

Ced-1502/0476



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas



Maestría en Administración Pública

TESIS DE MAESTRIA

**Análisis del diseño y funcionamiento de los
hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires**

AUTOR: GABRIELA GARREFA

Tutor: Alberto SOUTO

2006

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

MAESTRÍA EN
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

**"ANÁLISIS DEL DISEÑO Y FUNCIONAMIENTO
DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA
CIUDAD DE BUENOS AIRES"**

(Tesis de Maestría)

Médica GABRIELA GARREFFA

TUTOR: MAGISTER ALBERTO A. SOUTO

2004

Deseo expresar mi especial agradecimiento al Lic. Alberto Souto, quien con gran dedicación y paciencia me ha guiado en el desarrollo de la presente Tesis, aportando valiosos comentarios y sugerencias que permitieron enriquecer el trabajo.

Asimismo, agradezco al Dr. Jorge Reboledo por sus críticas observaciones a lo largo de la preparación del trabajo.

Por último, quiero agradecer al equipo docente y administrativo de la Maestría, cuyos integrantes de diferente modo colaboraron con la preparación de la Tesis.

Ciudad de Buenos Aires	129
5.3.7. El staff de apoyo en la Burocracia Profesional	130
5.3.8. Los aspectos de creatividad e innovación y su relación con la normatización y la estructura organizacional	131
5.3.9. La cumbre estratégica	132
5.3.10. Otras estructuras organizacionales	132
5.4. Consideraciones acerca del análisis de la estructura y funcionamiento hospitalario a partir del modelo propuesto por Henry Mintzberg	135
6. La administración en los Hospitales Públicos. Análisis de su situación actual a partir de su evolución histórica	137
7. Conclusiones	155
8. Bibliografía	159

1. INTRODUCCION

La gran complejidad de la sociedad actual se traduce en la aparición de nuevos conflictos entre los distintos actores que participan del proceso de atención de la salud. Cada vez resulta mayor la demanda de servicios de salud públicos en la Argentina, y a su vez es cada vez menor la capacidad del Estado de hacerse cargo de dicha demanda.

La creciente demanda de utilización de los servicios públicos de salud observada en la República Argentina en los últimos años, debida a la repercusión de las crisis económicas junto con la pauperización de las condiciones de trabajo y altas tasas de desempleo, deja cada vez más al descubierto la incapacidad del sistema público de dar respuestas eficaces para las necesidades que plantea la población. Cada vez más gente queda fuera de los servicios de salud brindados por las obras sociales y los sistemas privados de atención, y no encuentra cabida en el sistema público.

La sociedad se encuentra atravesando una crisis que alcanza todos los ámbitos sociales, afectando por supuesto a las instituciones que componen el sistema de salud. La Postmodernidad, regida por una sucesión rápida de cambios y concomitantes cuestionamientos, replanteos y resignificación de las cosas, permite plantear una crisis de identidad generalizada, acompañada de la pérdida del lugar social y del rol históricamente desempeñado por los distintos actores sociales junto con la falta de definición de un nuevo lugar y rol asociado, ante la imposibilidad de adecuarse con la necesaria rapidez a las nuevas condiciones sociales, económicas y técnico - científicas. Todo ello afecta de manera significativa a los distintos actores que participan del proceso de atención de la salud, los cuales se encuentran frente a nuevos desafíos, no analizados y comprendidos en la actualidad, generando de este modo nuevos problemas que requieren una urgente reflexión y tratamiento.

Por otro lado, y desde un aspecto económico financiero, la actual crisis que afecta al sistema de salud pone en evidencia la escasez de los recursos frente a necesidades que superan ampliamente sus posibilidades, de donde surge la necesidad de definir los límites de las prestaciones que el sistema público está en condiciones de brindar con relación a sus posibilidades económico-financieras, definiendo las prioridades de la atención pública de la salud. Pero todo ello requiere de una sólida justificación de la distribución de los bienes y servicios en función de criterios válidos para todo el conjunto social, en tanto que se manipulan recursos públicos.

En los últimos decenios se ha producido un replanteo del rol del Estado, dando lugar a cambios de distinta magnitud en todos los órdenes de la actividad pública. Tomando como modelo a seguir el de la administración de empresas del sector privado, el sistema público de administración no logró redefinir su rol en función de aspectos propios, no existentes en la actividad privada, aunque en muchos casos sí sus estructuras continentales. Con una gran dificultad para establecer los límites y diferencias entre lo público y lo privado, se observa una gran indiferenciación de los distintos ámbitos de participación desde lo que podrían considerarse diferentes objetivos y criterios de organización.

El sistema de salud argentino se encuentra atravesando desde hace varios años una crisis muy profunda que tiene sus raíces en la propia conformación del mismo. No se ha producido en la historia de la Salud Pública Argentina una revisión crítica del modelo sobre el cual se fundó el sistema, a partir de la cual se pudieran producir cambios que permitieran el fortalecimiento y eficiencia del mismo.

Actualmente resulta difícil demarcar con exactitud los límites de los subsectores tradicionalmente definidos, dada la compleja y creciente superposición entre los mismos.

El sistema puede ser concebido como el resultado de la libre y, en muchos casos, desordenada interacción entre sus distintos componentes, más que el producto de una profunda reflexión sobre un

concepto de salud y de servicios de atención de la salud en función de una realidad socio-económica y cultural propia e irrepetible. Esto último además, implica una adecuación a realidades locales distintas, lo que favorece en definitiva una mayor funcionalidad del sistema.

La accesibilidad y disponibilidad del sistema de atención, requisitos fundamentales para el cumplimiento de la función, no fueron aspectos mayormente considerados, dando como resultado la conformación de un sistema con grandes desigualdades.

Desde el punto de vista administrativo es posible determinar algunas características del sistema de salud que influyen necesariamente en el desempeño profesional. Entre ellas pueden mencionarse las siguientes: falta de una política definida en salud, multiplicidad de organismos de atención con escasa coordinación entre sí, falta de planificación y escasa fundamentación en la asignación de los recursos, dificultades en la producción y acceso a la información y carencia de conocimientos sólidos de administración.

Sin embargo, existen fuerzas de inercia para la redefinición de los problemas sociales y la función que cada institución social tiene en el conjunto. Esta inercia se ve favorecida por la rigidez de los profesionales y las instituciones como universidades y escuelas profesionales para cambiar sus patrones tradicionales. Además, el repensar la organización y condiciones de los servicios de salud implica necesariamente cuestionar el modelo de poder existente y abrir el campo a la participación de otros profesionales o no profesionales en la búsqueda de soluciones a problemáticas sumamente cambiantes, lo cual implica reconstituir los espacios de poder. En lo referente al Estado se observa una ausencia o débil presencia gubernamental en lo que hace a una política de salud, dando como resultado la constitución de un "sistema" de salud heterogéneo y fragmentado¹, caracterizado por una escasa o nula regulación estatal efectiva, un desarrollo

¹ Belmartino, Susana. "El sistema de salud en Argentina: perspectivas de reformulación". *Cuadernos médico sociales*. Centro de Estudios sanitarios y sociales. Asociación Médica de Rosario. Nº 61, septiembre de 1992.

empresario desordenado y la libre iniciativa de entidades no gubernamentales. A ello se agrega, por otro lado, la autogestión hospitalaria, modalidad que cada institución ha implementado de acuerdo a sus posibilidades, contribuyendo así a ahondar aún más la heterogeneidad que caracteriza el sistema.

Todo ello se acompaña a su vez de un importante aislamiento de las instituciones educativas universitarias del medio que las rodea, como así también de sociedades científicas, dando como resultado la producción de profesionales ajenos a las necesidades de salud de la población, o al menos, incapaces de canalizar sus conocimientos de modo de lograr un efecto social ampliado, más allá de su tarea asistencial.

La gran complejidad que ha adquirido el sistema de atención de la salud se acompaña de una continua búsqueda y aplicación de nuevas metodologías y prácticas de diagnóstico y tratamiento, las cuales resultan cada vez más específicas a la vez que socialmente costosas.

Las organizaciones de salud se caracterizan en la actualidad por su gran diversidad de objetivos, su complejidad y profesionalismo. Este último caracterizado por un cierto individualismo en la acción, lo que dificulta la integración para la realización de tareas conjuntas.

Es característica la falta de normativas de trabajo claramente establecidas y la dificultad para la estructuración de las organizaciones desde criterios de subordinación jerárquica, debido probablemente en parte al criterio histórico de trabajo del médico, y a su relación con el Estado y organizaciones profesionales.

En los últimos años se han producido fuertes cambios en el perfil de los beneficiarios que concurren a los hospitales públicos, generando nuevas y mayores exigencias para los profesionales y las instituciones públicas de salud. Ello se debe por un lado al ingreso al sistema de atención pública de individuos que en el pasado accedían a servicios privados o de la seguridad social, y por el otro, al creciente

acceso a información, en muchos casos cuestionable, de la sociedad en su conjunto.

Asimismo, grandes cambios se han producido en los últimos años en el concepto de paciente, el cual ya no puede ser considerado como el sujeto pasivo y receptor en el proceso de atención de la salud. Nuevas corrientes desde el campo de la ética aplicada plantean al paciente como un sujeto con voluntad propia, con derecho a decidir sobre su cuerpo y el curso de su vida. El individuo es ahora considerado como un ser autónomo, capaz de tomar decisiones acerca de su vida, su salud y su muerte. Estos cambios se encuentran con una legislación, profesionales e instituciones de salud no preparados para asimilar nuevos conceptos y reformular con facilidad los aspectos de la relación profesional – paciente o profesional – profesional, así como sentar las bases legales para la implementación de nuevas prácticas acordes al nuevo concepto de paciente autónomo. Ello genera en los profesionales e instituciones de salud un quiebre con las pautas tradicionales de relación establecidas entre los distintos actores del proceso de atención de la salud, las cuales están siendo actualmente cuestionadas y analizadas a la luz de nuevas concepciones. Todo esto obliga a la búsqueda e incorporación de nuevos modelos de atención por parte de los profesionales e instituciones de salud, lo que por otra parte se acompaña de una situación generalizada de desestructuración y sensación de desamparo ante la pérdida o inadecuación de las estructuras y procesos de atención históricamente aceptados.

El nuevo concepto de paciente autónomo, con derechos para tomar decisiones que históricamente correspondieron a los profesionales de la salud implicó la necesidad de crear dentro de las instituciones hospitalarias estructuras capaces de vehicular la implementación de estos nuevos aspectos componentes de la relación profesional – paciente, así como brindar los canales para la reformulación de las prácticas y adecuación de los profesionales al brusco cambio producido. Se sumaron así a los comités hospitalarios existentes los comités de ética hospitalarios, los cuales no parecen

haber favorecido hasta el momento una reconceptualización de la práctica profesional en función de una nueva relación con el paciente.

La creciente importancia que los medios de comunicación han tenido con respecto a la difusión de temas de atención de la salud, así como el cambio en el perfil de los beneficiarios del sistema público de salud ha generado un profundo quiebre de la relación clásicamente paternalista del modelo de relación profesional – paciente, que, aunque siendo fundamentalmente el médico el patrón característico de dicho modelo, los demás profesionales que se han incorporado en los últimos años con mayor presencia en las instituciones de salud, han tomado como propio. Resulta entonces que la relación profesional – paciente pierde la característica asimetría entre sus dos componentes que la caracterizara por tantas décadas, dando lugar a la necesidad de establecer un nuevo tipo de relación, la cual no se encuentra todavía definida, encontrándonos aún en la etapa de transición. Tanto los profesionales como los pacientes viven una situación de angustia frente a la inestabilidad que les genera la pérdida de un modelo de contención ante la actual carencia de pautas establecidas a las cuales atenerse. Por otro lado, los profesionales carecen de la formación necesaria para comprender y enfrentar situaciones de conflicto como las que se viven actualmente, repercutiendo ello en su desempeño laboral y social. A ello se suma el cambio en la concepción de la medicina, tradicionalmente concebida como una profesión liberal, y su pasaje a una profesión asalariada, respondiendo a nuevas realidades sociales y de organización de los servicios de salud, todo lo cual enfrenta al profesional con la necesidad de replantearse su lugar, ya no desde una concepción individualista de trabajo, sino asumiéndose como parte integrante de un equipo de salud que responde a directivas de estamentos superiores en función del cumplimiento de su responsabilidad social. Este cambio de paradigma conlleva grandes dificultades en los profesionales para reencontrarse desde una postura analítica y redefiniendo su rol tanto dentro de las instituciones de

salud como dentro del contexto social, lo cual genera importantes cuestionamientos tanto desde el punto de vista moral como ético.

Las instituciones públicas de salud en la Argentina se encuentran intentando recuperar de alguna forma el protagonismo y reconocimiento social que las caracterizara en el pasado, pero para ello deben partir de nuevos modelos de atención, acordes a una realidad distinta y debiendo desterrar el aún no superado modelo de hospital de beneficencia.

Todos estos problemas requieren de una introspección y definición de pautas de conducta y de nuevos modelos de relación profesional – paciente, profesional – profesional, profesional – demás integrantes de las instituciones de salud y paciente – demás integrantes del equipo de salud. Pero dicha definición supera los conocimientos que cada disciplina de la salud puede aportar, dado que involucra aspectos que están por fuera de ellas, como los aspectos económicos, culturales, sociales, etc. Se requiere de un posicionamiento desde un nivel que brinde a las instituciones de salud una base para la toma de decisiones sobre situaciones que exceden los aspectos técnicos y científicos que caracterizan a las disciplinas de salud. La obligación social de las instituciones públicas hospitalarias de dar respuesta a toda la población requiere de la determinación de criterios que permitan orientar la toma de decisiones acerca de la distribución de los recursos siempre escasos frente a las necesidades de la población.

La administración ofrece herramientas que permiten llevar a cabo un análisis a partir de un nivel de mayor integración de los elementos y actores que participan directa e indirectamente de los procesos de atención de la salud, caracterizando a estos últimos de manera de estar en condiciones de considerar la importancia de cada uno en el proceso global, y a partir de allí poder determinar las prioridades a atender y llevar a cabo la planificación consecuente de los procesos para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

2. METODOLOGÍA

El presente es un estudio de carácter descriptivo analítico, en el cual se considerará la estructura de los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires como así también su funcionamiento.

Son los objetivos:

Objetivo General: analizar el diseño y funcionamiento de los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires desde el marco de la Administración.

Objetivos específicos:

- a) Describir el desarrollo histórico de los hospitales públicos en la Argentina en general y en la Ciudad de Buenos Aires en particular
- b) Relacionar los distintos modelos de hospital público en la historia con el contexto sociopolítico – económico y cultural particular en que surgieron y se desarrollaron
- c) Comprender al hospital público como organización social
- d) Describir y analizar las características del diseño organizativo - estructural de los hospitales públicos en la Ciudad de Buenos Aires en la actualidad
- e) Analizar la dinámica actual de funcionamiento de los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires con relación a su estructura.
- f) Analizar la formación requerida por la normativa vigente para los profesionales que ocupan cargos de jefatura y dirección de hospitales públicos en la Ciudad de Buenos Aires

3. DESARROLLO

El análisis del presente trabajo se centra en el nivel organizacional. Si bien en muchas partes del texto se hace referencia a diversos factores sociales, políticos y económicos, entre otros, los mismos no serán profundizados. Su mención tiene como único objetivo brindar elementos que permitan comprender la situación de la organización dentro de un contexto mucho más amplio de relaciones sociales.

3.1. LOS HOSPITALES PÚBLICOS EN LA ARGENTINA

3.1.1. EL CONCEPTO DE HOSPITAL PÚBLICO

Si bien desde el imaginario social surge un concepto de Hospital Público bastante generalizado en los distintos grupos de la comunidad, en la práctica se observan importantes dificultades cuando se trata de definir las actividades que el Hospital Público debería llevar a cabo dentro de su competencia.

A partir del concepto que se adopte de Hospital Público surgirá la posibilidad de definir las funciones que el mismo debería llevar a cabo como ejecutor de políticas estatales. En este sentido, no es posible comprender el significado de Hospital Público fuera del sistema político vigente y las consecuentes políticas sectoriales, siendo que el rol del Estado en materia de salud se encuentra reflejado en la conformación del sistema de salud que constituye la estructura para que tales políticas se materialicen. De este modo el Hospital Público se constituye en un instrumento más de las políticas estatales,

instrumento que responde a un marco legal que lo define y que está caracterizado por mecanismos operativos específicos.²

La falta de definición en materia de políticas de salud en la Argentina, cuya naturaleza casual o premeditada no cabe discutir ahora, determinó una desordenada conformación de estructuras y mecanismos operativos que dieron como resultado la definición de un sistema de salud con escasa coherencia estructural y graves defectos funcionales, lo que por supuesto pone en duda su propia condición de sistema.³⁴ Históricamente se observa una débil presencia del Estado, en sus niveles nacional, provincial y municipal, como órgano formulador de políticas y regulador de su aplicación a través de sus estructuras dependientes, situación que ha llevado a la coexistencia de una multiplicidad de criterios de hospital público como resultado de diferentes concepciones de "lo público", "la salud" y "los servicios de atención de la salud"; concepciones fuertemente influenciadas por intereses sectoriales. A todo ello se agrega en la actualidad un proceso de indiferenciación de los subsectores de salud históricamente constituidos, los que se presentan hoy bajo distintas denominaciones jurídicas que no son otra cosa que distintos términos para referirse a una misma cosa; situación que se debe entre otras causas a la falta de un establecimiento concreto de roles dentro del sistema, la gran superposición de servicios consecuente, la mercantilización de la salud y la implementación de nuevas modalidades de financiamiento, en muchos casos en conflicto con la naturaleza y principios del subsector correspondiente.

² Siguiendo a Araoz y Sagasti, las políticas requieren de "*medios para llevar a la práctica su efecto potencial. Para esto se necesitan varios elementos que se incluyen en el término instrumentos de política. Un instrumento de política constituye el conjunto de modos y medios utilizados para poner en práctica una política determinada ... Es el vínculo entre el propósito expresado por una política y el efecto que en la práctica se persigue*". Araoz, A. y Sagasti, F. "Estudio de los Instrumentos de Políticas Científico - Tecnológicas en Países de menor desarrollo". *Revista Estudios sobre el Desarrollo Científico - Tecnológico*, OEA, 1975

³ Los sistemas son concebidos como conjuntos de elementos o partes que interaccionan entre sí, en donde todos son interdependientes en forma necesaria. Millán Tomás Austin. *Fundamentos socioculturales de la educación*. Editorial Universidad Arturo Prat, Chile, 2000.

⁴ El concepto de sistema surge a partir de los experimentos del biólogo Ludwig von Bertalanffy, cuyos descubrimientos fueron compartidos y desarrollados en otras áreas por investigadores como Koehler (teoría de la Gestalt) y Lotka (en el ámbito de la estadística).

Si bien no constituye un tema de este trabajo, el análisis de la concepción de "la salud", íntimamente ligada a aspectos antropológicos, es probablemente el punto de partida de cualquier reformulación posible en el área; punto a partir del cual será posible definir también "los servicios públicos de salud". No es sino a partir de definir y conocer el objeto de las políticas de salud que será posible establecer los mecanismos y estructuras necesarios para lograr los objetivos deseados. Objeto que es necesario redefinir periódicamente, dado que el mismo sufre cambios como consecuencia de los cambios sociales. No existe un criterio único acerca de lo que la salud implica para una comunidad determinada, como así tampoco un único modo de implementar los servicios de salud.

En la búsqueda de una definición de hospital público resulta ineludible realizar un breve análisis de los cambios históricos que operaron sobre dicha institución a lo largo de más de tres siglos, y en un contexto de importantes cambios sociales, políticos, económicos y culturales. Sólo así será posible comprender la situación actual del hospital público, su lugar en la sociedad y los servicios que de él se requieren.

Históricamente es posible distinguir tres grandes periodos del hospital público de la Argentina en general y de Buenos Aires en particular, cada uno de ellos caracterizado por aspectos particulares que le dan identidad propia y que definen un modelo de hospital. Si bien podría decirse que el primer período y parte del segundo no corresponden propiamente a modelos de hospital "público", si se piensa "lo público" desde una concepción reducida a la actividad gubernamental, siendo que la institución "hospitalaria" de las primeras épocas no formaba parte de la órbita de las actividades del Estado, es posible considerar a los primeros hospitales como antecedentes directos de la actual institución pública de salud, existiendo en este sentido una línea ininterrumpida de "evolución" desde el primer modelo de hospital hasta el presente, y por sobre todo, una coherencia y continuidad conceptual innegable.

3.1.2 EL PRIMER MODELO DE HOSPITAL. EL HOSPITAL DE CARIDAD

“El primer hospital del territorio argentino,... fue el de Santiago del Estero – primera ciudad de nuestro solar patrio - . Como este hospital hubo otros durante el siglo XVI en el territorio que sería después virreinato; tales fueron los de Córdoba, Tucumán, Salta y Corrientes, todos de existencia bautismal y dudoso desenvolvimiento posterior.”⁵

En la ciudad de Buenos Aires, las instituciones públicas de salud encuentran sus antecedentes en la Segunda Fundación de Buenos Aires, llevada a cabo en el año 1580 por Juan de Garay con una población en su mayoría de origen plebeyo.⁶

La ciudad tuvo en sus comienzos un lento crecimiento poblacional y dependía de la llegada de barcos de España para su subsistencia. Dado que los productos provenientes de España resultaban escasos y costosos, con excepción de un pequeño grupo de pobladores que se dedicaban al contrabando desde el Brasil, el resto de la población de la ciudad vivía en la miseria.⁷ Buenos Aires era una ciudad pobre, que no tenía la riqueza minera encontrada en las ciudades previamente establecidas de Córdoba de la Nueva Andalucía (1573), Santiago del Estero (1554) y Tucumán (1565). Estas últimas constituían el centro de la principal actividad económica del virreinato, constituida por la extracción y transporte de los metales preciosos hacia la ciudad de Lima, actividad de la que Buenos Aires no participaba.

⁵ Lardies González, Julio. “Historia de la Medicina Argentina VI. Los primeros hospitales en el antiguo virreinato del Río de la Plata”, *Rassegna*, vol. 4 N° 6, 1971, 47-53.

⁶ El oidor Juan de Matienzo desde el Alto Perú recomendaba se enviaran para poblar el puerto de Buenos Aires “ciudadanos, mercaderes y labradores, pocos caballeros porque éstos ordinariamente no se quieren aplicar a tratos ni a labranzas sino andarse holgando, jugando y paseando”.

⁷ Para evitar el ataque de los piratas, los envíos provenientes de España llegaban en barco a la ciudad de Portobello en, Panamá, de donde eran cargados en mulas hasta la ciudad de Panamá en el Pacífico. De allí se transportaban en barco hasta el puerto del Callao, de donde se repartían las mercaderías por tierra al resto del territorio español. Esto hacía que los productos que llegaban resultaran muy costosos y escasos, lo que favorecía que una gran parte de la población se dedicara al contrabando.

Sin embargo, más tarde Buenos Aires se convertiría en el puerto principal, debido a que poseía ventajas de accesibilidad sobre el puerto de Lima. En el año 1617 la ciudad fue jerarquizada como Gobernación del Río de la Plata, dependiendo del Virrey del Alto Perú, y en el año 1776 se convirtió en Sede del Virreinato del Río de la Plata, cambio este último que llevaría al ascenso de Buenos Aires y la declinación de Lima, tanto desde un punto de vista político como económico.

En lo que respecta a la atención de la salud, Juan de Garay, quien al parecer no había traído ni médico, ni cirujano ni boticario, había reservado una manzana para la creación de un Hospital. “La ciudad de Buenos Aires nació sin médico, boticario, ni cura – trinidad infaltable en todo pueblo de habla española – y pasaron muchos años antes de que los tuviera.”⁸

Si bien ya existía una medicina indígena previa a la llegada de los españoles a América, no puede decirse que la misma haya tenido una influencia directa en la constitución de las organizaciones de atención de la salud, no obstante haber aportado a la cultura europea muchos conocimientos acerca de tratamientos y utilización de drogas para determinadas patologías.

Pasó bastante tiempo para que se concretase el proyecto del hospital de Juan de Garay y, según el historiador Raúl A. Molina, el mismo funcionó temporalmente en casa de algunos vecinos. Para su funcionamiento se reservaron un noveno y medio de los diezmos (alrededor de ciento treinta pesos anuales).⁹

Los trabajos de construcción se comenzaron en fecha incierta y durante los primeros años el hospital estuvo a cargo de un enfermero y tuvo un funcionamiento precario, más allá de su destrucción y posterior reconstrucción debido a un huracán.

⁸ Fierri, Alberto M. “Historia de la Medicina Argentina III. La medicina en las misiones jesuíticas”, *Rassegna*, vol. 4 N° 3, 1971, 50-56.

⁹ Lardies González, Julio. “Historia de la Medicina Argentina VI. Los primeros hospitales en el antiguo virreinato del Río de la Plata”, *Rassegna*, vol. 4 N° 6, 1971, 47-53.

En el siglo XVIII los padres Betlehemitas, quienes conformaban una congregación religiosa dedicada a la atención de los enfermos, se hicieron cargo del hospital, que sería clausurado en el año 1822 por orden del entonces Presidente argentino Bernardino Rivadavia.

No sólo los Betlehemitas llevaron a cabo acciones en salud, también los jesuitas desarrollaron acciones sanitarias de gran importancia. Los mismos trabajaron fundamentalmente en las misiones, en los siglos XVI y XVII y hasta que fueron expulsados en el año 1867 por un Decreto del Rey Carlos III de España, se encargaron de cuidar los aspectos sanitarios y reglamentar el trabajo de los indígenas de las misiones. Se preocuparon por conocer los secretos de la medicina y farmacología indígenas y muchos sacerdotes llevaron a cabo funciones asistenciales. Algunos de ellos fueron médicos, algunos cirujanos y otros exclusivamente boticarios. "La medicina jesuítica, sin ser original, fue algo así como un intermedio entre la aborígen y la europea, y en eso consiste su singularidad."¹⁰ Con la desaparición de la orden se perdió su obra y la experiencia en la cultura y medicina aborígenes, de las cuales quedan varios textos.

En los terrenos expropiados a los jesuitas hacia el año 1676 fue construido el Hospital General de Hombres. Allí fue creada una sala para oficiales del ejército, con lo que se constituyó en el primer hospital militar.

Asimismo, hacia 1774, la hermandad de la Santa Caridad, hermandad con fines benéficos, creó el Hospital General de Mujeres, que funcionó precariamente dependiendo de las limosnas de los hermanos y algunas donaciones, brindando atención a mujeres pobres.

Los bienes de la Hermandad pasaron a depender de la Sociedad de Beneficencia en 1823, con su creación.¹¹

¹⁰ Kohn, Loncarica Alfredo G. "Historia de la Medicina Argentina II. La medicina en las misiones jesuíticas", *Rassegna*, vol. 4 N° 2, 1971, 52-56.

¹¹ Lardies González, Julio. "Historia de la Medicina Argentina VI. Los primeros hospitales en el antiguo virreinato del Río de la Plata", *Rassegna*, vol. 4 N° 6, 1971, 47-53.

Las primeras instituciones de salud en la Argentina comparten elementos comunes, sobre todo en lo que respecta a su organización y administración. Un aspecto a destacar en todos los casos es su carácter de instituciones de caridad, más precisamente de caridad cristiana.¹² Este carácter, propio de la naturaleza de las órdenes religiosas, estableció un criterio de organización pública de salud que, aunque con importantes diferencias, persiste hasta nuestros días.

En los comienzos de la actividad hospitalaria la atención brindada era debida a la caridad de las congregaciones cristianas. Siendo la caridad una de las virtudes teologales y determinando una concepción particular de trabajo, no resulta casual que los primeros en ocuparse de tareas de atención de la salud en el ámbito público, tareas que estuvieron destinadas a individuos desamparados y de escasos recursos económicos, hayan sido miembros de órdenes religiosas.

Es justamente el carácter caritativo lo que determina la esencia de las primeras instituciones “públicas” de salud, y lo que permite conceptualizar al Hospital de entonces como “Hospital de Caridad”. Esta entidad cumplía principalmente una función de albergue (de donde se origina el nombre hospital) y en algunos casos de apoyo espiritual. De esta manera el acto de atención estaba basado en un acto de caridad, es decir, un acto de buena voluntad, de raíz religiosa, motivado por la intención de quien lo realizaba de llevar a cabo una acción que no necesariamente le resultaba placentera o intelectualmente enriquecedora, ni constituía un fin en sí misma, sino que le proporcionaba un medio para alcanzar la paz espiritual.

Si bien en algunos períodos la atención fue confiada a personal laico, dadas las malas condiciones de trabajo, largas jornadas y mala remuneración ofrecida, que en algunos casos consistía únicamente en casa y comida, el “personal” era reclutado entre los marginados

¹² Sonis, Abraam y col. *Atención de la salud, Tomo II*, El Ateneo, Buenos Aires, 1984, pág. 438.

sociales, personal que no tenía ninguna preparación para las tareas a desarrollar.¹³

Los religiosos “llevaban a cabo tareas *simples* para las cuales obtenían únicamente una *preparación empírica, en servicio*. Ese personal religioso cumplía su misión con devoción y sacrificio, por *compasión y caridad*, supliendo en parte con vocación de servicio sus insuficiencias técnicas y científicas.”¹⁴

Este tipo de concepción de la atención de la salud de la población sin recursos resultaba natural y compatible con los criterios sociales y de gobierno de la época. Aspectos como el derecho a la salud o el derecho a recibir atención pública por parte de la comunidad no eran temas de discusión, no constituían “cuestiones”¹⁵ para el momento histórico social y no lo serían por mucho tiempo.

