelado)	1913 En obra	29.626	Compacto
20. De Quemados (Remodelado)	1952 En obra	8.411	Compacto

De la lectura de estos datos surge claramente la antigüedad edilicia de algunos de los hospitales que conforman el sistema analizado. Con el plan de remodelaciones para modernizarlos, hasta la fecha solo han podido ser recuperados cinco hospitales. Estos datos se refieren a modificaciones integrales de las unidades, ello no significa que no se hallan llevado a cabo reformas sectoriales en otros hospitales de la comuna.

Otro dato que nos brinda el cuadro que estamos analizando es la magnitud edilicia de estos establecimientos por la cantidad de metros cuadrados cubiertos que poseen. Asimismo, estos datos nos indican el costo que implica su mantenimiento, higiene y control, tanto en personal como en otros insumos.

Por el estado edilicio en que se encuentran estos hospitales son agrupados del siguiente modo:

1. Efectores en buen estado físico que permite un alto grado de efectividad en la prestación del servicio, debido a las obras de remodelación encofradas, son: Hospitales Fernández, Santojanni, Argerich y Durand. Esto es así aún cuando tienen carencias en materia de recursos humanos y en la instalación de equipos.

2. Efectores en regular estado físico-funcional. Comprende a aquellos cuyas plantas físicas presentan un alto porcentaje en estado deficiente. En esta categoría se encuentran una cantidad significativa de efectores a saber: los Hospitales Alvarez, de Oncología, de Odontología, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía, Rocca, Sardá, Tornú, Velez Sarsfield, Zubizarreta y Penna.

3. Efectores con alto porcentaje de sectores en mal estado. Este conjunto de hospitales deberán ser objeto de un estudio con el fin de determinar la conveniencia de su recuperación, ya que se trata de edificios obsoletos y con instalaciones muy deterioradas. Entre ellos se encuentran los Hospitales de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez y Pedro de Elizalde, cuya remodelación esta relacionada con el funcionamiento del nuevo Hospital de Pediatría Dr. Juan Garrahan.

Otros datos que nos permiten obtener un perfil de este sistema hospitalario se basa en el tipo de habitaciones que poseen

los establecimientos. En el cuadro siguiente se puede apreciar que la mayoría de los hospitales cuentan con un alto porcentaje de salas con más de seis camas y por consiguiente no ofrecen a los pacientes la intimidad necesaria durante el período de internación. Este es, sin duda, uno de los problemas a resolver en un proyecto de remodelación edilicia de los hospitales.

ESTABLECIMIENTOS	Número de camas		PORCENTAJE
	TOTAL	EN Habit. de h/seis	
ARGERICH	198	(-)	(-)
DURAND	304	159	52
FERNANDEZ	407	407	100
PIROVANO	377	3	0
RAMOS MEJIA	661	105	16
SANTOJANNI	299	299	100
ALVAREZ	291	12	4
PENNA	287	(-)	(-)
PIÑEIRO	391	-	0
V. SANSFIELD	106	96	90
ZUBIZARRETA	99	74	75
ELIZALDE	348	-	0
GUTIERREZ	388	20	5
SARDA	123	-	0
MUNIZ	652	-	0
TORNU	210	-	0
ROCCA	84	84	100
QUEMADOS	40	12	30
ONCOLOGIA	132	83	63
TOTAL	5.397	1.354	25

(-) Sin datos

Fuente: Dirección de Planificación - SSP y MA - MCBA - 1981

Sin embargo, aún con las dificultades de infraestructura que hemos descripto, la S.S.P. y M.A. ha ejecutado en mayor o menor medida, según los tiempos políticos, mejoras edilicias en los establecimientos y les fue incorporando nuevas tecnologías. Así, se han creado los Servicios de Ablación y Transplante de Organos, laboratorios de Inmunología, Salas para Diálisis, etc. También se han ampliado servicios altamente especializados, ya existentes como: Laboratorios de Endocrinología, Cirugía Maxilofacial, Unidades Coronarias, Terapia Intensiva, Neonatología Abierta, etc.

En definitiva puede decirse que, aún con las deficiencias y dificultades señaladas, el sistema no se paralizó y continuo desarrollándose. Sin embargo, el problema que surge al analizarlo es los diferentes grados de desarrollo que han alcanzado cada uno de los efectores del sistema. Esto nos muestra, en primer término, la inexistencia de una planificación para el desarrollo armónico del conjunto. Por otra parte nos indica que el crecimiento de algunos establecimientos y el estancamiento o deterioro de otros, se debió a factores intra y extra institucionales, y no necesariamente al rol que deben desempeñar cada uno de ellos en su área programática.

LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE LA MCBA Y LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Una de las más importantes relaciones extrainstitucionales que sustenta la Secretaría es sin lugar a dudas, la vinculación establecida con la Universidad de Buenos Aires. Este intercambio interinstitucional, que es de antigua data, ha sido incrementado en estos dos últimos años. Este crecimiento en la interacción entre ambas instituciones, desempeña un importante papel en el proceso de transformación del sistema organizativo de los hospitales la introducir innovaciones en el mismo.

La relación tradicional entre ambas instituciones es a través de la Facultad de Ciencias Médicas, en virtud de que la mayoría de las prácticas de esta facultad son realizadas en el ámbito de los hospitales municipales, y en ellos un número significativo de los jefes de los servicios son los titulares de las cátedras universitarias, siendo ello una de las causas del prestigio de varios de los servicios hospitalarios municipales.

Anteriormente dijimos que la relación entre la SSP y MA y la Universidad se había ampliado a raíz de un convenio celebrado en 1987. Este convenio dio origen a la iniciación de residencias de tres años de duración en las siguientes carreras: Arquitectura, Ingeniería, Administración y Contabilidad, todas ellas referidas al ámbito hospitalario. Además, en 1988 se inició la residencia en informática, para Licenciados en Sistemas, en esta rama científica se cuenta también con becas para estudiantes avanzados de la carrera. El acceso a estas residencias es organizado por la Universidad a través de concursos en cada una de las Facultades.

Estas nuevas áreas de interacción entre la universidad y la secretaría, significan la apertura de nuevos campos de especialización a nivel de post-grado, lo cual es un hecho muy ambicioso en nuestro país. A su vez, estos post-grados, contribuyen a la modernización de la organización del sistema de atención médica municipal.

La incorporación de este conjunto de profesionales en el ámbito hospitalario origina un proceso de cambio en la organización del hospital. El ingreso de ellos a las residencias contri-

buye al replanteo en los modos de administración de la organización. Esto es lo que generan las residencias en administración, contabilidad e informática, pues establecen nuevos sistemas en la operatoria administrativa, facilitando la revisión de las rutinas operacionales fuertemente arraigadas y sostenidas en la organización. En este punto cabe recordar lo que sobre ellas expresan Loyd y Susann Rudolph: "Las rutinas operacionales proveen tierra fértil a los participantes, en especial aquellos de niveles medios e inferior, para apropiarse de los objetivos, autoridad y recursos organizacionales. El dominio y la aplicación de rutinas operacionales no sólo contradice los supuestos del "actor racional" acerca del desempeño organizacional, sino que también pone el poder en manos de aquellos con poca o ninguna autoridad. Las rutinas operacionales constituyen una considerable barrera para la formulación e implementación de nuevos objetivos, políticas o técnicas. Tal como en el espurio cumplimiento contenido en el trabajo a reglamento, en la selección, retención y difusión de información, y en el uso de la discrecionalidad en situaciones de incertidumbre, la aplicación de rutinas constituye un dominio de poder que permite a los funcionarios y a veces a los cuadros superiores la apropiación latente de propósitos y medios organizacionales al ejercer poder contra aquellos que poseen autoridad". (1)

En el marco de transformación de las rutinas operacionales la inclusión de los profesionales residentes, en la organización administrativa de los hospitales, procura facilitar la puesta en marcha de la descentralización de los efectores de salud de la MCBA. La supervisión de estas residencias permite analizar la eficiencia de la normativa vigente y de la operatoria administrativa actual en los establecimientos, y al mismo tiempo facilita la aplicación y evaluación de acciones correctoras. Es factible que, a través de las residencias se origine la necesidad de creación de nuevos puestos de trabajo, dentro de la organización hospitalaria, cuyo perfil podría elaborarse a partir de los roles desempeñados por los residentes, dando de este modo una base de racionalidad a la organización.

(1) Rudolph, Lloyd y Hoeber Rudolph, Susanne en Teoría de la burocracia estatal- O. Oszlak (comp.) Paidós. Buenos Aires 1985 - pág. 142.

La observación de la actividad de los residentes permite evaluar como muy positiva la ampliación en la interrelación de la Secretaría de Salud de la Municipalidad y la Universidad de Buenos Aires. Este intercambio facilita por medio de la práctica y los estudios de post-grado la especialización profesional de los graduados, y le brinda a los establecimientos hospitalarios la posibilidad de contar con profesionales que contribuyan a su modernización a partir de criterios científicos y técnicos referidos a la organización y a la administración de los recursos institucionales.

LA ORGANIZACION DE LOS HOSPITALES

En las páginas anteriores se presentaron los datos relativos a las singularidades de cada uno de los efectores del sistema de atención de la salud de la MCBA. Estos datos advertían sobre las diferencias existentes entre los hospitales según las especialidades, las dimensiones edilicias, el diseño arquitectónico de su construcción, el número de camas, etc. Esta heterogeneidad entre los establecimientos, que se origina en diversas causas que no analizaremos en este trabajo, tiene estrecha relación con el sistema organizativo de cada uno de ellos.

Para una mejor comprensión de la organización hospitalaria en los anexos I al V de este trabajo se agregan los organigramas de cinco hospitales comunales. La elección de estos organigramas se fundamenta en la intención de exponer diferentes modelos organizativos que están relacionados con la capacidad operativa de cada uno de los hospitales. Dos de estos organigramas pertenecen a hospitales de alta complejidad, otro organigrama corresponde al de un hospital de nivel de desarrollo intermedio y, obviamente, los otros dos conciernen al modelo organizativo de dos establecimientos de menores dimensiones.

Con la finalidad de brindar una visión ordenada de los hospitales que componen esta red, a continuación se presenta un cuadro en el que ellos han sido ordenados según el número de camas disponibles y, a los cinco que hemos seleccionado se les agregó la cantidad de metros cuadrados cubiertos que poseen, por considerarlo un dato importante en el estudio de la organización.

Hospitales dependientes de la SSP y MA de la MCBA
(ordenados según números de camas)

2

HOSPITAL	NUMERO DE CAMAS	SUP/CUBIERTA M
Dr. J.M. Ramos Mejía	661	28.500
Dr. F. Muñiz	652 (E)	
Dr. J. Fernández	407	24.400
Dr. P. Piñero	391	
Dr. R. Gutiérrez	388 (E)	
Dr. J. Pirovano	377	18.600
Dr. P. de Elizalde	348 (E)	
Dr. C. Durand	304	
Dr. F. Santojanni	299	
Dr. T. Alvarez	291	
Dr. J. Penna	287	
Dr. E. Tornú	210 (E)	
Dr. C. Argerich	198	
De Oncología	132 (E)	
Dr. R. Sardá	123 (E)	
Dr. D. Vélez Sarsfield	106	4.500
Dr. A. Zubizarreta	99	3.700
Dr. M. Rocca	84 (E)	
De Quemados	40 (E)	

(E) Establecimientos especializados

Fuente: Dir. de Planificación - SSP y MA - MCBA - 1984

Elaboración propia

Si bien la estratificación de los hospitales según el número de camas disponibles no da una visión integral del desarrollo alcanzado por cada uno de los establecimientos, es una variable que permite un ordenamiento en relación con la capacidad de atención que pueden brindar, y en el caso concreto que estamos estudiando, se correlaciona con una mayor variedad de servicios especializados.

En esta aproximación a la estructura organizativa de los hospitales se seleccionaron los organigramas de los hospitales Ramos Mejía y Fernández, como los de mayores dimensiones, la del hospital Pirovano como la de un establecimiento intermedio y como hospitales menores el Zubizarreta y el Vélez Sarsfield. La lectura de estos organigramas nos permite observar claramente la disimilitud en cuanto a la multiplicidad de sectores que integran la organización de un hospital de alta complejidad, como el Ramos Mejía o el Fernández y la de aquellos más simples y de menores dimensiones.

Pero, a pesar de estas diferencias tan evidentes, todos los establecimientos poseen algunas áreas que repiten el mismo modelo de organización. Así, por ejemplo, en toda la red hospitalaria municipal se reproduce un idéntico sistema de conducción de los establecimientos. En todos ellos la **Dirección del hospital está conformada por el Director y el Subdirector Médico**. A ese nivel se han agregado como organismos de consulta el Consejo Asesor Técnico Administrativo (CATA) y el Comité de Docencia e Investigación. En este punto, merece destacarse que el rol del CATA se ha ido transformando en los últimos tiempos, adquiriendo mayor predominio en el análisis de la toma de decisiones del establecimiento. También en ésta área de la dirección del hospital se agregó, durante los años del proceso, el cargo de **Subdirector Administrativo**. A este funcionario le incumbe todo lo atinente a Personal, Patrimonio y Depósito.

La jerarquización de este rol administrativo es importante en la medida que le permite al Director del hospital derivar la atención de la actividad de administración de la organización al Subdirector Administrativo. Esta Subdirección tiene un nivel de responsabilidad superior al de un jefe de Departamento Administrativo, que era anteriormente el funcionario responsable de estas áreas - cargo que aún existe en la organización -. Pero el Jefe de

Departamento carecía de las atribuciones y responsabilidades que otorga una mayor jerarquía -a nivel Dirección-, en la estructura de la organización.

Sin duda en este proceso de descentralización que se desea implementar estos puestos, que corresponden al nivel de la dirección del establecimiento, deben ser materia de un exhaustivo análisis para adecuar sus funciones al nuevo modelo organizacional. En esta reforma uno de los puntos esenciales es precisar con exactitud los deberes, atribuciones y obligaciones que corresponderán a cada uno de estos puestos de la estructura. Máxime por el hecho que en la actualidad estos roles se desempeñan más en base a la tradición institucional, que a una normativa establecida.

Además, de esta descripción de funciones para cada uno de los cargos directivos, es trascendente para los fines institucionales el definir las atribuciones del Consejo Asesor Técnico-Administrativo. A raíz de lo esencial que es para un organismo descentralizado la función del Consejo como órgano consultivo y resolutivo, que lo convierte en un **elemento básico para la democratización de la organización**. La importancia del Consejo deriva de que en esta instancia organizativa se encuentran representados todos los servicios y sectores que conforman la institución.

Esta búsqueda de un espacio dentro de la organización donde se encuentren representados todos los sectores que componen el sistema, es sumamente importante por cuanto contribuye a garantizar uno de los principios básicos de la descentralización: la democratización de la organización. Esta complementariedad del Consejo Asesor con el resto de los miembros de la Dirección, garantizaría que el proceso descentralizador no genere un sistema autoritario de conducción hospitalaria.

Desde otro punto de vista, al estar conformado el Consejo por miembros de la institución hospitalaria lo convierte en un espacio institucional donde la comunicación grupal esta facilitada por el conocimiento previo de sus miembros, lo cual se reflejará al conjunto institucional. Por otra parte los miembros del Consejo tienen la ventaja de poseer un conocimiento apropiado, por lo cercano que se encuentran a los problemas reales de la administración del hospital, esto contribuiría al mejor análisis sobre las inversiones y la distribución de los recursos, que es otro de los obje-

tivos de un proceso de descentralización. Es, en definitiva, un lugar apropiado para la explicitación de los conflictos existentes entre los diversos sectores que componen el sistema y propicio para la búsqueda de los modos de resolución de los mismos.

Otra cuestión positiva, que presenta un adecuado funcionamiento del Consejo, estriba en que sus resoluciones tienen mayores posibilidades de ser aceptadas por el resto de los miembros de la organización, que si se trataran de propuestas elaboradas por funcionarios extrainstitucionales, con poco conocimiento de la vida institucional y de su cultura.

En un proyecto elaborado por la SSP y MA (Dres. Veronelli y Alonso Fernández) sobre descentralización hospitalaria se definían las funciones del Consejo Técnico Administrativo del modo que me permito transcribir a continuación, pues formulan con precisión su rol en la conducción de los establecimientos de atención sanitaria.

CONSEJO TECNICO ADMINISTRATIVO

a) Como órgano consultivo asesorará al Director del establecimiento o en las siguientes materias:

1. Programación de las actividades del establecimiento por parte de las Unidades Ejecutivas y el presupuesto correspondiente.
2. Evaluación de las actividades técnicas y administrativas de todas las Unidades del Establecimiento.
3. Control del cumplimiento por parte de las Unidades Ejecutivas de las normas técnicas y administrativas que se dicten.

b) Como órgano resolutivo deberá aprobar las medidas que proponga el Director en las siguientes materias:

1. Inversión presupuestaria en bienes y servicios cuando su monto sobrepase el límite fijado por la reglamentación correspondiente.
2. Dictado del reglamento general del Establecimiento, y de las normas técnicas y administrativas que regulen su funcionamiento.

3. En todos los temas que el Director someta a su consideración para lograr la aprobación del Consejo.

Hasta aquí se mencionaron algunas funciones de la organización hospitalaria que permiten garantizar la adecuada utilización de los recursos financieros y técnicos y de ese modo resguardar la función social del hospital municipal, pero en cuanto a lo extra-hospitalario existen otras instancias de control administrativo. En primer lugar la misma Secretaría de Salud a través de sus propios órganos de planificación y control, que también deberán redefinir sus incumbencias en estas nuevas formas de organización, tiene facultades suficientes para el efectivo control presupuestario.

En otro orden, cabe mencionar que dentro del Departamento Ejecutivo municipal existen otras instancias administrativas destinadas a la fiscalización administrativa-contable. Asimismo podría preverse la designación de delegados fiscales en los establecimientos hospitalarios con la función de asesoramiento y control sobre el gasto y la inversión de los recursos económicos destinados al hospital.

También es oportuno destacar que en la organización municipal de esta ciudad existen órganos representativos, cuyos miembros son elegidos por la ciudadanía y que por las atribuciones que la ley les confiere, están facultados para realizar evaluaciones y controles del funcionamiento de las organizaciones sanitarias municipales. Estas entidades son el Consejo Deliberante y los Consejos Vecinales. En cuanto a estos últimos cabe mencionar que están establecidos en cada uno de los distritos en que se encuentra dividida la Capital Federal. Por lo tanto, ambos organismos podrían ejercer la función que tienen asignada y de ese modo contribuir al efectivo mejoramiento de esta red de efectores públicos de salud, a través del apoyo y la evaluación de la gestión desarrollada por funcionarios responsables de cada uno de los hospitales y del sistema en su conjunto. Es decir, del Secretario de Salud y todos aquellos miembros de la conducción municipal cuya acción incida en el funcionamiento de este conjunto de hospitales públicos.

Hasta aquí hemos visto las características de los niveles de conducción de los establecimientos y la incidencia de un proceso de descentralización en esas áreas, a continuación veremos los

diferentes grados de desarrollo alcanzados por los efectores del sistema, estado que se refleja en las estructuras organizativas de los cinco hospitales que hemos tomado como muestras de esta compleja red hospitalaria y a la que en este trabajo sólo intentamos aproximarnos.

El resto de la estructura organizativa de los hospitales, tal como puede observarse en los organigramas anexados a este trabajo, esta conformada por los cuatros niveles que se mencionan a continuación: Departamento, División, Sección y Unidad de Trabajo. Estos cuatro niveles han sido establecidos en todos los hospitales, independientemente del grado de complejidad alcanzado por el mismo.

Por otra parte, cada uno de los hospitales de la comuna divide su estructura en tres ramas a saber: la rama técnica, la rama administrativa y la rama médica.

La rama técnica de los hospitales municipales está compuesta por un Departamento Técnico, a cargo de un profesional médico, del cual dependen cuatro áreas de actividades: Estadísticas, Servicio Social, Alimentación y Programación y Control. Como podemos advertir en los organigramas, cada una de estas Divisiones se sectorializa en Secciones y Unidades de Trabajo. Al observarse los Departamentos Técnicos en los organigramas, podemos advertir que en los establecimientos de mayores dimensiones como los Hospitales Ramos Mejía, Fernández o Pirovano, este Departamento está constituido por un total de veinticinco sectores, entre Divisiones, Secciones y Unidades de Trabajo; y en los hospitales de menor envergadura el Departamento Técnico está compuesto por deiciseis sectores.

Esta multiplicidad de dependencias dentro de un Departamento es índice de una amplia desagregación de funciones, en donde para cada actividad de la organización se han constituido áreas en la estructura funcional de los establecimientos, originando una gran dispersión, en lugar de una concentración de actividades. Esto lo podemos observar, por ejemplo, en la División Estadística que está conformada por cuatro Secciones las que a su vez se ramifican en un total de ocho Unidades de Trabajo. Esta sectorialización extrema de la actividad de elaboración de las estadísticas de los establecimientos, se convierte, según la información obtenida,

en una seria dificultad para el correcto desarrollo de las tareas. La dispersión de vías para la obtención de los datos y, además, la poca valoración dispensada a las estadísticas por parte de los Servicios de los hospitales, contribuyen a la desactualización de esta información imprescindible.

El disponer de estadísticas actualizadas es, sin duda, de suma relevancia para la planificación de acciones en la organización hospitalaria. Sin embargo, la confección de ellas no había alcanzado los niveles necesarios para constituir una base cierta sobre la cual evaluar y planificar acciones. Por este motivo, la Secretaría encaró en el ámbito hospitalario la puesta en marcha de un programa que permita, mediante el recurso de la computación, disponer de los datos ciertos ya que resultan imprescindibles en la elaboración de la información básica para una adecuada programación.

También dependiendo de este Departamento Técnico se halla el área de Programación y Control, la cual en los establecimientos de mayor tamaño tiene el nivel de División, mientras que en los hospitales menos complejos está a nivel de Sección. Pero al pertenecer esta área al Departamento Técnico, sucede en consecuencia que se encuentra distante funcionalmente de la Subdirección Administrativa, es decir, fuera de la órbita propiamente dicha de la administración del hospital. La importancia del área de Programación y Control en el proceso organizativo de estos establecimientos sanitarios es obvia, por ello, llama la atención su marginación del centro de decisión de la administración de los recursos presupuestarios. Ello conduce a pensar que, careciendo de un área desarrollada y jerarquizada de Programación y Control, es muy probable que varias actividades del establecimiento no puedan alcanzar un grado deseado de racionalidad. Asimismo, parece justo deducir que los anteproyectos de presupuesto, ya fueren los elaborados en los establecimientos o en la propia Secretaría, se han hecho de acuerdo a ciertas prioridades sectoriales, a urgencias o intereses, en lugar de responder a objetivos en función de las necesidades del establecimiento y las demandas de la población, que son los que hubieran resultado de un correcto proceso de programación y evaluación de actividades.