3.1.3. LA PRESENCIA DEL ESTADO. EL HOSPITAL DE BENEFICENCIA

Si bien suele asociarse el modelo de Hospital de Beneficencia con el Estado Benefactor, desarrollado en la Argentina a partir de la década de 1930, desde un criterio administrativo y de atención de las instituciones, y teniendo en cuenta el concepto de beneficencia, es posible diferenciar dentro de este modelo hospitalario dos etapas: la primera, desde principios del 1800 hasta la década de 1880, caracterizada por la participación dominante de los grupos

¹³ Sonis, Abraam y col. *Atención de la salud, Tomo II*, El Ateneo, Buenos Aires, 1984, pág. 443.

¹⁴ Sonis, Abraam y col. *Atención de la salud, Tomo II*, El Ateneo, Buenos Aires, 1984, pág. 443.

¹⁵ Las cuestiones constituyen asuntos socialmente problematizados. Al respecto dicen Oszlak y O'Donnell: “Ninguna sociedad posee la capacidad ni los recursos para atender omnímodamente a la lista de necesidades y demandas de sus integrantes. Sólo algunas son “problematizadas”, en el sentido de que ciertas clases, fracciones de clase, organizaciones, grupos o, incluso, individuos estratégicamente situados creen que puede y debe hacerse “algo” a su respecto y están en condiciones de promover su incorporación a la agenda de problemas socialmente vigentes. Llamamos “cuestiones” a estos asuntos (necesidades, demandas) “socialmente problematizados”. Oscar Oszlak y Guillermo O'Donnell, “Estado y Políticas Estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación”. *Revista Redes*, 1987.

filantrópicos de la sociedad en lo que respecta a la edificación, y fundamentalmente el mantenimiento y la administración de las instituciones públicas de salud; y la segunda, iniciada en la década de 1880, caracterizada por la creación y/o pasaje de los hospitales públicos a la órbita de la Municipalidad, etapa cuyas características se extienden aproximadamente hasta 1990. Los registros de las ejecuciones presupuestarias muestran que hasta el año 1882 el gasto en salud no formaba parte del presupuesto público. Al respecto se observa que hacia el año 1882 se destinan partidas para obras de salubridad, y hacia el año 1883 para el funcionamiento del Departamento Nacional de Higiene. Asimismo, los aportes públicos a las Sociedades de Beneficencia y obras de asistencia aparecen en los registros recién desde el año 1881.¹⁶

La clasificación presentada en cuanto al modelo de hospital responde al criterio con que las instituciones públicas de salud funcionaban, más allá de quién se ocupaba de la administración de las mismas. En este sentido, tanto las Sociedades de Beneficencia como posteriormente el Estado, brindaban servicios de salud desde la beneficencia. Si bien ambas entidades estuvieron presentes a lo largo de los períodos mencionados, una de las dos era la que prevalecía de acuerdo al momento histórico particular. De esta manera, tanto las Sociedades de Beneficencia como el Estado interactuaban dentro del modelo de atención vigente.

Desde otro punto de vista, considerando la relación existente entre el desarrollo de las instituciones públicas como el hospital y el desarrollo de las políticas económicas se plantean importantes diferencias en lo que respecta al marco ideológico que caracteriza a cada uno de los períodos del Hospital de Beneficencia previamente mencionados.

Una primera etapa del Hospital de Beneficencia se correlaciona con el establecimiento de una concepción liberal desde el punto de

¹⁶ Oszlak, Oscar. *La formación del Estado argentino. Orden, progreso y organización nacional*. Planeta, Buenos Aires, 1997, cuadros págs. 280 - 287.

vista económico y político. Se encontraban vigentes los principios de la economía política y de producción propios de la escuela clásica de la economía. Esta escuela, representada entre otros autores por uno de sus principales pensadores, Adam Smith, se desarrolló entre los años 1776 y 1870. La misma parte de considerar una sociedad estratificada en la cual las relaciones de producción responden a un ordenamiento que obedece a leyes naturales. En este sentido Smith creía en la existencia de una “mano invisible” en el mercado, la cual corregiría los excesos generados, lo que por otro lado se complementaba con la confianza que el autor manifestaba en la “solidaridad espontánea” de todos los hombres”.¹⁷⁻¹⁸ Así, dentro de este marco político y económico – social, la beneficencia desde las organizaciones privadas era vista como parte de las bondades del modelo, en cuanto a que constituía un medio para reducir las limitaciones y desigualdades del sistema.

Dentro de esta visión económica y social los aspectos de atención de la salud formaban parte de de la vida privada de las personas. En este sentido, cada individuo participa del ordenamiento social y económico de acuerdo a sus posibilidades, y de esta manera también se hace cargo de todo aquello que le afecta como persona. Sin embargo, para contrarrestar las desigualdades sociales es siempre posible descansar en la solidaridad espontánea de los hombres, enmarcada en el *laissez – faire* propio del paradigma de la época.

Fueron justamente los elementos de egoísmo, individualismo y utilitarismo, característicos de la escuela clásica los que constituyeron los fundamentos para el desarrollo del Estado de Bienestar que surgió

¹⁷ Zalduendo, Eduardo A. *Breve historia del pensamiento económico*. Ediciones Macchi, Buenos Aires, 1998, pág. 77.

¹⁸ En este sentido comenta Zalduendo: “Smith se preocupa por los efectos sociales del comportamiento egoísta, que se registra en el mercado económico, pero en sus escritos morales sostiene que la solidaridad social y la simpatía ante el dolor y la alegría de otras personas forman la base del tejido social, de manera tal que el mercado no es algo absoluto en la sociedad. La más económica de las metáforas de la mano invisible no puede desligarse de los fundamentos éticos de la sociedad.” En Zalduendo, Eduardo A. *Breve historia del pensamiento económico*. Ediciones Macchi, Buenos Aires, 1998, pág. 83.

en Europa en el siglo XIX.¹⁹ Al respecto cabe recordar los cambios promovidos por el canciller Bismarck en el Imperio Germano, quien desarrolló un sistema estatal de bienestar social, política claramente intervencionista por parte del Estado. Estos cambios sociopolíticos, que encuentran exponentes en otros países del mundo, se vinculan con la segunda etapa del Hospital de Beneficencia en la Argentina, etapa en que la administración de los hospitales se encuentra ya bajo la responsabilidad del Estado, un Estado que en forma creciente se hace cargo ahora de asegurar (y brindar en muchos casos en forma directa) determinados servicios, siempre a una población carenciada.

Desde un punto de vista económico estas políticas se corresponden con el paradigma neoclásico, desarrollado entre 1870 y 1950 aproximadamente, con especial incidencia de las políticas económicas del siglo XX. Los neoclásicos, uno de cuyos más importantes representantes es John M. Keynes, consideran la existencia de situaciones en las cuales el mecanismo del mercado no alcanza para producir los efectos esperados, lo que justifica la intervención del Estado. Intervención del estado que no sólo se relaciona con la creación de divisas, como aspecto inflacionario con el propósito de la reactivación de los mercados, aplicado posteriormente a la crisis del '30 de las políticas del liberalismo de Adam Smith, sino además como un modo de que el Estado se haga cargo de aspectos sociales que hasta ese momento no contemplaba.

De todos modos es importante destacar la dificultad del significado del término bienestar, dado que si bien se lo relaciona con el Estado Benefactor o Estado de Bienestar, el concepto de bienestar social no es privativo de este tipo de concepción política, sino que es utilizado desde dos paradigmas diferentes: desde el liberalismo el bienestar comprende una "experiencia privada no transferible, aislada de la sociedad aunque, al mismo tiempo, se desea hablar de una

¹⁹ Zaldueño, Eduardo A. *Breve historia del pensamiento económico*. Ediciones Macchi, Buenos Aires, 1998, pág. 123.

función social de bienestar colectivo”²⁰; mientras que otro significado correspondería al bienestar considerado como función resultante de un colectivo. Mientras que en el primer caso se trata de un bienestar colectivo producto de la sumatoria del bienestar individual, en el segundo caso el bienestar sólo puede ser comprendido en función del conjunto social pensado como un todo.

Dentro del Estado de Bienestar, también denominado Estado Benefactor o Estado Keynesiano, los seguros de salud constituyeron una de las áreas de importante intervención estatal. En este sentido, adquirió gran importancia el estudio de las externalidades desde lo económico, siendo los aspectos relacionados con el cuidado de la salud, y especialmente lo relacionado con el mantenimiento de una fuerza laboral saludable, aspectos que adquirieron gran relevancia.

El Hospital de Beneficencia en su segunda etapa estuvo fuertemente relacionado con el Estado de Bienestar, etapa en la cual se produjo también un gran desarrollo de las obras sociales, manteniéndose el Hospital Público como institución destinada a la atención de la salud de los indigentes. No obstante, durante esta etapa se produjo un gran crecimiento del sistema hospitalario, actuando de esta manera el hospital como brazo de un Estado paternalista que legitimaba un modelo de relación profesional (principalmente médico) – paciente acusadamente asimétrico.

3.1.3.1 PRIMERA ETAPA DEL HOSPITAL DE BENEFICENCIA: LA BENEFICENCIA PRIVADA

Esta etapa, desarrollada entre 1800 y 1880 se caracterizó por transcurrir durante un período de importantes cambios políticos y económicos en el territorio argentino y enfrentamientos internos. Los

²⁰ Zaldueño, Eduardo A. *Breve historia del pensamiento económico*. Ediciones Macchi, Buenos Aires, 1998, pág. 124.

primeros años estuvieron signados por las luchas por la independencia y el creciente distanciamiento de los intereses de Buenos Aires y el resto de las provincias del territorio. Desde un punto de vista político se produjeron las luchas entre unitarios y federales y entre caudillos del Litoral (Buenos Aires, Santa Fé y Entre Ríos) y del interior, lo que se acompañó desde un punto de vista económico de dos propuestas absolutamente diferentes: por un lado un proyecto de defensa de las economías provinciales, las que se encontraban en crisis por la entrada de productos importados a través del puerto de Buenos Aires, con los cuales no podían competir; y por el otro lado, un proyecto que apoyaba la primacía de Buenos Aires, gracias a su puerto y a su aduana, y al destino de sus productos ganaderos e industriales en el mercado externo.

En los primeros años de la Argentina independiente, la producción de cuero y carne salada se constituyó en una de las principales actividades económicas, siendo la llanura pampeana la región más favorecida.

Finalmente en 1880, tras un período de guerras internas, Buenos Aires adquiere la condición de Capital Federal del territorio, separándose de la Provincia de Buenos Aires; condición que mantendrá hasta la reforma constitucional de 1994, que la convierte en Ciudad Autónoma.

El Hospital de Beneficencia que caracteriza este período es el sucesor directo del Hospital de Caridad. En este sentido, mantuvo algunas características del modelo anterior, aunque reemplazó la administración de las instituciones públicas asistenciales de las órdenes religiosas por la de sociedades civiles de beneficencia, constituidas por representantes de las altas clases sociales, especialmente mujeres. El hospital continuó siendo una institución destinada a la atención de pobres y desamparados, ahora gracias a la "noble y desinteresada" acción y dedicación de grupos influyentes de la sociedad.

En 1822 Bernardino Rivadavia suprimió la hermandad de la Santa Caridad y organizó la Sociedad de Beneficencia, la cual se hizo cargo de las Instituciones de Bien Público destinadas a mujeres y niños. Esta última, Casa de niños expósitos o Casa Cuna, que había sido creada bajo la gestión del Virrey Vértiz, estuvo destinada a orfelinato y también a hospital infantil. La misma obtenía parte de los fondos para su funcionamiento de la primera imprenta que tuvo Buenos Aires que funcionaba allí, la cual era manejada por los asilados.²¹

Si bien existen importantes similitudes en el modo de concebir la atención de la salud entre el período de Hospital de Caridad y el período caracterizado por las Sociedades de Beneficencia, no puede decirse que se trate de un mismo concepto de servicio. En el primer caso, la base de la acción estaba conformada por la caridad, como virtud teologal, como parte de la práctica religiosa; mientras que en el caso de las Sociedades de Beneficencia, la acción estaba motivada por la inquietud de llevar a cabo una obra de bien para con los semejantes, aunque no necesariamente ligada a un concepto religioso. Se estableció entonces una beneficencia que podría denominarse “beneficencia privada”, en virtud de ser gestionada desde el ámbito privado de la sociedad.

Si en un primer tipo de hospital los monjes atendían por caridad, las Sociedades de Beneficencia funcionaban debido a algunos de los siguientes motivos: la condición económico – financiera de sus miembros lo permitía, otorgaba cierto posicionamiento social, era distintivo de clase y constituía una justificable excusa para las relaciones sociales.

El acondicionamiento y administración de los hospitales estaba a cargo de Grupos de Beneficencia, y el cuidado de los enfermos estaba en muchos casos a cargo de religiosas. No obstante, el Estado subvencionaba parte de las actividades de la beneficencia.

²¹ Lardies González, Julio. “Historia de la Medicina argentina VI. Los primeros hospitales en el antiguo virreinato del Río de la Plata”, *Rassegna*, vol. 4 N° 6, 1971, 47-53.

Hacia la década del '30 comenzaron a funcionar sociedades filantrópicas a cargo de miembros de las distintas colectividades de inmigrantes europeos residentes en Buenos Aires, las cuales se encargarían más tarde de construir instituciones dedicadas a la atención de la salud de sus compatriotas indigentes. Así nació el Hospital Francés, creado y administrado por la Asociación Francesa Filantrópica y de Beneficencia aproximadamente hacia el año 1843, hacia el año 1853 el Hospital Español o Casa de Misericordia, y el Hospital Italiano, creado por la Sociedad Unione e Benevolenza hacia el año 1863.²²

En la primera etapa del Hospital de Beneficencia la atención de la salud ya era llevada a cabo por profesionales médicos y enfermeras religiosas con adecuada capacitación técnica. Sin embargo la organización y administración de las instituciones de salud no estaba a cargo de los mismos, sino de aquellos grupos sociales que brindaban los recursos²³ para el funcionamiento del hospital. El carácter de beneficencia que caracterizó a este modelo de hospital público estuvo sustentado principalmente en dos aspectos: uno dado por el hecho de que su mantenimiento se realizaba gracias al aporte voluntario de los grupos sociales más adinerados, y otro basado en la concepción de trabajo de médicos y enfermeras. En este sentido tanto los médicos como las enfermeras trabajaban a partir de una concepción de beneficencia, ya que no recibían retribución alguna por su trabajo, siendo éste de carácter voluntario, o en el caso de los médicos, si recibían alguna compensación, ésta era mínima. El trabajo hospitalario era considerado por los médicos como parte de la formación y la experiencia profesional y como un medio para alcanzar el prestigio

²² No obstante, el hospital no fue puesto al servicio de la comunidad italiana en Buenos Aires hasta el año 1872. Hasta entonces debió ser cedido en sucesivas oportunidades al Gobierno de Buenos Aires debido a la necesidad de instalaciones para responder a las necesidades impuestas por la Guerra con el Paraguay y las epidemias de cólera y fiebre amarilla.

²³ Cabe señalar que en aquella época no se llevaban a cabo tareas de planificación de las actividades hospitalarias y su consecuente formulación presupuestaria. Los recursos para el funcionamiento del hospital quedaban al criterio de las Sociedades de Beneficencia y de quienes realizaban donaciones, no siendo necesariamente suficientes para brindar atención a todo aquel que la solicitara. Ello da la pauta de una concepción de la salud pensada únicamente desde lo asistencial e individual, no observándose ningún criterio de salud colectiva o social, más allá de algunos aspectos de control epidemiológico, que principalmente implicaban el aislamiento.

académico. Para el médico de la época, profesional claramente independiente, el hospital no significaba en ningún caso una fuente de ingresos sino una tarea de reconocimiento social y profesional.²⁴ Al respecto, cabe destacar que durante la segunda mitad del siglo XIX la elite profesional (médica) participaba activamente de las facciones políticas y conquistaba cada vez una mayor influencia y acercamiento al poder. “Desde esta posición ...(la elite profesional médica) se dirigió también a las elites de la sociedad, solicitando un creciente papel social para sus instituciones, para lo cual intentó, por un lado, promover una imagen pública del médico caritativa a la vez que científica, y por el otro consolidar la idea de la existencia de una única “comunidad profesional”. Comenzó así a definirse de forma paulatina un proyecto profesional que se hizo explícito en las grandes conmemoraciones y en los discursos solemnes, en el que destacó la conciencia de la propia autonomía, sus amplias miras y el vínculo buscado con el Estado: usuario a la vez que garante.”²⁵

En tanto que el médico no tenía ningún contrato que lo obligase con la Institución, más allá de un acuerdo de buena voluntad entre las partes, la misma no podía exigirle a aquel más de lo que estaba dispuesto a brindar en función de su capacidad y buena predisposición. Es decir, la “generosa y desinteresada” atención que brindaban los médicos en los hospitales no dejaba mucho espacio para que se realizara algún tipo de cuestionamiento acerca de su tarea,

²⁴ Había sin embargo grandes diferencias en la comunidad médica del siglo XIX y gran parte del XX en lo que respecta a la posibilidad de vivir “dignamente” de la práctica privada, ya que dentro de la profesión existían grupos considerados de elite, los cuales en virtud de su posición social se veían favorecidos con una clientela de “la misma clase”, con capacidad de afrontar el gasto de su atención. Mientras que para muchos otros, sobre todo jóvenes médicos con menor jerarquía social, no era fácil ganar lo suficiente como para vivir adecuadamente de la práctica privada, lo que trajo importantes disputas en el seno de la comunidad médica. No obstante ello, y a pesar de la importancia que esto pudiera tener sobre la práctica profesional, la práctica en los hospitales no constituía una opción a tener en cuenta para los médicos de la época. Años más tarde esta realidad profesional se relacionará con el nacimiento de una nueva práctica por mucho tiempo monopolizada por los profesionales médicos, práctica que si bien en un primer momento no estuvo prestigiada dentro de la comunidad médica, dio a muchos médicos jóvenes la oportunidad de asegurarse un ingreso económico. Así estuvo caracterizado el nacimiento de la auditoría en salud en la Argentina.

²⁵ Lobato, Mirta Zaida, editora. *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Universidad Nacional de Mar del Plata - Biblos, Buenos Aires, 1996, pág. 30.

tanto fuera por parte de los pacientes como de los "administradores" del hospital.

La medicina se consideraba entonces estrechamente ligada a la política y la religión, de lo que se desprenden incumbencias como el estudio del clima, los alimentos, el método de vida de las personas y sus caracteres, sus hábitos y pasiones.²⁶ De este modo fue conformándose un perfil profesional que, legitimado por la opinión pública, otorgó en muchos casos a la medicina un status superior al de cualquier otra área del conocimiento.

Más allá de aceptar que existen múltiples aspectos de la vida del hombre directamente relacionados con la salud y la enfermedad, desde el ámbito de la gestión pública se requiere establecer un balance eficaz y socialmente productivo entre las diferentes áreas de competencia, sin que ninguna en particular tenga prioridad. En este sentido, la atención de la salud constituye sólo un aspecto de la gestión, que debe necesariamente coordinar sus actividades con otras muchas áreas de intervención. Este tema de gran importancia forma parte del actual debate acerca de la distribución de los recursos públicos siempre escasos, lo que se ha visto complejizado con la incorporación de aspectos éticos en los procesos de toma de decisión en el nivel político y técnico.

Por su parte, en los primeros tiempos de la actividad hospitalaria, las enfermeras formaban parte de órdenes religiosas. En consecuencia brindaban un servicio de atención que, más allá de poseer un buen nivel técnico-profesional, reforzaba el modelo de atención de beneficencia establecido.

De este modo, los primeros hospitales estuvieron financiados por la beneficencia (principalmente privada) y brindaron asistencia gratuita a los desamparados, tarea que con una misma concepción desarrollaron por muchos años, favoreciendo la conformación de un imaginario social de hospital público que asoció la institución

²⁶ Lobato Mirta Zaida, editora. *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Universidad Nacional de Mar del Plata - Biblos, Buenos Aires, 1996, pág. 30.

hospitalaria con la atención de los pobres y la gratuidad de los servicios.

Por otro lado, la atención de la salud brindada en los hospitales estuvo sustentada en un modelo de relación médico – paciente hoy entendido como paternalista y claramente asimétrico. No obstante, resulta difícil llevar a cabo un análisis de las implicancias de este tipo de modelo de relación entre los actores del proceso desde una visión actual del tema, sin temor a plantear conclusiones que puedan resultar asincrónicas. Sí puede decirse que el modelo de atención establecido consideraba al profesional como el único poseedor de un saber que le permitía decidir lo que era “mejor” para el paciente, sin que fuera necesaria la intervención u opinión de este último en la determinación de las conductas a llevar a cabo en lo referente a su salud.

3.1.3.2 SEGUNDA ETAPA: LA BENEFICENCIA PÚBLICA

Esta segunda etapa del modelo de Hospital de Beneficencia transcurre durante un período de la historia argentina caracterizado por importantes transformaciones políticas, sociales y económicas, tanto en el escenario nacional como en el internacional. En la Argentina se suceden gobiernos con orientaciones completamente distintas, que necesariamente influyen en la concepción de las instituciones públicas y los servicios que éstas deben brindar. Sin embargo, es posible considerar a esta etapa como un todo, debido fundamentalmente al modelo general de hospital público que la caracteriza. Esta segunda etapa atraviesa diversos gobiernos de tendencia neoliberal en sus comienzos, para alcanzar más tarde la etapa de gloria del Estado Benefactor coincidente con el gobierno del General Domingo Perón, diversos gobiernos de facto en distintos momentos del período considerado y finalmente la primera etapa de retorno de la democracia.

La década de 1880 se caracterizó por la predominancia del paradigma positivista, lo que se vio ampliamente reflejado en la creación de instituciones hospitalarias. Hacia el año 1883 se inauguró el primer Hospital de la Municipalidad, el Hospital San Roque, actual Hospital Ramos Mejía²⁷. Entre las décadas del '80 y del '90 se crearon varios de los hospitales municipales que permanecen hasta nuestros días: Hospital Muñiz (1882 como Casa de Aislamiento), Hospital Fernández (1888), Hospital Pirovano (1895), y Hospital Álvarez (1897 como Hospital Vecinal de Flores).

En estos años se esbozaron las instituciones del Estado: el sistema fiscal, el judicial y el administrativo, que serían consolidados posteriormente. Por su parte, hacia la década de 1910 el Estado Nacional terminaba de asegurar el control sobre los territorios indígenas, y en el año 1916 asumía el primer Presidente elegido por el voto secreto y universal.

La inserción de la Argentina en el mercado internacional constituyó uno de los elementos que influirían fuertemente en el desarrollo posterior del país. Si bien durante los primeros años de esta etapa se había alcanzado una importante prosperidad económica, producto fundamentalmente de las relaciones comerciales establecidas con Gran Bretaña, la Primera Guerra Mundial trajo dificultades y el fin del crecimiento "fácil".

Importantes corrientes migratorias caracterizaron esta etapa, dando lugar al asentamiento de numerosas comunidades de origen europeo, lo cual influiría fuertemente en el desarrollo de instituciones de beneficencia destinadas a sus miembros carenciados.

Los servicios públicos fueron brindados en muchos casos por empresas extranjeras durante las primeras décadas de la etapa considerada, para estatizarse durante el período de gobierno del General Perón, que también se caracterizó por el gran desarrollo de la

²⁷ Si bien en 1877 había sido construido un hospital de la Municipalidad (Hospital Buenos Aires), el mismo rápidamente pasó a estar bajo la jurisdicción de la Facultad de Medicina cambiando su nombre por el de Hospital de Clínicas.

seguridad social en la Argentina, que dará lugar posteriormente a una creciente participación de los gremios en el nivel político de decisión.

Como ya se mencionara, a partir de la década de 1880 las instituciones hospitalarias pasaron a formar parte de las instituciones públicas de la órbita estatal, con la institucionalización de los médicos en los cargos directivos, sin que esto significara una formación específica alguna para la nueva tarea a desempeñar. Los cambios implementados no significaron sin embargo la desaparición de las Sociedades de Beneficencia de los hospitales públicos, pero sí redujeron, al menos formalmente, su injerencia en la organización y administración de la institución. Así, aún cuando en esta época el mantenimiento de los hospitales públicos se realizaba fundamentalmente a partir de fondos públicos originados en la contribución impositiva de la población, las donaciones continuaron siendo parte importante del financiamiento de la actividad hospitalaria.

Si bien se utilizará la expresión “servicios públicos de salud” para hacer referencia a los servicios brindados por los hospitales públicos, es necesario aclarar que tal uso no implica que los mismos se consideren “servicios públicos”. Se trata en realidad de servicios sociales. Al respecto cabe destacar la diferencia que se establece desde el derecho administrativo: los servicios sociales “...(p. ej., enseñanza, hospitales, etc.) no se confunden con los denominados «servicios públicos impropios», ni resulta conveniente englobarlos en el concepto de servicio público, ya que en aspectos fundamentales su régimen es distinto...”²⁸⁻²⁹ Con la expresión “servicio público

²⁸ Sarmiento García, José H. y otros. *Los servicios públicos. Régimen jurídico actual*. Depalma, Buenos Aires, 1994, pág. 9.

²⁹ “El servicio social – a diferencia del público – no es básicamente industrial o comercial, sino que es una actividad dirigida en forma inmediata al mejoramiento de los individuos, especialmente de aquellos que están en condiciones menos favorables... El servicio público entra en la esfera de acción propia del Estado, por lo que los particulares no pueden explotarlo sin delegación o concesión... en cambio, la autorización – de rigor, por lo común, en los servicios sociales – habilita al particular para ejercerlo, levantando el obstáculo jurídico que impedía el ejercicio de su derecho, dado que se trata de actividades que los particulares ejercen por derecho propio – no por delegación estatal –, pero condicionadas a la mentada autorización”. Sarmiento García, José H. y otros. *Los servicios públicos. Régimen jurídico actual*. Depalma, Buenos Aires, 1994, págs. 10-11.

impropio” o “virtual” se hace referencia a aquel servicio que satisface necesidades colectivas, pero que no es prestado ni concedido por el Estado, sino sólo reglamentado por él.

En cuanto a los pacientes que concurrían a este “nuevo” hospital público, seguían siendo individuos de escasos recursos que no podían afrontar los costos de una atención de salud privada; pacientes que no exigían del hospital público más de lo que éste les ofrecía, siguiendo el modelo propio de una institución de beneficencia.

En lo referente a los profesionales de la salud, especialmente los médicos, su relación laboral con el hospital cambió radicalmente, aunque en la práctica ello no generó cambios profundos. Los profesionales pasaron a tener así una relación contractual de dependencia con la institución hospitalaria, lo que los transformó en empleados del Estado. Sin embargo, a pesar de haber pasado de una condición de prestación voluntaria de servicios a ser empleados públicos en relación de dependencia, mantuvieron la misma conducta frente al hospital, lo que se observó tanto en su relación con los pacientes como con la Institución misma. En este sentido, los médicos continuaron concurriendo al hospital con el convencimiento de que su tarea constituía más un acto de beneficencia y buena voluntad que una obligación laboral, hecho que por supuesto tuvo marcada influencia en el desarrollo y funcionamiento de la institución hospitalaria.³⁰

Desde un punto de vista financiero puede decirse que el hospital pasó de ser hospital de beneficencia privada a hospital de beneficencia pública a partir del momento en que el Estado se hizo cargo de él. Sin embargo, mantuvo por mucho tiempo su esencia de organización de beneficencia. En este sentido es de remarcar que a pesar de que el hospital se mantenía en gran parte por las contribuciones de los ciudadanos, a él concurrían en principio los pobres e indigentes, situación esta que no puede considerarse

³⁰ Aunque con importantes diferencias, las dificultades organizativas encontradas hoy en día en muchos hospitales públicos reflejan escasos cambios en este sentido. Al respecto, el alto índice de incumplimiento de la jornada laboral hospitalaria, comentado frecuentemente por diferentes profesionales de hospitales públicos, constituye un claro ejemplo de ello.

motivada en un aspecto de prestigio profesional, ya que eran profesionales de renombre aquellos que concurrían al hospital por las mañanas para atender su consultorio particular por las tardes. En todo caso, es probable que la población que podía acceder a una atención privada de su salud no concurriese al hospital por cuestiones de identidad de grupo socioeconómico, reduciendo a un mínimo posible su intercambio con los grupos social y económicamente “inferiores”.

Por supuesto que este modelo de atención pública de la salud no constituía un aspecto aislado de la organización social, sino que era en un todo coherente con el sistema político social en el cual se encontraba inserto; sistema basado en un concepto de Estado Benefactor, cuya función era proteger a una población indefensa e incapaz de evaluar por sí misma sus necesidades y la calidad de los servicios recibidos. Un Estado que se constituyó de este modo no sólo en garante de la atención de la salud de la población sino en prestador directo de tales servicios.

Es importante recordar que en la década de 1940 se establece el nacimiento del sistema de Obras Sociales, que en un comienzo fue sólo para el personal de organismos del Estado. Ya en el año 1944 se reconoce el surgimiento de las Obras Sociales sindicales.³¹ El gran desarrollo que adquirió este subsector del sistema de salud permitió asegurar prestaciones en salud a aquellos individuos que trabajaban en relación de dependencia, lo que fortaleció el rol del hospital público como centro de atención destinado a una población cadenciada.

Si bien a lo largo de este segundo período las Sociedades de Beneficencia fueron desapareciendo de las instituciones públicas hospitalarias, surgieron otras entidades de naturaleza similar que fueron tomando el lugar que aquellas dejaban vacío. “A partir del año 1943... prevalece la idea del Estado prestador, a la vez que planificador hegemónico de la totalidad de los servicios de salud. Todos los establecimientos públicos fueron nacionalizados,

³¹ Garay, Oscar. *Desregulación de las obras sociales*. Ad Hoc, Buenos Aires, 1997, pág. 30

desplazándose de su patrocinio a las sociedades de beneficencia.”³². Nacieron entonces las asociaciones cooperadoras en los hospitales públicos, las cuales permitieron perpetuar el modelo de las sociedades de beneficencia. Y aún cuando los hospitales fueron solventando cada vez más sus actividades a partir de las partidas estatales que se les asignaban, provenientes en definitiva de las contribuciones impositivas, la figura de la “colaboración voluntaria” en el hospital (al igual que en muchas otras instituciones públicas) era considerada no sólo necesaria sino también socialmente reconocida. En todo caso no se cuestionaba por qué los recursos resultaban escasos o eran mal utilizados. En cambio, se proponía una solución paliativa, que originaba como consecuencia una menor responsabilidad del Estado con la consecuente inacción para la producción de cambios necesarios en el manejo institucional.³³ Esta situación resulta francamente notoria si se considera el lento desarrollo de un megaestado que se mostró incapaz de dar solución a los problemas sociales como consecuencia de transformaciones políticas. No obstante, esta modalidad de financiamiento no constituyó un modelo pasajero en la historia del hospital público, sino que cristalizó en un mecanismo que perdura hasta nuestros días a través de la presencia de Fundaciones y otras organizaciones similares que en forma voluntaria y generosa “colaboran” con el mantenimiento de las instituciones públicas hospitalarias, observándose en muchos casos una injerencia de las mismas en el manejo del hospital que va más allá de la genuina y desinteresada colaboración de grupos constituidos mayormente por individuos sin formación técnica en la materia.

Hacia mediados del siglo XX, durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo, se produjo una importante expansión del sector público en salud, lo que colocó a la Argentina en uno de los primeros lugares en el mundo en materia de bienestar social. Se instalaron nuevos

³² Garay, Oscar. *Desregulación de las obras sociales*. Ad Hoc, Buenos Aires, 1997, págs. 29-30

³³ Puede decirse que se ha producido históricamente una “desresponsabilización” y “renuncia” encubierta por parte del Estado en lo referente a la gestión de las instituciones públicas, lo que se ha visto agudizado en los últimos años, garantizado a partir del crecimiento real del sistema de voluntariado social y el avance virtual de los sistemas participativos comunitarios.

hospitales y centros de atención ambulatoria y se incrementó el total de empleados del Ministerio de Salud Pública. El hospital público se convirtió entonces en un centro formador de profesionales y ya no sería considerado como una organización destinada únicamente a la atención de los indigentes, a pesar de lo cual su actividad continuó estando regida por la concepción de beneficencia. En este sentido, y acompañado de la falta de formación de los profesionales que ocupaban los cargos directivos en ciencias de administración, no se realizaban tareas de planificación que permitieran adecuar los recursos disponibles a las necesidades en salud, por lo que no era posible asegurar a los beneficiarios un mínimo de atención en todos los casos. Así, a pesar de que a diferencia del modelo de hospital de beneficencia que le precediera era ya posible prever el presupuesto público asignado a cada hospital, en la práctica el manejo de los recursos continuó siendo aleatorio, desorganizado y su distribución carente de fundamentación alguna.

3.1.4. EL HOSPITAL DE AUTOGESTIÓN

Los cambios producidos en las últimas décadas a nivel mundial fueron generando una cada vez mayor interrelación e interdependencia entre las naciones, generando un ámbito en el cual ya no resultaba posible el desarrollo aislado de una comunidad. Sin embargo, para insertarse en el nuevo orden mundial establecido era necesario actualizarse constantemente. Algunos países fueron adecuándose a estos cambios en forma paulatina, no siendo este el caso particular de la República Argentina, y menos aún de su administración pública, la cual no parecía estar en condiciones de satisfacer las necesidades que el contexto histórico la imponía. Años de un mercado cautivo por el cierre de las importaciones, aunado con el desinterés de los empresarios locales de invertir en cambios tecnológicos y actualizar

los mecanismos de producción colocaron a la industria a principios de la década de 1990 en una situación muy desventajosa para competir a nivel mundial. No sólo se había quedado rezagada en cuanto a la modernización de sus instituciones, sino que los cambios técnicos y tecnológicos eran ya tan veloces que para mantenerse a tono con el "progreso" había que realizar esfuerzos demasiado grandes, sin que fuera posible tener períodos de aclimatación a los nuevos modelos y condiciones imperantes.

El proceso de globalización producido en los últimos tiempos hizo que la competencia se instaurara como forma de vida en prácticamente todas las sociedades del planeta. Comenzaron a ser cada vez menos los puestos de trabajo que detentaban estabilidad, lo cual se acompañó de un cambio en la política del Estado en su grado de intervencionismo, disminuyendo cada vez más su clásico rol benefactor. El mundo exigía políticas y trabajadores eficientes que estuvieran en condiciones de resolver las necesidades de la población.

Puede decirse que la última década del siglo XX constituyó un período decisivo en la historia Argentina. Durante el gobierno del Presidente Carlos Menem se consolidó una reforma del Estado que afectó todos los ámbitos de su incumbencia, cambios que en última instancia se insertan dentro de una profunda reorganización del espacio público y el espacio privado. "En el contexto del programa económico de estabilidad y crecimiento, y con el basamento jurídico emanado de las leyes 23.696, de Reforma del Estado, y 23.697, de Emergencia Económica (y de la citada ley 23.928, de Convertibilidad), el PEN puso en marcha una profunda desregulación de los aspectos de la economía argentina que fuesen rígidos, inflexibles, cerrados, para someterlos a un mercado abierto y de libre competencia".³⁴

Los cambios implicados por la Reforma del Estado "profundizaba y llevaba hasta sus últimas consecuencias las políticas de apertura y desregulación económica ensayadas desde 1975. Se liberaron los precios... también se liberó casi por completo la

³⁴ Garay, Oscar E. *Desregulación de Obras Sociales*. Ad Hoc, Buenos Aires, 1997, pág. 50.

importación, y en la misma medida se eliminó la promoción industrial. El Estado renunció a toda regulación sobre el mercado financiero, y los bancos oficiales comenzaron a reducir sus operaciones, abriendo camino a la banca privada. La nueva política alcanzó también al mercado laboral: se avanzó en la flexibilización de los contratos de trabajo, al tiempo que se reglamentaba restrictivamente el derecho de huelga y se reducía la capacidad de negociación de las grandes organizaciones sindicales... El compromiso de no emitir obligaba al Estado a una drástica reducción de sus gastos, que resolvió desprendiéndose sistemáticamente de todas sus empresas: muchas fueron privatizadas y otras simplemente cerradas. A las transferencias o despidos de personal se sumó la paralización de las obras públicas, el recorte presupuestario en todas las áreas, incluyendo la salud y la educación, y hasta las tareas de control y regulación propias del Estado... abandono que el Estado ha hecho de gran parte de sus funciones, y el retroceso de su participación en áreas que son de su competencia prioritaria, como la salud o la educación”.³⁵

Este fue el contexto en el que se establecieron los cambios en el área de los servicios públicos de salud. Entre ellos los más relevantes fueron el establecimiento de la Autogestión Hospitalaria, y, aunque no en el ámbito del sector público pero con importantes implicancias para el mismo, la Desregulación de las Obras Sociales.

Otros aspectos relativos a los cambios observados en los últimos años fueron: el elevado y creciente índice de desempleo, el achicamiento de la clase media, la pérdida del poder adquisitivo, la polarización social, el aumento de la marginalidad (y la aplicación de este “nuevo” concepto), y la creciente delincuencia e inseguridad, acompañados entre otros aspectos por el movimiento de la globalización, la informatización en todos los ámbitos de la actividad laboral, el creciente endeudamiento de los países de menores recursos, y altos niveles de corrupción tanto en el ámbito público como privado,

³⁵ Romero, Luis Alberto. *Breve Historia Contemporánea de la Argentina*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1994, págs. 368-371

y en los distintos niveles institucionales. A todo ello se sumó el gran desprestigio de la clase política, la crisis de la democracia como forma de gobierno y del capitalismo como base de las relaciones de producción.

En el caso particular de la Ciudad de Buenos Aires, algunos cambios resultan importantes para considerar: su nueva condición a Ciudad Autónoma, con el consecuente cambio que ello trajo fundamentalmente en la organización de las facultades legislativa y judicial, y la incorporación de instituciones públicas de dependencia nacional a la órbita del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En lo referente al área de la salud “el MSAS busca transferir a las provincias y municipios los servicios de atención médica que aún permanecían bajo su jurisdicción”.³⁶

Los cambios mencionados para el sector público estatal se acompañaron de un crecimiento del sector privado de productos y servicios, con predominancia del último, que en muchos casos fue resultado de las modificaciones estatales. Asimismo, se produjo un fuerte crecimiento del sector conformado por organizaciones no gubernamentales de diferente constitución jurídica que inclusive se acompañó de una resignificación de este conjunto como un “nuevo” sector social denominado “tercer sector”.³⁷ La relevancia alcanzada por este sector y su relación con las actividades de planificación e implementación de programas sociales con participación estatal se ve reflejada en la conformación del Centro Nacional de Organizaciones de la Comunidad³⁸, que cumple funciones de articulador y órgano difusor de las actividades llevadas a cabo por las distintas

³⁶ *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Argentina*, 2ª edición febrero de 2001, pág. 14. Informe correspondiente al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS. En el texto transcrito aparecen las siglas MSAS, para referirse al Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

³⁷ Puede decirse que este tercer sector resultó en muchos casos muy conveniente a los intereses de los organismos internacionales de crédito, como así también a los estamentos estatales, en tanto que se consolidó como un sector socialmente legitimado, organizado a partir del criterio de trabajo voluntario y receptor de dinero para el financiamiento de programas de dudosa fundamentación técnica y eficacia social.

³⁸ Organismo integrante del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación.

organizaciones de la comunidad, como así también de organismos internacionales que otorgan subsidios para la implementación de distintos planes sociales.

Relacionado con ello, en el último período se ha acentuado fuertemente la interacción de los distintos niveles gubernamentales con organismos internacionales de crédito, con la creación y/o incremento de programas de colaboración de éstos hacia países considerados “en vías de desarrollo”, como así también la recomendación de medidas a implementar por los mismos, las cuales en la mayoría de los casos poco tuvieron en cuenta particularidades sociales y culturales propias de cada contexto, dando como resultado importantes fracasos en la gestión.³⁹

La pérdida del espacio social de importantes grupos observada en este período de la historia se acompaña del fortalecimiento paradójico de la noción de derechos del ciudadano; derechos declamados desde diferentes estamentos y organismos nacionales e internacionales, que en la mayoría de los casos no encuentran hasta el momento una articulación para su materialización a partir de las prácticas y estructuras existentes. La creación de órganos públicos como la Defensoría del Pueblo constituye un ejemplo de la necesidad de dar respuesta a la creciente demanda de la población en este punto, aunque en muchos casos este tipo de estamentos toma a su cargo la resolución de problemas que los órganos específicamente diseñados para tal función no cumplen, con lo cual es posible cuestionar la creación de tales organismos teniendo en cuenta su implementación como medida paliativa ante la falta de funcionamiento eficaz de estamentos como los entes reguladores, o incluso la misma estructura judicial⁴⁰.

³⁹ Joseph Stiglitz, premio nobel de economía en el año 2001, y ex funcionario del Banco Mundial plantea que este organismo, al igual que el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial de Comercio implementan la misma receta en todos los países, consistente en cuatro pasos: privatización, liberalización del mercado de capitales, precios regulados por el mercado y libre comercio.

⁴⁰ En el caso de los servicios públicos, “la actividad está asegurada por un régimen jurídico especial, de derecho público, ...; pero una prudencial regulación del servicio, al margen de reconocer

En el área de la salud, se destaca la reducción del número de Obras Sociales que caracterizó la última década, debido a la disminución de sus ingresos como producto de la caída en los salarios y complementariamente como consecuencia de la desregulación aplicada al sector. De un total de 312 Obras Sociales en el año 1994, hacia el año 1999 había 275.⁴¹ A estos cambios se suman desde el ámbito público del sector, la implementación de la Autogestión Hospitalaria. En ambos casos (autogestión y desregulación) la influencia de los organismos internacionales de crédito como de instituciones que han adquirido el carácter de rectoras en la materia⁴² resultó decisiva, tanto en lo referente a consideraciones y recomendaciones técnicas previas a su implementación como en lo relativo al financiamiento de las actividades necesarias. Al respecto dice un informe de la Organización Panamericana de la Salud: “A partir de 1993, los distintos gobiernos con el apoyo de los organismos de crédito internacional y la OPS/OMS iniciaron la Reforma Sectorial en Salud. Los ejes centrales de la misma fueron: asegurar un conjunto de prestaciones básicas a toda la población; dar mayor eficiencia a los recursos disponibles; introducir elementos de mercado y competencia entre efectores y seguros; estimular el financiamiento desde la demanda, y mejorar la calidad de los servicios. En una primera etapa se inició la Reconversión de Obras Sociales Ello ha hecho disminuir el número total de OS y facilitó su asociación con las entidades de seguro médico privado (prepagas) ... Para el financiamiento de los programas de reforma, el MSAS negoció préstamos y cooperación técnica con los organismos multilaterales de crédito... Para acceder a ellos, las OS debieron presentar planes de modernización institucional... Tales planes fueron elaborados por consultoras privadas mixtas (internacionales asociadas con nacionales)

prerrogativas a quien lo presta, debe suministrar a los administrados o usuarios las armas legales contra los eventuales desbordes autoritarios”. Sarmiento García, José H. y otros. *Los servicios públicos. Régimen jurídico actual*. Depalma, Buenos Aires, 1994, págs. 20-21.

⁴¹ *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Argentina*, 2º edición febrero de 2001, pág. 12. Informe correspondiente al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

⁴² En el caso de la salud y en el nivel internacional, son la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) quienes cumplen ese rol.

con financiamiento del Banco Mundial.... Otros actores involucrados fueron los hospitales públicos. Las nuevas normativas promovieron la descentralización funcional de los mismos, el incremento de su capacidad de autogestión institucional y la elevación de su nivel de eficiencia y eficacia”.⁴³

3.1.4.1 ASPECTOS GENERALES DE LA AUTOGESTIÓN HOSPITALARIA.

A fin de comprender el concepto de Hospital de Autogestión resultará útil realizar una breve mención de los aspectos generales del Decreto 578/93, de Hospitales Públicos de Autogestión, documento a partir del cual se crea la figura del Hospital Público de Autogestión. El decreto define como objetivos fundamentales de la nueva modalidad de gestión “...mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica mediante la efectiva extensión de cobertura a toda la población”⁴⁴, afirmando que para ello es necesario “...diseñar un sistema de atención médica que garantice la equidad, eficacia y eficiencia poniendo especial énfasis en la optimización de los recursos disponibles”⁴⁵. Asimismo, establece la necesidad de definir el rol del hospital público dentro del sistema de salud de modo tal que el mismo pueda cumplir con las funciones de promoción, prevención, asistencia, docencia e investigación, proponiendo a la estrategia de atención primaria como una forma de extender la cobertura y la accesibilidad al sistema. De los artículos del Decreto se destacan los siguientes aspectos que resultan novedosos para el sistema:

⁴³ *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Argentina*, 2º edición febrero de 2001, pág. 12. Informe correspondiente al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS. En el texto transcrito aparecen las siglas OS, para indicar Obras Sociales, y MSAS, para referirse al Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

⁴⁴ Decreto del Poder Ejecutivo N° 578/93. Folio 1

⁴⁵ Decreto del Poder Ejecutivo N° 578/93. Folio 1.

- se otorga a los hospitales la posibilidad de realizar convenios con organizaciones de los distintos sectores para el cumplimiento de sus actividades;
- los hospitales podrán cobrar por la atención dispensada a aquellas personas con capacidad de pago y a pacientes del sistema de obras sociales y de medicina prepaga y administrar los ingresos obtenidos;
- se establece la implementación del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica;
- los hospitales deberán realizar un presupuesto anual;
- los hospitales podrán elaborar sus normas y manuales de procedimiento;
- los hospitales podrán designar, promover y sancionar al personal;
- la Dirección de los hospitales deberá contar con personal capacitado y con experiencia en Administración Sanitaria;
- la ANSSAL⁴⁶ actuará como organismo asegurador para el pago de los servicios que el sistema público brinde a los agentes de la seguridad social y como mediador en caso de controversias.

Sobre la base de estos aspectos se concluye que el Hospital Público de Autogestión se propone como una estrategia de gestión que permitiría brindar servicios de atención de adecuada calidad, asegurando un recurso capacitado tanto para la función asistencial como administrativa. Asimismo, este hospital podrá determinar sus propias normas, como así también tener autoridad para administrar sus recursos humanos y económico – financieros. No obstante, no queda claro de qué manera se iban a instrumentar los cambios necesarios para que todos estos aspectos pudieran implementarse.

⁴⁶ Administración Nacional del Seguro de Salud. Actualmente es la Superintendencia de Servicios de Salud la que se encarga de actuar como organismo asegurador del pago de los servicios brindados a afiliados de obras sociales.

3.1.4.2 AUTOGESTIÓN Y DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

La figura de la descentralización es mencionada en el Decreto de Hospitales Públicos de Autogestión y suele asimilársela con la Autogestión, siendo necesario diferenciar ambos términos.

El término descentralización hace referencia a un tipo de organización, en este caso estatal, teniendo en consideración el órgano al que se atribuye una determinada competencia. Así, se dice que la competencia es descentralizada cuando “ha sido atribuida a un nuevo ente, separado de la administración central, dotado de su personalidad jurídica propia, y constituido por órganos propios que expresan la voluntad de ese ente”.⁴⁷ La descentralización establece de este modo “una nueva repartición, permanente y definitiva, de funciones: el acto de descentralización ... tiene así un valor constitutivo, y representa una forma de organización administrativa, un tipo de estructura estatal”.⁴⁸

La Autogestión Hospitalaria no implicó en muchos casos una verdadera descentralización en tanto que las organizaciones hospitalarias no pudieron hacerse cargo de algunas funciones, como por ejemplo las compras de insumos y recursos o el nombramiento y/o sanción de los recursos humanos. Sin embargo, tampoco puede hablarse de una desconcentración administrativa⁴⁹, ya que los riesgos de la gestión fueron transferidos al Hospital, que encontró escasa o a veces nula respuesta del nivel jerárquico superior.

Si bien se considera que la Autogestión brindó una cierta autonomía a las organizaciones públicas de salud, ésta no fue completa y en algunos aspectos resultó contraproducente. Sin embargo, más allá

⁴⁷ Gordillo, Agustín. *Tratado de derecho administrativo, Tomo I*. Fundación de derecho administrativo, Buenos Aires, 1998, XII-20.

⁴⁸ Gordillo, Agustín. *Tratado de derecho administrativo, Tomo I*. Fundación de derecho administrativo, Buenos Aires, 1998, XII-22.

⁴⁹ De acuerdo a Agustín Gordillo, en su “Tratado de derecho administrativo”, la desconcentración se caracteriza por la atribución de porciones de competencia a los órganos inferiores, pero siempre dentro del mismo ente estatal de referencia.

de las posibles ventajas o desventajas de un mayor o menor grado de autonomía, es posible discutir el sentido y la adecuación de una verdadera descentralización en el área de la salud. Se mencionará al respecto el hecho de que la figura de la descentralización implica el establecimiento de un control de tipo administrativo de los órganos de la administración central sobre los órganos descentralizados, lo que implica que desde la administración central sólo sería posible analizar la legalidad de los actos llevados a cabo por las autoridades hospitalarias, mas no su adecuación o conveniencia. Por otro lado, el grado de independencia otorgado a cada institución frente a un poder central dificultaría gravemente la posibilidad de establecer criterios comunes de trabajo y la creación de redes.

Si se considera que la descentralización constituye un instrumento y no un fin en sí mismo, la descentralización en salud, en el caso de que se estableciera su real contribución y necesidad para el sistema, debería haber estado enmarcada dentro de una reestructuración de los servicios de salud que contemplara los estamentos, redes y vías de comunicación necesarios para su adecuada y eficaz implementación. "El modelo descentralizado viene a instalarse en un sistema de instituciones políticas, jurídicas y administrativas, y en una cultura política que tienen una gran inercia"⁵⁰, lo que determina una escasa posibilidad de maniobra por parte de los actores involucrados.

Si bien la autogestión hospitalaria tomó la forma de una cierta "descentralización" intraestatal, la misma no estuvo acompañada del pasaje de los recursos y capacidad de regulación necesarios.

Se desprende entonces que en la práctica se produjo una pseudo descentralización, y más allá de lo cuestionable que pudiera ser la implementación de una verdadera descentralización en el sistema público de salud, la implementación de una versión limitada

⁵⁰ Coraggio, José Luis. *Descentralización, el día después...* Cuadernos de Posgrado, Serie Cursos y Conferencias, Oficina de Publicaciones del CBD, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 1997, pág. 51.

no sólo ha traído las dificultades antes planteadas sino que ha aumentado la confusión ya existente en el sistema.

3.1.4.3 ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA AUTOGESTIÓN HOSPITALARIA. SITUACIÓN ACTUAL

Habiendo transcurrido ya una década desde la implementación de la Autogestión Hospitalaria en la Ciudad de Buenos Aires se observa que la mayoría de estos puntos no se han cumplido, y que la Autogestión Hospitalaria como modelo de administración no sólo no logró mejorar el sistema de atención, sino que trajo importantes dificultades a su funcionamiento.

Múltiples cambios se han producido desde la implementación del Decreto. Entre ellos, las relaciones establecidas entre los distintos actores del sistema de salud argentino cambiaron considerablemente. Las Obras Sociales, quienes fueran importantes gestoras de servicios tanto de salud como de otros servicios sociales, sufrieron en su mayoría un importante proceso de desfinanciamiento que obligó a muchas a cerrar sus instituciones asistenciales propias, debiendo hacer uso de las instalaciones del Hospital Público, el cual vio recargada su demanda de manera sustancial. Si se considera que uno de los aspectos establecidos por la Autogestión Hospitalaria estuvo dado por la posibilidad del hospital de cobrar por las prestaciones brindadas a beneficiarios de la Seguridad Social, la imposibilidad de muchas Obras Sociales de hacer frente a tales pagos constituyó una gran dificultad para el funcionamiento del nuevo sistema establecido.

Por otro lado, la falta de ordenamiento de la atención en lo que respecta a la distribución de los recursos del sector público conformado por las distintas organizaciones que lo componen entre la población beneficiaria, favoreciendo la libre elección del paciente de

la puerta de entrada al sistema⁵¹ aumentó en muchos casos las desigualdades entre las diferentes instituciones públicas en sus posibilidades de generar sus propios recursos, y sobre todo de administrar los recursos existentes para satisfacer las necesidades del total de la población que demanda asistencia.

Desde el punto de vista de la administración de los recursos institucionales, ello no se cumplió para el caso de la Ciudad de Buenos Aires, en donde las compras para los hospitales en un primer tiempo continuaron siendo totalmente centralizadas para el conjunto de los hospitales, para luego adoptar un sistema mixto, aunque no totalmente descentralizado. Por su parte, en lo que respecta al manejo de los recursos humanos de la organización, la conformación del sistema de salud impide la completa libertad de decisión en cualquiera de sus niveles jerárquicos, lo que lleva implícito la incapacidad de decidir sobre los recursos humanos. Esta situación se debe en gran medida a la designación política de los principales cargos hospitalarios, aspecto que se complementa con la gran importancia de las relaciones informales dentro del sistema y el fuerte desarrollo e influencia alcanzado por los grupos gremiales a todo lo largo de la escala jerárquica.

A partir de la implementación de la Autogestión Hospitalaria y, en el afán de obtener recursos para el financiamiento de las actividades, muchos hospitales e incluso en algunos casos servicios en forma independiente, priorizaron la compra de alta tecnología y el mejoramiento edilicio como estrategia para atraer la demanda. Con ello se produjo también el ingreso a los hospitales de organizaciones como Fundaciones, las que subvencionaron grandes reformas edilicias en áreas hospitalarias cuyos servicios resultaban rentables, constituyéndose de este modo en nuevos polos de poder e interés dentro de las estructuras hospitalarias.

⁵¹ En la Ciudad de Buenos Aires los pacientes tienen la libertad de decidir atenderse en cualquier institución pública del sistema, sin importar su lugar de residencia.

El sistema, si bien se desarrolló dentro del marco normativo general de la Ley de Reforma del Estado, el Decreto 578/93 y su reglamentación, los programas de garantía de calidad y el Decreto de Desregulación de Obras Sociales (Decreto 9/93) entre otros, no encontró en el Estado una función de contralor y regulación, favoreciéndose aún más la desigualdad entre las distintas instituciones.

A ello se agregó la aparición en el sistema público de atención de la salud de un nuevo tipo de paciente, demandante e impaciente, acostumbrado a mayores consideraciones que las propias del sector público. Un paciente que conoció la atención de las Obras Sociales y sistemas privados en otros años.

Asimismo, se observa una creciente oferta de tecnología cada vez de mayor complejidad y costo asociado, cuya adquisición resultó en muchos casos una compra escasamente fundamentada desde aspectos sociales y de rendimiento económico.

Probablemente la dificultad más grande estuvo dada por el hecho de considerar a la Autogestión como un modelo que aseguraría la eficacia y eficiencia de las organizaciones, cuando en realidad sólo se trata de un modelo más, ni bueno ni malo en sí mismo. Por otro lado, es cuestionable la organización de un "sistema" de salud conformado por partes independientes entre sí, cuya supervivencia individual depende de la capacidad particular de quien dirige cada organización para captar recursos para su funcionamiento, equiparando el funcionamiento del sistema público de salud al de un conjunto de organizaciones privadas con fines de lucro, que compiten entre sí por la captación de pacientes con capacidad de pago.

Si bien el Decreto plantea la posibilidad de que cada Hospital pueda establecer convenios con otras instituciones del sistema, deja librado a cada organización la posibilidad real de implementar redes de atención.

Muchos de los aspectos planteados en el Decreto podrían haber generado una verdadera modificación en la estructura hospitalaria existente de haber estado acompañados de otras medidas. Lamentablemente, no se consideró cuáles eran las posibilidades de cada hospital de hacer frente a una nueva exigencia administrativa y de qué manera cada uno actuaría como parte de un todo coordinado y eficaz, aunque esto probablemente no era posible a partir de la propia historia hospitalaria argentina y de la misma esencia y contexto del Decreto. No se podía esperar un mejoramiento en el funcionamiento de un sistema signado por la fragmentación y la falta de coordinación entre las partes componentes, si a ello se sumaba una mayor independencia de las partes y una disminución en la coordinación ya de por sí escasa, desde un órgano administrativo superior, a lo cual debe agregarse el hecho de que los intereses que en muchos casos favorecieron la implementación de un sistema autogestionado no eran acordes con la búsqueda de respuestas técnicas a los problemas del sistema. Habría sido positivo el hecho de que cada hospital pudiera elaborar e implementar la normativa inherente a su organización, como así también los aspectos referentes al manejo del personal, lo cual resulta de importancia fundamental si se desea adecuar los servicios de atención a la población beneficiaria de los mismos. Por otra parte, la capacidad de las autoridades de designar y sancionar a los subordinados es en todo coherente con un criterio administrativo de establecimiento de jerarquías de autoridad.

La Autogestión Hospitalaria no es la única modalidad de administración que podría haber permitido un cambio para el sistema, y en todo caso como reforma de la administración hospitalaria parece haber respondido más a las presiones de los organismos internacionales como condición para la obtención de créditos que a la necesidad de modernizar el sistema y buscar su eficacia y eficiencia. Resulta difícil evaluar su pertinencia e importancia como herramienta de cambio, ya que la misma no formó parte de una política general que la contemplara como verdadera estrategia de cambio.

La Autogestión Hospitalaria generó por otra parte un conflicto aún no resuelto, aunque en muchos casos no planteado abiertamente, que requeriría replantear las bases mismas del sistema. En tanto que los hospitales públicos debieron preocuparse por obtener recursos a partir del cobro de las prestaciones realizadas todo paciente con capacidad de pago, ya sea por sí mismo o a través de su sistema de cobertura en salud, se constituyó en pagador potencial del sistema. Si se considera que el financiamiento de las actividades del hospital público, como el de cualquier servicio social, proviene o debería provenir del aporte que todo ciudadano realiza a través del pago de sus impuestos, el exigir a un ciudadano que reside en la misma jurisdicción en donde recibe atención de salud pública el pago por los servicios brindados conlleva un grave error tanto desde un punto de vista legal, como social y ético, en tanto que se está exigiendo al ciudadano que pague dos veces por un mismo servicio.

A todo esto se agrega el establecimiento de una preferencia de atención de acuerdo a la capacidad de pago del paciente que hace que el sistema tienda a rechazar la demanda con poca o nula capacidad de pago, o al menos retrasar su atención, lo que determina serios problemas éticos. Esto pudo observarse particularmente en los servicios de internación y de alta complejidad. En este sentido es interesante destacar que al profesional de la salud se le ha impuesto, aunque no explícitamente, una responsabilidad que excede su función: detectar la capacidad de pago de los pacientes y determinar un orden de prioridades para su atención.