En este análisis apareció como una propuesta de cambio necesario la reubicación tanto del área de Estadística como la de

Programación y Control. En primer término, en ambas, es preciso un estudio de la operatoria actual y de la nueva función que estas áreas ejecutarán en una organización descentralizada. También, en este marco de transformaciones organizativas, se plantea la conveniencia de reubicar ambas áreas de la Rama Administrativa, dependiendo del Subdirector Administrativo del hospital. Esta propuesta se origina en que ambos sectores desarrollan funciones en directa conexión con la planificación y evaluación de las acciones de la organización.

En consecuencia con las áreas de Estadística y Programación y Control se debería: I) redefinir su función y modalidad operativa; II) jerarquizar la actividad de ambos dentro de la organización; III) constituir la coordinación entre ellas y IV) reubicarlas en la rama administrativa de la organización, para facilitar su integración con la Subdirección Administrativa del hospital.

Esta transformación de dos divisiones de la rama técnica conduce a la revisión de todo el Departamento Técnico, que incluye también el Servicio Social y la División Alimentación. Esta última área tiene funciones diferentes según sea el sistema de suministro de comidas del hospital, pues en algunos establecimientos los alimentos son preparados por el personal del hospital, mientras que, otros hospitales poseen servicios contratados para la provisión de comidas.

En cuanto a la división Servicio Social, su actividad ha sido redefinida durante el actual gobierno, ya que durante los años del gobierno militar, al estar aranceladas las prestaciones médicas, la función del Servicio Social estaba condicionada por estas circunstancias, pues debían ocuparse de verificar si la excepción al pago de aranceles solicitada por algún paciente correspondía o no. Asimismo, sería conveniente promover la integración de los profesionales del servicios social a los equipos interdisciplinarios del hospital, para que aportaran su opinión en el tratamiento de las diversas problemáticas que de continuo atienden los establecimientos.

La otra rama que conforma la estructura de los hospitales es la **rama administrativa**, que depende del Subdirector Administrativo del hospital y está compuesta por un área de Administración

propiamente dicha, otra de Servicios Generales y Mantenimiento y una tercera que centraliza las actividades contables. También este sector de la estructura hospitalaria presenta variaciones según sea la dimensión del hospital, así por ejemplo, el área contable de los establecimientos de mayor complejidad ocupa el nivel de Departamento, de ese Departamento dependen tres Divisiones y de cada una de estas otras tantas Secciones con sus respectivas Unidades de Trabajo. Mientras que en los hospitales de menor multiplicidad de servicios, el área contable es una División compuesta por tres Secciones con las correspondientes Unidades de Trabajo, y del mismo modo ocurre con las otras áreas del sistema administrativo hospitalario. En los organigramas es posible observar el mayor número de unidades que componen la rama administrativa de los hospitales más complejos, conformando una estructura que se diferencia claramente de las estructuras de los hospitales más pequeños. También, en esta rama es posible observar como se diversifican las actividades de cada Departamento, División o Sección, del mismo modo que sucede con la rama técnica, constituyéndose una estructura con multiplicidad de partes. Esto origina extensas estructuras cuya gobernabilidad en la práctica es sumamente difícil.

En el marco de una reforma del sistema administrativo de los hospitales municipales es esta rama, precisamente, la que deberá ser objeto de una profunda investigación para determinar los objetivos de cada uno de los sectores que lo componen. Un segundo análisis permitirá determinar si los objetivos de cada uno de ellos son funcionales para la nueva modalidad administrativa que la organización hospitalaria tiene previsto implementar.

Es oportuno subrayar que a esta área le compete instrumentar la administración de los recursos financieros y humanos del hospital, estos últimos a través del área Personal que está en la órbita de su incumbencia. En cuanto a los recursos financieros, los administra a través del área contable que operacionaliza todo lo referente a la adquisición de los insumos que la institución requiere para su funcionamiento. Le corresponde a este sector de la estructura, preparar y realizar los llamados a licitación; efectuar las compras; y proceder a la liquidación de gastos. Del adecuado funcionamiento y desarrollo de este sector, depende la transparencia en la adquisición de insumos y, la agilización en los pagos originando un sistemas de compras más apropiado. Es válido mencionar que en la actualidad la demora en los pagos de las

facturaciones a los proveedores significa un grave perjuicio para el municipio, pues le obliga a abonar por mayores costos cifras muy significativas dentro del presupuesto comunal.

Hemos podido observar que la rama administrativa es sustantiva para el desarrollo de la actividad hospitalaria, a ella le corresponde garantizar, como dijimos, la adecuada administración del personal, de los recursos financieros y también son de su incumbencia: el resguardo del patrimonio y de los depósitos; y el funcionamiento adecuado de las áreas de servicios generales y mantenimiento, (que según la superficie cubierta del establecimiento es sumamente compleja de realizar). Por la multiplicidad de actividades que esta rama de la organización debe cumplimentar, es considerado uno de los sectores críticos de la organización hospitalaria, de allí que su análisis en función de una transformación se torna imprescindible, aún independientemente del proceso de descentralización que el gobierno de la MCBA proyecta poner en ejecución.

Es a raíz de esta realidad, que apreciamos como positivo las residencias de post-grado en las áreas administrativas de los hospitales, pues, sus cada vez más complejas estructuras requieren de un profundo análisis. El modelo, desarrollado por los residentes, de investigación de los procesos administrativos, y que cuenta con la supervisión de los profesores del post-grado, ofrece a la Secretaría un excelente material para la reflexión y de elaboración de propuestas.

En la rama médica de la organización hospitalaria es donde se observa con mayor nitidez los diversos grados de desarrollo alcanzado por cada uno de los establecimientos de este sistema, pues la ramificación de sus estructuras presentan considerables diferencias. Al examinar las estructuras de las ramas médicas de los Hospitales Ramos Mejía, Fernández y Pirovano, observamos que cada una de ellos cuenta con seis Departamentos, mientras que las estructuras de los Hospitales Zubizarreta y Vélez Sarsfield evidencian que en estos hospitales existen sólo dos Departamentos en la rama médica. Y, al leer estas estructuras en el nivel de División, sigue apareciendo con transparencia la diversidad del desarrollo alcanzado por los efectores mencionados. En el Hospital Ramos Mejía podemos apreciar que del Departamento de Medicina dependen ocho Divisiones, cada una de ellas abocada a una especialidad. El

mismo Departamento en el Hospital Fernández cuenta con cinco Divisiones, que aunque es un número menor es también relevante. Lo mismo ocurre con los Departamentos de Cirugía de ambos establecimientos, en las estructuras podemos advertir que la cantidad de secciones y unidades de trabajo que los conforman indican el alto grado de desarrollo y especialización que han logrado. Este Departamento en el Hospital Ramos Mejía y Fernández se subdivide en más de doce especialidades quirúrgicas.

En cuanto al Hospital Pirovano si bien, como dijéramos anteriormente, cuenta con seis Departamentos como los Hospitales Ramos Mejía y Fernández estos Departamentos del Hospital no desarrollaron su actividad en las mismas dimensiones y por ello no cuentan con similar número de especialidades y subespecialidades de atención médica. Así, podemos observar que su Departamento de Medicina está conformado por tres divisiones solamente y el Departamento de Cirugía se subdivide en cinco especialidades -contra las doce que poseen los hospitales del primer grupo- y del mismo modo ocurre con los otros Departamentos del hospital.

En los Hospitales Zubizarreta y Vélez Sarsfield, las estructuras se simplifican en modo elocuente con respecto a los otros casos tratados, ambos poseen el Departamento Médico-Quirúrgico que sólo se desagrega en dos especialidades en el primero de los hospitales, en el hospital Vélez Sarsfield cuenta con tres Divisiones pues tiene incorporado el sector Materno-Infantil. El otro Departamento que compone la estructura funcional de estos establecimientos es el de Urgencias. Por otra parte las áreas de Consultorios Externos y los Centros de Diagnóstico y Tratamiento ocupan el nivel de División indicando por consiguiente un grado de desarrollo organizacional inferior en comparación con otros hospitales. Estas áreas de diagnóstico y tratamiento son también indicadores del nivel de desarrollo alcanzado por el hospital, en los hospitales de mayor complejidad tienen nivel de Departamento, en tanto en los hospitales más pequeños son Divisiones. Además, en los primeros no falta la División de Medicina Nuclear y otros recursos de la moderna tecnología médica, que están a disposición de los profesionales de esos hospitales y directamente beneficia a los pacientes que allí se asisten.

Es fácil advertir a partir de estas cinco estructuras que hemos elegido, y que en cierto modo reflejan todo el espectro de la red de hospitales, la existencia de marcadas diferencias en los

grados de desarrollo alcanzado por ellos. Podemos apreciar que mientras que en los hospitales de mayor complejidad los pacientes cuentan con casi todas las especialidades y subespecialidades y allí los profesionales disponen de modernos recursos para el diagnóstico y tratamiento; en los hospitales de mediana y menor complejidad, pacientes y profesionales cuentan con menor cantidad y calidad de recursos para la atención de la salud. En consecuencia este sistema hospitalario municipal, con grandes diferencias en el grado de desarrollo de sus efectores, deberá planificar su acción para garantizar a todos los ciudadanos igual calidad en la atención de su salud.

Aún cuando esta diferenciación, en los grados de desarrollo, responde a la intención de concentrar en un limitado número de hospitales el mayor desarrollo profesional y tecnológico (para las patologías más severas), y hacer del resto de los establecimientos centros de entrada al sistema y de atención de patologías más simples, ello no debe significar discriminación en la atención de la salud, para aquellas personas que habitan en las áreas programáticas de los hospitales de menor desarrollo.

Este sistema debe garantizar a toda persona, si la atención de su salud lo requiere, el poder ser derivada inmediatamente a los hospitales de alta complejidad. Para que esto sea realmente posible es imprescindible que esten puntualmente establecidas las normas de derivación de pacientes, según el diagnóstico y tipo de tratamiento que requiera, desde los hospitales base o de entrada a los hospitales generales de agudos de alta complejidad o a los establecimientos especializados. Esto exige una apropiada interrelación interhospitalaria, cuya coordinación deberá depender de la Secretaría.

En este punto del desigual desarrollo de los hospitales se plantea una cuestión relevante en el tratamiento del proyecto de descentralización, pues, la puesta en marcha de los establecimientos hospitalarios como unidades descentralizadas, no debe significar su aislamiento de la red de efectores municipales.

Por otra parte, esta desigualdad entre los efectores, los coloca en puntos muy diferentes para iniciar el proceso de descentralización. Los hospitales de mayor complejidad y desarrollo están en mejores condiciones para implementarlo, en primer lugar ya

tienen la infraestructura profesional y técnica y la tecnología para ser un centro de atención importante. Además, ya tienen asegurada, por su importancia, un porcentaje considerable del presupuesto municipal, que deberán aprender a administrar con eficiencia. Ya cuentan con un lugar significativo en la estructura de poder de esta red, es decir, en el conjunto de directores de los hospitales municipales, los directivos de un hospital de alta complejidad tienen más poder para obtener recursos, que los directivos de los hospitales más pequeños.

Estos hospitales de mayor complejidad también tienen mayores posibilidades de captar fondos provenientes de la seguridad social, desde el momento en que pueden ofrecer mayor cantidad y calidad en las prestaciones, tanto por la variedad de especialidades médicas con que cuentan, como por la aparatología de que disponen para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Y cabe agregar aquí, que estos hospitales "grandes" cuentan, además, con cooperadoras "fuertes", capaces de captar importantes donaciones para el mejoramiento del hospital o de determinados Servicios.

Por su parte las organizaciones hospitalarias medianas y las más simples corren el riesgo de detener su crecimiento o profundizar su deterioro, si no se establecen políticas para el sistema. Políticas de descentralización que aseguren el desarrollo armónico del conjunto de los efectores municipales.

REFLEXIONES FINALES

REFLEXIONES FINALES

La complejidad de la red hospitalaria municipal, que hemos descripto, y su dificultad para atender adecuadamente las demandas de la población, inducen a reflexionar sobre la viabilidad de un proyecto de transformación de este sistema. Sobre la necesidad, importancia y urgencia de introducir cambios en estas organizaciones hay consenso, tanto en la propia institución como en el resto de la sociedad, usuarios o no de la red hospitalaria. Esta coincidencia en la necesidad de lograr la eficiencia de estos establecimientos, no significa que haya acuerdo en los modelos y métodos para su transformación. Obviamente, los proyectos de transformación de la red hospitalaria reflejan la política que en materia de salud sostiene cada grupo político que interviene en esta área. En nuestra opinión la finalidad de este proceso transformador de la red hospitalaria debe conducir a convertirlos en eficientes centros integrales de atención de la salud, garantizando la equidad en la calidad de la misma a todo ciudadano que la requiera, y priorizando en sus planes de acción todo lo referente a la atención primaria de la salud.

Una de las cuestiones prioritarias que surgen en este análisis es la referida al rol de los hospitales de la MCBA en la red nacional de hospitales públicos. Como expresáramos en páginas anteriores, el ordenamiento jurídico que rige nuestras instituciones, le fija al sistema municipal las metas a cumplir dentro de la jurisdicción de la Capital Federal, aunque la realidad convierte en relativos a estos límites jurisdiccionales. Hemos visto que la función de los hospitales los trasciende, entre otras razones, por el desarrollo profesional y técnico que han alcanzado y por la capacidad operativa de que disponen. Es indiscutible la función de estos hospitales dentro del sistema de recursos de atención de la salud de nuestro país, y su significación excede los límites geográficos de la Ciudad de Buenos Aires. En este punto cabe distinguir la función que desempeñan respecto de la población del Gran Buenos Aires, de la que cumplen con referencias a la población de otras regiones. En el primer caso los hospitales de la MCBA satisfacen necesidades de atención de aquella población del conurbano bonaerense que carece de los servicios de atención médica necesario. En el caso de la población proveniente de otras regiones del país o de países limítrofes, los hospitales cubren requerimientos

de atención especializada, a raíz del grado de desarrollo alcanzado por los Servicios de alta complejidad.

Es obvio, que la apertura de este sistema a la población de otras zonas, implica una transferencia indirecta del gasto municipal en salud, ello no sería un problema si el sistema contara con recursos ilimitados, pero en la actualidad donde los recursos financieros son escasos, estos fondos se están restando de la inversión en mejoras de infraestructura y desarrollo de la red, generando desventajas para "toda la población" asistida en estos establecimientos. En este sentido, parece oportuno plantear la necesidad de financiación de esta red con aportes provenientes de otras áreas de gobierno. Esta cooperación económica gravitaría en beneficio de todo el sistema municipal de atención sanitaria, sector relevante en el sistema nacional de atención médica. Esta participación en los gastos aseguraría la continuidad del desarrollo alcanzado por algunas unidades hospitalarias y la puesta en marcha de un proceso de crecimiento en los hospitales más postergados. La realidad está indicando que el presupuesto municipal no es suficiente para financiar un sistema de la envergadura del que nos ocupa. Lógicamente esta propuesta implica la planificación de acciones coordinadas entre las partes intervinientes. También existe el problema de la captación de fondos provenientes de la Seguridad Social, la SSP y MA ha emprendido acciones para captar los fondos correspondientes a la atención de población que cuenta con esta cobertura. Las medidas aplicadas consisten en la firma de convenios de los establecimientos con las obras sociales directamente para disminuir la burocratización, una de las principales trabas para la transferencia de estos fondos.

Como ya dijéramos, frente al conjunto de dificultades que se le presentan en la financiación y administración de esta red de hospitales, la SSP y MA ha comenzado a implementar una serie de acciones con la intención de penetrar esa laberíntica organización y así lograr su eficiencia. Ha sido una constante, en estos últimos años, que todos aquellos que ocuparan el cargo de Secretario de Salud en la Municipalidad, promovieran la transformación de este sistema, a través de la paulatina descentralización administrativa de los establecimientos hospitalarios. Este es el modelo administrativo que se intenta implementar y es el modelo que opera como marco de las sucesivas reformas que se han ido aplicando.

En este sentido y con la finalidad de implementar la descentralización hospitalaria dentro de un marco jurídico, el Ejecutivo Municipal remitió al Honorable Consejo Deliberante un anteproyecto de Ordenanza, pero, éste a fines de 1988 promulgó su propio proyecto de Ordenanza sobre descentralización de los establecimientos asistenciales de la SSP y MA. Esta Ordenanza en su Art. 1, faculta al Departamento Ejecutivo a transformar los establecimientos asistenciales dependientes de la SSP y MA, en organismos de carácter descentralizados de acuerdo a las disposiciones que en ella se fijan.

Debido a que esta Ordenanza fue promulgada cuando ya había finalizado la pasantía, no se realizará aquí un análisis de la misma, ni de las opiniones que genera en el medio institucional. Aunque si caben unos breves comentarios, pues una primera lectura nos permitió observar que se trata de una controvertida propuesta que tendrá serias dificultades para su implementación, a raíz de que el modelo de organización hospitalaria que propone dista considerablemente de la actual realidad organizativa de los hospitales y de sus necesidades de transformación. Para brindar mayor conocimiento sobre esta Ordenanza, que aún no ha sido reglamentada, se adjunta copia de ella en el anexo (6) de este trabajo.

Asimismo, se adjunta en el anexo (7) copia del anteproyecto remitido por el Departamento Ejecutivo al HCD. En cuanto a este proyecto, cabe comentar, que se trata de una propuesta de Ordenanza que autoriza el Ejecutivo a poner en marcha un proceso de descentralización dentro de un marco jurídico, con cierta flexibilidad, que permita adecuar la aplicación de las transformaciones a la realidad del sistema y de cada establecimiento, sin crear un modelo de organización hospitalaria en extremo diferenciada del modelo vigente y que, por consiguiente, generaría resistencias en las instituciones hospitalarias.

Independientemente de estos ordenamientos jurídicos, aún en tratamiento, como hemos descripto en este informe, la SSP y MA ejecutó acciones tendientes a efectivizar un proceso de descentralización de los establecimientos hospitalarios. El motivo por el cual los funcionarios de la Secretaría optarán por este modelo se debe, como vimos en la primera parte de este trabajo, a que la descentralización es uno de los modelos propuestos como más adecuado para reducir las actuales causas de la burocratización de

las administraciones públicas, y que es uno de los graves problemas que afecta al sistema en estudio. A ellos se agrega que los expertos en materia de atención de la salud, en diversos trabajos presentados en congresos sobre la especialidad, han coincidido en considerar a la descentralización como un instrumento idóneo para lograr la eficiencia de los sistemas de salud, de modo que permitan a la población disponer de las prestaciones que requieran.

Anteriormente describimos el proceso de descentralización como complejo y requirente de determinadas condiciones para que su implementación no convierta a los organismos descentralizados en unidades administrativas anárquicas. Este es uno de los puntos esenciales en el caso que estamos tratando y que ya fuera mencionado al tratarse el tema de los diversos grados de desarrollo alcanzado por los hospitales. Este proyecto de descentralización deberá garantizar la existencia de una planificación general del sistema a nivel de la Secretaría. Planificación que debe elaborarse con la participación de los directivos de las unidades hospitalarias, previéndose el control y evaluación de las actividades. Esta planificación, control y evaluación de las acciones de descentralización tiene por finalidad garantizar que esta red hospitalaria sea efectivamente un sistema integrado, y no se atomice en unidades hospitalarias con diversos grados de desarrollo. Las diferencias entre los establecimientos puede agudizarse si se permite que el proceso de descentralización genere un campo de conflictos por la obtención de recursos. De generarse estos conflictos no debieran resolverse a partir de la actual estructura de poder del sistema, ya que generaría mayores distancias en los niveles de desarrollo de los hospitales. En definitiva se deben crear los mecanismos que aseguren la equidad del sistema.

La equidad implica una distribución igualitaria de las actividades de salud para los diversos grupos de la población de acuerdo a sus necesidades de atención. El logro de este objetivo, hacia el cual debe tender el proceso de descentralización -aunque no pueda ser alcanzado desde sus inicios- supone que el proceso de descentralización sea acompañado por la planificación a nivel regional, reconociéndose la necesidad de que algunos procesos estén centralizados (7). Tal como se expresa en el documento citado un

(7) Seminario sobre Descentralización de los Servicios de Salud - Documento Final - Buenos Aires pág.27

fragmento de actividades centralizadas dentro de un proceso de descentralización contribuiría a asegurar que la asignación de los recursos tenga función de compensar las desigualdades en lugar de profundizar las existentes al momento de la puesta en marcha del proceso de descentralización.

La equidad que es uno de los principales atributos, junto con la eficiencia y la eficacia, que debe poseer un sistema de salud, requiere para su concreción de la participación social. Como vimos en páginas anteriores la función de la participación es fundamental en la descentralización y viene a contribuir en la solución concreta de los problemas de desequilibrio existentes en el sistema. La creación de canales que permitan la interrelación entre el hospital y la población de su área programática, facilitará la articulación de las demandas. Además la participación es imprescindible en los planes de atención primaria (objetivo primordial en los programas de atención de la salud) y para cuyo logro la descentralización es un adecuado instrumento.

Cabe destacar que la importancia de la participación social en un proceso de descentralización se remite a su lugar como garantía de la equidad del sistema, en la medida que permite a la población expresar sus necesidades y legítimas demandas. Sin embargo, esta cuestión de la participación social, es uno de los puntos críticos en la puesta en marcha de la descentralización hospitalaria, a raíz de la escasez de práctica participativa que poseemos los habitantes de este país, tras más de cincuenta años con frecuentes interrupciones militares a los gobiernos democráticos.

En los informes de los Congresos de Participación Democrática, hemos podido observar la respuesta de la ciudadanía que demostró su interés por los temas que hacen al ciudadano de su salud. Pero, nadie ignora que los grados de participación social en nuestra ciudad aún no han alcanzado un alto grado. En consecuencia, cabe sugerir que, al iniciar un proceso de descentralización de los hospitales de nuestra ciudad, conjuntamente deben instrumentarse los mecanismos que faciliten la participación de la ciudadanía residente en el área programática de los establecimientos hospitalarios. Al unísono, se deberán implementar planes de educación para la salud, que les permita a la población adquirir los conocimientos (insumos imprescindibles para una real participación).