Es necesario recordar que "en razón de su finalidad, los servicios sociales a cargo del Estado no persiguen fines lucrativos y además son generalmente deficitarios, todo lo cual determina un régimen especial de financiación, puesto que sólo puede desenvolverse mediante el establecimiento de impuestos o contribuciones especiales; la naturaleza comercial o industrial de los servicios públicos, en cambio, permite una financiación basada en precios o tasas ... En el servicio público hay «usuarios», mientras que en los servicios sociales

las personas amparadas, más que usuarias, son «beneficiarias» de ellos”.⁵²

Puede decirse que la Autogestión Hospitalaria actuó de esta forma como un factor desestabilizante y favorecedor de la profundización del desmembramiento de un sistema con una histórica escasa coherencia estructural y funcional.

3.1.4.4. LA AUTOGESTIÓN EN EL MARCO DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE FUNCIONES ESTATALES

“En líneas generales se ha demostrado que el Estado resultante de la aplicación de principios keynesianos no es un Estado eficiente, es un macroestado cuyos gastos superan ampliamente las actividades que de ellos derivan. Sin embargo no es posible, pese a las consecuencias observables, determinar cuál fue la causa del problema. La fallas atribuidas al estado keynesiano son de compleja comprensión en tanto sería necesario deslindar lo propio de la teoría y los excesos de conveniencias políticas aplicadas. Más allá de una posible crítica a la teoría keynesiana, la cual es posible, es necesario plantear una pregunta fundamental: ¿el Estado puede hacerse cargo con eficiencia de funciones para con la sociedad? Seguramente puede haber diferentes opiniones al respecto, incluso aquellas que afirmen que no es capaz de ocuparse con eficiencia. Pero de ser de esta manera, cabe una pregunta de mayor importancia, si el Estado no se puede ocupar de algunas de las necesidades básicas de la sociedad, ¿de qué se ocupa?, ¿y cuál es su utilidad que justifique su existencia? Obviamente es posible distinguir que el modo de gestión del Estado nada tiene que ver con el Estado en sí. Es claro que el Estado fue aprovechado para el clientelismo político, pero eso no va en detrimento de un Estado capaz

⁵² Sarmiento García, José H. y otros. *Los servicios públicos. Régimen jurídico actual*. Depalma, Buenos Aires, 1994, pág. 11.

de gestionarse adecuadamente, más bien habla de una incapacidad política que de una incapacidad del Estado.

La Autogestión hospitalaria no es una acción llevada en forma aislada en Argentina, sino una estrategia del Banco Mundial aplicada a otros países como Perú y Venezuela. En este último país se dio la característica que pese a la experiencia Argentina de un resultado dudoso se continuó con su aplicación.

Hablar de los resultados de la autogestión no sólo en la Argentina sino en los países en los cuales se aplicó es un tema complejo. La autogestión tiene desde los organismos impulsores de esta política una base ideológica de la sociedad y de los intereses involucrados.

Múltiples fueron las reuniones que históricamente se desarrollaron para los países con escasos recursos acerca de la necesidad de solucionar el problema de salud, especialmente los aspectos de financiamiento y económicos. La última reunión de importancia fue la de Alma Ata, cuya estrategia principal fue trasladar la responsabilidad del Estado a los ciudadanos en lo concerniente al cuidado de la salud".^{53, 54}

La Autogestión en salud formó parte de una corriente descentralizadora que atravesó a toda América Latina en la década de 1990. Un análisis del tema requiere la consideración de al menos tres ejes de análisis: uno administrativo, uno económico y uno político.⁵⁵ El primero se encuentra ligado a la redistribución intraestatal de funciones y recursos; el segundo está asociado a las privatizaciones y la desregulación; y el último se relaciona con la democratización y la

⁵³ Reboredo, Jorge. "El contexto de la Autogestión Hospitalaria. Consecuencias de su implementación". *Cuadernos de Organización y Administración Hospitalaria*, SLASS, n° 7, 2002, parte IV.

⁵⁴ Entre el 6 y el 12 de septiembre de 1978 se realizó en la Ciudad de Alma Ata (ex Unión Soviética) la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, con la asistencia de representantes de los distintos gobiernos del mundo. Como resultado de esta Conferencia surgió la Declaración de Alma Ata, en donde se estableció y definió la Atención Primaria de la Salud como estrategia para alcanzar la Salud para todos en el año 2000 (meta establecida por la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud en el año 1977).

⁵⁵ Coraggio, José Luis. *Descentralización, el día después...* Cuadernos de Posgrado, Serie Cursos y Conferencias, Oficina de Publicaciones del CBD, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 1997.

participación comunitaria. Acerca de este último eje es interesante el comentario de José Luis Coraggio, para quien “las políticas de descentralización vienen siendo impuestas por un poder estatal que no se cuestiona a sí mismo en lo que respecta a la legitimidad de tal proyecto, al punto que prácticamente se pretende justificar cualquier medio político que sea utilizado por la bondad del fin perseguido”.⁵⁶

Comprender la descentralización en general y en salud en particular, con las limitaciones del concepto que ya fueran planteadas más arriba y a pesar de las importantes diferencias que en cada caso particular puedan observarse, implica conocer el marco histórico de relaciones políticas y sociales en el que surgió. Desde este punto de vista la descentralización en América Latina respondió fundamentalmente al proyecto neoliberal, actuando a través de sus organismos más representativos como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, y el Banco Interamericano de Desarrollo, entre otros. De esta manera, la descentralización propuesta no fue sólo intraestatal, sino también una descentralización del poder del Estado hacia el mercado y los grupos económicos, acompañada de medidas de desregulación y una tendencia a la globalización y centralización del poder económico, lo que da cuenta de las limitaciones que el sistema ofreció desde un comienzo para el establecimiento de verdaderas autonomías locales. “Bajo la nomenclatura de los principios de la libertad, la “descentralización”, término que puede intercambiarse con el de “desestatización”, esconde un proyecto de gigantesca centralización capitalista del poder económico a escala mundial y se ejecuta desde los Estados, apoyándose en las interpretaciones más centralistas del poder político (las mismas que se pretendía superar)”.⁵⁷

⁵⁶ Coraggio, José Luis. *Descentralización, el día después...* Cuadernos de Posgrado, Serie Cursos y Conferencias, Oficina de Publicaciones del CBD, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 1997, pág. 16.

⁵⁷ Coraggio, José Luis. *Descentralización, el día después...* Cuadernos de Posgrado, Serie Cursos y Conferencias, Oficina de Publicaciones del CBD, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 1997, pág. 18.

El sustrato socio-económico en el cual pretendió insertarse el modelo descentralizado da cuenta de las múltiples contradicciones de que se partió. Así, la descentralización se impuso en un marco de crisis generalizada, marcado por grandes dificultades económicas en donde los sujetos mostraron una tendencia a ocuparse cada vez más de su supervivencia individual más que del conjunto social y la participación, con pérdida de la legitimidad del sistema político junto con un fortalecimiento del clientelismo y una pérdida del sentido social de la vida con un giro hacia el pragmatismo inmediatista.⁵⁸

Dado que la descentralización proviene de la imposición de los gobiernos nacionales y de agencias internacionales más que de una iniciativa comunitaria, el espacio de participación y democracia que pueda construirse desde la base estará necesariamente limitado al espacio otorgado desde arriba. Así también, dependerá fuertemente del fortalecimiento o debilitamiento que resulte para los gobiernos locales.

“La autogestión es sin duda alguna, un modo de limitar el gasto desde un principio regulatorio macro cuya intención radicaba en disminuir el gasto del Estado en relación a la situación económico financiera con el Banco Mundial.

Esta intención si bien adecuada para el consorcio de prestamistas extranjeros desde una visión nacional presenta graves fallas conceptuales. La medida desde la perspectiva del acreedor es garantizarse la devolución de los préstamos y mantener credibilidad en el país para que se sostenga una economía capaz de dar los dividendos necesarios para asegurar los pagos de los intereses.

Sin embargo el excesivo gasto del Estado no estaba centrado exclusivamente ni mayoritariamente en el área salud sino en las áreas de mayor compromiso político. Dicho achicamiento crea por ende como reacción una disminución de la atención de las necesidades de salud de la población llevando en concordancia con la reforma de las

⁵⁸ Coraggio, José Luis. *Descentralización, el día después...* Cuadernos de Posgrado, Serie Cursos y Conferencias, Oficina de Publicaciones del CBD, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 1997.

obras sociales una preferencia por este subsector dado que ahora se convertía en una prestación rentable...

Un segundo plano de análisis de la situación nos llevaría a otra apreciación teniendo en cuenta que los hospitales no desarrollaron una estructura administrativa sólida y con una concepción asistencialista no tenían en cuenta un aspecto fundamental que es la gestión de salud. Es decir qué se ofrece, cómo se ofrece, cuánto cuesta y si existe una alternativa mejor.

De manera que, más allá del primer aspecto mencionado nos encontramos con un sistema hospitalario pésimamente organizado y administrado, en donde los recursos se derrochaban, desde una perspectiva médica absolutamente descontextualizada y además inserta en una concepción del beneficio personal más que de beneficencia.

Es por esto que se produce confusión a la hora de analizar la autogestión, dado que si bien no produjo una mejora del sistema de salud, logró sólo en parte un ordenamiento de la administración hospitalaria. Este ordenamiento sólo está basado en cuestiones formales, como historia clínica, estadística, esbozos de cálculo de costos hospitalarios, pero no produjo un verdadero cambio en la concepción del hospital, y por otra parte la intención macro de su constitución parte de un criterio que sólo podría lograr un empeoramiento de la salud hospitalaria.

Claro está, que el escaso ordenamiento administrativo produjo sus efectos, mostrando claramente los gastos inútiles que realizaba un hospital en relación con la producción y el impacto poblacional. Sin embargo estos temas fueron discretamente soslayados por la dirigencia política y económica.

Desde la perspectiva de un sistema de salud la autogestión produjo un deterioro conceptual de la administración de salud, dado que impulsó la ruptura del sistema para conformar islas imposibles de incorporar a un todo. Sin embargo el traslado del riesgo, tan común en esta época se realizó parcialmente; en tanto aumentó

en modo considerable hacia el profesional asistencial en cuanto a riesgos, por otra parte limitó la competencia hospitalaria en cuanto a la decisión en materia de recursos humanos, situación hábilmente manejada desde lo político – electoralista.

En síntesis, si bien produjo algunas mejoras en los hospitales, estas fueron ínfimas en relación al deterioro ocasionado desde una concepción sistémica de salud y desde la perspectiva de la administración institucional.⁵⁹⁻⁶⁰

4. LA ADMINISTRACIÓN COMO DISCIPLINA

4.1. EL CONCEPTO DE ADMINISTRACIÓN

Para algunos autores la definición idiomática de conceptos como administración y organización resulta compleja. En este sentido, Bernardo Kliksberg sostiene que la definición idiomática de los términos administración, administrar, administrador y organización no proporciona los elementos que permitirían distinguir lo que estos términos implican de lo que no, lo que se debería al intento de explicar por medio del lenguaje ordinario términos técnicos complejos.⁶¹

Sin embargo, si se considera que la administración es una actividad propia del hombre, presente, aunque con distinto grado de desarrollo, en todos los períodos de la humanidad y en todas las culturas, no resulta lógico pensar que el concepto mismo del término pueda ser ajeno a cualquier individuo, más allá de lo abarcativo que el concepto pueda ser.

⁵⁹ Reboredo, Jorge. "El contexto de la Autogestión Hospitalaria. Consecuencias de su implementación". *Cuadernos de Organización y Administración Hospitalaria*, SLASS, n° 7, 2002, parte IV.

⁶⁰ Los nombramientos en la Ciudad de Buenos Aires continúan siendo centralizados.

⁶¹ Kliksberg Bernardo. *El pensamiento organizativo. De los dogmas a un nuevo paradigma gerencial*. Tesis Grupo Editorial Norma, Buenos Aires, 1995.

Siendo la administración una actividad universal y común a todos los hombres y organizaciones humanas su significación debe entonces poder expresarse con términos del lenguaje común. Incluso teniendo en cuenta las definiciones brindadas por las diferentes escuelas de la administración, las mismas utilizan en su mayoría términos del lenguaje común.

Esta contradicción puede fundamentarse en el hecho de aplicar definiciones que no se corresponden con la praxis. En este sentido la definición del diccionario de la Real Academia Española para el término administrar hace referencia a gobernar, regir y cuidar⁶², siendo definido a partir de su aplicación a la función pública del Estado, desde criterios propios del derecho administrativo. Sin embargo, la administración constituye una actividad mucho más abarcativa que la mera función de la administración pública, siendo parte necesaria de cualquier área de la vida del hombre.⁶³

Por otro lado, es posible que la dificultad se plantee debido a que se confunde la definición del término con el proceso que el mismo involucra, o al decir de algunos autores, con las funciones de la administración. En tanto que la administración, o el acto de administrar, constituye un proceso, el proceso administrativo, compuesto por una sucesión de etapas interdependientes, no debe confundirse la definición idiomática de la definición y/o explicación de los pasos que constituyen el proceso de la administración.

No obstante, sí puede decirse que distintos autores dan al concepto de administración un contenido diferente. Pero en todo caso, salvo algunas excepciones, es posible observar que las distintas concepciones sobre la materia se complementan y completan unas a otras permitiendo profundizar los alcances del término. Es decir, como se tratará a continuación, las distintas escuelas de la administración se centran en diferentes aspectos de la materia, no siendo necesariamente

⁶² Kliksberg Bernardo. *El pensamiento organizativo. De los dogmas a un nuevo paradigma gerencial*. Tesis Grupo Editorial Norma, Buenos Aires, 1995.

⁶³ El término necesario se utiliza aquí en su acepción de inevitable

contradictorias entre sí. Tomando a diferentes autores sobre administración se observa ya en las definiciones brindadas sobre la disciplina la complementariedad mencionada:

Así, según Henri Fayol: “Mi doctrina administrativa tiene por objeto facilitar el gobierno de empresas, sean industriales, sean militares o de cualquier índole. Sus principios son reglas, y sus procedimientos deben pues, responder tanto a las necesidades del ejército como a las necesidades de la industria⁶⁴ ... Administrar es prever, organizar, dirigir, coordinar, controlar⁶⁵ ... La administración que comporta la aplicación de numerosos conocimientos y de muchas cualidades personales, es sobre todo el arte de manejar a los hombres”.⁶⁶

Para Luther Gulick: “La ciencia de la administración es el conjunto de conocimientos que permiten a los hombres entender las relaciones, predecir los resultados e influir los objetivos de cualquier situación en la que varios o muchos hombres se encuentran organizados para trabajar juntos con un propósito común”.⁶⁷

Dice Herbert Simon: “la administración se define ordinariamente como el arte de conseguir que se hagan las cosas”.⁶⁸

Todas las definiciones presentadas hacen uso del lenguaje común para expresar el sentido del término *administración*. Más allá de su área de aplicación, no parece adecuado considerar al término *administración* como un término técnico complejo, como no lo es la definición de la mayoría de las disciplinas de estudio.

Resulta asimismo esencial destacar que si bien la administración constituye una disciplina aplicable a diferentes áreas de la organización humana, no por ello es posible pensar en distintos

⁶⁴ Fayol, Henri. *Administración industrial y general*. Herrera Hermanos Sucesores, México, 1961, pág. 129.

⁶⁵ Fayol, Henri. *Administración industrial y general*. Herrera Hermanos Sucesores, México, 1961, pág. 149.

⁶⁶ Fayol, Henri. *Administración industrial y general*. Herrera Hermanos Sucesores, México, 1961, pág. 272.

⁶⁷ Gulick, Luther. *La ciencia, los valores abstractos y la administración pública*. En Ensayos sobre la Ciencia de la Administración. ESAPAC, Costa Rica, 1962, pág. 163.

⁶⁸ Simon, Herbert A. *El comportamiento administrativo*. Aguilar, Madrid, 1962, pág. 3.

tipos de administraciones como áreas distintas del saber. En todo caso podrán plantearse aspectos particulares de la administración aplicada a tal o cual área o tipo de institución. Es un hecho frecuente que se plantee la administración de las instituciones privadas como un área de conocimiento diferenciada de la de la administración de instituciones públicas. Ello ha dado lugar en los últimos años a considerar que la administración en las instituciones públicas debería aplicar criterios propios de la administración de las empresas privadas para lograr una mayor eficiencia. Sin embargo, ello constituye un profundo desconocimiento, ya que las técnicas y herramientas de la administración son de aplicación universal, no negando por ello las particularidades que los procesos deban tener de acuerdo a la institución en donde se llevan a cabo. Pero en todo caso los que se modifican son los procesos organizacionales y no la técnica para su diseño, implementación y gestión.

Por último, es importante remarcar que el concepto de administración es independiente de la complejidad de la organización a la cual se desea aplicar. En este sentido, tampoco se trata de una cuestión de “distintos tipos de administración”, sino de adecuación.

4.2. EL CONCEPTO DE ORGANIZACIÓN

Se ha dicho que la administración como disciplina desarrolla su tarea sobre organizaciones. Es pues conveniente definir el término “organización”, lo que ayudará a comprender mejor los elementos que toda administración debe considerar así como la complejidad con la cual debe tratar.

Si bien existen muchas definiciones de organización es interesante observar que la mayoría de ellas comparte algunos elementos comunes que permiten destacar los aspectos relevantes y constituyentes de la entidad organización.

A continuación se presentan algunas definiciones a partir de las cuales será posible extraer algunas conclusiones generales:

Dice Aldo Schlemenson: "La organización constituye un sistema socio-técnico integrado, deliberadamente constituido para la realización de un proyecto concreto, tendiente a la satisfacción de necesidades de sus miembros y de una población o audiencia externa, que le otorga sentido. Está inserta en un contexto socioeconómico y político con el cual guarda relaciones de intercambio y de mutua determinación".⁶⁹

Para Chester Barnard la organización es: "A system of consciously coordinated activities or forces of two or more persons."⁷⁰

Por su parte Philip Selznick considera que: "Trade unions, governments, business corporations, political parties, and the like are formal structures in the sense that they represent rationally ordered instruments for the achievement of stated goals ... Organizations may be viewed from two standpoints which are analytically distinct but which are empirically united in a content of reciprocal consequences. On the one hand, any concrete organizational system is an economy; at the same time, it is and adaptive social structure."⁷¹

El mismo autor establece: "the *organization* reaches decisions, takes action, and makes adjustments. Such a view raises the question of the relation between organizations and persons.... It is the nature of the interacting consequences of divergent interests within the organization which creates the condition, a result which may obtain independently of the consciousness or the qualities of the individual participants.... Rational action systems are characteristic of both individuals and organizations. The conscious attempt to mobilize available internal resources (e.g., self-discipline) for the achievement of a stated goal – referred to here as an economy or a formal system –

⁶⁹ Schlemenson Aldo. *Análisis organizacional y empresa unipersonal. Crisis y conflicto en contextos turbulentos*, Paidós, Buenos Aires, 1998, pág. 38.

⁷⁰ Barnard Chester I. "The functions of the Executive". En Amitai Etzioni. *Complex organizations. A sociological reader*, Holt, Rinehart and Winston, Estados Unidos, 1966, pág.17.

⁷¹ Selznick Philip. "Foundations of the Theory of Organization". En Amitai Etzioni. *Complex organizations. A sociological reader*, Holt, Rinehart and Winston, Estados Unidos, 1966, págs.18-20.

is one aspect of individual psychology. But the personality considered as a dynamic system of interacting wishes, compulsions, and restraints defines a system which is at once essential and yet potentially deleterious to what may be thought of as the "economy of learning" or to individual rational action."⁷²

De las definiciones anteriores es posible destacar que la organización constituye un sistema social, formada por un conjunto de individuos que interaccionan entre sí; y un sistema técnico, caracterizado por un conjunto de herramientas y técnicas de trabajo.

La organización no puede comprenderse como el resultado de una suma de individuos, sino que constituye una nueva entidad, diferente de cada uno de sus miembros. Se caracteriza por una "personalidad", la cual permite entender su lógica de acción y su modo de relacionarse con el medio. Esta personalidad es el resultado de la interacción de sus miembros y está principalmente relacionada con la personalidad de los individuos que ocupan los niveles de conducción.

Toda organización forma parte de un medio que legitima su presencia y continuidad, para lo cual debe lograr satisfacer al menos alguna necesidad de al menos un grupo de la sociedad.

Un aspecto sumamente relevante a destacar es el hecho de que toda organización implica una estructura; estructura formada por el conjunto de instrumentos racionalmente dispuestos para el funcionamiento de la organización; estructura que determina y a su vez condiciona la personalidad y función de la organización.

Al estar conformada por individuos toda organización se caracteriza por la presencia de intereses en muchos casos conflictivos. Dependiendo de la estructura organizacional, estos intereses podrán tener mayor o menor influencia en el funcionamiento global de la

⁷² Selznick Philip "Foundations of the Theory of Organization". En Amitai Etzioni, *Complex organizations. A sociological reader*, Holt, Rinehart and Winston, Estados Unidos, 1966, págs. 23-24.

organización y en la consecución de los objetivos fijados por la misma.

Un elemento hasta el momento no explícitamente presente en ninguna de las definiciones citadas está dado por el producto o servicio que una organización brinda a la sociedad. En este sentido, Talcott Parsons considera que constituye un elemento fundamental en toda organización:

“An organization is a system which, as the attainment of its goal, «produces» an identifiable something which can be utilized in some way by another system; that is, the output of the organization is, for some other system, an input... What from the point of view of the organization in question is its specified goal is, from the point of view of the larger system of which it is a differentiated function. This relationship is the primary link between an organization and the larger system of which it is a part, and provides a basis for the classification of types of organization. However, it cannot be the only important link.”⁷³

Para Parsons la organización forma parte de un sistema más amplio, lo que podría considerarse un suprasistema, dentro del cual a cada organización le corresponde una función particular. Así, cada organización produce “algo” (producto o servicio) que constituye para otra organización del suprasistema un elemento (insumo o recurso) necesario para llevar a cabo su función, el cual le es provisto (input).

Un aspecto fundamental a tener en cuenta es el hecho de que toda organización está compuesta por un conjunto de individuos que se reúnen para el logro de una finalidad común. Esta constituye tal vez su característica más relevante, en tanto que es a partir de los objetivos que se desean lograr que la organización define los medios requeridos, estableciendo las actividades y estructuras que las soporten, y

⁷³ Parsons Talcott. “Suggestions for a Sociological Approach to the Theory of Organizations”. En Etzioni Amitai, *Complex organizations. A sociological reader*, Holt, Rinehart and Winston, Estados Unidos, 1966 págs. 33-35.

definiendo las relaciones esperadas entre los distintos miembros del grupo.

Por último, es importante tener en cuenta que uno de los objetivos más importantes de toda organización es perpetuarse en el tiempo, lo que va unido a la tendencia natural de la organización a reproducir sus estructuras y "conductas" en el tiempo, lo que se ve favorecido por el proceso de internacionalización de la cultura organizacional en sus miembros.

4.3. LOS PRINCIPIOS DE LA ADMINISTRACIÓN

Llevar a cabo un análisis serio y comprensivo de la administración implica necesariamente considerar el relativismo sociocultural que caracteriza los distintos grupos humanos, ya que sin ello se llegará a conclusiones erróneas y no será posible comprender las diferentes posturas como expresiones de formas distintas de vida y de racionalidad.

Las diferentes concepciones acerca de lo que es administrar pueden ser comprendidas a partir de un marco sociocultural particular. Es decir, si bien la administración constituye un fenómeno universal en tanto inherente al hombre, su concepción e implementación no puede nunca ser ajena a la ideología y la estructura de pensamiento propia de una sociedad determinada. En este sentido es posible comprender las diferencias de criterio acerca de lo que implica administrar como el producto de las distintas concepciones propias de las distintas culturales existentes, lo que condiciona por otra parte la aplicación exitosa de algunas escuelas administrativas o incluso de aspectos parciales de las mismas en sociedades muy diferentes de aquellas en las cuales han surgido.

Por ejemplo, el ordenamiento y la disciplina luteranas han tenido una enorme influencia en la concepción weberiana de la

administración, la cual por otro lado, se encuentra fuertemente ligada a un criterio de instituciones públicas. Mientras, el pragmatismo de la cultura norteamericana ha influido decisivamente en la escuela de Taylor, dando como resultado una concepción de administración ligada a los aspectos productivos y de beneficio empresarial. Aunque la escuela tayloriana puede desde otro punto de vista ser considerada una teoría sobre el trabajo más que de administración propiamente dicha, sus principios están claramente relacionados con un marco ideológico particular.

Muchos son los autores y escuelas sobre la administración, y a pesar de la "universalidad" del concepto y su aplicación, grandes son las diferencias existentes entre los estudiosos del tema. Como ya se mencionara, gran parte de estas diferencias pueden deberse a los distintos ámbitos socioculturales y estructuras de pensamiento que caracterizan a cada autor, lo que por otro lado determina que la administración constituya más que un concepto unívoco, un término que presenta múltiples concepciones asociadas. Sin embargo, más allá del relativismo sociocultural inevitable en el estudio de la administración, es posible plantear principios generales que la constituyen en una disciplina aplicable a cualquier organización humana.

Es importante distinguir aquí que, aun cuando la administración se basa en el estudio de las organizaciones, la misma no es sinónimo de teoría organizacional. La administración tiene un campo de aplicación mucho más amplio que las organizaciones, y si bien se habla en general de administración de organizaciones, no necesariamente ello siempre es así. Existe por ejemplo administración en un hogar unipersonal, donde en ningún caso podríamos plantear una organización. Y aún es posible pensar en administración en el caso de un individuo que vive aislado de la civilización.

Podría decirse entonces que existe en el hombre una tendencia natural a administrar y organizar, lo que no deja de estar influido por una cosmovisión particular del mismo que determina el concepto de

administración y organización que cada individuo presenta en su situación particular. Son justamente los aspectos generales de la administración aquellos que interesan en el presente trabajo, como base para la comprensión del fenómeno organizacional y su funcionamiento social.

Si bien se mencionó previamente que la administración como disciplina se diferencia del estudio organizacional, aunque no por ello lo desconoce, y considerando que la administración existe más allá de las organizaciones, es posible plantear que en cuanto disciplina que pretende formar profesionales estudia los aspectos inherentes a la administración de organizaciones; organizaciones que podrán ser de diferente magnitud y grado de complejidad.

Cabe destacar que el tamaño de las organizaciones constituye un tema relevante en cuanto a las técnicas a emplear. No será lo mismo la administración de una organización relativamente pequeña como lo es una familia que la administración de una organización con un alto número de miembros, múltiples actividades y relaciones con distintos sectores del contexto. Con ello se intenta poner de relieve un aspecto que en muchos casos se desconoce y que puede llevar al fracaso de la administración de algunas organizaciones, y es el hecho de que se considera que el administrar organizaciones pequeñas o grandes es sólo una cuestión de tamaño, es decir, de hacer "más de lo mismo, pero en mayor cantidad", cuando en realidad no se trata sólo de un aspecto cuantitativo sino principalmente cualitativo. No obstante, con ello no se desconoce el hecho de que la Administración constituye una disciplina única, y que las bases de su aplicación serán las mismas para toda organización social, sino que existen entre las distintas organizaciones aspectos cualitativos que las diferencian con experticias particulares.

Debido a que el presente no constituye un trabajo sobre las teorías de la administración o su evolución histórica, y en un intento por llevar a cabo un análisis que contribuya al propósito de la presente obra, se propone una categorización de las distintas teorías de la

administración que permitirá plantear los aspectos relevantes de la disciplina en función del desarrollo del tema de estudio. En este sentido, se propone diferenciar dos grandes grupos de teorías o escuelas de la administración: aquellas con una visión sistémica o totalizadora, y aquellas con un enfoque parcial o reduccionista. Cabe aquí hacer una aclaración. Si bien como se dijera previamente la administración no es privativa de las organizaciones, el tratamiento de las teorías de la administración y su análisis se hará en función de la administración de organizaciones, dado que su comprensión se verá facilitada, además de que, como ya se explicara, el interés de la formación profesional en la materia se centra en el manejo de organizaciones.

Sin negar la importancia que el estudio de los aspectos parciales reviste para la práctica de la administración y la organización, su solo conocimiento no brinda elementos suficientes para el abordaje de una organización. Constituyen enfoques que permiten complementar el análisis organizacional y favorecen una práctica administrativa más eficiente y eficaz, pero por sí solos no pueden considerarse como teorías comprensivas de la administración. Como ejemplo de las escuelas que han estudiado la organización con un enfoque reduccionista pueden mencionarse la de Frederick Taylor (1856-1915) - Escuela de la administración científica - y la teoría de Elton Mayo (1880-1949) - Teoría de las relaciones humanas -

A los fines del presente trabajo y para la presentación y análisis de los principios generales de la administración, se considerarán los enfoques totalizadores de la administración. Los mismos conciben a la organizaciones como un todo más o menos complejo conformado por múltiples aspectos interrelacionados. Aun cuando existen diferencias entre sí, todas las escuelas totalizadoras permiten comprender a la organización como un todo cuyo funcionamiento surge de la interacción de las partes que la componen, siendo más que la suma del funcionamiento de las partes individuales.

Por otro lado, la definición de la estructura organizacional para estas teorías se lleva a cabo de acuerdo a los objetivos que aspira lograr la organización, los cuales determinan las funciones requeridas para ello. Las teorías totalizadoras proponen modelos de estructuración de la organizaciones de acuerdo a la funcionalidad buscada, dando lugar al desarrollo de uno de los aspectos más relevantes en el funcionamiento organizacional: la relación estructura - función, de la cual se tratará más adelante.

Dentro de los enfoques totalizadores o sistémicos se han seleccionado tres teorías de gran trascendencia para el desarrollo de la disciplina, pertenecientes a épocas y/o contextos socioculturales diferentes. Es de aclarar que la selección realizada no implica de ningún modo desconocer los aportes que otros modelos han hecho a la disciplina. Las teorías sobre las que se basará el análisis son: la teoría de Henri Fayol (1841-1925) -Escuela clásica de la administración-, la escuela Weberiana de la administración -Teoría de la Burocracia - basada en los escritos del sociólogo alemán Max Weber (1864-1920) - y el modelo de administración propuesto por Henry Mintzberg (1931). Si bien el modelo weberiano está principalmente pensado desde la organización pública estatal, sus principios son aplicables a cualquier tipo de organización.

Desde el marco teórico propuesto por estas tres teorías la organización es concebida como una estructura de relaciones establecidas en función de objetivos previamente definidos por la administración. La misma tendría a su cargo la determinación de la estructura necesaria para el logro de una adecuada interrelación entre las partes de la organización para su eficaz funcionamiento, siendo también responsabilidad de la administración la implementación y puesta en marcha de dicha estructura.

Si bien existen aspectos caracterizados por cierta espontaneidad dentro de las organizaciones, como podría ser el establecimiento de redes de comunicación informal y aspectos relacionados con la psicología y sociología institucional, cualquiera de

estos sólo surge sobre una estructura previa ya dada, y es justamente esta estructura previa la que condiciona la aparición de estos y otros fenómenos espontáneos. El concepto mismo de organización es previo a su existencia física real e implica una etapa previa de determinación de funciones y relaciones entre partes.

Aunque con criterios muy diferentes los tres modelos presentados conciben a la organización como un todo interrelacionado en donde cada parte resulta fundamental para el buen funcionamiento de la organización, y en donde a cada parte le corresponde el desempeño de una función definida y acotada, la cual forma parte del conjunto de funciones que caracterizan a la organización. En este sentido se considera que Henri Fayol inicia una *concepción anatómica y estructural de la organización*⁷⁴ por lo cual ha sido también considerado como el padre de la administración.

Para Fayol la administración constituye una de las diversas funciones de la organización. Sin embargo, no es una función más, sino que es aquella que se encuentra por encima de todas las demás, ya que es la que tiene a su cargo la coordinación de las otras. Es decir que la administración es una función que se infiltra en toda la estructura organizacional y la abarca por completo. En este sentido la administración es totalizante y es la única función (las otras cinco funciones mencionadas por Fayol son: técnicas, comerciales, financieras, de seguridad y contables) que puede y debe tener una visión global de la organización, tanto en su constitución interna como en su relación con el entorno, lo que le permitirá llevar a cabo la evaluación de los procesos de la organización en función a los objetivos de la misma.

Si bien las funciones administrativas se encuentran extendidas a lo largo de toda la organización es posible establecer niveles jerárquicos con distintos ámbitos de responsabilidad. Fayol plantea que en todos los niveles jerárquicos de la organización, desde el nivel

⁷⁴ Chiavenato, Idalberto. *Introducción a la teoría general de la administración*, McGraw Hill, Colombia, 1999, pág. 89.

directivo hasta el operativo se llevan a cabo tareas de tipo administrativo, aunque el porcentaje de las mismas en el total de actividades de cada nivel disminuye a medida que se desciende en la pirámide jerárquica organizacional. Asimismo, el carácter de las tareas administrativas varía grandemente de acuerdo al nivel de la organización del que se trate. En este sentido Henri Fayol propone cinco funciones de la administración: planeación, organización, dirección, coordinación y control. Estas funciones dan lugar al denominado proceso de la administración.

Es posible agregar al proceso una etapa o función diferenciada: la de evaluación, etapa de gran significación para la administración, que en muchos casos suele confundirse erróneamente con el control. Si bien Fayol no la plantea explícitamente, no sería posible planear actividades sin llevar a cabo una evaluación previa. La evaluación es una etapa de particular valor, ya que es la única que permite asegurar la adecuación de la organización a su entorno, manteniendo de esta forma su vigencia y legitimidad social.⁷⁵

De las cinco funciones Fayol “pensó que la planificación era la más importante y la más difícil. Razonaba que una pobre planificación llevaría a dudas, pasos en falso, acciones fuera de tiempo, debilidad general y posiblemente el fin de la empresa. Veía la organización como un problema que involucra tanto recursos materiales como humanos... Para él, la dirección y la coordinación eran necesarias para iniciar y operar efectivamente un sistema de trabajo, con el control como un sistema de revisión”.⁷⁶ De esta manera integraba todas las funciones.

Si bien de acuerdo a Fayol, en todos los niveles de la organización se llevan a cabo diferentes funciones de la administración, es posible considerar que hay dos de ellas, íntimamente relacionadas, cuya significación en los distintos niveles

⁷⁵ Reboledo, Jorge. M. “Auditoría en Salud”. *Cuadernos de Auditoría de Servicios de Salud*, SLASS, nº 1, Parte III, 2001.

⁷⁶ George, Claude S. Jr. *Historia del Pensamiento Administrativo*. Prentice Hall, México, 1974, pág. 147

adquiere diferencias sustanciales que permiten comprender la importancia y especificidad de la organización (o estructuración) en niveles administrativos y su necesaria complementación. A partir de estas funciones es también posible comprender la naturaleza intrínsecamente jerárquica de las organizaciones. Estas funciones son la planeación y la evaluación⁷⁷. Tanto la información necesaria para llevarlas a cabo como así también las consecuencias de su ejecución resultan significativamente distintas entre el nivel más alto de la administración organizacional y el resto de la organización. Este punto resulta de fundamental importancia ya que permitirá comprender diferencias sustanciales entre la formación administrativa y la formación técnico profesional presentes en toda organización, como ya se comentara al plantear la problemática de los hospitales públicos.

En toda organización se requiere establecer criterios de orientación general de las actividades, lo cual se materializa a través de la definición de los objetivos organizacionales, en función de los cuales deben definirse las necesidades estructurales de la misma. Estas involucran tanto las necesidades técnico profesionales, como la definición de áreas de trabajo, competencias, interacciones y vías de comunicación necesarias. Para todo ello se requiere una visión de la organización como una unidad y en íntima relación con el contexto. Así, el lugar que ocupa la organización en el ámbito sociocultural como su relación con otras organizaciones, las fortalezas, debilidades y posibilidades de crecimiento en función de variables macro y microeconómicas, legales y otros aspectos impuestos a la organización a partir de su entorno, constituyen elementos fundamentales para llevar a cabo los procesos de decisión que determinarán el rumbo de la organización. Se concluye entonces que de todos los niveles administrativos de una organización sólo hay uno que reúne los requisitos necesarios para llevar a cabo semejante tarea, y éste es el nivel más alto de la administración. El mismo, a diferencia de los demás niveles administrativos, es el único que posee las

⁷⁷ Si bien aquí se presentan como funciones separadas, si se considera el proceso de planificación, la evaluación constituye la última etapa del mismo, de manera que forma parte de dicho proceso.

características que le permiten contar con los elementos necesarios para cumplir adecuadamente dicha tarea.

En tanto que la organización debe asegurar su permanencia temporal y su legitimidad social (ambos aspectos íntimamente relacionados), la misma debe continuar satisfaciendo alguna necesidad social existente. Para ello se requiere que la organización adecue continuamente sus procesos y estructuras, para lo cual necesita el conocimiento profundo de diversas variables tanto del entorno organizacional como de la propia organización. Este conocimiento y acceso a la realidad no se encuentra disponible en todos los niveles de la organización, ya que en su mayoría, las distintas áreas de la misma se ocupan de aspectos específicos de su funcionamiento, inclusive cuando se trata de aspectos relacionados con el comportamiento de variables impuestas por el entorno a la organización.

En este sentido, un aspecto a considerar, que ya fuera destacado por Henri Fayol, es que cuanto más se descende en el nivel administrativo de la estructura organizacional, mayor es la especialización que ostentan aquellos que se desempeñan en tales niveles. Estos miembros de la organización se abocan a una tarea de gran especificidad que por lo tanto requiere una importante capacitación y dedicación técnica. De la misma manera, a medida que se asciende en la pirámide organizacional, menor es la especialización y mayor el porcentaje de funciones administrativas y el poder de decisión. Con ello no quiere decirse que en estos niveles la capacitación sea menor, pero la misma está destinada a brindar herramientas para el análisis de realidades más amplias, con un alto número de variables de tipo social, cultural, económico y psicológico involucradas y con una orientación hacia los procesos de decisión.

Se comprende entonces que no es posible alcanzar una imagen global de la organización en los niveles de gran especialización técnica por lo que se requiere de un nivel que antes que abordar una problemática muy específica pueda comprender la situación de la organización toda en función de sus aspectos internos y el contexto

que la rodea de manera de poder organizar y coordinar las tareas del conjunto para su adecuado funcionamiento. Al respecto Henry Mintzberg comenta que “cuando una tarea es altamente especializada en la dimensión horizontal, se estrecha la perspectiva del trabajador, haciéndosele difícil relacionar su trabajo con el de otros”.⁷⁸

La situación planteada podría analogarse a un ejemplo planteado desde el nivel de la práctica asistencial en salud. Si se tiene en cuenta la gran especialización de los profesionales a la que se ha asistido en los últimos años, surge con más fuerza la necesidad de un profesional que pueda ver al individuo como un todo y a partir de allí analizar y comprender su estado en términos de salud – enfermedad. La visión desde el especialista tiende a ser reduccionista por la propia formación y práctica profesional, de manera que la lectura de un signo o síntoma referido por el paciente no siempre resulta acertada. Por ello se hace necesaria la incorporación a la práctica institucional de la figura de lo que podría denominarse como médico coordinador, aunque más allá de la denominación lo importante es la función que el mismo debería cumplir, función de evaluar y guiar el recorrido del paciente dentro del sistema de atención, realizando un seguimiento posterior, de manera de asegurar su adecuado diagnóstico y tratamiento, e incluso analizar la necesidad y riesgos de la interacción de múltiples tratamientos simultáneos. En forma análoga a lo que ocurre en una organización, la evaluación de la situación particular de un paciente así como la determinación de la conducta a seguir puede requerir de la participación e informes de especialistas, pero su correcta comprensión y la toma de decisión consecuente sólo serán posibles en función de una realidad compleja que caracteriza al individuo - paciente y que excede grandemente cualquier enfoque parcial. La interrelación de variables en cada caso sólo podrá ser comprendida desde un marco de análisis que así lo permita. La información sólo cobrará sentido en función de un individuo particular, en un momento y entorno particulares.

⁷⁸ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. El Ateneo, Buenos Aires, 2001, pág. 37.

Existe de esta manera sólo un nivel que tiene acceso a un conocimiento global de la organización y de su relación con el entorno que la rodea. Y ello no se debe a una imposibilidad de los demás niveles impuesta verticalmente sino que se basa en limitaciones inherentes al funcionamiento y desarrollo de organizaciones complejas, y a la necesidad de repartir las distintas tareas a cumplir. En este sentido y a pesar de que en los últimos tiempos suelen proponerse estructuras organizacionales de corte "participativo", la complejidad y la capacitación necesaria para establecer la información necesaria para la toma de decisiones y la evaluación del funcionamiento global de la organización, así como su análisis y utilización, hacen que en la práctica estas propuestas queden convertidas en meros deseos o ardidés demagógicos. El manejo de información relevante para la supervivencia de la organización hace que naturalmente se establezca una relación de grados de importancia (y jerarquía) entre las partes de la organización, en donde algunas de ellas se convierten en indispensables para la vida y/o adecuado ajuste de la organización al contexto así como entre sus partes constituyentes (como el cerebro o el sistema nervioso podrían serlo para el organismo), mientras que otras pueden resultar prescindibles, al menos temporalmente.

De este modo, los niveles de planeación y evaluación se distribuyen dentro de la organización en forma coincidente con las jerarquías administrativas, requiriéndose para estas tareas el manejo de elementos que caracterizan a la función administrativa. Es entonces que la función administrativa de las organizaciones se constituye en la función más difundida de las mismas, aunque no por ello resulta menos especializada. Es además una función que necesariamente debe existir y que, a diferencia de otras, debe formar parte de la misma estructura organizacional. Esto es, sus estructuras no pueden funcionar por fuera de la organización, sino que forman parte y funcionan dentro de la estructura física de la misma. Constituye la función que otorga coherencia al conjunto de la organización, y es la responsable del

adecuado funcionamiento global de la organización y su adecuación a las necesidades del entorno.

El cumplimiento de tales funciones requiere de una sólida formación administrativa, no siendo la formación profesional en otras disciplinas, como puede ser el caso de la salud, suficiente para un adecuado desempeño.

Un aspecto de suma importancia para la comprensión de la función administrativa está dado por el hecho de que la organización actúa en un contexto particular y forma parte de él. Que en la organización se establezcan funciones diferenciadas entre sus miembros, algunas de las cuales implican el dominio de técnicas y conocimientos específicos permite comprender la existencia de una necesaria y natural constitución de campos de acción y responsabilidad en su interior. Campos que en algunos casos se extienden al entorno y se internan en él. Si se considera que la esencia de toda organización social lleva implícito el propósito de perpetuarse a la vez que de satisfacer determinadas necesidades sociales, ello implica necesariamente la diferenciación de la organización dentro del conjunto de organizaciones similares y el establecimiento de relaciones de carácter específico con múltiples y diferentes tipos de organizaciones y grupos sociales, adquiriendo relevancia el concepto de "campo" u "órbita de rol"⁷⁹, que define el campo de acción de la organización. Es responsabilidad de la administración evaluar en forma permanente su órbita de rol, de manera de implementar los procesos necesarios para su refuerzo y/o ampliación.

Las etapas del proceso de la administración previamente mencionadas son llevadas a cabo en muchos casos por más de una persona. No obstante, ello debe realizarse en forma conjunta. Es decir, puede tratarse de un equipo de trabajo, pero dado que las distintas

⁷⁹ "El campo u órbita de rol consiste en el complejo de papeles e interrelaciones que el titular de un status dado domina por el hecho de ocupar ese status ... En todas las organizaciones, los ocupantes de ciertos status desempeñan una función de enlace con otras organizaciones". Evan, William M. "La órbita de la organización: hacia una teoría de las relaciones interorganizacionales". En Thompson, James D., compilador. *Teoría de la Organización*. Bibliográfica Ameba, 1966, p. 199.

etapas del proceso forman parte de un todo coherente y que cada una de ellas constituye un elemento esencial para poder analizar y determinar las demás, el proceso debe ser llevado o por una misma persona o por un equipo de trabajo.

Si bien en toda organización existirán diferentes áreas de trabajo, cada una de ellas con un modo particular de trabajo y necesidades diferentes, y aún cuando en cada caso se evalúe la mejor forma de encarar el trabajo específico, el mismo deberá adecuarse siempre a las prerrogativas definidas desde el nivel de administración general de la organización. Por supuesto que el proceso de administración se repetirá en los distintos niveles de la administración de la organización. Es decir, en cada nivel de la escala jerárquica se llevará a cabo un proceso administrativo, aunque en todos los niveles por debajo del nivel más alto de administración de la organización ello siempre estará limitado a su adecuación a las directivas generales de la dirección.

Otro principio de administración planteado por distintas escuelas o teorías de la administración es el principio de división del trabajo. Si bien el mismo no es negado por las escuelas con una visión reduccionista de la organización y la administración, el mismo adquiere su verdadero sentido a partir de un criterio totalizante de la organización.

“El término «división del trabajo» data del siglo XVIII, cuando Adam Smith escribió *La riqueza de las naciones* ... Smith nota ... la mejorada destreza del trabajador al especializarse en una tarea, y el ahorro del tiempo perdido en cambiar tareas...”⁸⁰ El reparto de tareas o actividades en un grupo de individuos resulta inherente al hombre, y da lugar a la necesidad de administración de las organizaciones. En este sentido ya se observa en las primeras comunidades humanas esta necesidad de organizar el trabajo, distribuyéndolo entre sus miembros, de modo de lograr una complementariedad y favorecimiento mutuo. Si

⁸⁰ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. El Ateneo, Buenos Aires, 2001, págs. 34-35.

una sola persona tuviera que hacerse cargo de todas las tareas a cumplir para la satisfacción de sus necesidades, el tiempo empleado para ello podría no permitirle lograr la satisfacción de las mismas en el momento adecuado.

Por otro lado, se observa un impulso humano espontáneo de repartir las distintas actividades a realizar entre la cantidad de individuos capaces y disponibles para llevarlas a cabo, siendo pudiendo entonces comprenderse el principio de "división del trabajo" como una consecuencia natural de la organización del trabajo del hombre.

Esta división de tareas fue adquiriendo niveles cada vez más importantes a medida que fue aumentando y profundizándose la especialización de los individuos en tareas cada vez más específicas, lo que puede observarse en las distintas disciplinas actuales. Esta tendencia a la especialización ha llevado en los últimos años a la aparición de nuevas "subespecialidades" como mayores niveles de especialización dentro de especialidades ya existentes.

Otro aspecto de relevancia en la administración lo constituye la figura del jefe o responsable de dirigir el trabajo de otros. Esta función se relaciona íntimamente con la división del trabajo. La existencia de un individuo que toma a su cargo la dirección y coordinación del trabajo de otros constituye un elemento que garantiza la unidad de criterio y acción en la organización.

Si bien en la mayor parte de las organizaciones modernas los jefes o directivos no surgen de manera espontánea, como podría ocurrir con el surgimiento de líderes en ciertas agrupaciones humanas, sino que son elegidos específicamente para llevar a cabo dicha función, es de fundamental importancia evaluar las características de los candidatos que favorecerán un adecuado desempeño del cargo. La formación profesional en la materia no resulta suficiente, requiriéndose de múltiples habilidades o cualidades personales, las que no siempre pueden ser aprendidas y aprehendidas mediante la formación profesional.

Uno de los conceptos de mayor importancia para la administración es el concepto de autoridad. Al respecto, es necesario comprender su relación con los conceptos de poder y jerarquía, dado que estos tres términos, íntimamente relacionados entre sí, suelen confundirse. Resulta útil plantear algunos conceptos desarrollados por Max Weber al respecto:

“La autoridad representa el poder institucionalizado y oficializado. Para Weber el poder implica la probabilidad de imponer la propia voluntad dentro de una relación social, aún en contra de cualquier forma de resistencia, y cualquiera que sea el fundamento de esa probabilidad. La autoridad proporciona poder. Lo contrario sin embargo no siempre se da, pues el poder no siempre significa autoridad. La autoridad - y el poder que proviene de ella - depende de la legitimidad, que es la capacidad de justificar su ejercicio. La legitimidad otorga poder. La autoridad es legítima cuando es aceptada.

La autoridad proporciona poder y el poder conduce a la dominación. La dominación significa que la voluntad manifiesta (orden) del dominador influye en la conducta de otros (dominados), de modo que el contenido de la orden, por sí mismo, se transforma en norma de conducta (obediencia) para los subordinados. La dominación es una relación de poder.

Cuando la autoridad se ejerce sobre un gran número de personas y un vasto territorio necesita un aparato administrativo - personal administrativo - para ejecutar las órdenes y servir como punto de unión entre la autoridad y los subordinados”.⁸¹

Si bien la existencia de elementos de autoridad y jerarquía es común a toda organización, la naturaleza de los mismos puede variar. En este sentido existen para Weber tres tipos de autoridad legítima, cada uno de los cuales se relaciona con un tipo de aparato administrativo. Ellos son:

⁸¹ Chiavenato Idalberto. *Introducción a la teoría general de la administración*, McGraw Hill, Colombia, 1999, pág. 455.

- a. "autoridad tradicional
- b. autoridad carismática
- c. autoridad racional, legal o burocrática

a. Autoridad tradicional. Este tipo de autoridad se da cuando los subordinados consideran que las órdenes de los superiores son justificadas porque ésa fue siempre la manera de hacer las cosas. El dominio patriarcal del padre de familia representa un ejemplo de este tipo de autoridad. El poder tradicional no es racional, puede transmitirse por herencia y es conservador al extremo. Todo cambio social implica ruptura de las tradiciones. En este caso la legitimación del poder se da en la creencia en el pasado eterno, la justicia y la validez de la manera tradicional de actuar. Los límites los fijan las costumbres y los hábitos. El aparato administrativo propio de este tipo de autoridad puede adquirir dos formas:

- 1- forma hereditaria: los funcionarios que preservan la dominación tradicional son parientes, favoritos o empleados que casi siempre dependen económicamente de la autoridad máxima;
- 2- forma feudal: los funcionarios, en su calidad de vasallos o señores feudales, son aliados de la autoridad. Tienen una jurisdicción independiente, disponen de sus propios dominios administrativos y no dependen económicamente de aquella.

b. Autoridad carismática. En este caso los subordinados aceptan que las órdenes del superior son justificadas por la influencia de la personalidad y el liderazgo del superior con el cual se identifican. El poder carismático es un poder sin base racional. Es inestable y adquiere fácilmente características revolucionarias.

A diferencia del poder tradicional, no puede ser delegado ni heredado. El líder se impone por ser alguien fuera de lo común, que posee habilidades particulares o tiene poder de persuasión, que no proviene de su posición o jerarquía. La autoridad carismática está basada en la devoción afectiva y emocional de los subordinados por el líder. El aparato administrativo que caracteriza este tipo de autoridad está constituido por los discípulos y subordinados más leales, que actúan como intermediarios entre el líder y la masa de seguidores. Este tipo de aparato administrativo es inestable e inconstante. El personal administrativo se escoge con base en la confianza y no en función de las calificaciones personales o en la capacidad técnica. Si el subordinado deja de merecer la confianza del líder es sustituido por otro más confiable.

- c. Autoridad racional, legal o burocrática. Este tipo de autoridad se da cuando los subordinados aceptan que las órdenes de los superiores son justificadas porque concuerdan con un conjunto de preceptos o normas que consideran legítimos, y de los cuales se deriva el poder de mando. Es el tipo de autoridad técnica, meritocrática y administrativa. Se considera que las leyes pueden ser promulgadas y reglamentadas libremente por procedimientos formales y correctos. El grupo gobernante elegido ejerce autoridad sobre los subordinados, de acuerdo con ciertas normas y leyes. La obediencia no se debe a una persona en sí, por sus cualidades excepcionales o por su tradición, sino a un conjunto de normas y reglamentos legales, previamente establecidos.

La legitimidad del poder racional y legal se basa en normas legales racionalmente definidas.

En la dominación legal, la creencia en la justicia de la ley es el fundamento de la legitimación. El gobernante es visto como una

persona que alcanzó tal posición por procedimientos legales (nominación, elecciones, concursos, etc.) y en virtud de su posición alcanzada ejerce el poder dentro de los límites que fijan las normas y reglamentos sancionados legalmente.

El aparato administrativo que corresponde a la dominación legal es la burocracia, y su fundamento son las leyes y el orden legal. La posición de los funcionarios (burócratas) y sus relaciones con el gobernante, los gobernados y sus colegas burócratas son estrictamente definidas por reglas impersonales y escritas que delinear, de manera racional, la jerarquía del aparato administrativo, los derechos y deberes inherentes a cada posición, los métodos de reclutamiento y selección, etc., como se verá más adelante”.⁸²

“En el caso de la autoridad legal, la obediencia es el resultado del orden impersonal establecido legalmente. Éste se extiende a las personas que ejercen autoridad en un cargo y únicamente en él, en virtud de que sus órdenes tienen legalidad formal, pero sólo dentro del área de autoridad específica del puesto”.⁸³

En una organización podrá existir cualquiera de estos tipos de autoridad e inclusive pueden coexistir varios de ellos en diferentes niveles administrativos de la organización. Para Weber sin embargo, el último tipo, el burocrático, resultaría el más adecuado para organizaciones complejas. Fundamenta así su modelo burocrático de administración en el marco legal que lo caracteriza.

De todas formas, independientemente del tipo de autoridad instaurada, se plantea que toda organización presenta una estructura jerárquica y de autoridad definida.

Los conceptos vistos hasta el momento: la administración como función de coordinación y estructurante de la organización, la división del trabajo y la necesidad de un jefe o coordinador son algunos de los

⁸² Chiavenato, Idalberto. *Introducción a la teoría general de la administración*, McGraw Hill, Colombia, 1999, pág. 452.

⁸³ Weber, Max. *The Theory of Social and Economic Organization*, traducida por Henderson A. M. y Parsons, T. The Free press of Glencoe, New York, 1964, pág. 328.

elementos más importantes que permiten asegurar la coherencia del accionar de la organización en su conjunto, y considerarla en su totalidad de modo que se trate de una organización propiamente dicha. De otra manera se estaría hablando de un conjunto de individuos que comparten un lugar físico de trabajo, mas no de una organización.

De la necesidad de que existan individuos que planifiquen, dirijan, coordinen y controlen el trabajo de otros surge el principio de autoridad y jerarquía en la organización. El mismo se relaciona directamente con la división del trabajo y la necesidad de asegurar unidad de criterio y un funcionamiento ordenado y coordinado entre todos los miembros de la organización. Ello adquiere especial relevancia si se tiene en cuenta que difícilmente en un grupo humano exista coincidencia absoluta de objetivos entre sus miembros, y sobre todo, en su concepción acerca del modo de organizar el trabajo. Esto último es particularmente importante, en tanto que la capacidad de diseñar y organizar los procesos de una organización depende en gran medida de la consideración de aspectos que están fuera del alcance de la observación de individuos no entrenados para ello. Aspectos muchas veces considerados sin importancia resultan significativos para un mejor aprovechamiento de los recursos con que cuenta la organización.

El principio de autoridad y jerarquía, socavado grandemente a partir de propuestas de pseudodemocratización administrativa tiene una fundamentación que no puede desconocerse si se tiene el firme propósito de constituir una organización eficaz.

Como se analizara previamente con respecto a los niveles de administración y sus responsabilidades específicas, y con ello la necesidad de una preparación particular de sus miembros, se comprende que aquellos individuos que tienen a su cargo la definición del trabajo de otros, su dirección y coordinación, requieren poseer conocimientos y habilidades específicas, no siendo suficientes o adecuados en este sentido los conocimientos de los especialistas que se desempeñan en un nivel que podría denominarse como nivel

operativo de la organización (obreros, docentes, médicos, enfermeros, arquitectos), requiriéndose conocimientos propios de administración. En el caso particular de las instituciones de atención de la salud, aquellos que ocupan cargos de jefaturas necesitan una capacitación en tareas que van más allá de los aspectos asistenciales.

La estructuración jerárquica de las organizaciones se funda entonces en un criterio de especialización orientado hacia la eficiencia y eficacia del sistema organizacional, sostenido por la división del trabajo. En donde eficiencia y eficacia no deben ser concebidos a partir de su significación económico-contable, sino desde un criterio propiamente administrativo y racional, esto es, en función de una adecuada utilización de los recursos para el logro de los objetivos organizacionales.

Si bien las tres teorías seleccionadas tienen una mirada totalizante de la organización, puede decirse que Henri Fayol hace especial hincapié en la estructuración de la organización mientras que la Teoría de la Burocracia centra su análisis en el modo de encarar el trabajo a lo largo de toda la organización, dando lugar al nacimiento del concepto de burocracia. La burocracia constituye para Max Weber “una forma de organización humana que se basa en la racionalidad, es decir, la adecuación de los medios a los objetivos (fines) pretendidos, con el fin de garantizar la máxima eficiencia posible en la consecución de esos objetivos”.⁸⁴ Este autor considera que la burocracia como forma de organización, el capitalismo y la ciencia moderna constituyen tres formas de racionalidad surgidas a partir de los cambios religiosos ocurridos en los países protestantes, siendo la burocracia un tipo de poder.⁸⁵ La misma implica un concepto de administración basado en la determinación y normatización de las tareas que corresponden a cada puesto de trabajo en la organización. La norma constituye entonces un elemento fundamental del modelo

⁸⁴ Chiavenato, Idalberto. *Introducción a la teoría general de la administración*, McGraw Hill, Colombia, 1999, pág. 451.

⁸⁵ Chiavenato, Idalberto. *Introducción a la teoría general de la administración*, McGraw Hill, Colombia, 1999.

burocrático, siendo su cumplimiento el que asegura el funcionamiento deseado de la organización. Por otra parte, el cumplimiento de los procesos establecidos y normatizados reduce la influencia de los aspectos personales, estando la división del trabajo basada en un criterio de especialización funcional.

La norma, elemento muchas veces repudiado dentro de las organizaciones, resulta indispensable para la adecuación de los procesos institucionales a la realidad tanto interna como externa de la organización. A diferencia de lo que vulgarmente se dice al respecto, constituye uno de los elementos más dinámicos de la organización.⁸⁶

Ya se ha hecho referencia a la importancia que la estructura de la organización tiene para el desarrollo de las funciones que en la misma se llevan a cabo. Al respecto Henry Mintzberg aporta elementos de flexibilización de la estructura organizacional. Si bien reconoce una estructura base de la organización, brinda a la aquella una mayor plasticidad, considerando que la misma puede adquirir diferentes características – configuraciones en su terminología – de acuerdo a las necesidades de la organización en un momento dado.⁸⁷

Mintzberg plantea que la organización está constituida por cinco componentes, cada uno de los cuales se caracteriza por el tipo de actividad que lleva a cabo: cumbre estratégica, línea media, núcleo operativo, staff de apoyo y tecnoestructura. Reordena así la pirámide organizacional típica de la escuela clásica de Henri Fayol teniendo en cuenta los conceptos de división del trabajo, mecanismos de coordinación del trabajo (ajuste mutuo, supervisión directa y estandarización - de insumos o destrezas, de procesos de trabajo y de productos), y el peso de las distintas partes de la organización en función del desenvolvimiento global de la misma. Alcanza de este modo una nueva conformación organizacional que plantea a su vez diferentes combinaciones posibles entre sus componentes, razón por la

⁸⁶ Reboredo Jorge M. "El concepto de norma". *Cuadernos de Auditoría de Servicios de Salud*, SLASS, n° 2, 2000.