Como se expresa en el Documento recientemente citado "El primer hito de la participación está encarnado en la factibilidad de obtener y manejar información por parte de la población. Esa información es el insumo crítico para que la gente pueda opinar, decidir y evaluar en lo referente a la salud, con libertad. El manejo popular de la información es un ingrediente de la supervisión y el control social, que son dos de los principios organizativos modulares del Sistema Local de Salud" (8)

En cuanto al sistema en sí, es decir la Secretaría y los establecimientos, la puesta en marcha del proceso de descentralización será el punto de partida de profundos cambios organizacionales, en la medida que afectará una estructura administrativa, que como ya hemos visto es sumamente compleja y se encuentra consolidada. Es evidente que el impacto de este proceso de cambio no se limita a la modalidad de gestión de las organizaciones, sino que se proyecta también sobre sus miembros y modifica la actual estructura de poder, y no solo de la Secretaría pues involucra a otros órganos del gobierno municipal. En consecuencia, esta reorganización generará diferentes actitudes en los miembros del sistema y de los otros que se interrelacionan con él.

Asimismo, otra cuestión importante que observamos es que este proyecto emana de los niveles superiores de la organización, es decir, de la Secretaría, y, que el bien cuenta con el aval de otros miembros de la organización -a nivel de los hospitales- no ha sido una iniciativa de los miembros de los establecimientos hospitalarios. En consecuencia en la planificación de la propuesta deberán incluirse las estrategias necesarias para motivar al conjunto de los involucrados, y lograr su apoyo al proceso de transformación. Obviamente en estructuras organizativas de las dimensiones de la que nos ocupa, operan fuerzas orientadas en favor del cambio y otras en contra del mismo. Esta parece ser una de las cuestiones, que en cierta medida, es la causa de la pausada puesta en ejecución de la descentralización. De allí que los planes en este sentido se apliquen muy progresivamente y la puesta en marcha de unidades descentralizadas a modo experimental también ha respondido a la necesidad de adecuar el proyecto a la realidad del sistema. Por esta causa se inició la ejecución como experiencia

(8) Seminario sobre Descentralización de los Servicios de Salud
- Documento Final - Buenos Aires 1987 - pág. 41

piloto en los hospitales Fernández, Pirovano y Velez Sarsfield y no en toda la red al mismo tiempo. Una segunda etapa incluirá otros establecimientos y así sucesivamente hasta lograr la descentralización de toda la red. Siempre resguardando, como ya se expresara, la interdependencia esencial del sistema que garantice su eficiencia, como expresa Oszlak "Existe un cierto grado de interdependencia, en la medida en que la eficacia de las actividades de una unidad cualquiera se halla subordinada a, o depende del desempeño de otras unidades". (9) y esta interdependencia para la eficiencia de la red hospitalaria es un objetivo ineludible para la Secretaría de Salud de la comuna.

En síntesis, podríamos decir que la Secretaría proyecta su reforma organizacional en tres niveles de acción: a) una de ellas es **operar sobre la normativa de gestión** a través de Ordenanzas (modificación de los sistemas de compras), de Disposiciones, normas internas y elaboración de anteproyectos de Ordenanzas. b) Otras acciones están dirigidas a la **redefinición de puestos** dentro de las unidades, con la finalidad de lograr su adecuación al modelo operativo más dinámico que deben implementar los hospitales. c) la otra acción que se desarrolla está dirigida a la **capacitación de recursos humanos**, que como vimos cuenta con el aporte de la Universidad, y que deberá extenderse a otros miembros de la organización. Cabe destacar que se efectúan reuniones para el tratamiento de nuevas operatorias y que tienen también una función de capacitación.

En definitiva, podemos decir que la intención de las autoridades de la Secretaría para llevar adelante un proyecto de descentralización de los hospitales que de ella dependen, es un proyecto ambicioso y complejo. Las dimensiones y consolidación de la estructura que intenta modificar; lo que ello implica hacia el interior de la organización; las diferentes actitudes que genera en los actores; los problemas del medio que debe resolver simultáneamente (continuando con la atención de la salud de la población); los condicionamientos políticos que operan sobre la organización; y el momento histórico (tiempo de transición democrática), donde aún las propias autoridades de la Secretaría no pudieron ser con-

(9) Oszlak, Oscar- La modernización del Estado en América Latina: Diagnóstico y Estrategia- informe preliminar- BID- Bs.As. 1987- pag. 14.

solidadas, dan la medida de la envergadura del proyecto. Proyecto, que aún con los riesgos que presenta y las exigencias que demanda, es el modelo que pareciera el más apropiado para la desburocratización del sistema y posibilitar el objetivo de "Salud para todos en año 2.000" propuesto por la OMS.

Documentación utilizada

Decreto NQ 55/85

Decreto NQ 2342/85

Decreto NQ 1230/86

Decreto NQ 3.350

Decreto NQ 8614/86

Decreto NQ 1445/87

Decreto NQ 3294/87

Decreto NQ 4.222

Decreto NQ 2.766

Decreto NQ 41.747

Ley Orgánica Municipal NQ 19.987

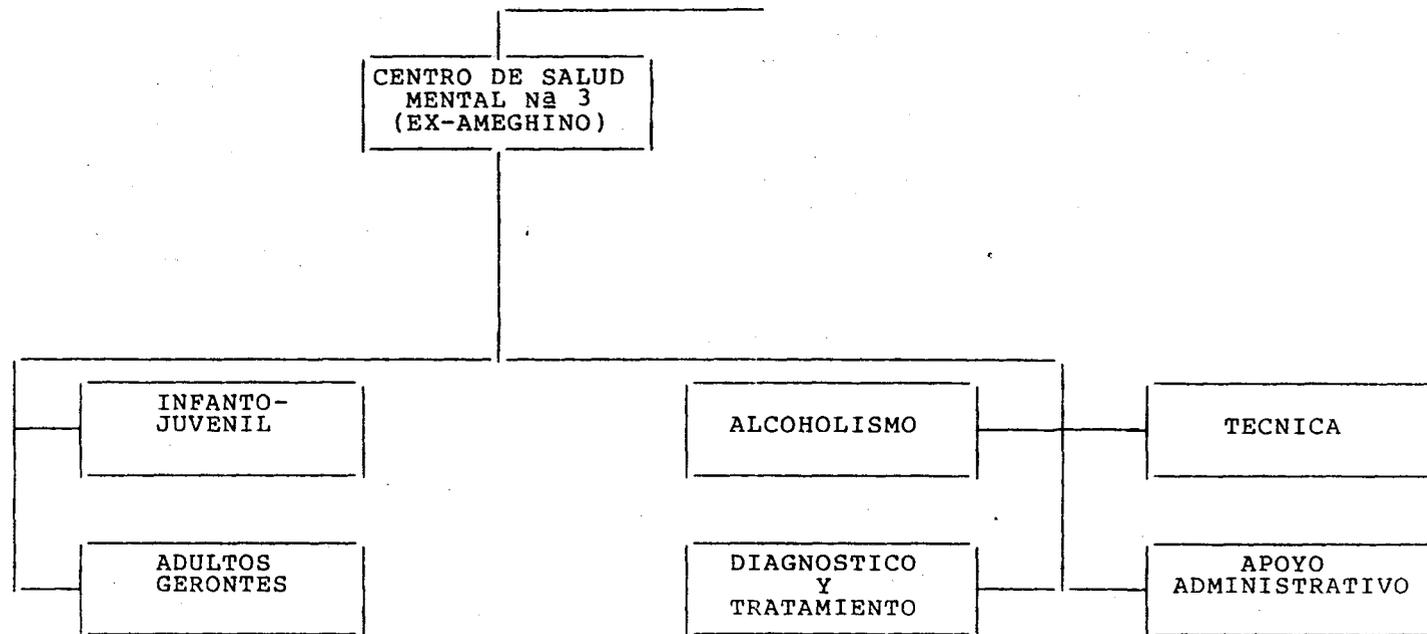
BIBLIOGRAFIA

- .BIELSA, R.: "Derecho Administrativo" - Tomo I - De Palma - Buenos Aires - 1964
- .BORJA, J. y otros: "Organización y descentralización municipal". EUDEBA. Buenos Aires. 1985
- .BOISIER, S.: "Centralización y descentralización territorial en el proceso decisorio del sector público". Documento ILPES. 1985
- .BAIGORRIA, L., Barrionuevo, L. y de LUCA, O.B.: "La descentralización en el área salud". Documento presentado al Congreso Nacional de Administración Pública. Córdoba. 1988
- .CARRILLO, R. Obras completas - EUDEBA - Buenos Aires - 1974
- .Cuadernos de Descentralización - Tomo I al V - Querétaro - México - 1982
- .Cuadernos Técnicos de Planificación - Reunión de Evaluación de la Descentralización de los Servicios de Salud - Secretaría de Salubridad y Asistencia - México - 1984
- .Cuadernos de Descentralización - Secretaría de Salud - Subsecretaría de Planeación - México - 1985
- .CROZIER, M.: "El fenómeno burocrático" - Amorrortu Editores - Buenos Aires. 1969
- .DIEZ, M. M.: "Manual de Derecho Administrativo" - El Ateneo - Buenos Aires - 1977
- .ETZIONI, A.: "Organizaciones modernas". Editorial Hispano Americana-México. 1965
- .FESLER, J.W.: "El problema de la descentralización, sus enfoques interpretativos". Rev. Administración Pública 26/27. Buenos Aires. Julio-Diciembre. 1967

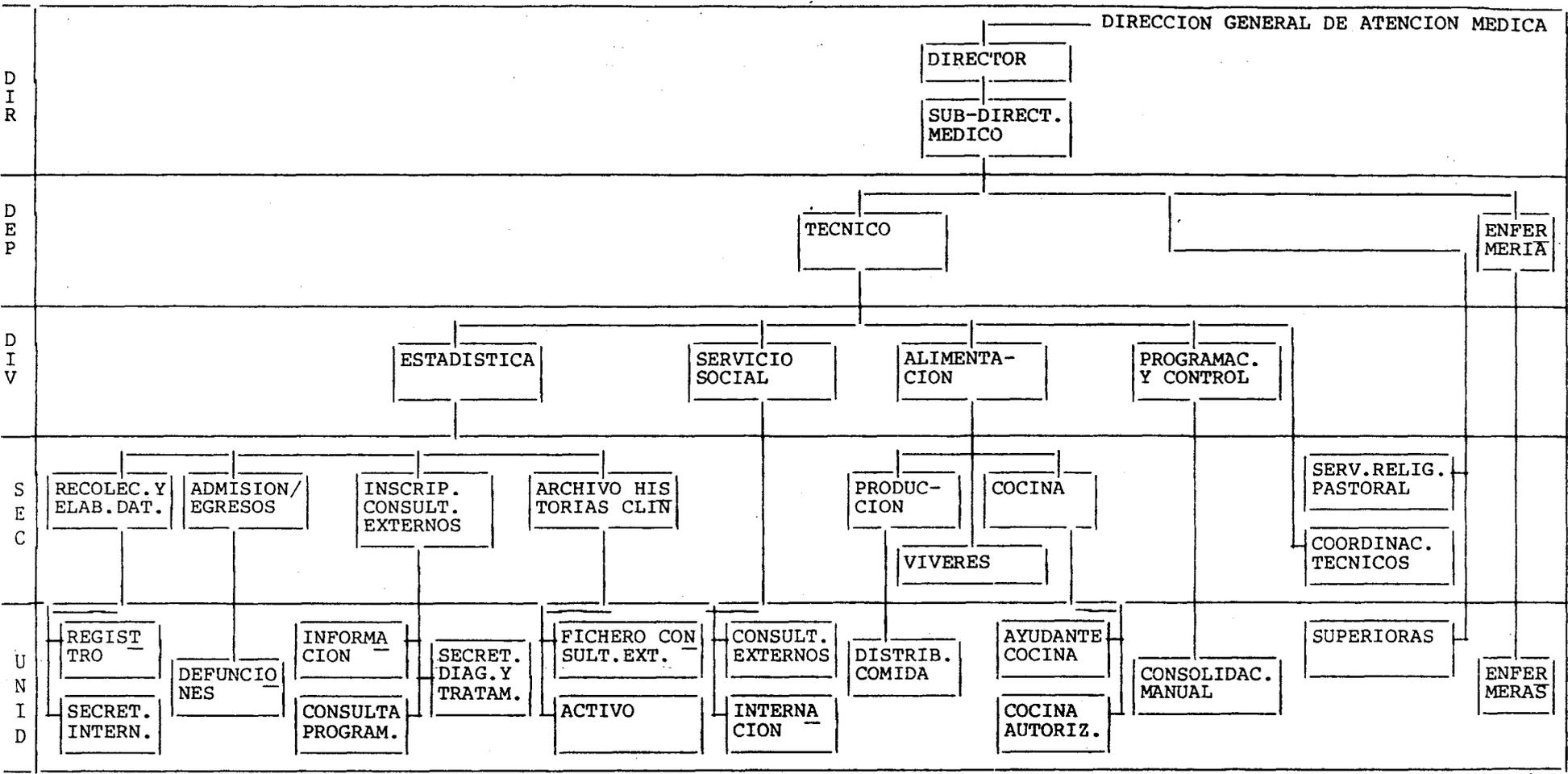
- .FLISFICH, A.; FRANCO, R.; PALMA, E.: "Planificación con Participación" - Boletín de Planificación Nº 14 de ILPES, Marzo de 1982
- .GORDILLO, A.: "Tratado de Derecho Administrativo" - Tomo I - Buenos Aires - 1969
- .INDEC - Informe sobre la pobreza en la Argentina - 1984
- .KLIKSBERG, B. y SULBRANDT, J. (compiladores): "Para investigar la administración pública" - Inst. Nacional de Administración Pública - Alcalá de Henares - 10984
- .LAWRENCE, P. y LORSCH, J.W.: "Desarrollo de Organizaciones" - Diagnóstico y acción - Fondo Educativo Interamericano S.A. - México - 1970
- .LIPPITT, R. y otros: "La dinámica del cambio planificado" - Amorrortu Editores - Buenos Aires - 1980
- .LLEWELYN, D.R. y MACANLAY, H.M.C.: "Planificación y Administración de Hospitales" - Publicación Científica, Nº 191. O.P.S., Washington - 1969
- .MAYNTZ, R.: "Sociología de la Administración Pública". Alianza Editorial. Madrid. 1985
- .OSZLAK, O. (compilador): "Teoría de la burocracia estatal". PAIDOS. Buenos Aires. 1985
- .OSZLAK, O.: "La modernización del estado en América Latina: diagnóstico y estrategia". Documento BID. Buenos Aires. 1987
- .O.M.S. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Alma Ata. U.R.R.S. - Septiembre de 1978
- .O.P.S. - M.S.A.S: Documentos de la reunión sobre Descentralización de los Servicios de Salud. del 18 al 22 de mayo de 1987. Buenos Aires. Argentina
- .O.P.S. - O.M.S.: Documentos de la Reunión de Funcionarios sobre: Desarrollo de Sistemas de Servicios de salud. del 31 de agosto al 4 de setiembre de 1987. Caracas. Venezuela

- .PERROW, C.: Análisis de la organización. Aspecto sociológico. Cia. Editora Continental. México
- .PIREZ, P.: "Coparticipación federal y descentralización del estado". C.E.A.L. Buenos Aires. 1986
- .QUADRI CASTILLO, M.: "La Argentina descentralizada". EUDEBA. Buenos Aires. 1986
- .SALINAS, A.: "La reforma administrativa". El Ateneo. Buenos Aires. 1984
- .SCHODERBEK, C. y otros: "Sistemas administrativos". El Ateneo. Buenos Aires. 1984
- .SCOTT, W. y MITCHELL, T.: "Sociología de las Organizaciones". El Ateneo. Buenos Aires. 1981
- .SILVERMAN, D.: "Teoría de las Organizaciones". Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1976
- ..SONIS, A.: "La investigación de servicios de salud como producción y difusión de conocimientos sobre los problemas actuales de la dirección de hospitales. Mayo 1987 (mimeo)
- .VERONELLI, J.C.: "Medicina, gobierno y sociedad". El Coloquio. Buenos Aires. 1975
- .VERONELLI, J.C.: "Centralización y descentralización: organización de la atención de la salud en Argentina". Documento de trabajo presentado al seminario sobre problemas de federalismo en Argentina. Buenos Aires. 1973

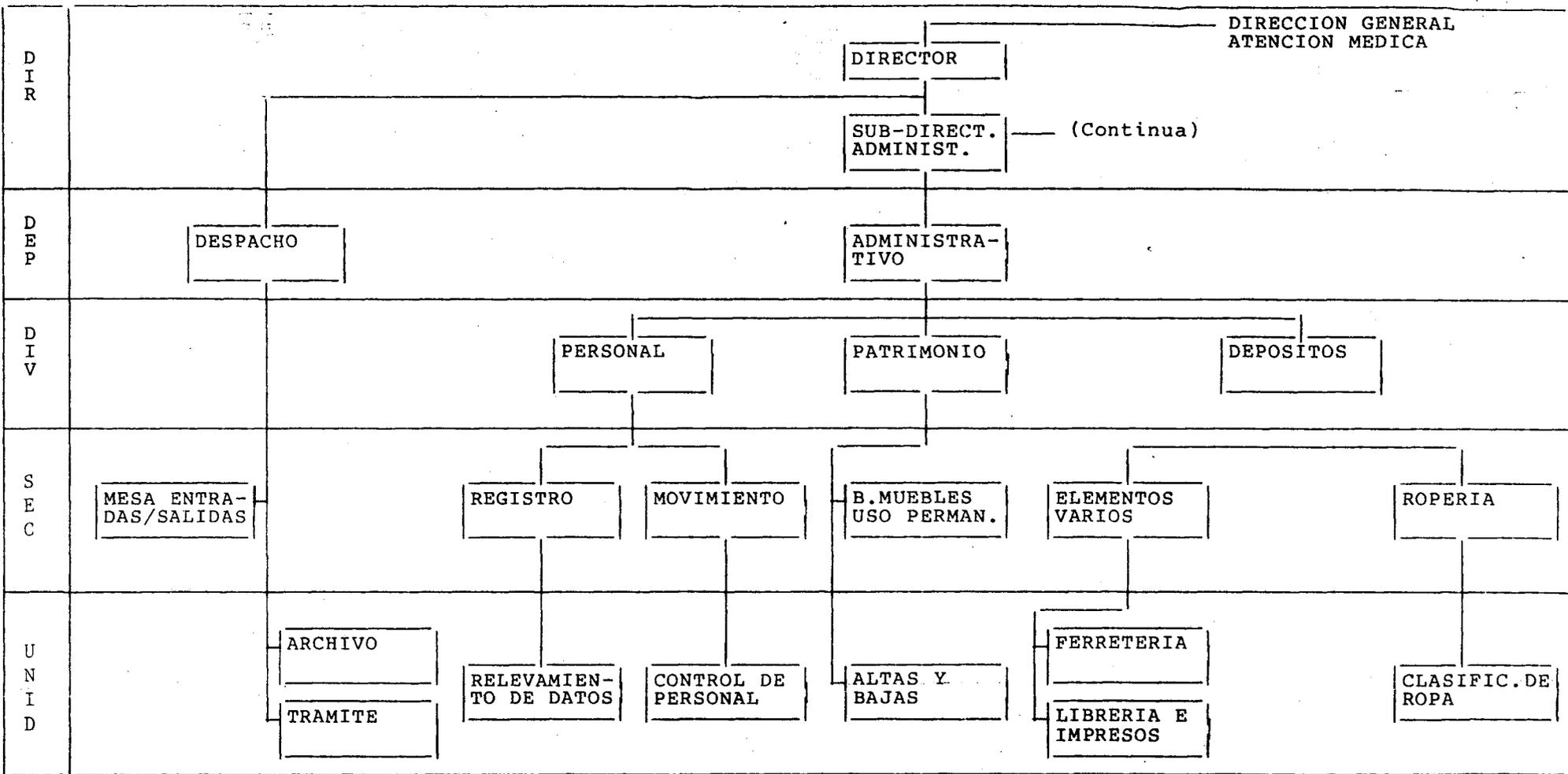
A N E X O 1



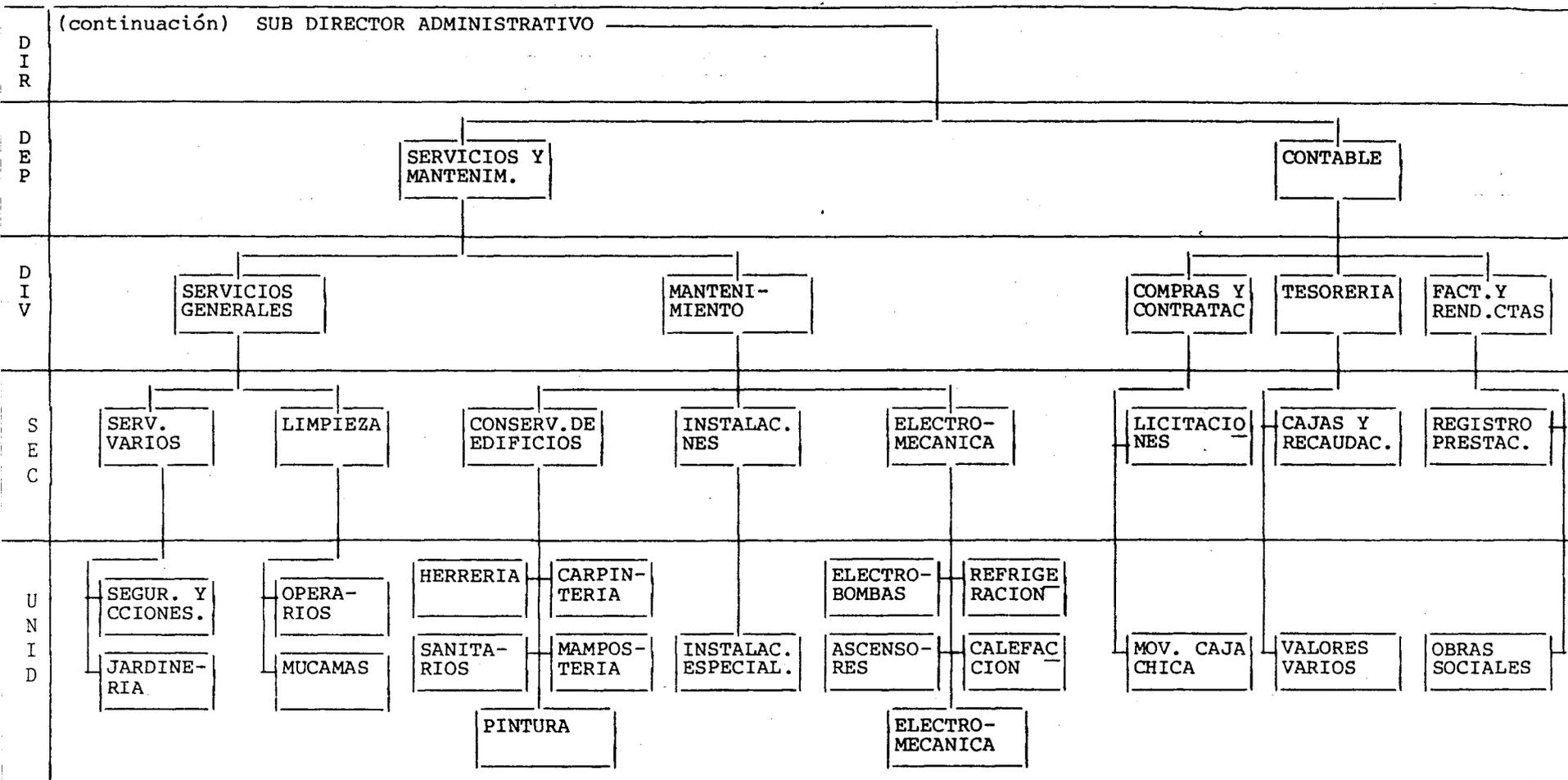
Hospital Dr. José M. Ramos Mejía
Rama Médica (VIII)