⁸⁷ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. El Ateneo, Buenos Aires, 2001.

cual se la puede considerar de mayor plasticidad. Es interesante destacar que, aun cuando no constituya su finalidad, Mintzberg incorpora el elemento "poder" al análisis de la organización, al considerar que las distintas configuraciones que puede tomar la misma responden a la fuerzas resultantes de la acción de los distintos componentes de la organización de acuerdo a una tendencia "natural" de éstos para alcanzar una primacía con relación al resto de la organización. En este sentido Mintzberg propone cinco configuraciones organizacionales posibles, cada una de ellas basada en la mayor importancia relativa de un determinado mecanismo de coordinación, característico de uno de los componentes de la estructura organizacional: estructura simple, burocracia mecánica, burocracia profesional, forma divisional y adhocracia.

El modelo propuesto por Henry Mintzberg será analizado en mayor profundidad más adelante, ya que será tomado como referente para el análisis de las estructuras y funcionamiento de los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires.

A partir de los tres modelos propuestos es posible concluir que la administración de las organizaciones se basa en la implementación de los siguientes aspectos: división del trabajo, coordinación de tareas, estructuras definidas y líneas de autoridad y jerarquía. Todos estos elementos se hallan presentes de manera insoslayable, aunque sus características particulares y su relación con los demás puede variar, de acuerdo al modelo considerado. En este sentido, puede decirse que el modelo propuesto por Henry Mintzberg se superpone al modelo de la pirámide clásica de la administración, planteado por el modelo de Fayol y el modelo burocrático.

Mintzberg plantea la incompletud de las distintas teorías existentes sobre administración, y considera que los distintos enfoques deben ser combinados para poder tener una clara idea de la complejidad que implica toda organización.

Si bien es posible afirmar que las tres teorías consideradas no trabajaron los aspectos emocionales y las relaciones humanas dentro

de la organización y en función de las actividades de la misma, brindan las bases conceptuales para la estructuración y conducción de una organización, característica relevante para el presente trabajo, que podrá ser complementada con el desarrollo de los aspectos no abordados como la psicología institucional y el estudio del conflicto, entre otros. Sin embargo, aún autores que han comprendido la importancia de llevar a cabo un estudio de los aspectos sociales e informales de la organización para su adecuada administración conciben a la estructura organizacional como un aspecto básico y primordial.⁸⁸

4.3.1. LA ADMINISTRACIÓN COMO CATEGORÍA INTEGRADORA

Como se desprende de lo visto hasta el momento, la administración, como disciplina con un objeto de estudio propio, se diferencia grandemente del resto de las disciplinas de la salud. El proceso administrativo constituido por las diferentes etapas de la Administración constituye la base para la organización y funcionamiento de las organizaciones sociales, entre las cuales no es posible dejar de considerar al Hospital Público. Así, el proceso administrativo se constituye en la base misma de la tarea organizacional, ya se esté hablando de procesos tradicionalmente denominados “administrativos” o procesos “de atención de la salud”; si bien, desde un punto de vista teórico, todo proceso puede comprenderse como un proceso de la administración.

⁸⁸ Al respecto dice Philip Selznick: *The mobilization of technical and managerial skills requires a pattern of coordination, a systematic ordering of positions and duties which defines a chain of command and makes possible the administrative integration of specialized functions. but as we inspect these formal structures we begin to see that they never succeed in conquering the non-rational dimensions of organizational behavior. The latter remain at once indispensable to the continued existence of the system of coordination and at the same time the source of friction, dilemma, doubt, and ruin.* (Selznick Philip. “Foundations of the Theory of Organization”. En Amitai Etzioni, *Complex organizations. A sociological reader*, Holt, Rinehart and Winston, Estados Unidos, 1966).

El diseño y funcionamiento de una organización, plantea el pasaje de una práctica individual al agrupamiento de un conjunto de individuos para el logro de objetivos comunes establecidos. En este sentido, la constitución de la organización requiere de un replanteo de las prácticas profesionales o técnicas desde una nueva dimensión de análisis que excede los conocimientos específicos de las mismas. Se requiere de una visión global del conjunto de acciones que la organización lleva a cabo y del manejo de herramientas que permitan organizarlas y coordinarlas para el logro de los objetivos deseados. Las tareas de la organización no pueden ser consideradas simplemente como el resultado de la sumatoria de los procesos que cada miembro de la organización de manera individual lleva a cabo desde su disciplina o conocimiento particular, o incluso de la sumatoria de procesos que cada área realiza, sino que se requiere de una acción organizada y coordinada desde un nivel central que los abarque a todos. No basta con que un grupo de profesionales trabaje dentro de una misma estructura edilicia para pensar en una organización. La definición de la organización es previa y está por fuera de cada una de las disciplinas involucradas en particular. De este modo las diferentes disciplinas y áreas que forman parte de la organización ocupan un lugar definido previamente por un nivel superior que las contempla a todas y que define el perfil que a cada una le corresponde desempeñar. Ello no implica desconocer el valor y la importancia de los aspectos que cada disciplina involucrada puede aportar, sino que, desde una perspectiva kantiana, es posible decir que cada disciplina podrá encontrar en la limitación que se le impone a su ejercicio, su propia libertad para actuar. Esto se relaciona por otra parte con la definición de las competencias que a cada área le son adjudicadas, y con ello la claridad en el funcionamiento y las relaciones de las partes del sistema entre sí para un adecuado desenvolvimiento global.

Estos planteos pueden complementarse con los aportes de la Escuela estructuralista de la Administración, para la cual existe un conflicto entre la autoridad del especialista, que reside en el

conocimiento y la autoridad administrativa, dada por la jerarquía.⁸⁹ A ello se agregan los dilemas planteados por Peter Blau y Richard Scout, quienes proponen la existencia de dificultades en tres niveles diferentes:

- conflicto entre la coordinación y la comunicación libre: la “libre comunicación permite un desempeño superior de los individuos; sin embargo, cuando trabajan en grupo, los individuos presentan un desempeño pobre en actividades de coordinación”.⁹⁰
- conflicto entre la disciplina burocrática y la especialización profesional: mientras que “los principios burocráticos están ligados a los intereses de la organización, ... los principios profesionales se refieren a normas técnicas y códigos de ética de la profesión. Mientras que el especialista profesional debe representar los intereses de su profesión, el burócrata debe representar los de la organización”.⁹¹
- conflicto entre la necesidad de planeación centralizada y la necesidad de iniciativa individual: “cuanto más centralizada sea la planeación, menor será la iniciativa individual, y viceversa.”⁹²

Como todo sistema social, el hospital debe establecer reglas de relación entre sus partes en función de un objetivo que está más allá del objetivo de cada servicio en particular y que es en definitiva hacia donde la organización social debe apuntar.

La administración como disciplina brinda las bases para la comprensión y establecimiento de cualquier organización social, y para su continua adaptación a los cambios y necesidades contextuales. En este sentido puede considerarse a la Administración como la encargada de organizar y coordinar la utilización de los recursos

⁸⁹ Chiavenato, Idalberto. *Introducción a la teoría general de la administración*, McGraw Hill, Colombia, 1999.

⁹⁰ Chiavenato, Idalberto. *Introducción a la teoría general de la administración*, McGraw Hill, Colombia, 1999, pág. 541.

⁹¹ Chiavenato, Idalberto. *Introducción a la teoría general de la administración*, McGraw Hill, Colombia, 1999, pág. 541.

⁹² Chiavenato, Idalberto. *Introducción a la teoría general de la administración*, McGraw Hill, Colombia, 1999, pág. 541.

disponibles escogiendo los métodos más adecuados para el logro de los mejores resultados posibles a un costo socialmente adecuado. La falta de un nivel administrativo sólidamente establecido favorece la coexistencia dentro de la organización de grupos movilizados por objetivos particulares, no siempre coincidentes con los de la organización, pero por sobre todo, con las necesidades de la sociedad a la cual una organización pública debe dar respuesta.

4.4. LA RELACIÓN ESTRUCTURA – FUNCIÓN

Uno de los aspectos fundamentales de las organizaciones es su estructura y las funciones que sobre la misma se llevan a cabo. Si bien fundamental es uno de los términos más discutidos por las distintas escuelas de la administración como así también por las escuelas complementarias que algo podrían decir al respecto como la sociología y la psicología. Probablemente la visión de las diferentes escuelas de administración no tuvieron en general carácter excluyente sino complementario, a partir de diferentes perspectivas, algunas muy restringidas en su apreciación.

Las organizaciones en tanto elementos culturales de una sociedad no pudieron limitarse, aunque algunos autores lo pretendieron, a teorías sencillas, recibiendo la influencia de las teorías de la sociedad.

El ser humano piensa en forma natural en términos de la díada estructura – función. Ello podría explicarse en tanto que el hombre es en sí mismo y se expresa a través de la interacción e integración de aspectos estructurales y funcionales. En tanto que éstos se determinan mutuamente, las organizaciones sociales, cualquiera sea su tipo, expresarán necesariamente estos dos aspectos de la naturaleza humana. Por otro lado, y a partir de los aspectos mencionados, se observa el establecimiento espontáneo de jerarquías en el conjunto de estructuras

y funciones, lo que se determina con relación a la importancia relativa que cada una de ellas tiene para la supervivencia y buen desenvolvimiento de la entidad hombre u organización en la sociedad. De manera que es posible comprender el fenómeno de jerarquización como un fenómeno propiamente humano y característico de la organización social del hombre, tema ya tratado.

La administración tiene a su cargo la ubicación espacio temporal de las distintas partes que componen la organización, de manera análoga a lo que ocurre con la composición de una partitura musical con el objetivo de obtener una obra de una determinada armonía, estilo y acústica. Existe una relación íntima entre la disposición de las piezas de la organización, o notas en nuestro ejemplo, para el armado de una cierta construcción témporo espacial que determina un resultado particular. Por otra parte, este resultado final variará necesariamente con cualquier cambio que se produzca ya sea en la selección de los elementos que participan, como en su ubicación y/o duración, o sea en su relación con las demás piezas (o notas) del conjunto.

Siguiendo con la analogía propuesta, al igual que un director de orquesta el administrador es la figura que, sin ser especialista en la labor que cada una de las partes de la organización lleva a cabo, debe conocer las características fundamentales de cada una y las posibles interrelaciones y consecuentes combinaciones que entre ellas se pueden originar para de esta forma emplear tales conocimientos en la organización del trabajo conjunto para un buen rendimiento global.

Si se consideran las funciones inherentes a los Hospitales Públicos, se observa que se han producido importantes cambios a lo largo del devenir histórico. Así, en un comienzo los Hospitales Públicos brindaron fundamentalmente techo y comida a los desamparados para luego ir incorporando cada vez más acciones de atención de la salud propiamente dichas, primero en un nivel individual para luego orientar las actividades al tratamiento de aspectos comunitarios. Por otra parte, existen marcadas diferencias

entre las funciones que llevan a cabo distintas instituciones hospitalarias, definidas a partir de sus particularidades contextuales y condicionamientos internos.

Ya que cada institución deberá llevar a cabo funciones diferenciadas resulta necesario comprender qué tipo de relación se plantea entre las funciones de una organización y su estructura y en todo caso, de qué tipo de relación se trata.

Para Henry Mintzberg, la estructura organizacional es el resultado de las formas en que divide su trabajo entre distintas tareas y logra su coordinación. Es decir que la estructura no sólo se define a través de las distintas áreas que componen la organización, sino que está asimismo determinada por la modalidad de organización del trabajo

Existe una relación intrínseca y de determinación entre la estructura y la función. Al respecto es interesante analizar el binomio estructura – función desde la perspectiva aristotélica. Si bien Aristóteles parte de objetos u órganos animados en su análisis, es posible aplicar los conceptos planteados por el autor a las propias organizaciones. Es el alma para Aristóteles la que otorga la vida a una estructura potencialmente vital, lo que está íntimamente relacionado con la función para la que esa estructura está potencialmente capacitada para ejercer. Como ejemplo, menciona Aristóteles que si considerásemos al ojo como un animal, su alma sería la vista. Para Aristóteles “el poder de la vista es lo que hace que el ojo sea un ojo real y actual; sin la vista, en la opinión de Aristóteles, el cuerpo del ojo, su estructura material, no sería realmente un ojo, no más que la imitación esculpida o pintada del ojo en una estatua.”⁹³ La misma identidad del ente estaría entonces determinada por la posibilidad real de poner en práctica las funciones que potencialmente puede desarrollar. Si bien Aristóteles no utiliza los términos estructura y función en su análisis, sino materia y forma, el significado que otorga a cada de estos permite considerar a la estructura como el análogo de

⁹³ Armstrong, A. H. *Introducción a la Filosofía Antigua*. Eudeba, Buenos Aires, 1993 pág. 153.

lo que para Aristóteles es la materia, lo que lleva en sí la potencia de ser, mientras que la función o acción serían el equivalente de la forma, aquello que permite a la materia alcanzar su identidad primeramente potencial. Se da entonces que, para que algo sea lo que es, debe poder cumplir con la función que de tal ente se espera.

Agrega Aristóteles que “un cuerpo natural que tiene vida en potencia debe ser orgánico, esto es, debe tener los órganos o partes instrumentales, necesarios para el desempeño de sus funciones vitales”.⁹⁴ Para Aristóteles materia y forma constituyen aspectos de una misma cosa, por lo que no pueden existir separadamente, salvo en el pensamiento. Se plantea de este modo una relación entre estructura y función en donde una no existe sin la otra, más que en un plano abstracto e irreal.

Alfred Chandler⁹⁵ plantea que es la estrategia a seguir por la organización la que determina la estructura necesaria, y que en muchos casos el fracaso en modificar la estructura en función de cambios de estrategia pueden deberse a la extrema concentración de los directivos en las actividades operacionales.

Estos criterios aplicados a las organizaciones de atención de la salud plantean una seria dificultad, en tanto que en la mayoría de los casos no queda claro cuáles son las funciones que cada organización debe llevar a cabo, debido a que no existe una especificación al respecto.

En lo referente a la organización de las distintas partes que componen la organización, Henri Fayol propone que las mismas deben disponerse de forma tal de crear las condiciones para el desarrollo de las funciones pretendidas, concibiendo a la estructura como la estructura anatómica que brinda la base para la fisiología de la organización.

⁹⁴ Armstrong, A. H. *Introducción a la Filosofía Antigua*. Eudeba, Buenos Aires, 1993 pág. 153.

⁹⁵ Chandler, Alfred D. *Strategy & Structure: Chapters in the History of the Industrial Enterprise*, MIT Press, Cambridge, 1962.

En este sentido cabe destacar que la mayoría de las instituciones hospitalarias de la Ciudad de Buenos Aires presentan un aspecto de su estructura como lo es el de la estructura edilicia, que resulta muy similar entre sí. Esto permite suponer una importante inadecuación de la estructura física de los hospitales con la función que deben llevar a cabo, ya que no es posible pensar que los objetivos de todos los hospitales de la Ciudad puedan ser los mismos.

Sin embargo, el concepto de estructura organizacional no se reduce a los aspectos físicos o edificios. La estructura de la organización define las relaciones que cada parte establece con el resto y de esta manera la estructura se constituye en la condición de posibilidad de realización de cualquier proceso que se desee llevar a cabo dentro de la organización, ya que es la que establece el escenario de acciones posibles, definiendo las pautas para la acción y estableciendo sus limitaciones. En este sentido, no es posible plantear actividad alguna que pueda puentear o violentar la estructura existente en un momento dado, o al menos sin generar un conflicto en la organización, ya que es sólo a través de los canales establecidos por la estructura que la organización legitima la acción y reconoce los estímulos y respuestas generados tanto por sus integrantes como por aquellos actores del entorno organizacional con los cuales la misma interactúa. Todo aquello que se "mueve" por fuera de la estructura puede ser desconocido por la organización, en tanto que la misma no tiene manera de reconocerlo, o al menos formalmente. La estructura condiciona así el funcionamiento de la organización a la vez que se convierte en su principal favorecedora y promotora. Establece de este modo la libertad de las partes al definir los límites de su accionar. En este sentido, los objetivos organizacionales pueden considerarse como la etapa fundante de la estructura organizacional, de la cual son a su vez parte constitutiva.

Las condiciones de posibilidad conforman de esta manera la limitación intrínseca del sistema, lo que por otro lado define toda su potencialidad.

Existe una relación de mutua determinación entre los aspectos formales e informales de la organización, en donde la expresión de cada uno de estos aspectos es dependiente del otro y no puede existir en forma aislada. En este sentido y partiendo de los conceptos de Chester Barnard, para quien las organizaciones constituyen sistemas de cooperación, Philip Selznick afirma que en los sistemas cooperativos los individuos interactúan con relación a un sistema formal de coordinación, siendo la estructura concreta de la organización la resultante de las influencias recíprocas de los aspectos formales e informales de la organización.⁹⁶ Asimismo, considera que los lazos sentimentales y de interés personal constituyen mecanismos efectivos de ajuste de los individuos y los grupos a las condiciones de vida dentro de la organización. Este armazón de relaciones sostiene la autoridad formal y amplía las oportunidades de una efectiva comunicación.⁹⁷

El tema presenta varias consecuencias que interesa destacar. En tanto que la estructura determina el marco legal de acción y establece lo que dentro de la organización está permitido y lo que está prohibido, es posible pensar que todo aquello que no está contemplado en la estructura de la organización “no existe” para la misma, o por lo menos puede ser negado. Es decir, todo lo que la organización no contempla en forma objetiva a través de sus estatutos y/u organigrama, no es internalizado por sus miembros como parte integrante de la organización. De esta manera, cualquier modificación o agregado que se desee hacer a la estructura de la organización implicará necesariamente un replanteo y cambio de toda la organización en su conjunto, lo que permitirá a sus miembros tener una conciencia de la organización como unidad estructural – funcional. De otra forma se establecerán estructuras y/o procesos que funcionarán como aplicaciones no integradas al todo organizacional y que por lo tanto no

⁹⁶ Selznick Philip. “Foundations of the Theory of Organization”. En Amitai Etzioni, *Complex organizations. A sociological reader*, Holt, Rinehart and Winston, Estados Unidos, 1966 pág. 24.

⁹⁷ Selznick Philip. “Foundations of the Theory of Organization”. En Amitai Etzioni, *Complex organizations. A sociological reader*, Holt, Rinehart and Winston, Estados Unidos, 1966 pág. 26.

podrán ser incorporados al imaginario que los distintos actores tienen de la organización como unidad. Se establece entonces la necesidad de lograr una coherencia estructural - funcional en la organización; coherencia que está dada en primer término por la organización de la estructura en función de objetivos previos y claramente definidos. Todo cambio que se pretenda llevar a cabo en la estructura y/o función de la organización deberá haber sido precedido por una revisión y, si fuese necesario, por una redefinición de los objetivos organizacionales.

Desde un punto de vista sociológico y al decir de Bourdieu⁹⁸, las estructuras sociales condicionan y definen la subjetividad de los actores sociales involucrados y a su vez, es esta misma subjetividad la que se constituye en principal aseguradora de la perpetuación del modelo o sistema existente, en tanto legitimadora del mismo. En este sentido, el intento de imposición de una nueva estructura que no contemple los aspectos subjetivos y de poder simbólico y de imposición de verdad que actúan dentro del sistema, encontrará grandes resistencias que pueden implicar su fracaso. O, en el mejor de los casos, la existencia de un “como sí” de una nueva estructura que mantiene los mismos códigos y pautas de funcionamiento que la preexistente.

Desde otro ángulo es posible decir que toda organización está atravesada por una cultura que es producto de las pautas que establece la propia institución y que a su vez es la que le da sentido como entidad.⁹⁹ Esta cultura establece modos de comportamiento y comunicación entre los miembros de la organización y también homogeneiza las representaciones que los distintos integrantes de la organización construyen sobre la misma. En este sentido cualquier cambio que se desee llevar a cabo tanto en la estructura como en la función de la organización deberá ser precedido por un análisis acerca

⁹⁸ Susana de Luque. “El objeto de estudio en las Ciencias Sociales. En Díaz, Esther, editora. *La Posciencia. El conocimiento científico en las postrimerías de la modernidad*, Biblos, Buenos Aires, 2000.

⁹⁹ Pithod Abelardo; Dodero, Santiago. *La empresa familiar y sus ventajas competitivas*. El Ateneo, Buenos Aires, 1997.

del efecto que las representaciones sociales de la organización podrían tener sobre el logro de los objetivos propuestos y la consecuente necesidad de trabajar los aspectos culturales organizacionales antes o concomitantemente con la implementación del cambio estructural y/o funcional.

Es frecuente observar en las organizaciones la incorporación de nuevas estructuras y funciones asociadas las cuales responden a criterios muchas veces pasajeros o sujetos a diferentes presiones del medio. De esta manera, en muchos casos se establecen nuevas estructuras sin llevar a cabo previamente la necesaria revisión del todo organizacional y sin replantear la validez de los objetivos organizacionales establecidos. Se produce entonces el agregado de nuevas funciones no integradas al funcionamiento global del sistema y lo que podría ser más contraproducente, contrarias a la idiosincrasia y paradigma vigentes, lo que por supuesto va más allá de la justificación de la necesidad del cambio propuesto. Estos aspectos resultan particularmente significativos en las organizaciones de atención de la salud, si se considera la incorporación producida en los últimos años de estructuras relacionadas con el concepto de prevención en salud, sin que se replanteara el modelo vigente, pensado y organizado en función de criterios de atención fundamentalmente curativos.

De la misma forma, la necesidad de dar respuesta a nuevos cuestionamientos sociales sin un replanteo previo de las prácticas y su fundamento científico y social conlleva la inserción de nuevas estructuras y procesos relacionados, que en muchos casos generan un conflicto o la resistencia de los profesionales y/o beneficiarios involucrados. A ello es necesario agregar que todo cambio que implique una revisión de la posición del sujeto actuante acerca de su propia condición de actor y su relación con el objeto de su accionar, requerirá de cambios importantes en las estructuras de formación de tales recursos humanos. Si ello no es tenido en cuenta se puede producir un importante conflicto y la angustia paralizante de quienes no tienen las herramientas para reacomodarse y reposicionarse de

acuerdo a nuevos valores y pautas sociales y profesionales. Y por supuesto, si la resistencia es importante y ampliamente difundida entre los actores, se pone en peligro el éxito del cambio propuesto o incluso la posibilidad de su concreta implementación. Ejemplo de ello lo constituye la implementación de formularios estandarizados para la realización del consentimiento informado, lo que pone en evidencia por un lado que no se ha producido un verdadero cambio de mentalidad en la práctica de los profesionales de la salud, y por el otro, la producción de un cambio sin sustento teórico que puede considerarse como un mero requisito legal a cumplir. No parece haberse comprendido la verdadera naturaleza del cambio propuesto y tampoco se ha producido una verdadera revisión de la práctica profesional, sino que se incorporó un agregado puramente administrativo que no modifica en nada el modelo de atención establecido e incluso lo desvirtúa y perturba, acentuando el distanciamiento paciente – profesional, o paciente – equipo de salud.

Los cambios de estructura que implican cambios en la concepción del trabajo no pueden implementarse sin que previamente se establezcan las condiciones mínimas que aseguren su comprensión, aceptación e internalización por parte de los integrantes de la organización, así como de sus beneficiarios. Porque no hay que olvidar que en toda organización las acciones que se llevan a cabo tienen un destinatario que condiciona y determina el resultado final de los procesos con el mismo peso que los actores que tienen a su cargo la realización de dichos procesos. En este sentido, las estructuras organizacionales determinan la percepción y valoración tanto del personal que las integra como de sus beneficiarios.

En tanto que es la estructura administrativo – organizativa la que da sentido a la organización como un todo y la que legitima la actividad de las diferentes partes de la misma dotándolas de un status de legalidad, es necesario tener en cuenta que sólo aquellas estructuras definidas por la administración, y por lo tanto representadas y dadas a

conocer a todos los actores involucrados pueden ser consideradas como estructuras existentes o reales para la organización.

Con todo esto no se pretende negar o restar importancia a la consideración de los aspectos de carácter informal para un adecuado análisis y conducción de las organizaciones. Sin embargo, cualquier análisis del funcionamiento informal de las organizaciones, así como su influencia en los procesos formales de trabajo, sólo adquirirá sentido dentro del marco de las estructuras formales preestablecidas.

4.4.1. ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO

Como se analizara previamente las estructuras de un sistema cualquiera, si bien deben reunir requisitos de estabilidad y continuidad, no por ello dejan de constituir un aspecto dinámico que puede y debe ser adaptado de acuerdo a las necesidades cambiantes de los beneficiarios. En este sentido, la estructura debe ser acorde a los objetivos de la organización, los cuales por supuesto constituyen un aspecto de gran dinamismo en cualquier organización.

La estructura condiciona los procesos de la organización, lo que en definitiva condiciona los resultados alcanzados. Si bien no es posible asegurar que se alcancen los resultados esperados a partir de una estructura determinada, sí es posible decir que no es esperable lograr los resultados predefinidos con una estructura inadecuada.

Si bien en salud es posible plantear que no existe ninguna relación directa entre los procesos implementados y los resultados obtenidos, pensado ello como la posibilidad de conocer la calidad de los procesos establecidos a través del estudio de los resultados alcanzados¹⁰⁰, sí es necesario determinar qué procesos se llevarán a cabo en función del logro de determinados objetivos. Esto está

¹⁰⁰ Reboledo, Jorge M. "Acerca de la calidad". *Cuadernos de Organización, Administración y Gestión de Instituciones de Salud*, SLASS, nº 5, Parte II, 2002.

directamente relacionado con la estructura necesaria para la realización de dichos procesos. Así, se plantea una cierta relación entre resultados, procesos y estructura.

De esta manera cualquier parte de la organización deberá ser establecida en su conformación y funcionamiento a partir de los resultados u objetivos que se desee lograr, lo cual determinará por otra parte los procesos que para tal empresa se deberán llevar a cabo. Es decir que la estructura de la organización no es más que la respuesta a la necesidad que en materia de organización se plantea cuando se quiere alcanzar determinados objetivos. De otro modo se establecen estructuras que no responden a una necesidad claramente individualizada con la posibilidad de definir estructuras disfuncionales o completamente inútiles para la organización.

Los aspectos de procesos, estructuras y resultados han sido objeto de estudio de diferentes autores. Entre ellos cabe mencionar a Avedis Donabedian,¹⁰¹ quien presenta un modelo de análisis de estos componentes de la organización, a partir de considerar su posible relación con la calidad de la atención en salud.

Si bien es posible llevar a cabo modificaciones parciales de la estructura organizacional en función de cambios en los objetivos y procesos, como puede suponerse ello tiene un límite, dado por las posibilidades de la estructura existente. Así, los cambios en la estructura son limitados, y cuanto más parciales son, más limitados aún. Por cuanto puede decirse que la estructura actúa como factor limitante para el establecimiento e implementación de nuevos procesos en la organización.

Más allá de ello, es importante comprender que, aún cuando la estructura física lo permita, ciertos cambios o ampliaciones de la estructura requieren de un replanteo total de la misma. Esto es por demás imprescindible cuando se desean introducir modificaciones o nuevas estructuras que implican un cambio conceptual de la misión y

¹⁰¹ Donabedian, Avedis. *La calidad de la atención médica*. Editorial Prensa Médica Mexicana, México, 1984.

el modo de trabajo de la organización, a veces implicando nuevas interrelaciones entre las partes. De otro modo se producen agregados estructurales desvinculados entre sí y sin ningún sustento o relación con la ideología organizacional, lo que por supuesto lleva a su inoperancia e incluso al surgimiento de conflictos entre los distintos componentes organizacionales.

Al respecto, en los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires, es posible considerar que la incorporación de áreas de trabajo sobre atención primaria de la salud, más allá del acuerdo o desacuerdo de su real necesidad o adecuada implementación, constituye un claro ejemplo de la inserción de nuevas funciones y estructuras asociadas, sin ninguna relación con la cultura organizacional vigente. Estas nuevas funciones y estructuras incorporadas al hospital, no sólo no han tenido ninguna coherencia con las demás estructuras y procesos llevados a cabo en la institución, sino que como agravante, se han constituido en tareas que no forman parte de la concepción dominante de Hospital Público. En este sentido es importante considerar que la formación de la mayoría de los profesionales de la salud no estuvo ni está actualmente orientada hacia la atención primaria, dando como resultado la graduación de profesionales no capacitados, y mucho menos concientizados acerca de modelos alternativos de organización de los servicios de salud. Si bien en los últimos años muchos profesionales han remarcado la importancia de la atención primaria, la misma no es aún concebida en general como parte integrante de un modelo global de atención de la salud.

Del mismo modo, puede decirse que la reciente tematización de los derechos del paciente y su autonomía han llevado a la incorporación de procesos y estructuras hospitalarias que requieren su tratamiento y contemplación.

Ningún cambio serio será posible en tanto que no se revea la formación profesional necesaria para incorporar nuevos elementos en el desarrollo de su labor, y sin que se reorganicen las estructuras necesarias de manera tal que se asegure la coherencia y consecuente

eficacia de todo el sistema. Pero todo ello requiere de estructuras constituidas a partir de criterios específicos de competencia y responsabilidad.

En la práctica las dificultades planteadas han dado como resultado el fortalecimiento de sistemas incoherentes, confusos y antifuncionales, donde los nuevos componentes de la estructura no constituyeron reales cambios sino sólo el como sí de un intento de cambio, que actuó como velo de un sistema que no sólo no ha presentado modificaciones desde lo conceptual ni desde lo ideológico, sino que tampoco ha podido brindar respuesta a las nuevas necesidades de la comunidad.