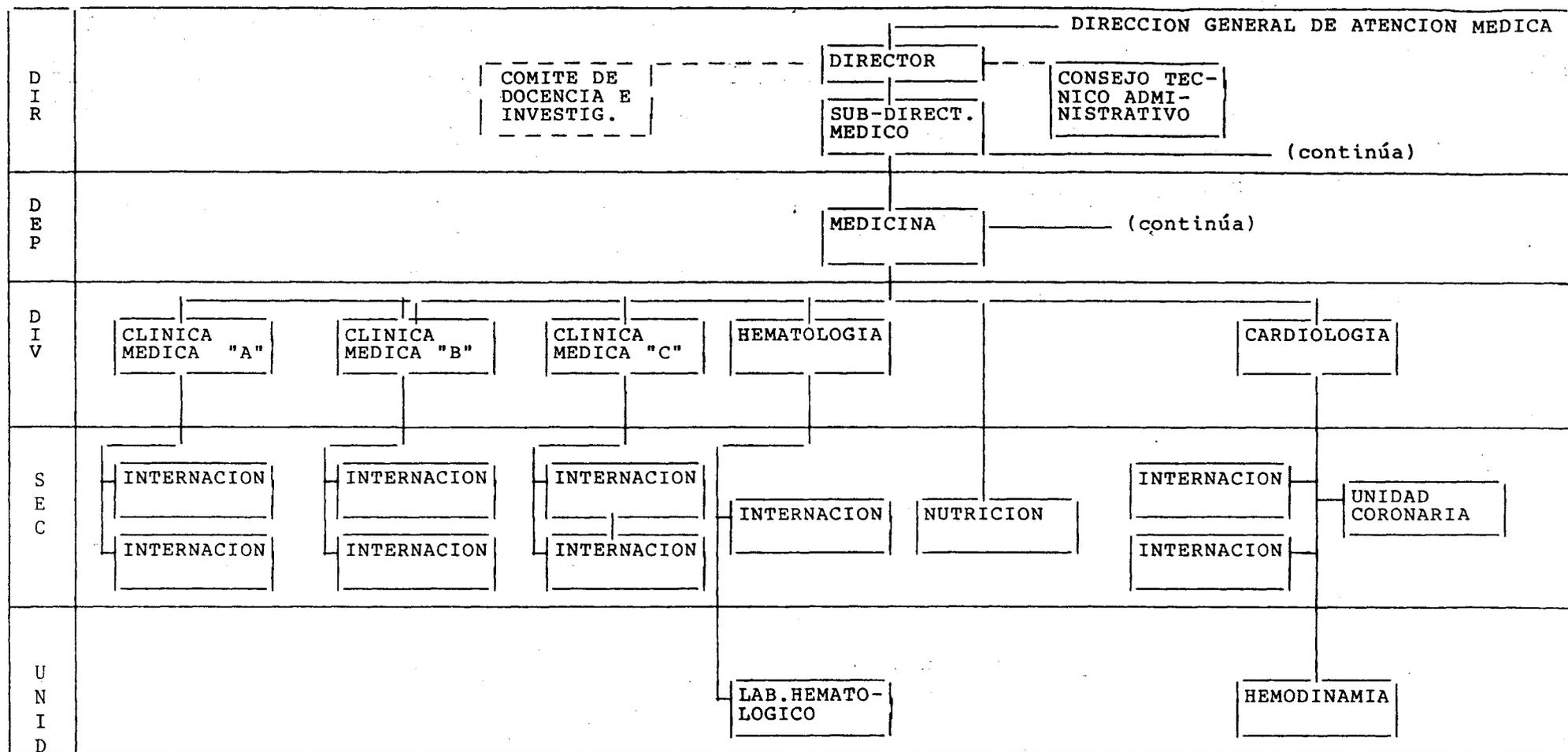
Hospital Dr. José M. Ramos Mejía
Rama Técnica



Hospital Dr. José M. Ramos Mejía
Rama Administrativa (I)



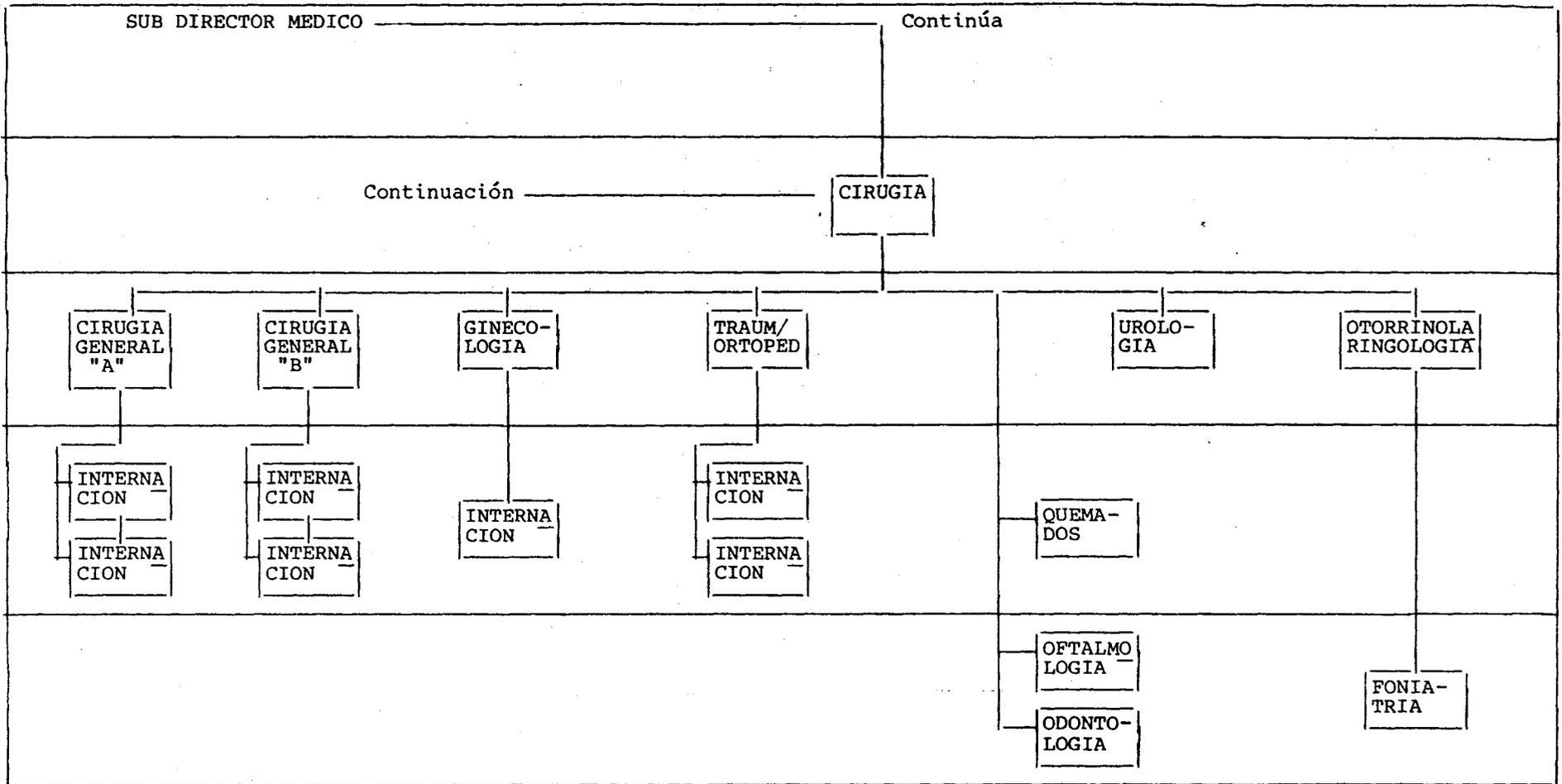
Hospital Dr. José M. Ramos Mejía
 Rama Administrativa (II)



Hospital Dr. José M. Ramos Mejía
Rama Médica (I)

D I R	SUB DIRECTOR MEDICO _____	(Continúa)
D E P	continuación Dto. medicina _____	
D I V	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">DERMATO- LOGIA</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">NEUROLOGIA</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">ENDOCRINOLO GIA</div>
S E C	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">INTERNACION</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 10px;">GERIATRIA</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 10px;">GASTROENTE- ROLOGIA</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 10px;">INTERNACION</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">FISIOLOGIA</div>
U N I D	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 10px;">ENDOSCOPIA</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">ALERGIA</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 20px;">ELECTRO NEU ROCIRUJIA</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">LAB. ENDOCRI NOLOGICO</div>

Hospital Dr. José M. Ramos Mejía
Rama Médica (II)



Hospital Dr. José M. Ramos Mejía
 Rama Médica (III)

SUB DIRECTOR MEDICO — (Continuación) —

Continuación Dto. Cirugía —

CIRUG. PLAST
Y RECONSTR.

ANESTESIA

CIRUG. CAR-
DIOVASCULAR

NEUROCIRU-
GIA

CIRUGIA
PLASTICA

COORDINAC.
QUIROFANO

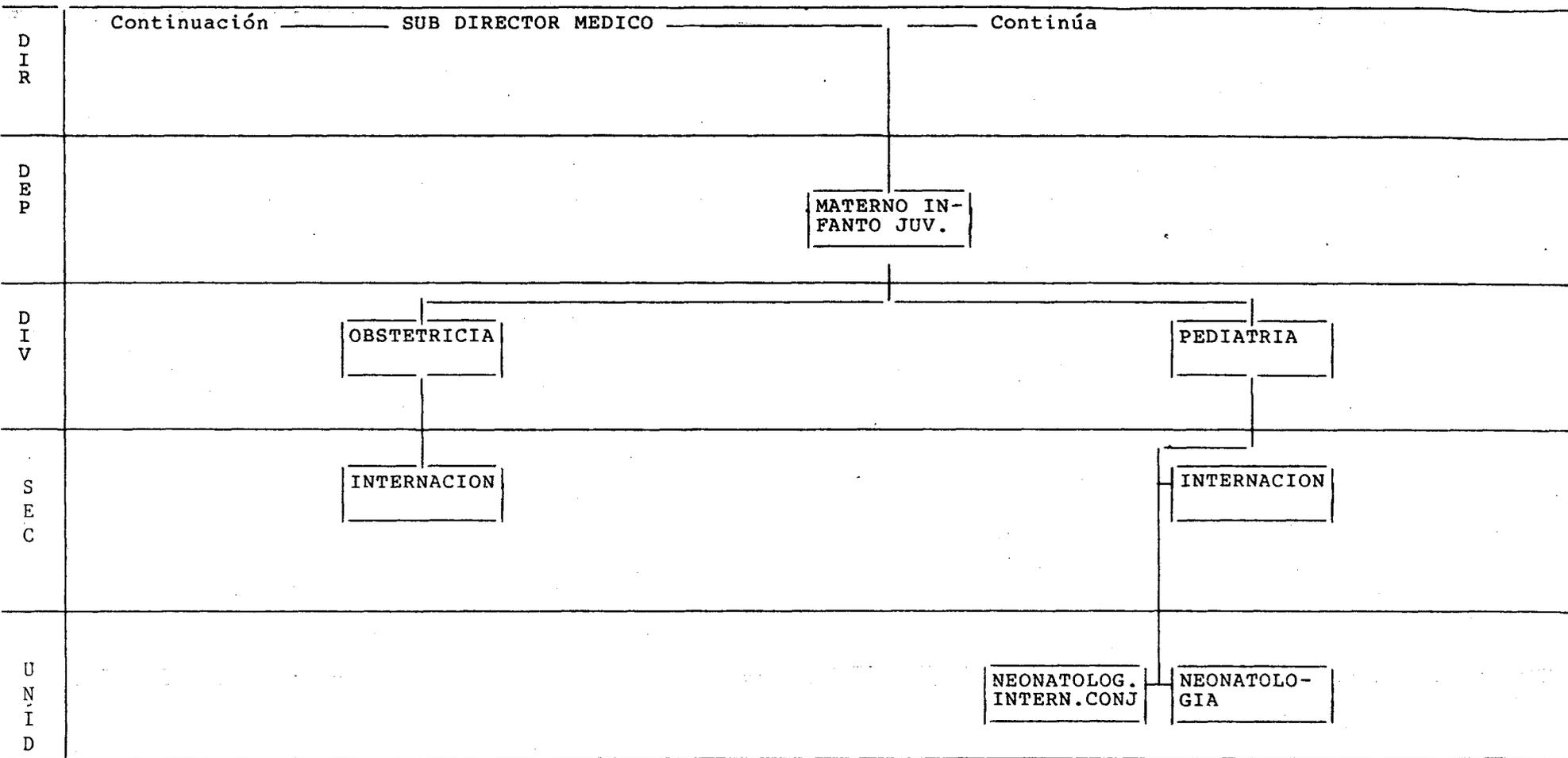
INTERNACION

INTERNACION

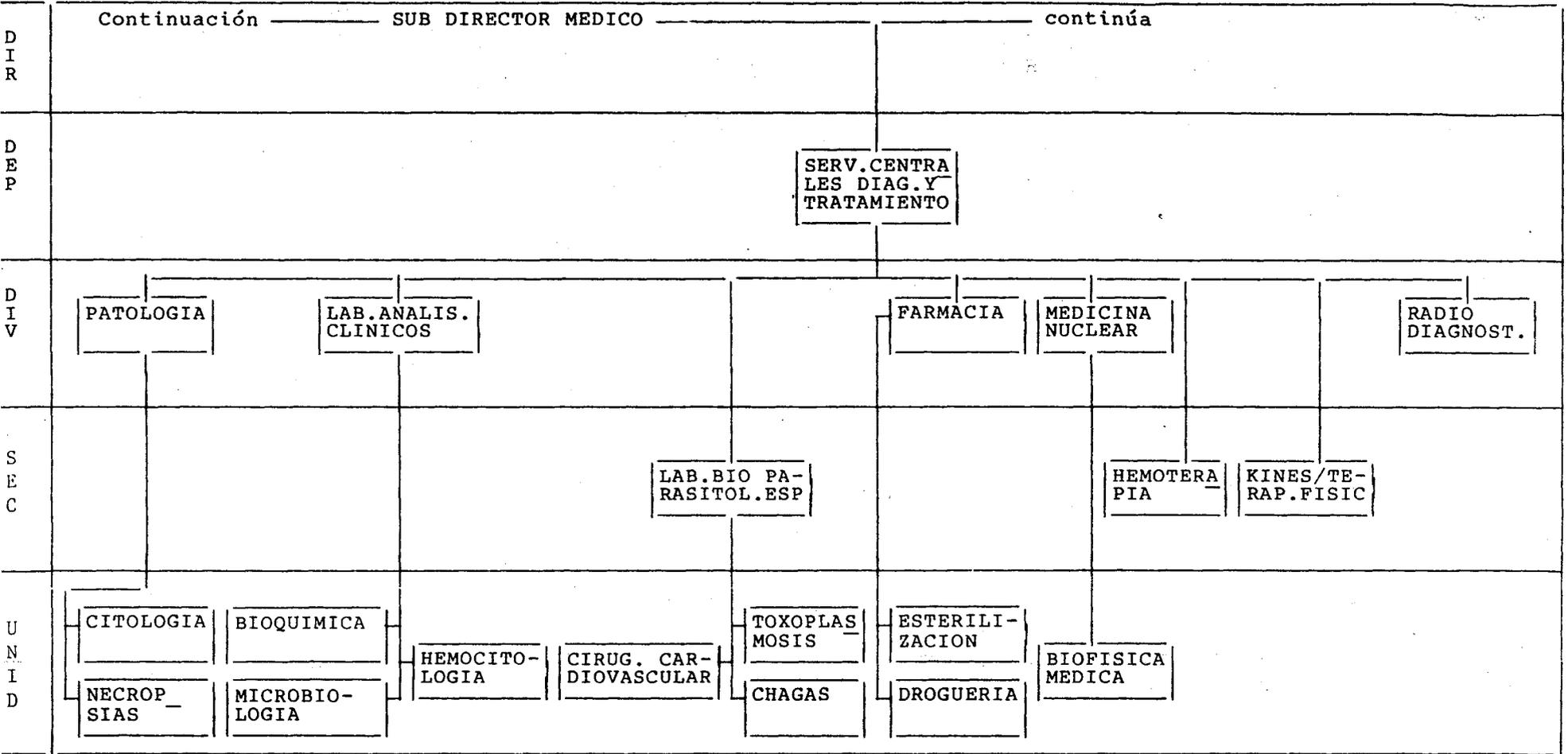
CIRUG. CAR-
DIOVASCULAR

VASCULAR
PERIFERICO

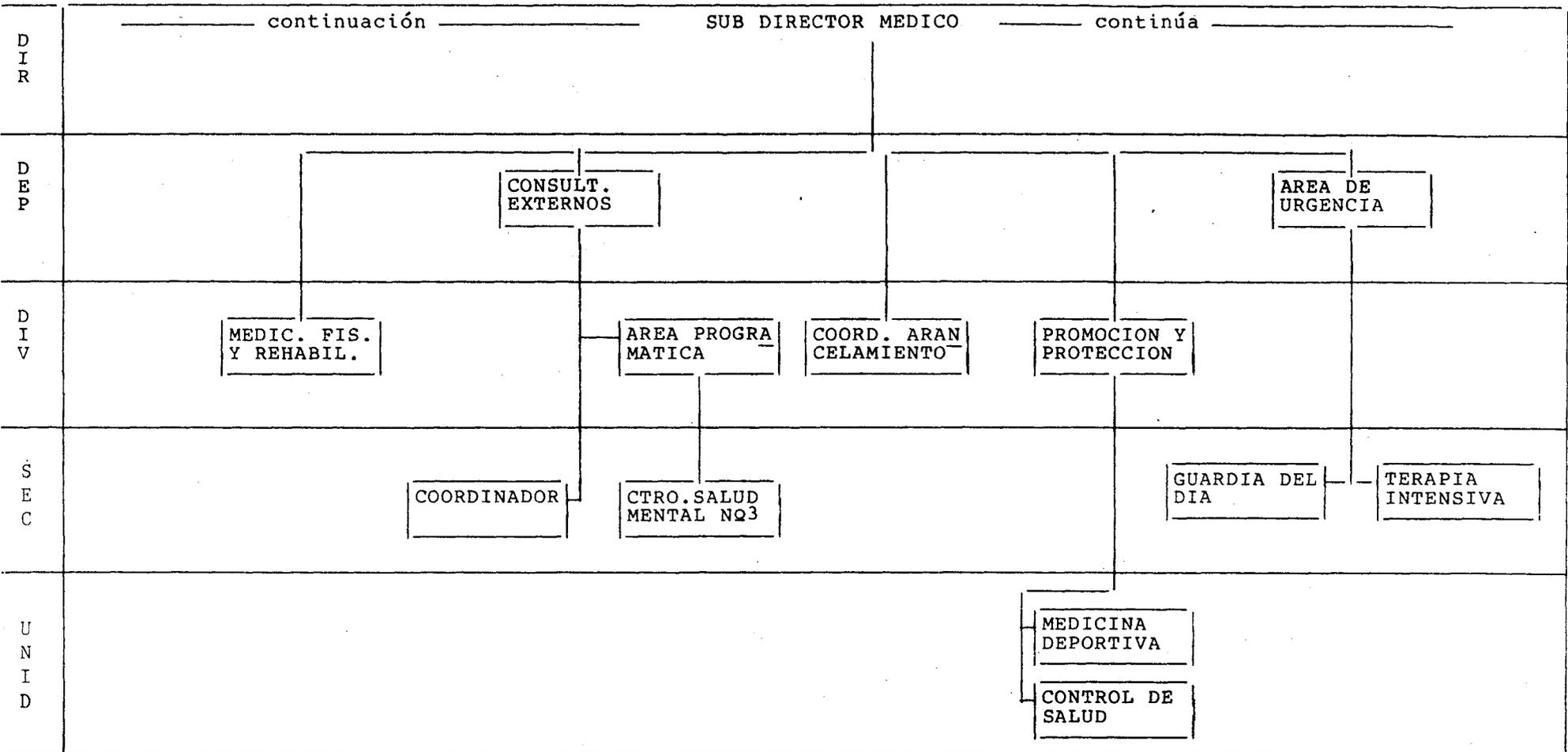
Hospital Dr. José M. Ramos Mejía
Rama Médica (IV)



Hospital Dr. José M. Ramos Mejía
Rama Médica (V)