4.4.2. LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVO – ADMINISTRATIVA EN LAS ORGANIZACIONES

La administración según Henri Fayol es la función de la organización que tiene a su cargo la coordinación de las demás funciones; es decir que otorga una lógica a la estructura. Para que exista coordinación se requiere que todas las partes de la organización sean pensadas en su interacción con anterioridad a su puesta en práctica. En algunos casos ello puede implicar cambios de distinta envergadura antes de incorporar nuevos elementos a la estructura organizacional.

Toda estructura administrativa se caracteriza por la necesidad de llevar a cabo procesos de toma de decisión para la organización de las actividades que le competen, cuyo resultado se expresa en la acción posterior. La esencia de la administración puede comprenderse como un proceso destinado a la acción constituyendo una sucesión de ciclos interrelacionados.

La posibilidad de implementar acciones como consecuencia de los procesos de decisión llevados a cabo está directamente relacionada con la ubicación del área de que se trate dentro de la estructura organizacional, estableciéndose claramente las relaciones jerárquicas de las que la misma participa.

Las estructuras administrativas basan su organización en el establecimiento de jerarquías, las cuales definen relaciones de mando y subordinación. Las jerarquías establecen la distribución de autoridad y poder dentro de la organización. En este sentido las relaciones de las partes de la organización entre sí se constituyen en relaciones jerárquicas o de pares. En el primer caso la toma de decisión de un nivel jerárquico superior necesariamente se transmite y refleja en la actividad del nivel jerárquico inferior. En las relaciones transversales o de pares, en cambio, el intercambio se produce como un enriquecimiento de las partes sin que ninguna de ellas tenga una supremacía frente a la otra. Esta diferenciación resulta de gran importancia porque de ella depende el establecimiento de una estructura funcional a los fines de la institución.

Todo componente de la estructura de la organización se caracteriza por una serie de aspectos que lo diferencian del resto. En este sentido, toda parte de la estructura presenta una composición explícitamente definida, y aspectos de funcionamiento previamente pautados por quienes tienen a su cargo el diseño de los procesos organizacionales. Algunos de los aspectos que caracterizan cualquier área de la estructura organizativa son:

- ✓ Composición de cargos y competencia asociada;
- ✓ Funciones establecidas;
- ✓ Líneas de jerarquía determinadas;
- ✓ Días y horarios de funcionamiento;
- ✓ Remuneración por el trabajo realizado;

- ✓ Requisitos a cumplir por los ocupantes de los cargos;
- ✓ Ubicación dentro del organigrama de la institución.

Estas características permiten recortar el área y sus funciones asociadas del conjunto de la organización de modo de identificarla como entidad diferenciada. Asimismo, esta organización formal le imprime la continuidad institucional que la misma requiere para desarrollar su labor. Es decir que el funcionamiento del área no depende de una organización espontánea de sus miembros sino que se ciñe a las pautas preestablecidas que al organizar la tarea de los diferentes miembros del área permiten su acople eficaz y eficiente.

La posibilidad de llevar a cabo una administración exitosa descansa en el claro establecimiento de funciones y responsabilidades administrativas. Las relaciones entre los miembros de la organización no pueden quedar libradas al azar, de manera que no exista posible confusión alguna.

Por otra parte, el definir los requisitos que los ocupantes del área deben cumplir permite asegurar la ocupación de los cargos por aquellos individuos capacitados y experimentados para la tarea que se les asigna. Esto, además de favorecer la eficacia de los miembros de la organización permite evitar cualquier posibilidad de voluntarismo que en la actualidad ya no tiene sentido, al menos dentro de instituciones públicas pensadas como proveedoras de servicios de una comunidad que las sostiene.

Se comprende entonces que las características de la estructura organizativo – administrativa de la organización determinan la eficiencia y eficacia que el sistema está en condiciones de alcanzar.

4.5. EL PODER EN LAS ORGANIZACIONES

Un análisis del funcionamiento de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires no estaría completo sin contemplar la interacción de fuerzas entre los distintos actores que, en mayor o menor medida, participan de los diferentes procesos involucrados.

Uno de los cambios más importantes que en los últimos años ha repercutido en todas las organizaciones de la Argentina ha sido el reestablecimiento de un régimen democrático de gobierno. En este sentido, y más allá de las distintas apreciaciones posibles acerca de los beneficios y desventajas que un determinado sistema político conlleva, no puede dejar de considerarse la injerencia de la política internacional y de los grupos de poder en el retorno a un sistema democrático de gobierno en la mayor parte de los países de América Latina. Es posible considerar que el cambio en el sistema de gobierno, más que responder a necesidades locales de participación y legitimidad, constituyó el resultado de la política internacional delineada por los grupos rectores, entre los cuales se encuentran los Estados Unidos¹⁰²⁻¹⁰³, a partir de la década de 1980, como reacción al "dominio" de los movimientos de "izquierda", al agotamiento de los sistemas militarizados de gobierno¹⁰⁴, y la necesidad de conquistar nuevos mercados de capitales y aliados políticos, entre otras. En este marco la democratización de América Latina puede considerarse como

¹⁰² Ceceña, Ana Esther. "Estados y empresas en la búsqueda de la hegemonía económica mundial", en Ana Esther Ceceña (coord.), *La internacionalización del capital y sus fronteras tecnológicas*, El Caballito, México, 1995.

¹⁰³ "Hasta la década de los '80, el paradigma de relacionamiento hemisférico de EUA era "desarrollo y seguridad". A partir de 1988 el gobierno norteamericano cambió su política hemisférica, basándola en el paradigma "democracia y desarrollo". Dallanegra Pedraza, Luis. *Relaciones políticas entre Estados Unidos y América Latina. ¿Predominio Monroista o unidad americana?* Edición del Autor, Buenos Aires, 1994.

¹⁰⁴ "Durante el gobierno de Reagan, ... apoyo a los gobiernos autoritarios de derecha, bajo el lema de que los gobiernos "totalitarios" de izquierda eran irrecuperables, mientras que los gobiernos militares de corte autoritario eran una "transición" hacia la democracia. Este modelo fue cambiado, durante la segunda presidencia, por el de "apoyo a las democracias emergentes" fundamentalmente debido al temor de que tomen el poder, militares con tendencia "nacionalista", que perjudicaran los intereses norteamericanos ... Además, las democracias emergentes podían ser "controladas" especialmente a través de la negociación por la deuda." Dallanegra Pedraza, Luis. *Relaciones políticas entre Estados Unidos y América Latina. ¿Predominio Monroista o unidad americana?* Edición del Autor, Buenos Aires, 1994.

parte de una estrategia global de dominación, entre cuyas herramientas más poderosas la globalización ocupó un lugar predominante. El éxito de la globalización se constituyó entonces en condición necesaria para alcanzar una dominación de base económico - cultural.

En este contexto, la democratización de diferentes países actuó como fuerte mecanismo de igualación de criterios de vida y valoración social, requisito fundamental de la globalización. La globalización requería estructuras sociales laxas, cuya trama fuera lo suficientemente abierta y débil como para dejar penetrar una ideología de vida diferente, cuya imposición se realizara en forma paulatina y sutil. La pérdida de los lazos sociales con las tradiciones de los pueblos se constituyó en un objetivo fundamental. Las diferencias culturales, condicionantes de necesidades sociales diferentes debían ser destruidas¹⁰⁵. La democracia fue establecida como estandarte de libertad; libertad de vida y expresión que enmarcaría el surgimiento de diferentes grupos sociales que se constituirían en defensores de intereses sectoriales, en muchos casos contrarios al establecimiento de un orden general de convivencia social. Tal fue el caso de la Argentina, donde muchas organizaciones no gubernamentales se constituyeron en organismos funcionales al sistema de poder, muchas veces sin verdadera conciencia de su rol social, impidiendo un adecuado uso de autoridad desde los estamentos gubernamentales. Se conformó de este modo una sociedad caracterizada por la presencia de múltiples grupos desenvolviéndose en un marco de escasas reglas de participación generales; grupos cuyo accionar, justificado en muchos casos en una pretendida consolidación del poder ciudadano, debilitaron más y más un poder estatal de por sí no consolidado. Ello, sumado a la falta de definición política en muchos aspectos y el clientelismo político ha logrado configurar un determinado tipo de red

¹⁰⁵ “En los países musulmanes del Oriente Medio y otras regiones, muchos programas se concentran en promover los derechos de la mujer y las ideas liberales que reconcilian al Islam con los conceptos modernos de pluralismo, civismo y democracia.” Gershman, Karl. “Creación de un movimiento mundial pro democracia: la función de las ongs”. Artículo de la Agenda de la Política Exterior de los Estados Unidos. <http://www.usinfo.state.gov/journals>

social débil y conflictiva, con importantes grupos de población marginados en un sistema que tiende a una fuerte polarización social, componente esencial del sistema capitalista y de dominación económica establecida.

La democracia puede comprenderse como un sistema que pretende establecer un gobierno representativo de la voluntad de la mayoría. No obstante, los representados sólo eligen a una minoría de representantes de todo el conjunto de individuos que ocuparán los cargos públicos. Así, la elección de los ministros no surge por elección directa de la ciudadanía, sino que es el producto de la decisión de quien sí fuera elegido por el voto del pueblo dentro de un sistema democrático. Sin embargo, aquellos funcionarios que aún no habiendo sido elegidos por el voto directo del pueblo lo han sido por las autoridades democráticamente elegidas, gozan de la legitimidad que les otorga el hecho de haber sido nombrados por quienes sí representan la voluntad de la ciudadanía. Puede decirse entonces que la legitimidad de aquellos que ocupan los distintos cargos públicos se establece de manera descendente, desde el nivel superior de la pirámide administrativo – política hacia los niveles inferiores.

De la misma manera, es posible considerar que un director de hospital designado por autoridades democráticamente elegidas ostenta la legitimidad que el sistema democrático le otorga.

Sin embargo, en la actualidad, la representatividad de quienes son elegidos por la “mayoría” de los votantes, y de quienes son designados por aquellos, es cuestionada, más allá de la legitimidad que el sistema les brinda. Esto se debe a múltiples causas, entre las cuales pueden mencionarse la falta de opciones nuevas entre los distintos candidatos a ser elegidos, la sentida falta de identificación, o al menos de representación, entre autoridades y ciudadanos, el criterio extendido de “votar por lo menos malo”, las dificultades que encuentran aquellos que tienen intenciones de producir cambios en el *statu quo* de acceder a posiciones con poder de decisión, y los ya

conocidos nombramientos por favoritismo no basados en capacidades para el cargo.

El sistema político ha desarrollado estructuras que funcionan con mayor o menor grado de aislacionismo social, pero en todo caso de manera "independiente", asegurando la perpetuación de un modelo que en principio parece muy lejano a los deseos del conjunto de la sociedad. Al decir de Pierre Rosanvallon¹⁰⁶, el discurso político actual tiene cuarenta años de atraso y el mismo no ha sido replanteado en función de nuevas realidades sociales, insertado en la trama administrativa de las organizaciones.

Considerando los sistemas de dominación propuestos por Max Weber, es posible pensar en el establecimiento de un modelo de dominación legal carente de aceptación social y marco normativo de aplicación universal. Se trataría de un modelo desvirtuado, en donde la autoridad conferida no se apoya en la capacidad de quienes tienen a su cargo la función gubernamental ni en el modo en que los mismos resultan elegidos, lo que condiciona el cuestionamiento de la legitimidad de sus actos por parte de la ciudadanía. Ello determinaría la necesidad de buscar mecanismos supletorios que brinden un manto de legitimación a la acción (o inacción) de los niveles de conducción frente a las distintas problemáticas a resolver. Distintos grupos de la sociedad actúan entonces como mecanismos legitimadores de políticas públicas de dudosa seriedad y por sobre todo, de cuestionables resultados. Organizaciones no gubernamentales se han constituido en mediadoras de un nivel gubernamental cuestionado para la recepción de subsidios y préstamos internacionales, brindando así un marco de legitimación y transparencia a mecanismos consolidados, sin modificarlos en su esencia y convirtiéndose en cómplices de un sistema corrupto. En otros casos han legitimado la inacción del Estado haciéndose cargo de la búsqueda e implementación de soluciones a

¹⁰⁶ Pierre Rosanvallon, en su libro "La nueva cuestión social: repensar el Estado providencia", plantea la incapacidad de la clase política actual, con un discurso atrasado, de responder a través de las herramientas del Estado Benefactor a necesidades sociales que requieren ser reconceptualizadas desde un marco social de profundos cambios.

diferentes problemas sociales, siendo la caridad y el voluntarismo las principales bases de la organización de su trabajo, formas características de un modelo anacrónico de beneficencia social, en muchos casos acompañado de una dudosa formación técnica de quienes diseñan y llevan a cabo las actividades.

La verdad, o lo que en un momento histórico se impone como práctica válida para un conjunto social depende de lo que resulta conveniente al poder instaurado, existiendo una relación determinante entre el poder y las prácticas, en el sentido de la relación entre poder y saber analizada por Michel Foucault.

Las distintas prácticas sociales institucionalizadas en los últimos años pueden considerarse como el resultado de la acción intencionada de los sistemas de poder vigentes para instrumentar las prácticas funcionales a sus propios intereses, pero caracterizadas por una legitimación social que es producto de la manipulación y cooptación¹⁰⁷ de diferentes estamentos de validación social. Entre estos últimos pueden mencionarse grupos de investigación, academias científicas y diversas asociaciones que nuclean referentes sociales en distintas áreas del conocimiento. Se trata de justificar las prácticas que sustentan al sistema. Al respecto comenta Esther Díaz: “A Foucault no le interesa la adición de todos los textos del pasado, ni le interesan las instituciones en sí mismas, sino en tanto generadoras de discursos considerados verdaderos.”¹⁰⁸

Se presentan así propuestas que en algunos casos se implementan, con importantes contradicciones entre aquello que se dice se pretende lograr y la realidad. Un ejemplo claro de esta relación está dado por las prácticas implementadas por el Banco Mundial (ver cita 39, página 35) en los distintos países “en vías de desarrollo”, las que se sustentan en la fundamentación que les otorgan diversos grupos

¹⁰⁷ La cooptación constituye un mecanismo por el cual las organizaciones absorben nuevos elementos en el liderazgo o la estructura de fijación de políticas, y tiene como finalidad resguardar la estabilidad de la organización. Kast, Fremont E; Rosenzweig, James E. *Administración en las organizaciones*. McGraw Hill, 1994.

¹⁰⁸ Díaz, Esther. *La filosofía de Michel Foucault*. Biblos, Buenos Aires, 1995, pág. 21.

de referentes intelectuales en la materia; fundamentación que está lejos de sostenerse frente a una realidad que muestra su constante fracaso.

Se han desarrollado en la sociedad argentina diversos mecanismos que podrían considerarse como vías de aparente participación y representación de los distintos actores involucrados en los procesos sociales. Al respecto, y relacionado con el tema del presente trabajo, es posible mencionar algunas estrategias implementadas en distintos niveles del sistema público de atención de la salud, de conformación de nuevas estructuras que consolidan un "como sí" de la participación y representatividad de los intereses de distintos grupos de actores. En este sentido es posible distinguir tres niveles principales de pseudo-participación¹⁰⁹:

- i. nivel gubernamental, directamente relacionado con la representatividad y participación de los beneficiarios del sistema público de atención de la salud;
- ii. nivel organizacional superior (ubicado en el nivel de la cúpula directiva de las organizaciones públicas de atención de la salud), relacionado con la representatividad y participación de distintos actores sociales, principalmente los diferentes grupos de trabajo que conforman el Hospital Público;
- iii. nivel organizacional inferior (en el nivel de los distintos servicios hospitalarios), relacionado con la representatividad y participación de los miembros de las distintas áreas de las instituciones públicas de atención de la salud.

Los mecanismos de pseudo - participación y representación en el nivel gubernamental en la Ciudad de Buenos Aires se presentan con la constitución y accionar de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de

¹⁰⁹ Las distintas denominaciones aplicadas a cada nivel no tienen otra finalidad que diferenciarlos unos de otros.

Buenos Aires. Este organismo, entre otras actividades, recibe denuncias de beneficiarios del sistema de atención de la salud, dando lugar a los procesos que se consideren necesarios. Si bien la existencia de este organismo suele fundamentarse en la violación de los derechos de los ciudadanos en diferentes organizaciones sociales, su función en lo relativo al accionar de las organizaciones públicas de servicios puede ser cuestionada. En tanto que la actividad de éstas debería estar encuadrada en las normativas de funcionamiento general del sistema, y considerando que tales normativas no existen, o, en su defecto, no resultan en la mayoría de los casos adecuadas a la realidad contextual en la que el Hospital Público tiene que actuar, el estamento de control que se instituye como estructura de "defensa" de los intereses del ciudadano constituye en definitiva un mecanismo de defensa de los intereses del poder gobernante, transformándose en legitimadora del como sí de un Estado que por una parte no implementa los mecanismos de reaseguro y control interno del sistema (normativas, habilitación, selección de cargos, etc.), pero se erige en garante del "buen" funcionamiento de sus propias instituciones. A ello se suma la exigencia que la Defensoría del Pueblo tiene para con los Hospitales Públicos, no acorde en muchos casos con la limitación de recursos existente, e incluso pasando por alto normas legales básicas que hacen tanto a la atención de la salud como al funcionamiento institucional. Al respecto no constituye un tema menor la atención en los Hospitales Públicos de pacientes indocumentados, práctica impuesta a las autoridades hospitalarias desde el nivel político.

La Defensoría del Pueblo legitima el accionar de la ciudadanía por medio de una actitud demagógica en muchos casos, reafirmando los deseos de aquella a expensas de las directivas impartidas al nivel hospitalario, constituyéndose en un medio de presión social, e injusto en tanto que sólo acceden a él quienes están en condiciones de peticionar. En la práctica, un ejemplo interesante está dado por la atención espontánea de los pacientes en los hospitales. Aquellos que piden turno obtienen en muchos casos un turno a largo plazo, mientras

que aquellos que se presentan por guardia – aun en casos no justificados – ejercen un poder sobre los profesionales para ser atendidos, produciéndose una injusticia con quienes respetan las reglas del sistema. Así, los profesionales de guardia son “amenazados” con una queja mediática so pretexto de abandono de paciente o negación de la atención profesional.

En el nivel organizacional superior se destaca la incorporación a la estructura hospitalaria del Consejo Asesor Técnico Administrativo (C.A.T.A.). El C.A.T.A. es una estructura compuesta por los distintos Subdirectores de la organización, los Jefes de los distintos Departamentos hospitalarios, un representante de la comunidad y representantes de los gremios. En el C.A.T.A. se encuentran representados tanto el nivel profesional como no profesional del Hospital. Si bien constituye una estructura de carácter asesor, el peso que en la práctica adquiere su apoyo, así como el poder que sus distintos miembros ostentan la convierte en una estructura condicionante de las decisiones que se toman en el nivel directivo.

La dinámica de funcionamiento del C.A.T.A., caracterizada por la participación de todos sus miembros en el tratamiento de las diferentes temáticas discutidas en el nivel directivo del Hospital, otorgando iguales posibilidades de opinar a todos ellos no importando el tema de que se trate, plantea una seria dificultad en cuanto a la validez que en determinada materia podrán tener los distintos integrantes del C.A.T.A., produciéndose situaciones tales como la intervención activa de todos los miembros del C.A.T.A. en la discusión de aspectos relacionados con el tratamiento clínico de los pacientes, que podría considerarse casi de competencia exclusiva de los profesionales especializados. Por otra parte, si bien el C.A.T.A. se conformó como una estructura asesora, la amplia difusión del mecanismo del consenso como base para la toma de decisiones en diferentes niveles organizacionales, a llevado a que en la práctica las decisiones dependan del apoyo que los distintos miembros de este Consejo otorguen en cada caso. En tanto que el C.A.T.A. representa

principalmente a los distintos actores del trabajo hospitalario (ya que la comunidad en la práctica no participa de este Consejo), se plantean distintos criterios y modalidades de proceso de decisión, dada la heterogeneidad de su competencia e idoneidad. Las decisiones del Consejo dependen en definitiva del interjuego entre los distintos grupos de poder involucrados y las posibles consecuencias de los disensos.

En el nivel organizacional inferior el mecanismo de participación principal está dado por el consenso, mecanismo de funcionamiento organizacional que entra en conflicto con el principio de autoridad y jerarquía en la organización. Es mucho lo que se ha hablado acerca del consenso como herramienta que favorecería la participación y sentimiento de pertenencia de todos los miembros de la organización; sin embargo no se ha tratado su débil fundamentación e incluso su incompatibilidad con criterios administrativo - organizativos.

Si se comprende al consenso como el acuerdo de todos los miembros de un grupo de trabajo para la toma de una decisión, entonces sólo será posible definir el curso de acción en tanto que no exista ningún individuo en desacuerdo. Esto implica un problema muy serio, ya que no se plantea qué es lo que ocurre y cómo debe procederse cuando no se logra consenso, lo que podría paralizar la organización. Para algunos, una solución a este problema sería limitar los tipos de decisión en los cuales se acepte al consenso como mecanismo válido. Pero entonces, ¿cuáles son los niveles del consenso? ¿Qué decisiones pueden consensuarse y cuáles no? Y ¿hasta qué punto el consenso no es una herramienta política y no administrativa?

Al respecto es de destacar la falta de tratamiento teórico del tema, lo que lleva a pensar que el consenso se ha establecido como una práctica no fundamentada desde criterios teóricos que la fundamenten como herramienta de la administración. El consenso puede considerarse como parte del mito de la horizontalización, la

democratización, la participación y la igualdad, entre muchos otros términos utilizados en los últimos tiempos. Si toda toma de decisión requiere del conocimiento de determinadas variables cuyo análisis necesita que quien lo lleva a cabo posea las herramientas y marco teórico adecuados de manera de estar en condiciones no sólo de tomar la decisión sino principalmente de fundamentarla, se comprende entonces que en una situación de toma de decisión no habrá muchas personas que tengan el marco teórico, técnico y de experiencia suficiente en la materia como para participar de dicho proceso. No todos pueden tener una opinión valedera en la materia, y menos aún cuando no conocen las demandas y particularidades de un cargo específico, por no ocuparlo. A ello hay que agregar el hecho de que, desde el punto de vista de la administración, existe una única persona responsable para cada situación que se presente. Y esto no es un tema menor, ya que se supone que quien tiene el poder de decisión reúne los requisitos y conocimientos necesarios para ello, lo que incluye en muchos casos, más allá de la formación necesaria, el acceso a determinada información y experiencia en la función, así como la interrelación con otras áreas de la organización y en algunos casos con otras organizaciones del entorno. Todo ello permite comprender que el concepto de jerarquía y de autoridad va aunado con la responsabilidad asociada, la cual no puede en ningún caso diluirse ni delegarse. Por ello, que en todo proceso de decisión sólo habrá un individuo en condiciones de decidir, quien además será responsable por los resultados que surjan de acuerdo al curso de acción elegido.

Ello no quita la posibilidad de consultar la opinión de otros colegas o subordinados sobre algunos temas, pero dicha opinión, a diferencia del consenso, es sólo eso, un parecer, no existiendo ninguna obligación por parte de quien decide de dar lugar a lo que se le sugiere.

Por último, el consenso tampoco puede ser fundamentado a partir de la teoría de la decisión, para la cual toda decisión puede ser tomada por una sola persona, que es aquella que tiene la posibilidad

de ponerla en práctica y hacerla cumplir, para lo cual se requiere la autoridad necesaria que sólo poseen ciertos individuos en la organización y sobre determinados ámbitos de acción.

En lo referente a estructuras y mecanismos participativos y representativos no puede dejar de considerarse la función que los distintos medios de comunicación han tomado a su cargo. Al respecto, los medios de comunicación se han convertido en medios de denuncia y presión de diferentes actores sociales hacia el sistema público de servicios, siendo el sistema víctima en muchos casos de manipulaciones intencionadas, que haciendo uso de la importancia de los medios como formadores de opinión pública fuerzan la respuesta deseada, más allá de lo que resulta válido y legítimo para el conjunto de la sociedad.¹¹⁰

¹¹⁰ Los medios de comunicación actúan como principales mediadores de actores que exigen respuestas del sistema público de atención de la salud, aún cuando no cumplen con los requisitos exigidos por el sistema (falta de nacionalidad argentina, falta de documentación válida, etc.)

5. ANÁLISIS DEL DISEÑO Y FUNCIONAMIENTO HOSPITALARIO¹¹¹

El análisis de la estructura y funcionamiento actual de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires se llevará a cabo a partir de los criterios de diseño y dinámica organizacional propuestos por Henry Mintzberg. Esta elección se fundamenta en el hecho de que el modelo teórico propuesto por el autor permite incluir los principios de Fayol y Weber, a la vez que introduce nuevos elementos para la comprensión del funcionamiento organizacional, con la incorporación de aspectos referentes al estudio de la estructura informal, como aportes de la teoría de la comunicación. Asimismo, el autor propone un modelo de estructura organizacional aplicable a la organización de un hospital general. Si bien esta aplicación del modelo teórico al hospital presenta algunas dificultades que serán consideradas en cada caso, el mismo permite analizar algunos aspectos relevantes de su estructura y funcionamiento.

El análisis será generalizado a todos los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires, ya que sin desconocer la existencia de particularidades, es posible plantear un modelo general de análisis que englobe las características generales de estructuración y funcionamiento de la mayoría de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Por cuestiones de importantes diferencias en lo referente a dependencia, modalidad de financiamiento y criterios de estructuración, el análisis no incluirá al Hospital Dr. Juan P. Garrahan.

¹¹¹ Muchos de los comentarios vertidos en este punto han sido tomados de información relevada con autoridades y otros profesionales hospitalarios.

5.1. LAS CONFIGURACIONES ORGANIZACIONALES: LA BUROCRACIA PROFESIONAL DE MINTZBERG

Henry Mintzberg propone un modelo de administración general basado en la estructura piramidal de las escuelas clásicas de la administración, al que incorpora elementos de la teoría de la comunicación, aportando un nuevo dinamismo a la estructura. Sin desconocer el establecimiento formal de tareas y corrientes de decisión, responsabilidades y jerarquías, centra su análisis en el modo en que las organizaciones establecen su estructura y determinan su funcionamiento, considerando el peso de la corriente informal de relaciones y poder como un elemento fundamental para la comprensión y manejo del funcionamiento organizacional.

Mintzberg concibe a la estructura de la organización conformada por cinco partes, cada una de las cuales se caracteriza por el tipo de funciones y responsabilidades que le toca asumir, como así también por métodos particulares de trabajo y decisión. Estas cinco partes son: el núcleo operativo, la cumbre estratégica, la línea media, la tecnoestructura y el staff de apoyo. Cada una de ellas adopta preferentemente un mecanismo de coordinación del trabajo.

De los cinco modelos de organización propuestos por Mintzberg para explicar el funcionamiento de los distintos tipos de organizaciones, los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires adoptan el modelo denominado "Burocracia Profesional". El mismo se caracteriza por la prevalencia del núcleo operativo sobre las demás partes de la organización, la normatización de destrezas como mecanismo coordinador principal, la especialización horizontal y la descentralización vertical y horizontal.

5.2. ESTRUCTURA DEL MODELO

La línea de autoridad jerárquica y formal se extiende desde la cumbre estratégica, conformada por aquella persona o grupo de

personas que tienen a su cargo la dirección general de la organización, pasando por la línea media, compuesta por los “gerentes” intermedios, hasta el núcleo operativo, encargado de la producción de productos o servicios. A lo largo de esta línea jerárquica se establecen distintos niveles de toma de decisión, orientados a dirigir la producción en cantidad y calidad, adecuándola a las necesidades contextuales de la organización. La tecnoestructura y el staff de apoyo constituyen estructuras anexas, cada una con funciones específicas. La primera está constituida por expertos en diferentes áreas, quienes se ocupan de analizar el trabajo llevado a cabo en el núcleo operativo y formular propuestas de mejoramiento para hacerlo más eficaz y eficiente. El segundo se ocupa de brindar servicios de apoyo para el resto de la organización (por ejemplo servicios de seguridad y asesoría legal). El tamaño del staff de apoyo varía en función de la cantidad de servicios que la organización necesita y que decide llevar a cabo por sí misma, en vez de contratarlos de su entorno.

El componente administrativo de la organización se encuentra para este modelo en la cumbre estratégica, la línea media y la tecnoestructura.

La especialización horizontal y la descentralización vertical y horizontal que caracterizan la Burocracia Profesional hacen referencia a la delegación del poder de decisión dentro de la escala jerárquica de la organización (descentralización vertical) y el otorgamiento variable de poder a las estructuras de analistas y de apoyo de la organización (descentralización horizontal). Se trata en este último caso del poder informal, que en algunos casos puede aunarse con el poder formal (asesores incorporados a grupos de trabajo donde los miembros participan en igualdad de condiciones frente a la toma de decisión).

5.2.1. LOS MECANISMOS DE COORDINACIÓN

Las tareas que las distintas partes de la organización llevan a cabo utilizan diferentes mecanismos de coordinación. Al respecto H.

Mintzberg propone cinco mecanismos de coordinación para las distintas tareas que se llevan a cabo en la organización: el ajuste mutuo, la supervisión directa, la estandarización de procesos de trabajo, la estandarización de producción de trabajo y la estandarización de destreza de los trabajadores. Cada una de las cinco partes de la organización se caracteriza por utilizar preferentemente alguno de estos mecanismos.