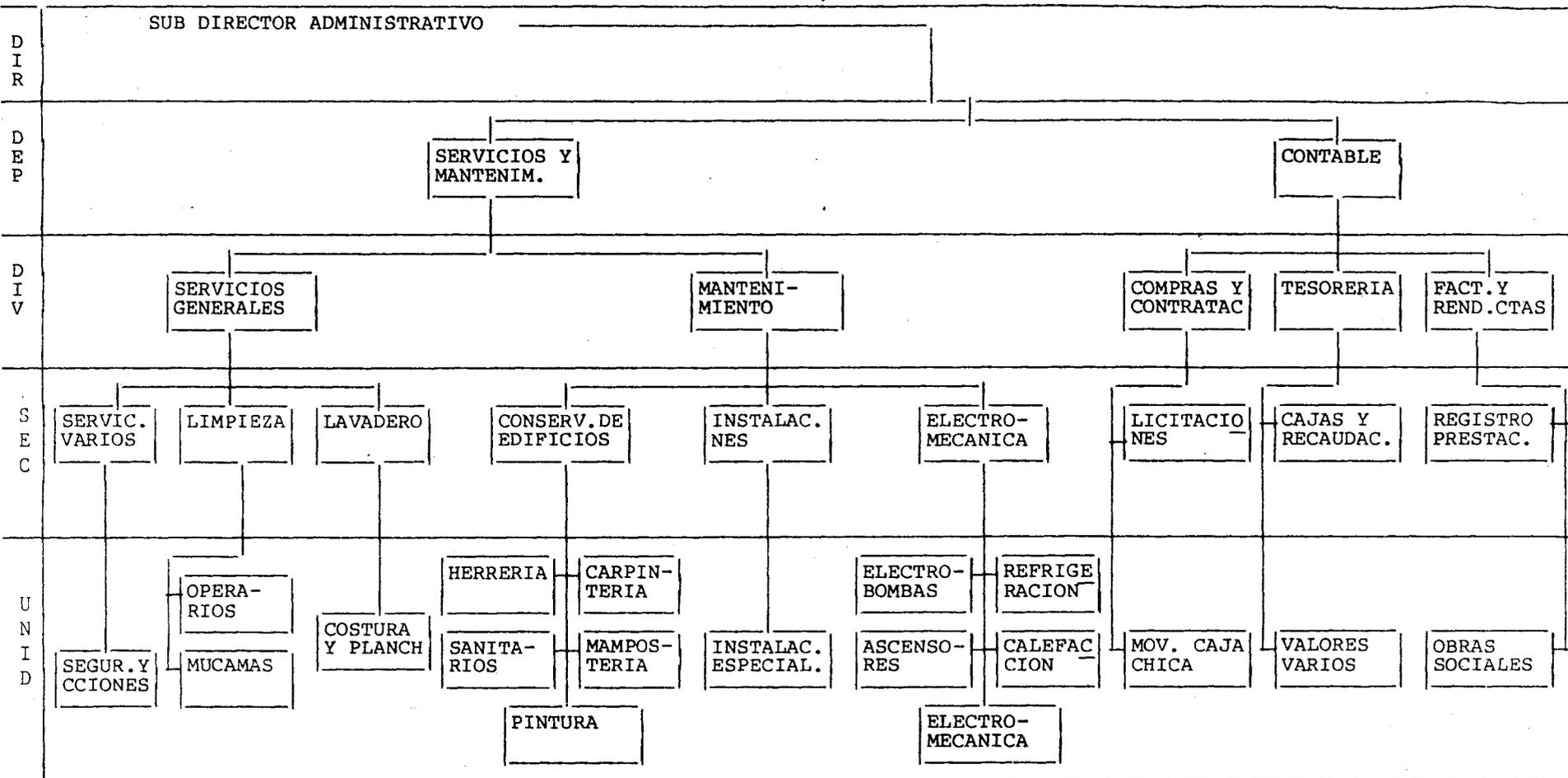


Hospital Dr. José M. Ramos Mejía
Rama Médica (VI)

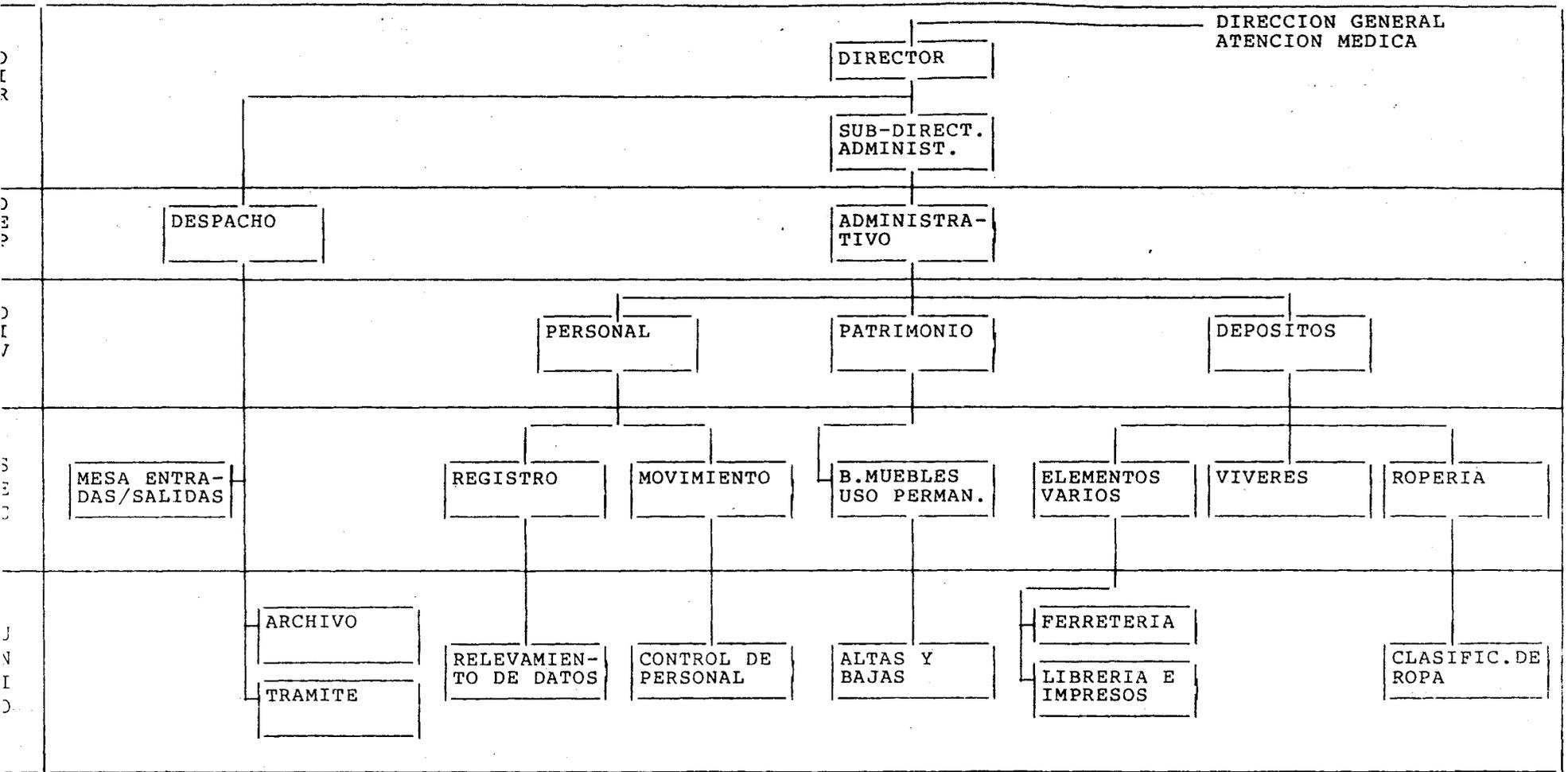


Hospital Dr. José M. Ramos Mejía
Rama Médica (VII)

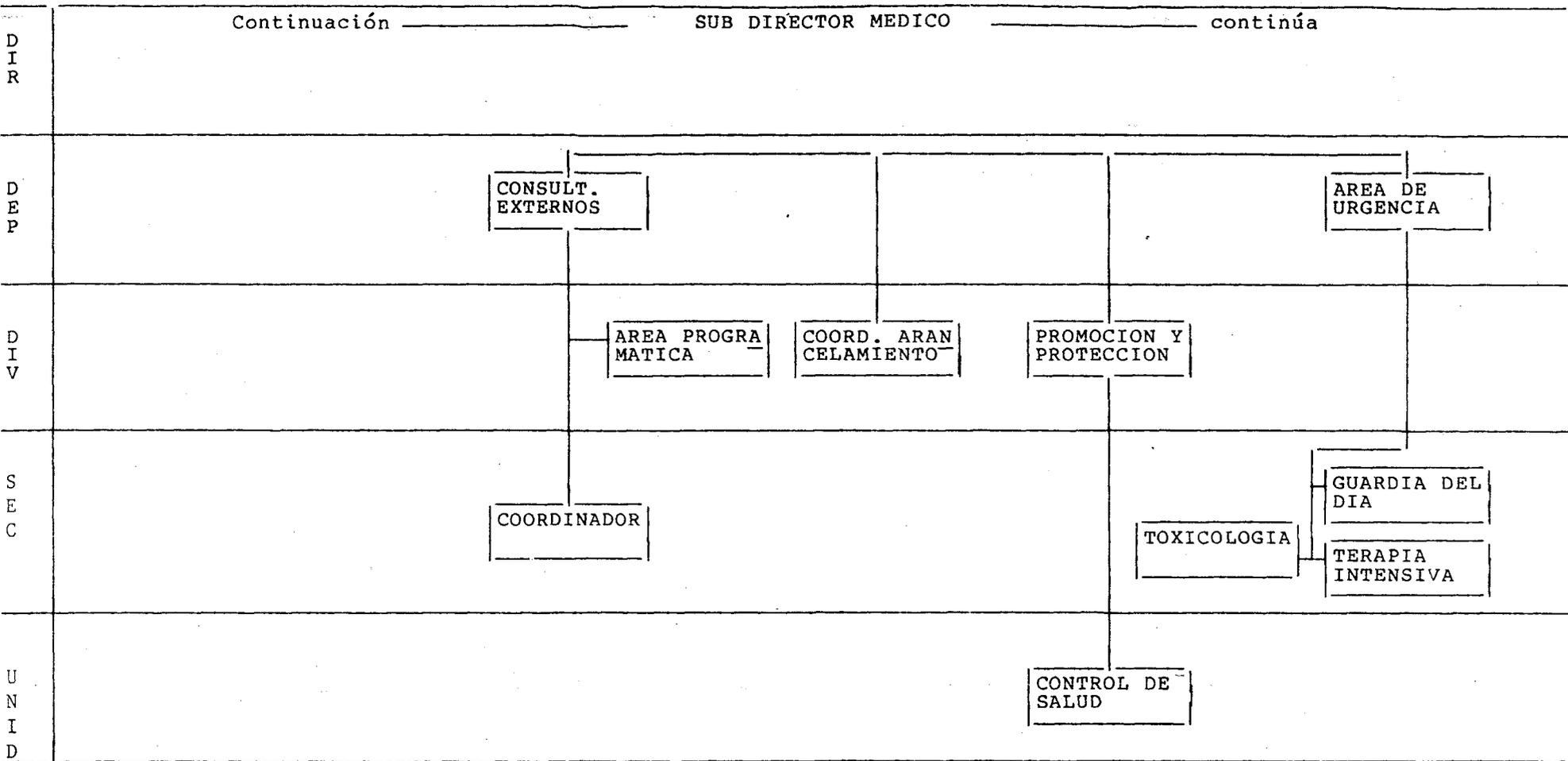
A N E X O 2



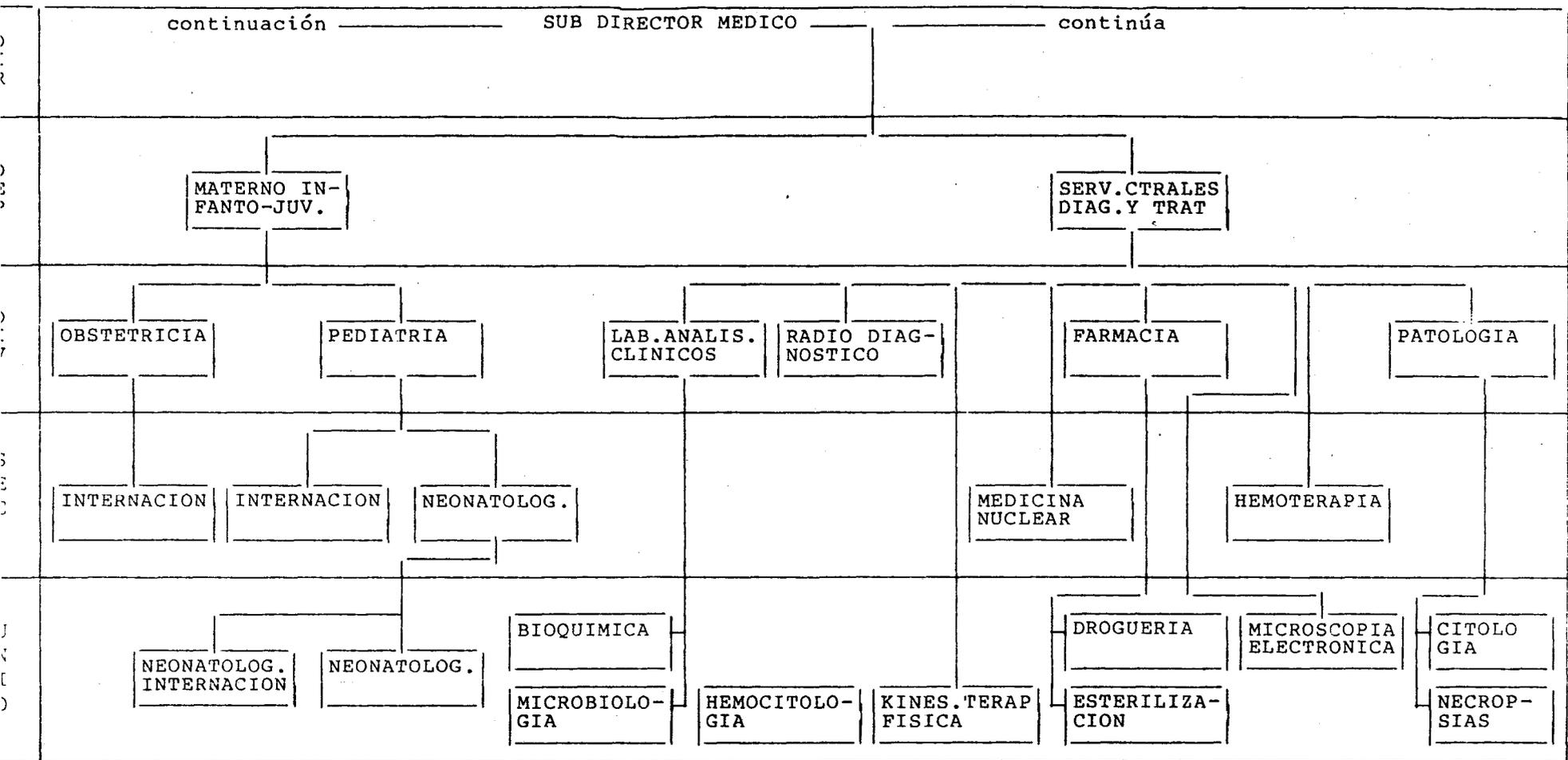
Hospital Dr. J. Fernández
Rama Administrativa (II)



Hospital Dr. J. Fernández
 Rama Administrativa (I)



Hospital Dr. J. Fernández
Rama Médica (IV)



Hospital Dr. J. Fernández
 Rama Médica (III)

continuación

SUB DIRECTOR MEDICO

continúa

CIRUGIA

CIRUGIA GENERAL "A"

CIRUGIA GENERAL "B"

ANESTESIA

GINECOLOGIA

TRAUM/ORTOPED

NEUROCI RUGIA

UROLO-GIA

INTERNA CION

INTERNA CION

COORD. QUIROF.

INTERNA CION

INTERNA CION

INTERNA CION

INTERNA CION

OTORRI-NOLARIN

QUEMADO

INTERNA CION

CIRUGIA PLAST. Y R

INTERNA CION

INTERNA CION

INTERNA CION

OFTALMO LOGIA

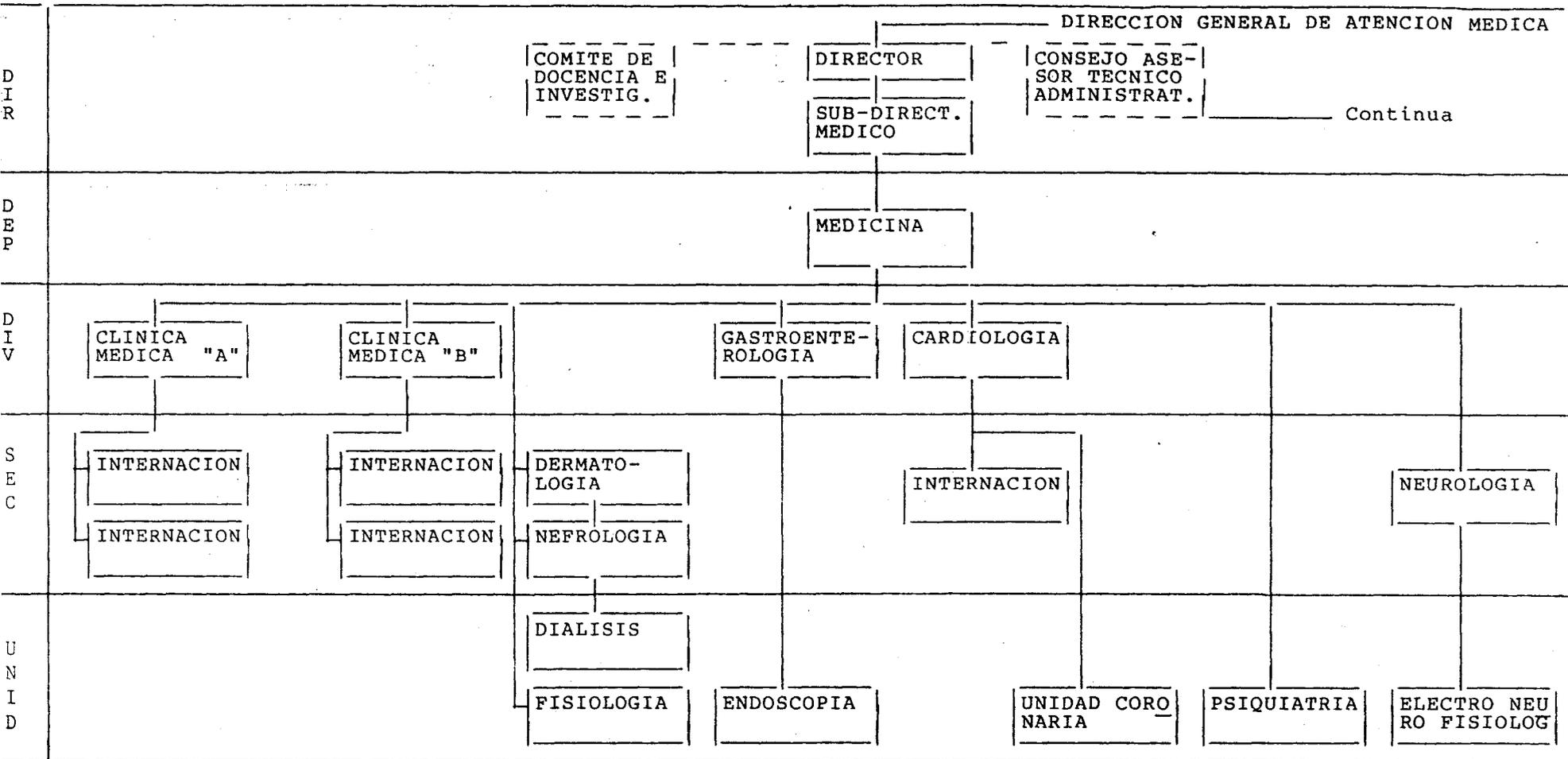
ODONTO-LOGIA

VASCUL PERIFER

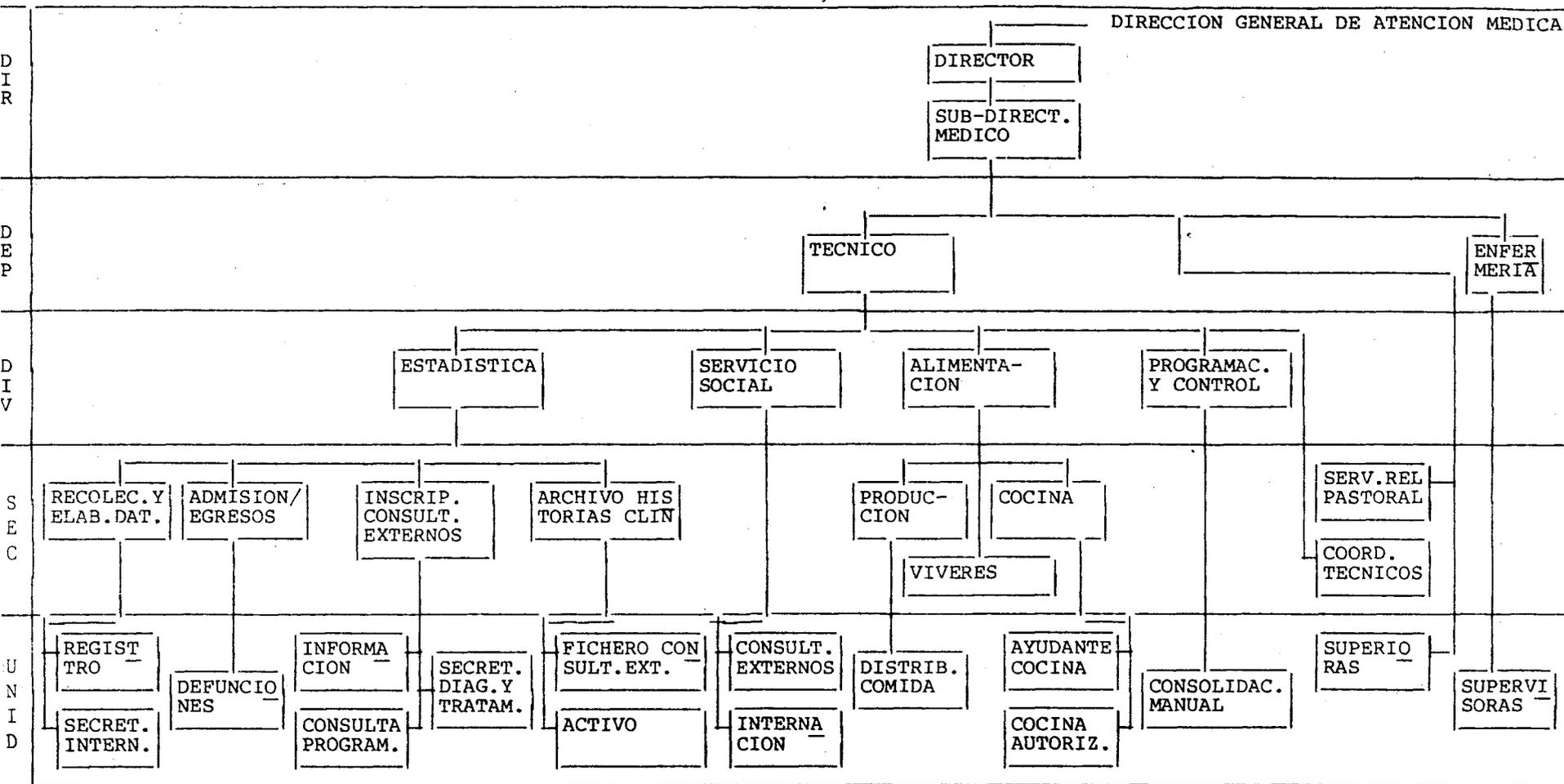
CIRUGIA Y PLAST

CIRUGIA MAX.FAC

Hospital Dr. J. Fernández
Rama Médica (II)



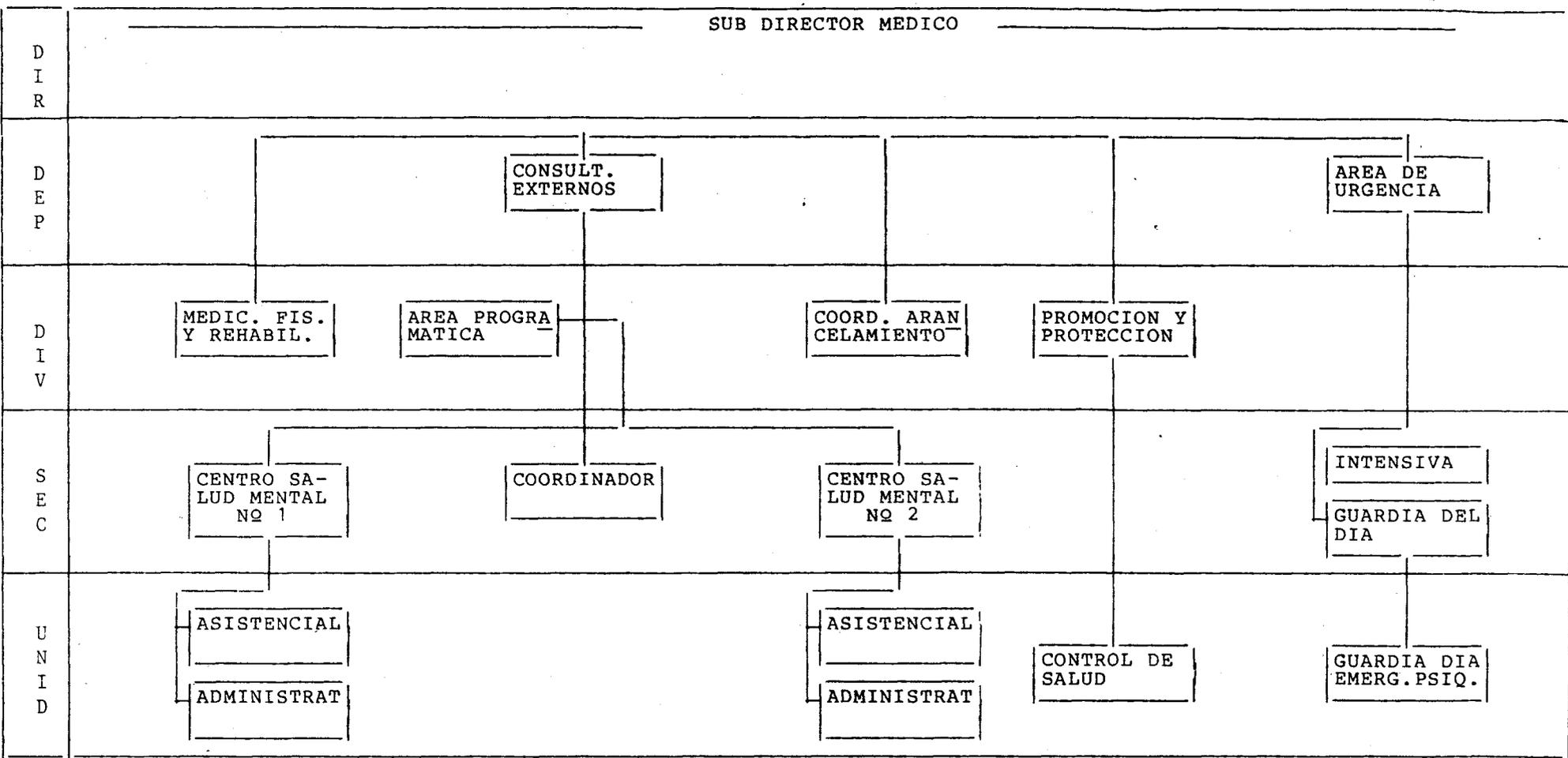
Hospital Dr. J. Fernández
Rama Médica (I)



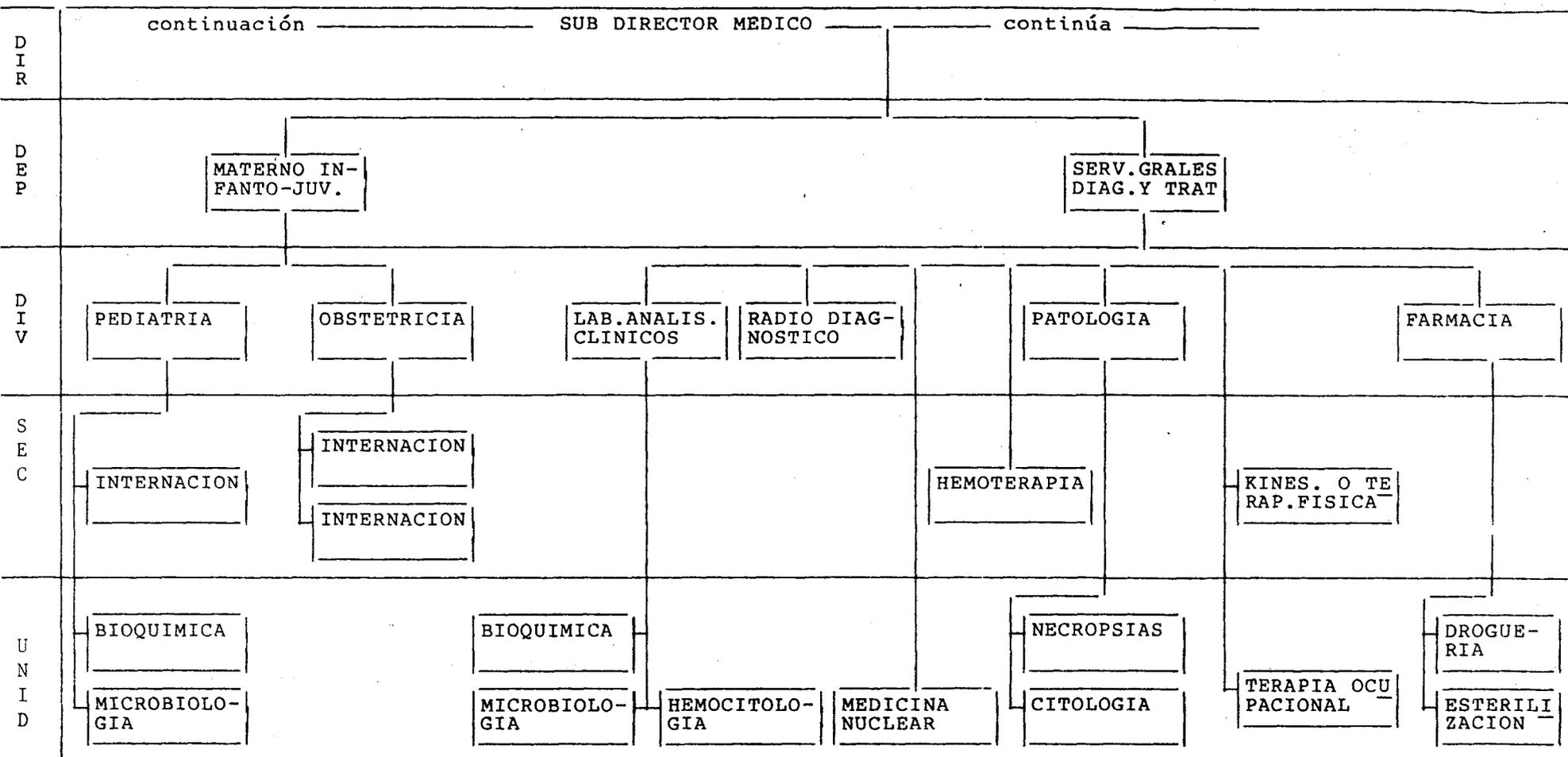
Hospital Dr. J. Fernández
Rama Técnica

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
Profesor Emérito Dr. ALBERTO L. PALACIOS

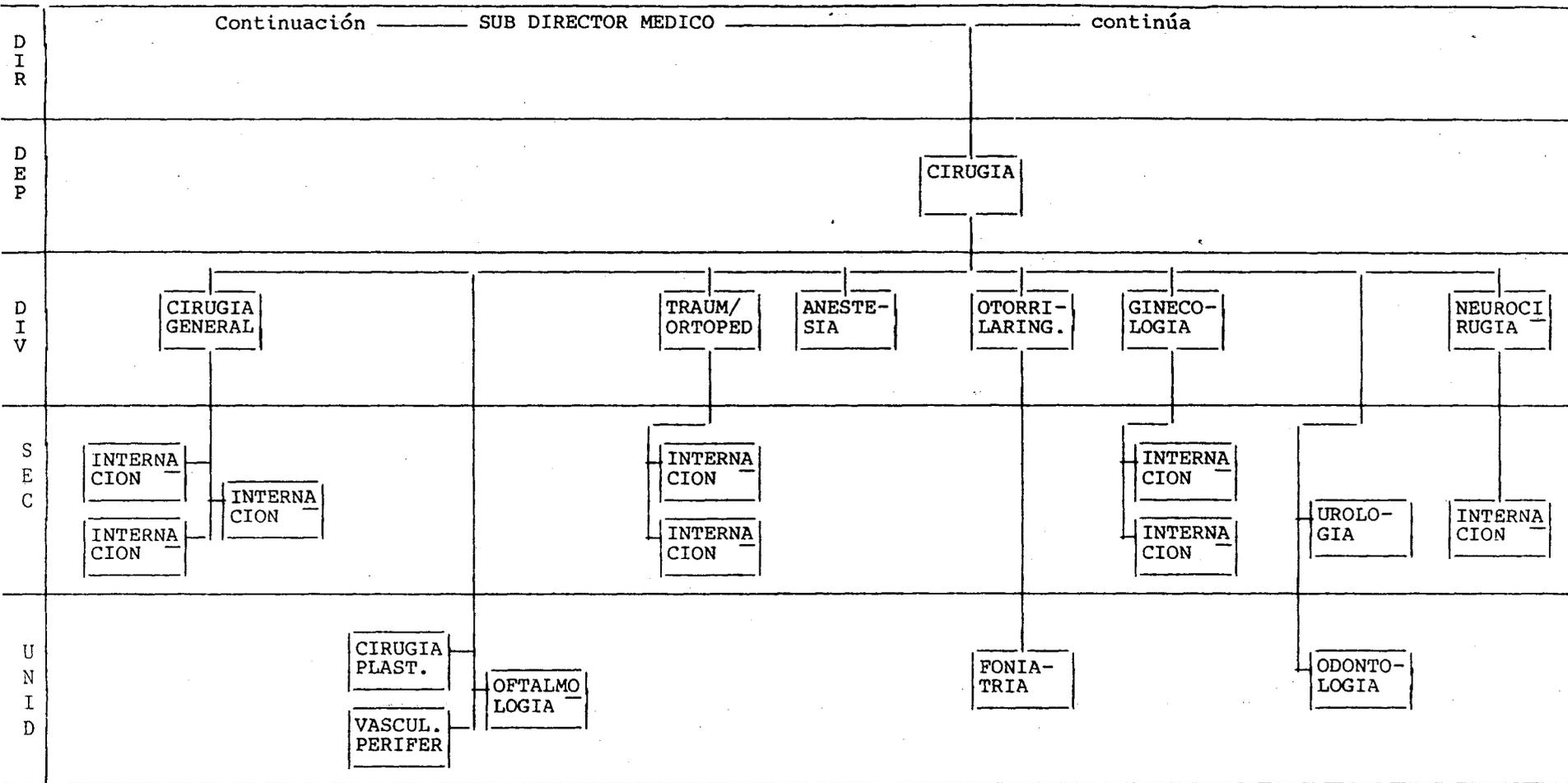
A N E X O 3



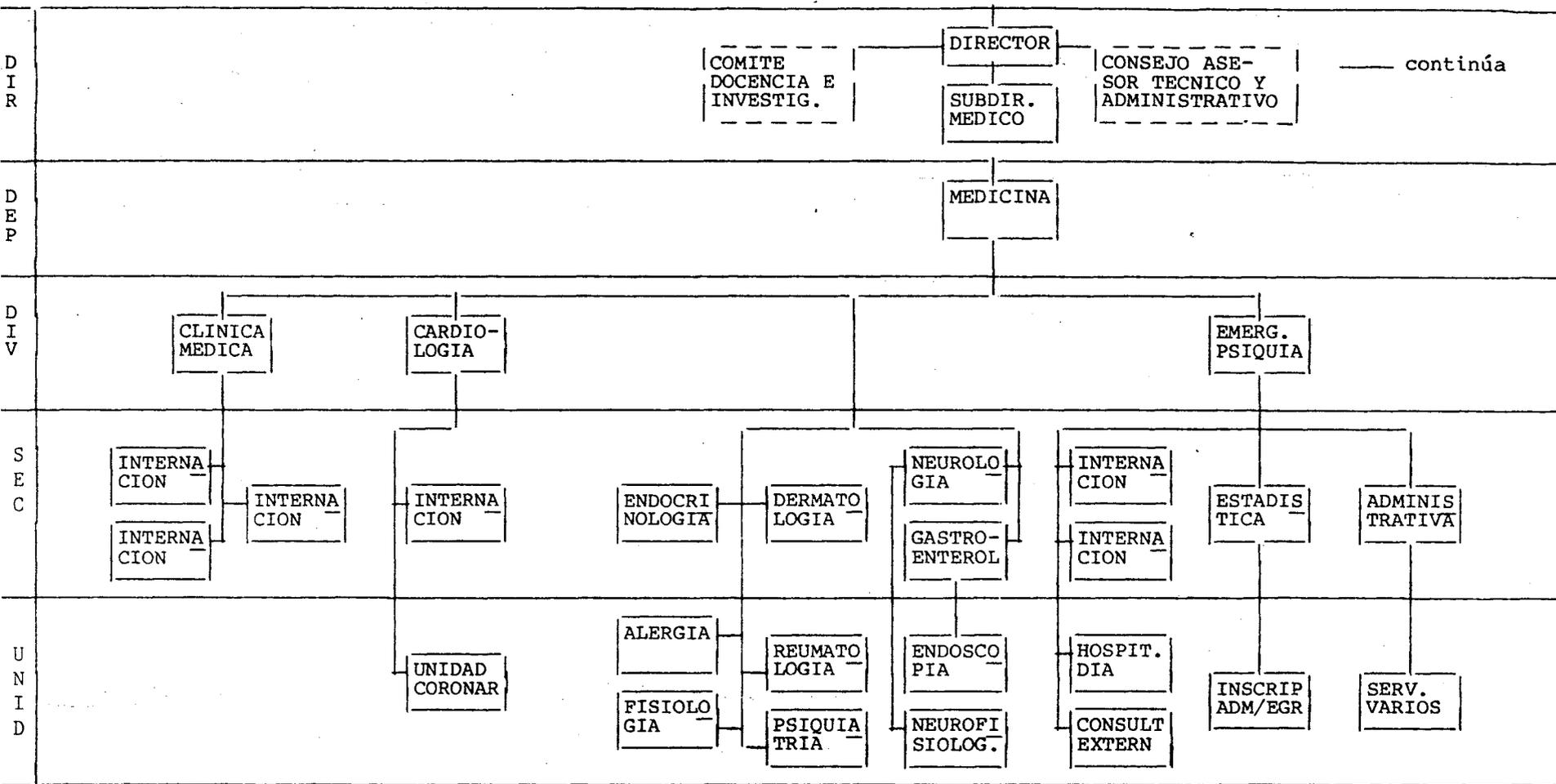
Hospital Dr. J. Pirovano
Rama Médica (IV)



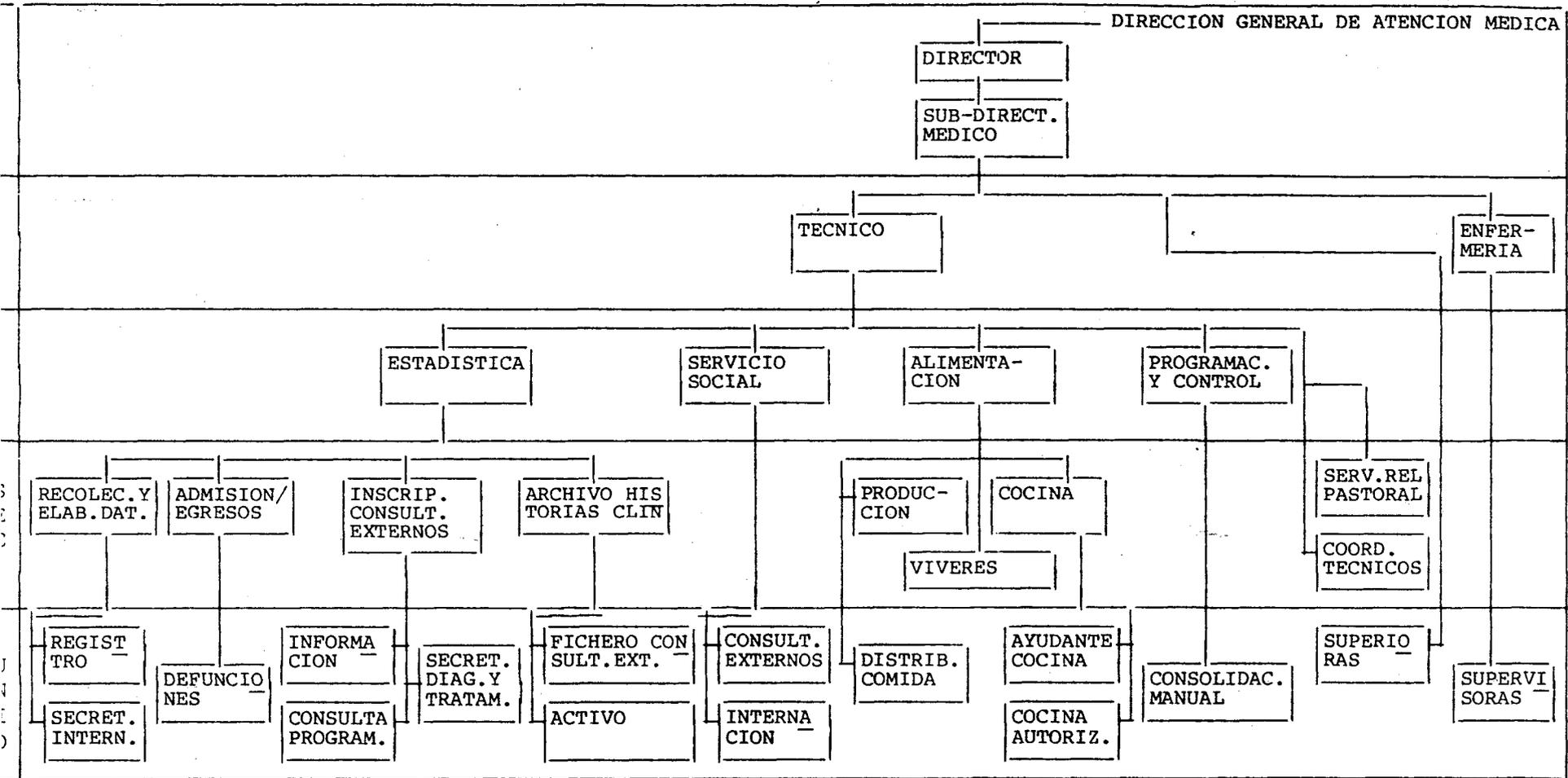
Hospital Dr. J. Pirovano
Rama Medica (III)



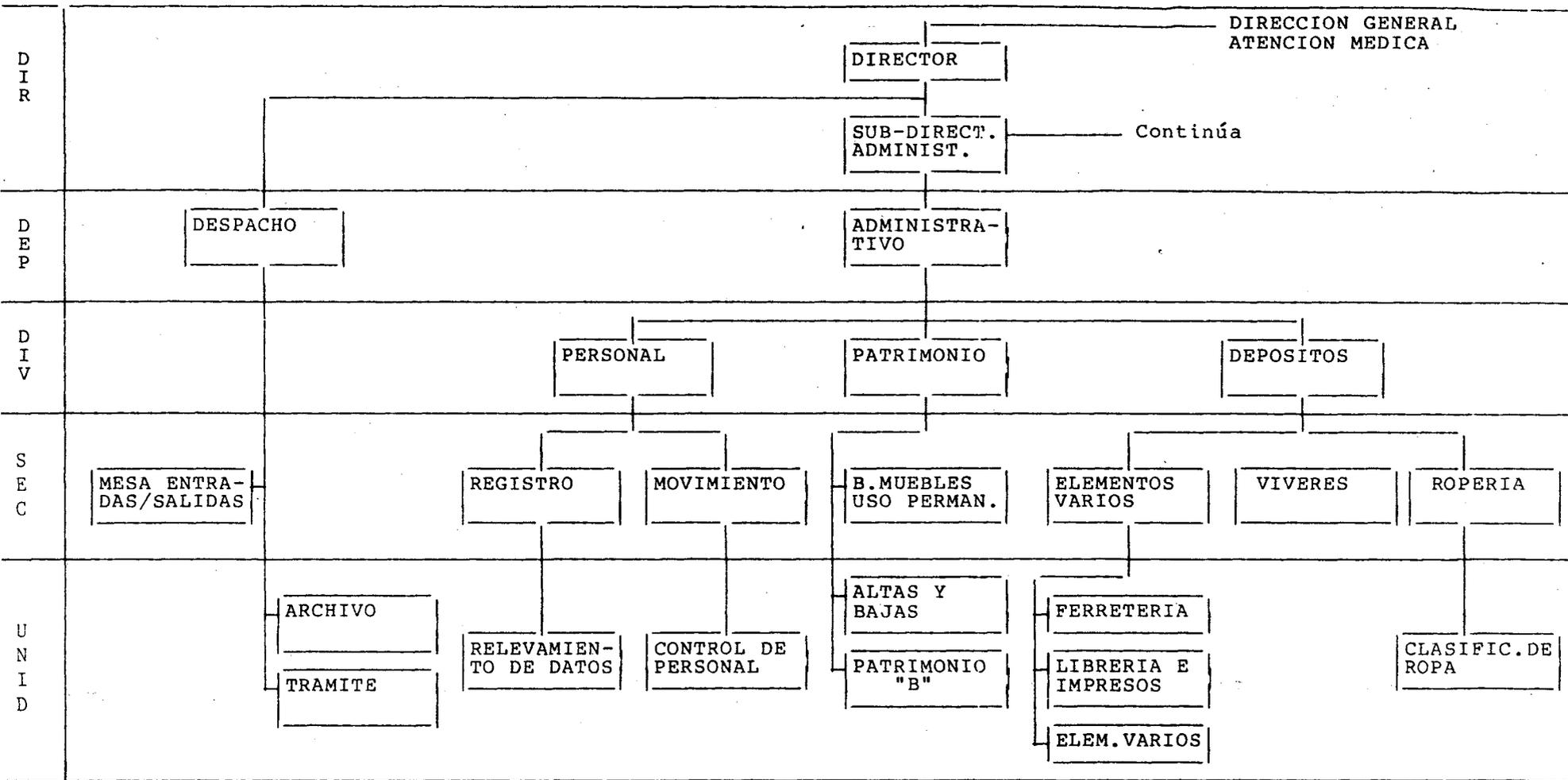
Hospital Dr. J. Pirovano
 Rama Médica (II)



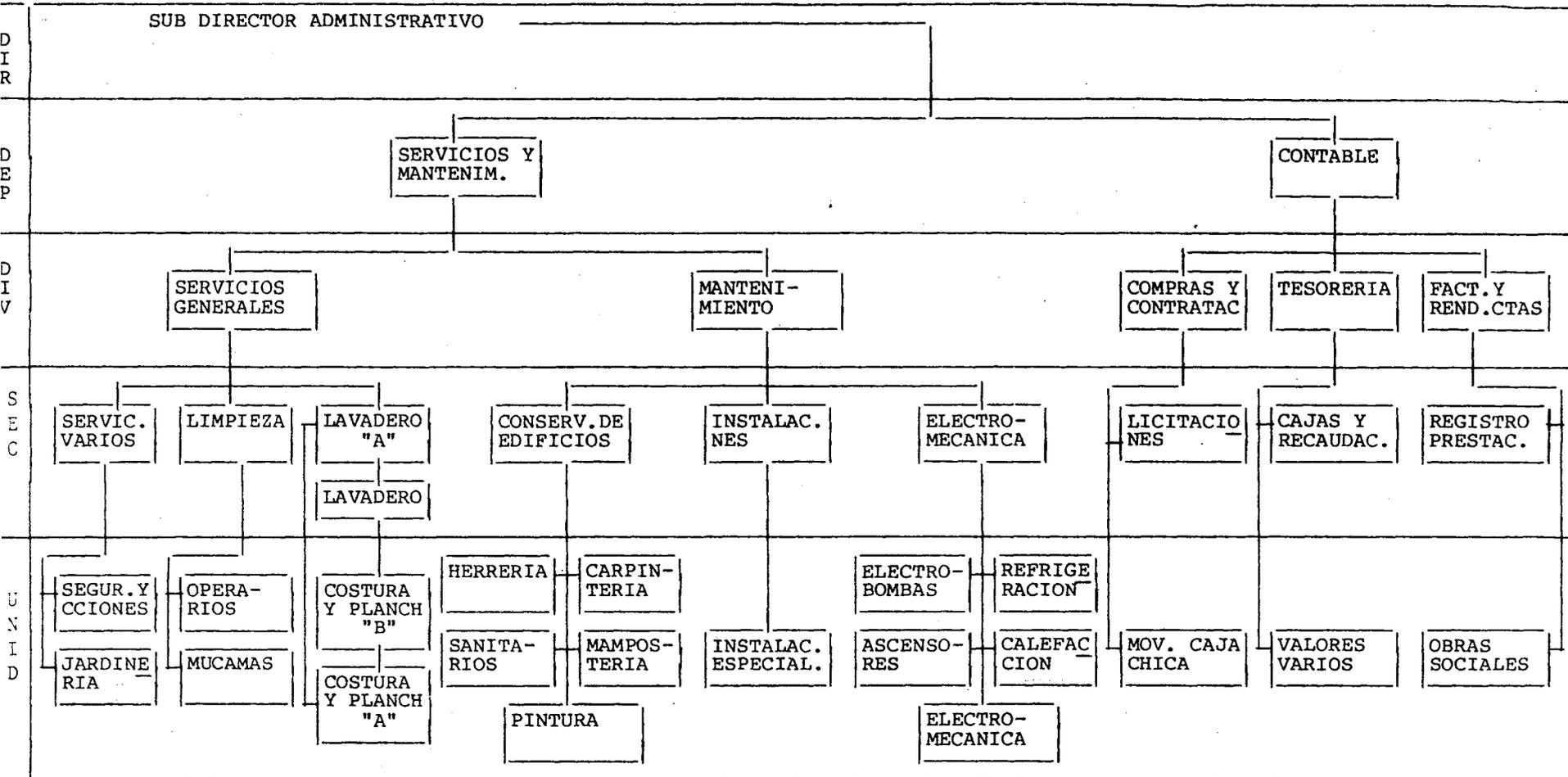
Hospital Dr. J. Pirovano
Rama Médica (I)



Hospital Dr. J. Pirovano
Rama Técnica



Hospital Dr. J. Pirovano
Rama Administrativa (I)



Hospital Dr. J. Pirovano
 Rama Administrativa (II)

A N E X O 4

DIRECCION GENERAL DE ATENCION MEDICA

DIRECTOR

SUBDIRECTOR
ADMINIST.

ADMINISTRA-
TIVO

DESPACHO

PERSONAL

PATRIMONIO

DEPOSITOS

MESA ENTRA-
DAS/SALIDAS

REGISTRO

MOVIMIENTO

TRAMITE

CTROL. DE
PERSONAL

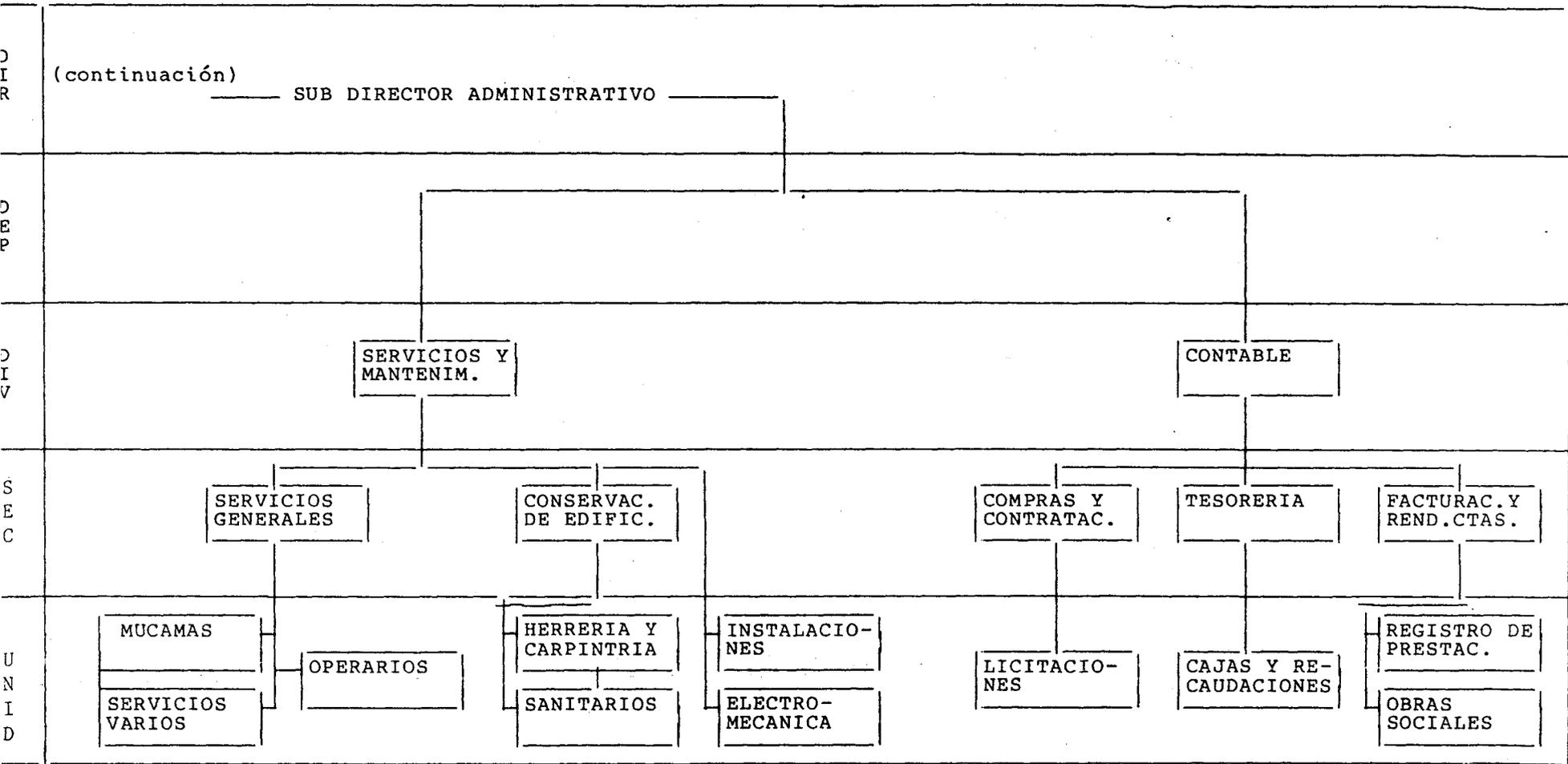
ALTAS Y
BAJAS

ELEMENTOS
VARIOS

VIVERES

ROPERIA Y
COSTURA

Hospital Dr. Dalmiro Vélez Sarsfield
Rama Administrativa (I)



Hospital Dr. Dalmiro Vélez Sarsfield
 Rama Administrativa (II)

DIRECCION GENERAL DE ATENCION MEDICA

DIRECTOR

SUB-DIRECT.
MEDICO

TECNICO

ESTADISTICA

SERVICIO
SOCIAL

ALIMENTA-
CION

ENFERMERIA

RECOLEC. Y
ELABO. DATOS

COCINA

PROGRAMAC.
Y CTROL.

SERV. RELIG.
PASTORAL

INSCR. CONS.
EXTERNOS

ADMISION Y
EGRESOS

CONSULT.
EXTERNOS

AYUDANTE DE
COCINA

CONSOLIDAC.
MANUAL

COORDINAC.
TECNICOS

SUPERVISO-
RAS

SECRETARIAS

ARCHIVO HIS
TOR. CLINIC.

PRODUCCION

Hospital Dr. Dalmiro Vélez Sarsfield
Rama Técnica

DIRECCION GENERAL DE ATENCION MEDICA

DIRECTOR
 SUB-DIRECT.
 MEDICO

MEDICO QUI-
 RURGICO

MEDICINA

CIRUGIA

MATERNAL IN-
 FANTO JUV.

CLINICA
 MEDICA

CIRUGIA
 GENERAL
 TRAUMATOLOGIA
 ORTOPED

GINECO-
 LOGIA
 ANESTESIA

OBSTETRICIA

PEDIATRIA

COORD. ARAN-
 CELAMIENTO

DERMATO-
 LOGIA
 CARDIO-
 LOGIA

ODONTO-
 LOGIA
 OTORRINOLA-
 RINGOLOGIA

OFTALMO-
 LOGIA

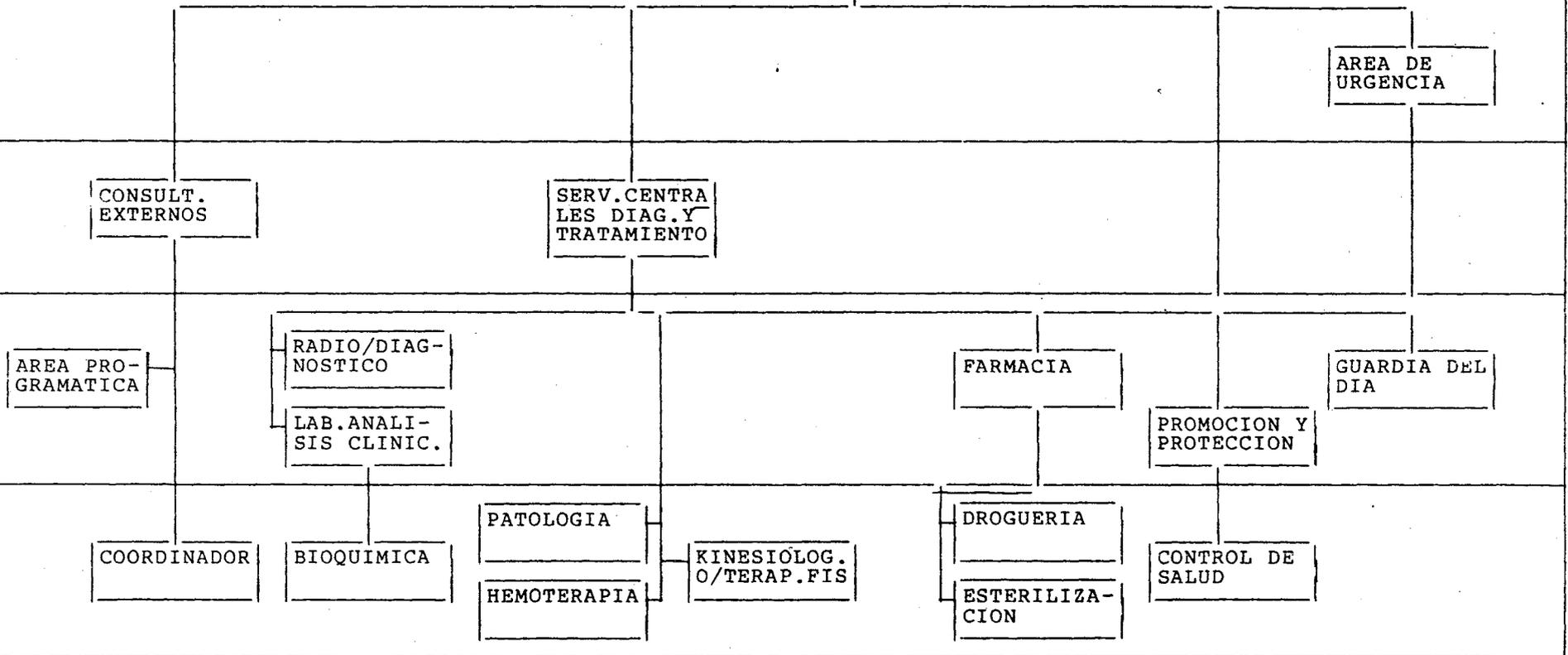
NEONATO-
 LOGIA

NEONATOLOG.
 INTERNACION

Hospital Dr. Dalmiro Vélez Sarsfield
 Rama Médica (I)

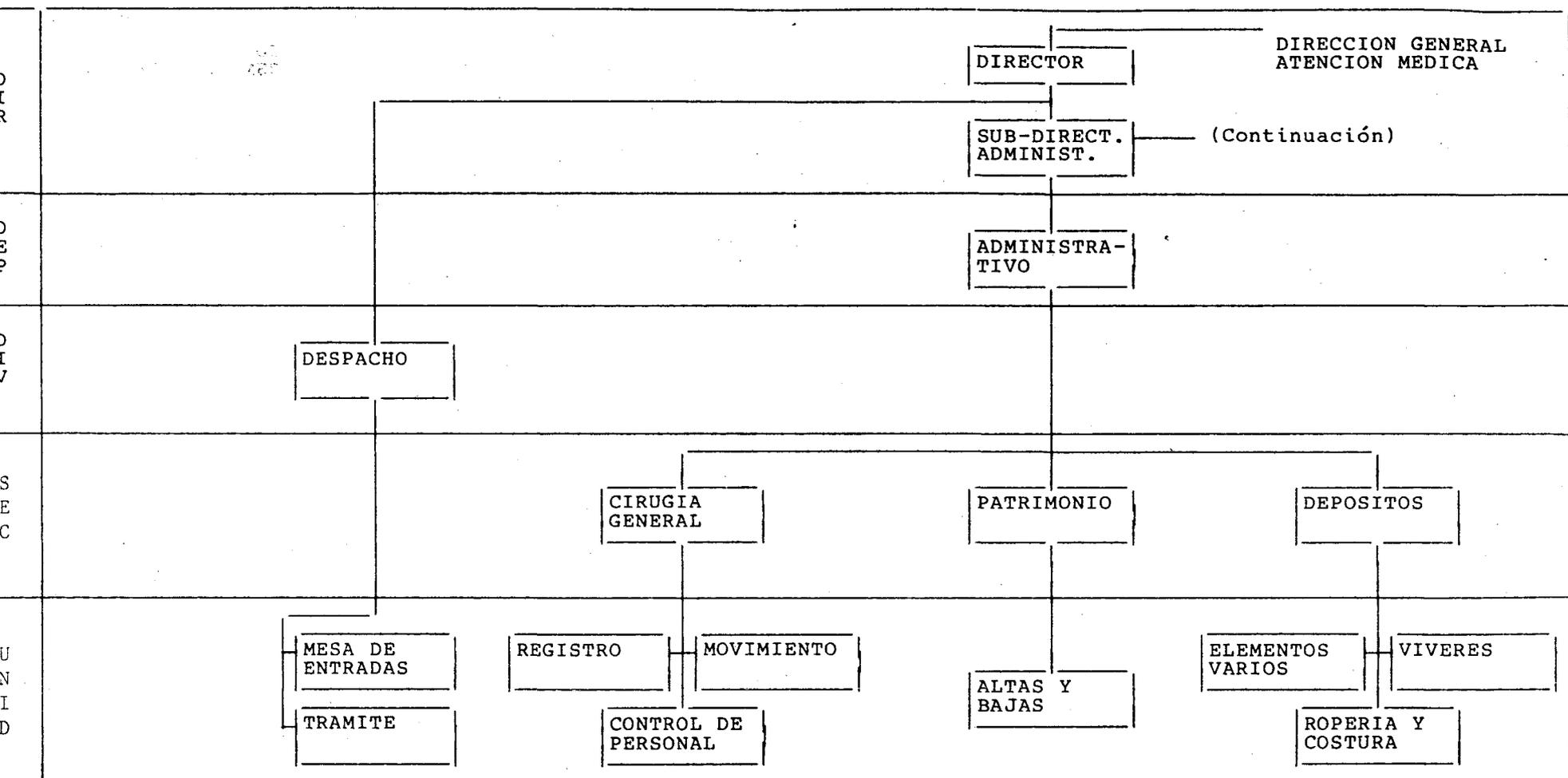
(continuación)

SUB DIRECTOR MEDICO

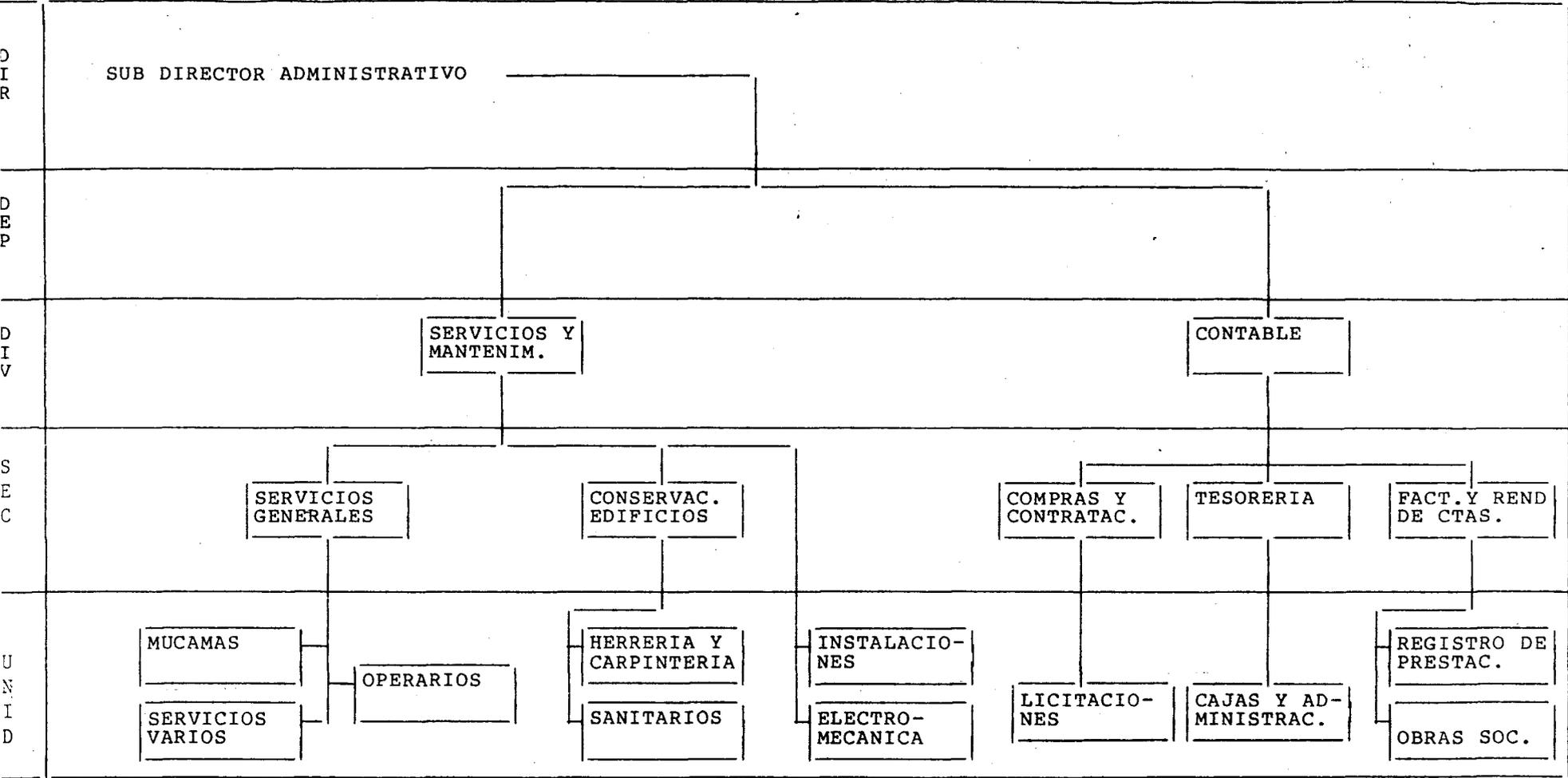


Hospital Dr. Dalmiro Vlez Sarsfield
Rama Médica (II)

A N E X O 5



Hospital Dr. Abel Zubizarreta
 Rama Administrativa (I)



Hospital Dr. Abel Zubizarreta
Rama Administrativa (II)

DIRECCION GENERAL DE ATENCION MEDICA

DIRECTOR
SUB-DIRECT. MEDICO

TECNICO

ESTADISTICA

SERVICIO SOCIAL

ALIMENTACION

ENFERMERIA

RECOLEC. Y ELABO. DATOS

COCINA

PROGRAMAC. Y CTROL.

SERV. RELIG. PASTORAL

INSCR. CONS. EXTERNOS

ADMISION Y EGRESOS

VIVERES

AYUDANTE DE COCINA

CONSOLIDAC. MANUAL

COORDINAC. TECNICOS

SUPERVISORAS

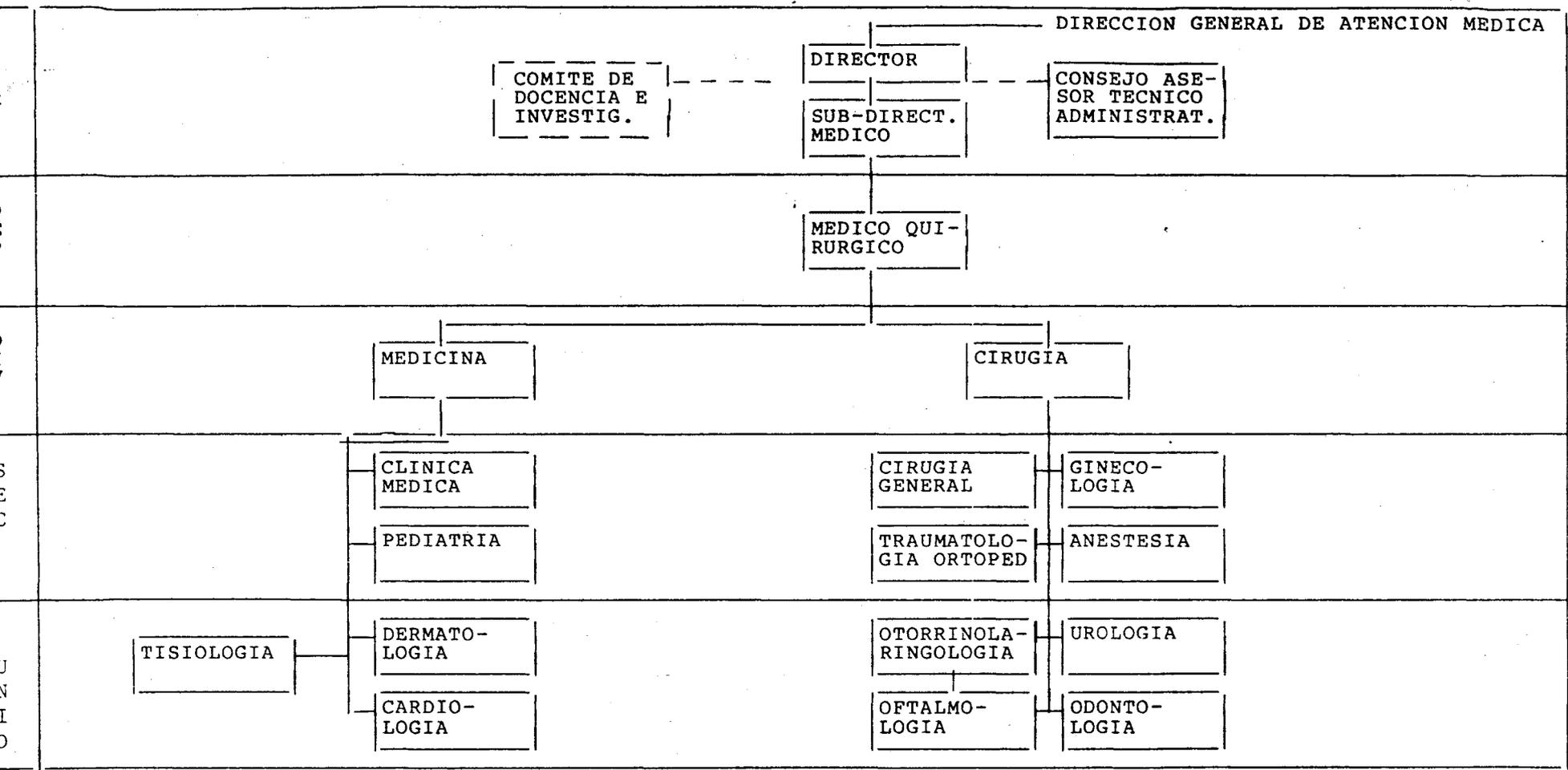
SECRETARIAS

ARCHIVO HISTOR. CLINIC.

CONSULT. EXTERNOS

PRODUCCION

Hospital Dr. Abel Zubizarreta
Rama Tecnica



Hospital Dr. Abel Zubizarreta
Rama Médica (I)

SUB DIRECTOR MEDICO (Continuación)

SERV. CENTRA
LES DIAG. Y
TRATAMIENTO

LAB. ANALIS.
CLINICOS

RADIO-
DIAGNOSTICO

FARMACIA

BIOQUIMICA

HEMOTERAPIA

KINES. O TE-
RAP. FISICA

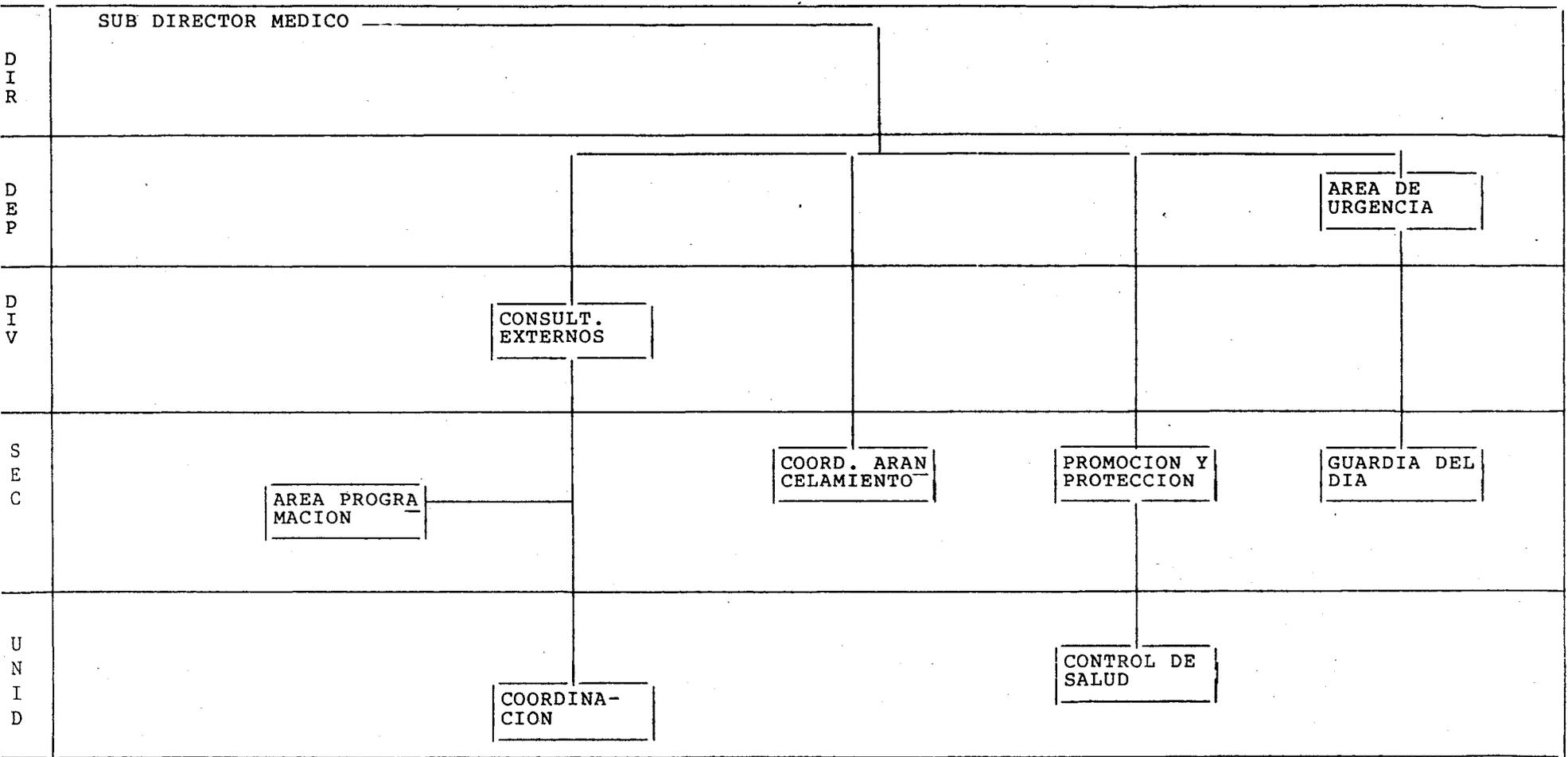
DROGUERIA

MICROBIO-
LOGIA

PATOLOGIA

ESTERILIZA-
CION

Hospital Dr. Abel Zubizarreta
Rama Médica (II)



Hospital Dr. Abel Zubizarreta
Rama Médica (III)

A N E X O 6

ORDENANZA

**DESCENTRALIZACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES
DE LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA**

Artículo 1o: Facúltase al Departamento Ejecutivo a transformar los establecimientos asistenciales dependientes de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente, en organismos de carácter descentralizado de acuerdo a las disposiciones de la presente ordenanza.

Artículo 2o: Las decisiones que tengan incidencia sobre el conjunto de la red asistencial como la incorporación de tecnología compleja o la creación o supresión de servicios y especialidades serán resorte del Departamento Ejecutivo.

Artículo 3o: Los establecimientos descentralizados estarán bajo la conducción de un Consejo de Administración que estará integrado por tres miembros designados por el Honorable Concejo Deliberante a propuesta del Departamento Ejecutivo. Las resoluciones del Consejo de Administración serán tomadas por mayoría. Sus integrantes elegirán al Presidente y la función será ejercida en forma rotativa por el término de un año. Los Consejeros desempeñarán sus funciones con dedicación exclusiva y por el término de tres años, pudiendo ser removidos o reeligidos.

Artículo 4o: Serán facultades y atribuciones del Consejo de Administración:

- a) Ejercer por medio de su Presidente o quien lo sustituya la representación del ente en todos los actos públicos o privados.
- b) Conducir y administrar el hospital conforme las disposiciones de esta ordenanza y la reglamentación que se dicte.
- c) Otorgar y revocar poderes especiales y generales.
- d) Proyectar el presupuesto anual de gastos y cálculo de recursos.

- e) Aceptar herencias, legados, donaciones y otras liberalidades de cualquier especie ad-referendum de su aceptación por el Honorable Concejo Deliberante.
- f) Solicitar préstamos a instituciones bancarias o financieras, aprobar las inversiones, el destino de los fondos y el pago de los gastos, previa autorización del Departamento ejecutivo y ad-referendum del Honorable Concejo Deliberante.
- g) Dictar la reglamentación interna del establecimiento.
- h) Recibir y entregar bajo inventario los bienes del hospital.
- i) Aprobar dentro de los treinta días de cerrado el ejercicio financiero, la Memoria, Inventario, Balance General y Cuenta de Recursos y Gastos.
- j) Programar, disponer, supervisar y evaluar la modalidad, forma y conducción de la prestación de los servicios y establecer el régimen de retribución de ellos a través de cualquiera de las modalidades contractuales o ajustadas a las normas municipales en la materia. Este régimen no será aplicable para los pacientes sin cobertura.
- k) Elaborar la estructura orgánico-funcional del establecimiento la que será elevada al Departamento Ejecutivo para su aprobación.
- l) Designar, contratar, promover, sancionar y remover al personal por los mecanismos establecidos en los regímenes de personal vigentes.

Artículo 50: El Consejo de Administración será asistido por un director médico ejecutivo con el objeto de asegurar la máxima eficacia y eficiencia en la realización de actividades de atención médica integral, docencia e investigación. Será designado de conformidad a lo previsto por la Ordenanza N° 41.455 Carrera Municipal de Profesionales de Salud y su reglamentación Decreto N° 2745/87; el mismo deberá cumplir dedicación exclusiva.

Artículo 60: Son funciones del Director Ejecutivo sin perjuicio de las que surjan del Reglamento interno que dicte el Consejo de Administración las siguientes:

- a) Entender en el desarrollo de las acciones técnico administrativas necesarias para el buen funcionamiento del hospital.
- b) Entender en la recopilación, elaboración y análisis de información referente a la producción y rendimiento del Hospital y evaluar las actividades de los servicios en términos de calidad y cantidad, constituyendo los comités necesarios para el mejor funcionamiento del hospital y el desarrollo de las actividades hospitalarias.
- c) Entender en todo lo inherente a la prestación de los servicios asistenciales, según pautas de eficiencia, a los efectos de asegurar la economicidad de ellos y la ordenación de su funcionamiento a las necesidades de los pacientes y al cumplimiento de los objetivos médicos programados.
- d) Confeccionar el presupuesto general de acuerdo con los presupuestos anuales elaborados por cada una de las áreas del hospital y elevarlo para su aprobación.
- e) Ejecutar el presupuesto del establecimiento y efectuar una evaluación periódica de la ejecución del mismo y de los programas de actividades y elevar los resultados al Consejo.
- f) Representar a la institución en las acciones jurídicas que esta promueva o le sean promovidas.
- g) Entender en las relaciones con el Consejo de Administración, otras instituciones públicas y privadas.
- h) Entender en el desarrollo de los planes y programas que permitan brindar acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud a las personas y en el desarrollo de programas de docencia e investigación.

i) Efectuar las delegaciones de poder que correspondan en los niveles pertinentes.

j) Elevar al Consejo de Administración el Balance General, Memoria Anual, Inventario y Cuentas de gastos.

Artículo 7o: El Consejo Comunitario de la Salud funcionará de acuerdo a lo previsto en la Ordenanza 41.824 (B.M. 18.034) y su reglamentación y tendrá funciones de asesoramiento y apoyo al Consejo de Administración del hospital.

Artículo 8o: El Consejo Asesor Técnico Administrativo estará integrado por las jefaturas y representantes que determine el Departamento Ejecutivo en su reglamentación.

Sus funciones de carácter consultivo serán las siguientes:

1. Programación de las actividades del establecimiento por parte de las unidades ejecutivas y el presupuesto correspondiente.
2. Evaluación de las actividades técnicas y administrativas de todas las unidades del establecimiento.
3. Control del cumplimiento por parte de las unidades ejecutivas de las normas técnicas y administrativas que se dicten.
4. Inversión presupuestaria en bienes y servicios.
5. Proyectar el reglamento general del establecimiento y las normas técnicas y administrativas que regulan su funcionamiento.
6. Entender en todos los temas que se sometan a la aprobación del Consejo.

Artículo 9o: El Estatuto Orgánico podrá ser modificado a propuesta del Consejo de Administración por decisión del Departamento Ejecutivo o modificación de la legislación vigente. El proyecto de estatuto deberá contener los siguientes capítulos:

- a. Denominación
- b. Objeto
- c. Domicilio

- d. Programa General de actividades
- e. Patrimonio
- f. Organización, recursos y atribuciones
- g. Régimen financiero contable y de contrataciones
- h. Régimen de prestación de servicios y sus retribuciones
- i. Procedimiento de reforma estatutaria

Artículo 100: Los recursos de cada establecimiento se integrarán por:

- A) Créditos provenientes del Presupuesto de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente
- B) Aportes provenientes de convenios con otras jurisdicciones e instituciones
- C) Aportes, subvenciones o subsidios que le acuerden entidades privadas o personas físicas o jurídicas.
- D) Herencias, legados o donaciones
- E) Ingresos procedentes de la facturación de prestaciones o realización de convenios con obras sociales u otros entes de financiación asistencial.
- F) La totalidad de los fondos no ejecutados al cierre del ejercicio anterior, se acreditarán automáticamente al nuevo ejercicio como fondo de reserva.

Artículo 110: LA Contaduría General de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires ejercerá la fiscalización del desenvolvimiento económico-financiero y patrimonial de los establecimientos, para lo cual dichos entes deberán elevar la contabilidad de movimientos de fondos, de presupuesto y de patrimonio.

Dichos sistemas contables serán compatibles en términos de plan de cuenta, de manera de permitir su consideración con el Balance General de la Comuna.

Cada establecimiento elaborará periódicamente de acuerdo a la reglamentación que se establezca un balance, el que será elevado para su consideración a la Dirección de Abastecimiento Sanitario, para su posterior remisión a la Contaduría General.

Artículo 12o: El régimen de contratación será el vigente para la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, con las modalidades y/o excepciones previstas para la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente, tanto para suministros como para Obras Públicas.

Los pagos se efectuarán en el establecimiento, para lo cual este recibirá mensualmente los fondos necesarios en función de presupuesto de caja predeterminados, previa intervención de la Contaduría General.

El control serán ejercido por un Delegado de la Contaduría General, destacado en cada establecimiento, en forma concomitante y/o posteriori, según se trate de actos cuya intervención esté prevista a priori o en la rendición de cuentas realizadas por el establecimiento.

Artículo 13o: El Departamento Ejecutivo tendrá la facultad de intervenir el organismo descentralizado frente a circunstancias extremas y al solo efecto de regularizar su situación.

Artículo 14o: Es inexigible el pago directo por las prestaciones efectuadas a la población, tanto en forma total como parcial bajo la modalidad de co-seguros o prestaciones no incluídas en convenios. Los usuarios que carezcan de cobertura serán asistidos sin ningún tipo de cargo.

A N E X O 7

PROYECTO DEL EJECUTIVO

El Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires sanciona con fuerza de Ordenanza:

Artículo 1º: Dispónese la descentralización (Técnica Administrativa) de las Unidades de Ejecución de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente

Artículo 2º: La fiscalización de las Unidades de Ejecución será efectivizada por la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente

Artículo 3º: Facúltase a las Unidades de ejecución para adquirir derechos y contraer obligaciones, en el marco de su competencia y de conformidad con la enunciación del Anexo I que a todos sus efectos forma parte del presente.

Artículo 4º: Los recursos de cada Unidad de organización se integra con:

- . Los fondos asignados por el Presupuesto Central
- . Los fondos que le correspondan por acuerdos jurisdiccionales
- . Los fondos que provengan de legados y donaciones
- . Los aportes que realicen personas jurídicas y/o privadas, y/o públicas y/o fiscales.
- . Fondos provenientes de contratos y/o convenios de prestación asistencial
- . Otros recursos que determine el Departamento Ejecutivo
- . Los fondos provenientes de ejercicios anteriores, que lo asigne la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente.

Artículo 5º: Las economías que resulten de la ejecución presupuestaria, pasarán a integrar un fondo acumulativo que la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente, distribuirá entre los establecimientos, dichos fondos se destinarán para la construcción y/o reparación de los edificios asistenciales y adquisiciones de equipos.

Artículo 6º: Los procedimientos de las contrataciones que se efectúen en los establecimientos deberán sujetarse a la Ley de Contabilidad de la Nación y su reglamentación asignándosele por la presente competencia al Director del Establecimiento para llamar y aprobar las contrataciones que no superen el diez por ciento (10%) por proveedor, y por acto, de su presupuesto anual en la Partida principal que corresponda a la contratación, sin que éste artículo le limite las facultades que la Ley citada le confiere a los Directores y/o Administradores de entes descentralizados.

Artículo 7º: El Departamento Ejecutivo irá dictando en un plazo no superior a ciento ochenta (180) días las normas presupuestarias, administrativas, técnicas, legales y económicas que permitan el cumplimiento de la presente ordenanza.

Artículo 8º: La presente Ordenanza entrará en vigencia el 1º de enero de 1987.

ANEXO I

ENUNCIACION DEL ARTICULO TERCERO

1. Representar al establecimiento
2. Dirigir técnicamente al establecimiento de acuerdo a las funciones que se le asignen en la reglamentación respectiva.
3. Dirigir las actividades de carácter administrativo
4. Designar ad-referendum del Departamento ejecutivo el personal de enfermería, auxiliares de enfermería, suplentes de guardia de acuerdo a las normas que se determinen en la reglamentación.
5. Proponer el personal administrativo y/o técnico y/o profesional para su designación por el Departamento Ejecutivo.
6. Proyectar el programa de actividades de acuerdo a los procedimientos que determine el Departamento Ejecutivo.
7. Proyectar el presupuesto anual y cálculo de recursos, y plan de trabajo de acuerdo a los procedimientos que determine el Departamento ejecutivo
8. Proponer los reajustes de su presupuesto anual
9. Dictar previa conformidad de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente los reglamentos internos que determinen, faciliten y ordenen el funcionamiento del establecimiento.
10. Informar trimestralmente a la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires todos los aspectos referentes al funcionamiento del establecimiento.