El ajuste mutuo se basa en la comunicación informal para lograr la coordinación del trabajo de dos o más personas. Este mecanismo es aplicable en grupos de trabajo de pocos integrantes. Se presenta particularmente en la cumbre estratégica y en la tecnoestructura. Asimismo, predomina en los grupos de trabajo que constituyen organizaciones altamente creativas.

En la supervisión directa, característica de grupos más numerosos de trabajo, un individuo toma a su cargo la responsabilidad de coordinar el trabajo de otras personas. Este tipo de mecanismo se observa particularmente en la línea media.

Por último el autor hace referencia al mecanismo de estandarización a distintos niveles: de los procesos de trabajo, de la producción y de la destreza requerida para llevar a cabo el trabajo. En el primer caso se trata de estandarizar los diferentes procesos que lleva a cabo el núcleo operativo de la organización, en el segundo se estandariza el producto final esperado, y en el tercero lo que se estandariza es la capacitación y habilidad que debe poseer el trabajador para poder ingresar a la organización.

La estandarización de procesos constituye el mecanismo coordinador preferencial del trabajo del núcleo operativo.

5.3. APLICACIÓN DEL MODELO A LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

En el caso de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires, el núcleo operativo está conformado principalmente por los

distintos profesionales y técnicos que llevan a cabo tareas relacionadas con la atención de los pacientes. Este tipo de tareas se caracteriza por su complejidad y especialización horizontal, aunque no vertical, pudiendo considerarse como “tareas profesionales”.¹¹² Esta especialización horizontal de tareas¹¹³, característica del nivel operativo, no se observa sin embargo en las tareas de tipo administrativo.

Los distintos niveles de la administración se distribuyen entre la Dirección del Hospital (cumbre estratégica) y las distintas jefaturas, de departamento, división, unidad y sección. Si bien el mecanismo de coordinación preferido para estos niveles es la supervisión directa, en la práctica se presentan dificultades para la adecuada implementación de este tipo de coordinación. Como ya se planteara, la falta de autoridad que en muchos casos acompaña los distintos niveles de jefatura (incluida la dirección del hospital), impide la implementación de cualquier mecanismo de coordinación formalmente establecido.

5.3.1. NORMATIZACIÓN

De acuerdo a los criterios propuestos por H. Mintzberg, la coordinación de las tareas de un hospital se basaría fundamentalmente en la estandarización de destrezas.

Es importante destacar que la estandarización como mecanismo de homogeneización del trabajo de individuos diferentes tiene aplicación en un número reducido de procesos o condiciones de trabajo de la organización de atención de la salud. Teniendo en cuenta esto y los objetivos de la estandarización planteados por el autor, es posible considerar que se trata principalmente de una normatización, más que de una estandarización, o al menos para la mayor parte de los

¹¹² Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001.

¹¹³ En la especialización horizontal “el trabajador centra sus esfuerzos en la misma tarea altamente especializada, a la que repite día tras día...”. Mintzberg, Henry. *Diseño de organización es eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 34.

procesos hospitalarios.¹¹⁴ Considerando estas diferencias se utilizarán en lo sucesivo las expresiones normatización de destrezas y normatización de procesos de trabajo, en vez de estandarización. En cuanto a la normatización de resultados, la misma presenta algunas dificultades en las organizaciones de atención de la salud, ya que, a diferencia de las organizaciones industriales, la normatización de resultados es más difícil, y en muchos casos imposible de implementar.

Siguiendo el modelo de Burocracia Profesional, la capacitación profesional se constituye entonces en uno de los aspectos más importantes por los cuales los hospitales aseguran la coordinación de gran parte del trabajo en el nivel operativo. La normatización de destrezas resulta entonces relevante, siendo que "... la organización profesional cede gran parte del control sobre su elección de trabajadores así como de sus métodos de trabajo a las instituciones externas que los capacitan y certifican y luego establecen normas que los guían en la conducción de sus trabajos".¹¹⁵ En el caso de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires, si bien puede plantearse un nivel mínimo de normatización de destrezas, en tanto que el sistema depende de la incorporación de profesionales y técnicos con una capacitación previa al ingreso a la organización, acreditada por la certificación profesional, se observan algunas deficiencias en este sentido. En tanto que la formación profesional en salud requiere de un nivel de especialización que el profesional lleva a cabo con posterioridad a su graduación universitaria, y siendo la asignación de la organización hospitalaria en la cual se lleva a cabo esta especialización independiente en muchos casos del tipo de formación que el profesional desea alcanzar (en cuanto a tipo de población y necesidades a atender, nivel de complejidad organizacional y de las prácticas a implementar, etc.), e independiente de la organización que

¹¹⁴ En castellano los términos norma y estándar tienen implicancias muy diferentes. Con respecto a la normatización y estandarización de procesos de trabajo, si bien todos los procesos pueden ser normatizados, no todos pueden ser estandarizados. En lo que respecta específicamente a los procesos de atención de la salud, muy pocos procesos son estandarizados, entre los cuales se encuentran principalmente los procesos de laboratorio y algunos procesos que utilizan aparatología.

¹¹⁵ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 55.

lo contrate una vez terminada su especialización, la adecuación del profesional a las características del Hospital Público en el que deba desempeñarse no puede asegurarse. Esta situación favorece la coexistencia de diferentes criterios de trabajo dentro de un mismo servicio, lo que dificulta el acuerdo, y por sobre todo la evaluación de la atención brindada.

Por otra parte, el sistema de concursos establecido por el reglamento de la carrera hospitalaria municipal otorga a la comisión evaluadora un importante margen de discrecionalidad, adjudicando al concepto resultante de la entrevista personal un máximo de 15 puntos (sobre un total de 100), a lo que se suma que la antigüedad dentro del sistema hospitalario (siempre y cuando se trate de cargos dentro de la misma escala jerárquica) otorga un total de 2 puntos por año certificado.¹¹⁶ Los rubros considerados en los concursos son antecedentes, antigüedad, evaluación y concepto, existiendo un tope máximo de puntos para cada uno de ellos (40 puntos para antecedentes, 30 puntos para antigüedad, 15 puntos para evaluación y 15 puntos para concepto). Es interesante mencionar que el puntaje máximo otorgado a un curso de postgrado de 500 horas (sin título de especialista) es de 2 puntos, y que dentro del rubro antecedentes, el 40% del puntaje correspondiente al mismo se refiere a cursos y trabajos de investigación realizados, trabajos que por lo general se relacionan con la práctica clínica. Los rubros de antigüedad y concepto constituyen en conjunto dos elementos muy importantes del puntaje final alcanzado, uno de los cuales no permite valorar la capacidad del profesional para el cargo al que concursa (ya que de la antigüedad en un cargo no se desprende necesariamente la aptitud), y el otro es el resultado de la valoración subjetiva de los miembros del jurado.

A todo esto se agregan algunas situaciones no contempladas por el reglamento, como el caso de ciertas disciplinas en donde la residencia, modalidad de especialización que otorga un importante

¹¹⁶ *Carrera Municipal de Profesionales de la Salud*. Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Capítulo X, art. 10º, punto 10.2.2. Octubre de 1996.

puntaje, tiene pocos años de vigencia, generándose casos en los que profesionales con muchos años de experiencia y buen desempeño en la función alcanzan un puntaje final menor que el de un profesional con pocos años de graduado y menos experiencia, que ha completado una residencia.

De modo que para el caso de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires, si bien en lo formal el sistema se organiza a partir del dominio de determinadas destrezas, en la práctica no asegura que quien asuma un determinado cargo sea el más capacitado para desempeñarlo adecuadamente.

Por otra parte, en el caso de estructuras como los comités hospitalarios, de los cuales se tratará más adelante, cuyos miembros no requieren acreditar una capacitación formal o informal en la materia a tratar, el mecanismo propuesto por Mintzberg como base para la coordinación del trabajo no se cumple. Si bien es posible considerar que los comités conforman parte de la tecnoestructura, por su carácter consultivo, también sería aplicable la necesidad de normatizar las destrezas de sus miembros, al menos en aquellas tareas que requieren de una formación específica.

Tampoco existe ninguna exigencia formal para aquellos profesionales que además de su práctica asistencial llevan a cabo tareas de docencia e investigación de acreditar su aptitud para ello. Incluso en el caso de aquellos profesionales que tienen dedicación exclusiva a este tipo de tareas, como son los cargos (con nombramiento por concurso) del Departamento de Docencia e Investigación (área cuya denominación puede variar dependiendo del hospital), se observa en la práctica una escasa o nula formación específica en la materia.

En lo referente a las destrezas necesarias para el adecuado cumplimiento de las exigencias de los cargos administrativos, comenta Mintzberg que los distintos niveles de jefaturas (o gerentes de acuerdo a su terminología) se caracterizan por cumplir roles variados, con importante cambio entre ellos, lo que hace que sus tareas sean "las

menos especializadas en la organización".¹¹⁷ Sin embargo, requieren una capacitación y habilidades acordes a las funciones que deben desarrollar, lo que no puede considerarse asegurado a partir de los criterios de nombramiento establecidos por el reglamento de la Carrera Hospitalaria. Ésta establece que para acceder a un cargo de jefatura de División o Departamento se deberán acreditar como mínimo 10 años de antigüedad asistencial en la profesión.¹¹⁸ Si se considera el peso de la antigüedad ya mencionado, surge que la principal destreza evaluada en los concursos para acceder tanto a cargos de carácter asistencial como de jefatura está dada por la práctica asistencial, indirectamente evaluada a partir de la antigüedad en el cargo.

Para el caso de los niveles directivos, es interesante destacar que del total de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires una minoría en funciones ha sido nombrada por concurso abierto por oposición, siendo el resto nombramientos de tipo político. El reglamento de la Carrera Hospitalaria establece que para los cargos de Director y Subdirector de Hospital se debe acreditar un mínimo de 10 años de antigüedad asistencial en la profesión y un mínimo de 2 años en cargos de conducción. Asimismo, para acceder a cualquier cargo de conducción (Jefaturas o Dirección) se requiere haber realizado un Curso de Organización y/o Administración Hospitalaria con reconocimiento oficial de no menos de 500 horas, o una Diplomatura en Salud Pública.¹¹⁹

Henry Mintzberg diferencia la Burocracia Profesional de otro tipo de configuración organizacional que él denomina Burocracia Mecánica, entre otros aspectos por el tipo de normatización que predomina. Mientras que para el autor en la Burocracia Mecánica las normas son dictadas por la tecnoestructura de la propia organización, en la Burocracia Profesional las mismas se originan fuera de la organización, en asociaciones a las que se unen sus profesionales con

¹¹⁷ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 42.

¹¹⁸ *Carrera Municipal de Profesionales de la Salud*. Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Capítulo III, art. 3º, punto 3.7.1. Octubre de 1996.

¹¹⁹ *Carrera Municipal de Profesionales de la Salud*. Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Capítulo III, art. 3º, punto 3.7.1. Octubre de 1996.

sus colegas de otras Burocracias Profesionales. “Estas asociaciones establecen normas universales, asegurándose que sean enseñadas por las universidades y usadas por todas las burocracias de la profesión. Así que, a diferencia de la Burocracia Mecánica que confía en la autoridad de naturaleza jerárquica – el poder del cargo – la Burocracia Profesional enfatiza la autoridad de naturaleza profesional – el poder del experto.”¹²⁰ Si se considera que las normas no pretenden en ningún caso tener validez universal, sino que constituyen una herramienta de adecuación a realidades particulares, la normatización que cada organización debe llevar a cabo de sus propios procesos no puede ser reemplazada por la normatización de destrezas, ya que se trata de aspectos relacionados pero diferentes. En todo caso, “los expertos” de la organización serán quienes estén en condiciones de establecer las normas de trabajo del resto del equipo de profesionales y técnicos, y en algunos casos podrán considerar recomendaciones de las asociaciones profesionales y científicas. Lo otro puede llevar a que diferentes grupos de trabajo del núcleo operativo establezcan pautas de trabajo que entren en conflicto con las establecidas por los demás. Se trata de diferenciar el conocimiento científicamente validado de una disciplina, desde donde se fundamenta la práctica, de las pautas de trabajo organizacionales, que implican siempre la necesidad de adecuar los procesos a una realidad contextual única, y que por ello no pueden ser nunca de carácter universal. De este modo, la normatización de las destrezas requiere necesariamente de su complementación con otros mecanismos: la normatización de procesos y de resultados (en algunos casos).

Asimismo, es posible argumentar que en tanto que el Estado es el responsable de asegurar la calidad de los servicios de atención de la salud brindados por sus instituciones, aspecto directamente relacionado con los procesos de atención implementados, no puede en ningún caso delegar la responsabilidad de velar por el adecuado desempeño profesional dentro de las organizaciones hospitalarias a

¹²⁰ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 230.

distintas organizaciones profesionales. Es necesario considerar además que estas últimas centran su atención en los procesos individuales de atención, procesos que requieren adecuaciones en su implementación en diferentes organizaciones y en su interrelación con otros procesos organizacionales.

En los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires, salvo para algunos procesos puntuales de trabajo, fundamentalmente aquellos relacionados con el tratamiento de patologías tumorales, en donde se acostumbra utilizar protocolos internacionales, no se trabaja con normativas institucionales de procesos de trabajo que permitan asegurar cierta homogeneidad en la atención. Este aspecto relacionado con la práctica profesional en el nivel operativo, es extensible al resto de las estructuras técnicas y administrativas del hospital.

La normatización de procesos de atención de la salud es indispensable, e incorpora criterios diferentes a los utilizados en la normatización de procesos de producción industrial. Así, si bien para Mintzberg, “el uso de los otros cuatro mecanismos coordinadores queda reemplazado por la capacidad de la estandarización de destrezas de lograr la gran coordinación necesaria en el núcleo operativo”¹²¹, ello no basta para asegurar un buen funcionamiento organizacional. Y si bien el autor comenta algunas dificultades de coordinación que plantea este tipo de estructura, no considera a la normatización de procesos como un mecanismo factible.

Mintzberg considera un tipo particular de proceso como característico de este tipo de organizaciones, aunque el mismo no resulta totalmente aplicable a los procesos de atención de la salud, fenómeno no estandarizable.¹²² Se trata del “proceso de encasillamiento”, el cual para el autor permite separar las tareas operativas de la organización asignándolas a profesionales

¹²¹ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 230.

¹²² A respecto comenta Mintzberg: “Para entender cómo funciona la Burocracia Profesional en su núcleo operativo, es útil imaginarla como un repertorio de programas estándar – en efecto, el grupo de destrezas que el profesional está listo a usar – que son aplicados a situaciones predeterminadas, llamadas contingencias, también estandarizadas... Así, un psiquiatra examina al paciente, lo declara maniaco – depresivo, e inicia la psicoterapia.” Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, pp. 230, 231.

individuales con relativa autonomía, en donde “cada uno puede, en vez de dedicar una gran cantidad de su atención a coordinar su trabajo con el de sus pares, centrarla en perfeccionar sus destrezas”.¹²³ En tanto que la organización debe asegurar una adecuada interrelación entre sus distintas unidades de trabajo y que la evaluación de las necesidades de cada paciente en particular requiere de una visión global de la cual los diferentes especialistas por lo general carecen, la responsabilidad por la eficacia y eficiencia de los procesos no puede descansar en una pretendida “autorregulación” del núcleo operativo. Sobre todo cuando el tipo de servicio brindado no se relaciona con un sistema de trabajo en paralelo, sino que requiere de la participación, a veces simultánea y a veces consecutiva, de diferentes profesionales y/o áreas de la organización. Mintzberg reconoce que “la estandarización de destrezas es, a lo sumo, un mecanismo coordinador flojo...”¹²⁴, planteando, entre otras, las dificultades existentes para relacionar el trabajo del núcleo operativo y el staff de apoyo y entre los distintos profesionales del núcleo operativo entre sí. Incluso comenta las dificultades que el proceso de encasillamiento provoca en la evaluación global del paciente. Sin embargo, atribuye tales dificultades a falencias del sistema característico de la Burocracia Profesional, que impide la aplicación de otro tipo de mecanismos de coordinación del trabajo que el propuesto. Considera que los problemas de coordinación entre el núcleo operativo y el staff de apoyo se deben a que existen dos sistemas de poder con direcciones distintas: uno que va desde los profesionales del núcleo operativo hacia el staff de apoyo, y otro que va desde la cumbre estratégica al staff de apoyo, ubicando al staff de apoyo entre dos líneas de poder distintas, ambas en principio válidas.

En lo que respecta a los mecanismos de control, Mintzberg considera que en las Burocracias Profesionales cada profesional “trabaja con sus propios clientes, sujeto sólo al control colectivo de sus colegas, que lo capacitaron y le enseñaron en primer lugar y de allí en adelante se reservan el derecho de censurarlo por práctica

¹²³ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 231

¹²⁴ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 247

impropia. La normatización de destrezas otorga a los trabajadores del núcleo operativo considerable control sobre su trabajo, por lo que se trata de “un trabajo altamente especializado en la dimensión horizontal, pero ampliado en la vertical”.¹²⁵

Este importante grado de independencia de los demás colegas, dado por la posibilidad de tener el control sobre su propio trabajo, ha favorecido el predominio de un criterio individualista de trabajo y, en muchos casos, la resistencia de los profesionales a considerarse como miembros de una organización, con la obligación de acatar las normas que ésta dicte.

Para Mintzberg, “el poder de los profesionales deriva de que su trabajo no sólo es demasiado complejo para ser supervisado por gerentes o estandarizado por analistas, sino que sus servicios tienen típicamente gran demanda. Esto da movilidad al profesional, lo que le permite insistir en tener considerable autonomía en su trabajo.”¹²⁶ Los profesionales “traen las normas a la organización con ellos cuando se incorporan a ésta”¹²⁷. Considera que “no hay virtualmente control del trabajo aparte del de la profesión misma, ningún modo de corregir deficiencias que los profesionales mismos quieran pasar por alto.”¹²⁸ Nuevamente desconoce la importancia y necesidad de normatizar los procesos de atención de la salud, y así mismo, la responsabilidad social de la organización de atención de la salud. Esto último, al menos para el caso de las organizaciones estatales, es un aspecto que no puede dejar de considerarse. No se trata de que el profesional no recaiga en la mala praxis, lo que por otro lado tiene implicancias legales y no sólo ético – profesionales, sino de determinar la distribución de los recursos públicos asegurando un servicio que provea un impacto social que justifique su implementación. De otra manera, no sólo no se tiene en cuenta la realidad contextual y organizacional con la que se trabaja en cada caso, sino que se deja la puerta abierta para la actuación de corporaciones profesionales cuyos

¹²⁵ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 228.

¹²⁶ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 235.

¹²⁷ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 242.

¹²⁸ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 247.

intereses pueden ser totalmente ajenos a las prioridades en salud de una determinada comunidad.

Mintzberg considera a las organizaciones (o burocracias) “profesionales” como el resultado de la suma de la actividad de un conjunto de profesionales individuales. Al respecto plantea que “un contador que trabaja solo adhiere a las mismas normas profesionales que 2.000 trabajando en una gigantesca firma.”¹²⁹ Pareciera existir en esta afirmación una confusión entre el conocimiento teórico – práctico de una disciplina, compartido por todos los profesionales de la misma, y las normas de trabajo aplicables a ella. Las normas pueden diferenciarse en normativas impuestas por entidades gubernamentales u organizaciones sociales en las que el Estado delega esta función, y normativas organizacionales, determinadas por cada organización particular, las que deberán ser acordes a normativas gubernamentales en el caso que existieran. Por otra parte, las normativas gubernamentales pueden ser de aplicación particular a la práctica privada u organizacional de una profesión, o a ambas. A pesar de compartir una formación profesional básica común, las pautas de trabajo de un profesional que trabaja en forma individual y las de un profesional que forma parte de una organización varían considerablemente. Este aspecto es sumamente relevante en la práctica de las distintas disciplinas de la salud, en donde la diferencia entre la práctica privada y la práctica organizacional es por lo general importante.

5.3.2. DEPARTAMENTALIZACIÓN

Un aspecto de gran importancia para el diseño de la estructura organizacional lo constituye el modo en que los distintos miembros de la organización se agrupan para llevar a cabo su trabajo. Al respecto H. Mintzberg propone las siguientes bases de agrupamiento más

¹²⁹ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 243.

frecuentemente observadas: por conocimiento y destreza, por proceso de trabajo y función, por tiempo, por producción, por cliente y por lugar. En las organizaciones de atención de la salud, el agrupamiento puede llevarse a cabo indiferentemente por conocimiento, destreza, procesos de trabajo o “clientes”. Si bien las “interdependencias de la corriente de trabajo”¹³⁰ constituyen un aspecto sumamente importante a considerar en el diseño de las estructuras hospitalarias, en virtud de la gran interrelación entre diferentes procesos llevados a cabo en distintas áreas de la organización en forma secuencial e interdependiente, en las estructuras hospitalarias de la Ciudad de Buenos Aires no suelen considerarse tales relaciones, favoreciendo la ineficacia e ineficiencia de los procesos de atención, como así también la incomodidad de los beneficiarios. El trabajo suele organizarse por servicios o especialidad, entre los cuales no existen normativas de interrelación. En muchos casos, incluso, existe superposición de actividades, sin una específica definición de competencias, generándose importantes dificultades.

5.3.3. LA ADMINISTRACIÓN EN LAS ESTRUCTURAS BUROCRÁTICAS

Mintzberg considera a la Burocracia Profesional como una estructura altamente democrática, al menos en lo que se refiere a los profesionales del núcleo operativo. Sin embargo, “cuando citamos términos como autocracia y democracia para describir la naturaleza de una organización, implícitamente dibujamos paralelismos entre las organizaciones y los sistemas políticos”¹³¹. Pretender que los miembros de un hospital elijan o apoyen la elección o las decisiones de quienes ocupan los distintos niveles de conducción de la misma implica desvirtuar la finalidad de la organización hospitalaria, ya que

¹³⁰ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 67.

¹³¹ Morgan, Gareth. *Imágenes de la organización*. México, Alfaomega, 2001, p. 134.

la misma no se conforma para “representar” los intereses de sus miembros, sino para brindar respuesta a las necesidades de una comunidad. Y, en todo caso, la legitimación de las distintas autoridades de la organización derivará de su nombramiento a partir de estamentos de gobierno democráticamente elegidos, como se analizara previamente.

La administración de este tipo de organizaciones no parece ser considerada desde su función constitutiva por el autor. Al respecto comenta que “una cantidad de posiciones son designadas para integrar los esfuerzos administrativos, como en el caso del administrador de sala en el hospital”.¹³² Para Mintzberg, “lo que emerge frecuentemente en la Burocracia Profesional son jerarquías administrativas paralelas, una democrática y de abajo – arriba para los profesionales, y una segunda burocrática mecánica y de arriba – abajo para el staff de apoyo... A diferencia del caso de la estructura profesional, aquí [en la jerarquía no profesional] se debe practicar administración, una función no especializada de la organización, para adquirir el status... Por eso, estas dos jerarquías paralelas son mantenidas bastante independientes una de otra.”¹³³ Pareciera ser que más que una simple diferencia de modalidad organizativa y de coordinación del trabajo, se trataría de una falta de integración de las distintas partes de la organización, pensada como un todo.

Según el autor, los administradores profesionales tendrían a su cargo la resolución de conflictos entre diferentes áreas de la organización, las relaciones entre la organización y su medio y mantener aislados a los profesionales de las presiones externas. Los administradores dominarían entonces las áreas de incertidumbre¹³⁴, adquiriendo de este modo una cuota de poder. Sin embargo, si bien una de las funciones de los administradores es la de asegurar cierta estabilidad en las condiciones de trabajo de manera de evitar que

¹³² Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 236.

¹³³ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 237.

¹³⁴ Michel Crozier plantea el carácter oportunista de las estrategias humanas, destacando que las reglas y la autoridad central no pueden controlarlo todo, quedando zonas de incertidumbre alrededor de las cuales se desarrollan relaciones de poder.

cambios abruptos resientan la labor, el enfoque con que esto es planteado da la idea de que los administradores se encontrarían “a disposición” de los profesionales, cuando en realidad, toda la organización está a disposición de los beneficiarios, y por ello debe asegurar al máximo posible que el servicio sea brindado con continuidad y homogeneidad. Por otra parte, si bien los administradores tienen que resolver en muchos casos conflictos entre distintos miembros de la organización, el considerar esta tarea como aspecto característico del administrador lo convierte más en un negociador que en un evaluador y planificador.

Para Mintzberg, los profesionales no gustan de las tareas administrativas, por lo que las “ceden” a quienes sí desean llevarlas a cabo. Al respecto dice: “el administrativo profesional mantiene su poder mientras los profesionales piensan que sirve efectivamente a sus intereses.”¹³⁵ Plantear esto es pensar que una organización se estructura a partir de quienes llevan a cabo la tarea productiva específica de la misma, y no partir de un criterio administrativo global que la integre a un complejo de actividades mucho mayor. Es mantener la creencia profundamente arraigada de que lo único importante es que los profesionales lleven a cabo su tarea de la mejor manera posible, sin considerar que ello no basta para asegurar un resultado socialmente eficaz. Comenta Mintzberg que “las estrategias de la Burocracia Profesional son en gran parte de los profesionales individuales dentro de la organización tanto como de las asociaciones profesionales fuera de ella.”¹³⁶ Como ya se comentara en otro punto, y como el mismo Mintzberg analiza en su obra, la realización de una práctica profesional concreta, caracterizada por una metodología de análisis propia de la disciplina de que se trate, no brinda a quien la lleva a cabo las herramientas para analizar a la organización como un todo en relación con su entorno.

En el modelo propuesto por el autor, el administrador carecería del poder para imponer su voluntad sobre los profesionales del núcleo

¹³⁵ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 240.

¹³⁶ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 241.

operativo, debiendo “confiar en su poder informal, y aplicarlo sutilmente”¹³⁷, lo que resulta contrario al principio de jerarquía dentro de la organización.

Todos estos aspectos pueden observarse en mayor o menor medida en el funcionamiento de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Por otra parte, quienes llevan a cabo las funciones administrativas en los mismos no son siempre aquellos a quienes les gusta, en tanto que los cargos son ocupados principalmente por quienes tienen mayor experiencia asistencial, y no necesariamente formación e interés por la administración.

5.3.4. LOS MECANISMOS DE CONTROL

Para el autor la Burocracia Profesional se caracteriza por otorgar una importante cuota de discrecionalidad al profesional y “no puede fácilmente tratar con profesionales que son o incompetentes o inconscientes...”¹³⁸; además les permite en algunos casos “ignorar las necesidades de sus clientes; también alienta a muchos de ellos a ignorar las necesidades de la organización. Los profesionales en estas estructuras generalmente no se consideran parte de un grupo... Son leales a su profesión, no al lugar donde la llegan a practicar.”¹³⁹ Acerca de estos aspectos ya se han hecho distintos comentarios a lo largo del texto.

Si bien como dice Mintzberg, no es posible controlar el trabajo profesional relacionado con la atención del paciente, ello no implica que no puedan controlarse algunos aspectos formales del trabajo, que sí contribuyen a la calidad de la atención. Pero para ello deben existir normas explícitas, normas que se relacionan tanto con aspectos referidos a la organización del trabajo (días y horarios de trabajo,

¹³⁷ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 242.

¹³⁸ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 248.

¹³⁹ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 249.

asistencia a reuniones, etc.), como a procesos de diagnóstico y tratamiento.

Por otra parte, el trabajo profesional debe ser evaluado, ya que de otra forma no puede asegurarse que el mismo sea compatible con los objetivos de la organización.

Para Mintzberg, “los controles quitan la responsabilidad por el servicio al profesional y la colocan en la estructura administrativa, donde no le sirve al cliente”.¹⁴⁰ Sin embargo, esta consideración pareciera surgir de la confusión entre los conceptos de estandarización de procesos y normatización; y por otro lado no contempla el hecho de que es la organización la responsable de los servicios brindados al paciente, por lo que debe asegurar un desempeño profesional adecuado en todos los casos. La responsabilidad del profesional no permite en ningún caso reducir los controles que la organización implementa. En todo caso, profesionales responsables evitarán o disminuirán el número de sanciones por incumplimiento de las normas de la organización. No puede olvidarse que el control constituye una responsabilidad ineludible de la administración: “para funcionar efectivamente, las organizaciones requieren típicamente estructuras jerárquicas y algún grado de control formal”.¹⁴¹

5.3.5. LA TECNOESTRUCTURA Y LA LÍNEA MEDIA

Siguiendo el modelo propuesto por Mintzberg, la tecnoestructura y la línea media de administración en las Burocracias Profesionales no son estructuras muy elaboradas. Sin embargo, es posible cuestionar tal afirmación, en tanto que entra en conflicto con el propio concepto de organización. En tanto que ninguna actividad humana es capaz de desarrollarse sin un sostén administrativo, y teniendo en cuenta la necesidad de una estructura jerárquica sólida que asegure la unidad de criterio y coordinación entre las distintas áreas

¹⁴⁰ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 254.

¹⁴¹ Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 176.

de la organización, no es posible pensar que organizaciones como los hospitales carezcan de una fuerte estructura en su línea media. Por otro lado, la importancia ya mencionada de la normatización de los procesos desarrollados en las instituciones hospitalarias da cuenta de la necesidad de contar con una tecnoestructura cuya participación resulta fundamental para asegurar la adecuación de los procesos organizacionales a las necesidades de sus beneficiarios. Por su parte, no puede dejar de considerarse el peso que en muchas organizaciones tiene el área de docencia e investigación, también parte de la tecnoestructura.

5.3.6. EL STAFF DE APOYO EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

El staff de apoyo es una estructura bastante desarrollada en los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires, donde se encuentran áreas como cocina, limpieza, mantenimiento, compras, facturación y cobranzas, estadística, contabilidad y recursos humanos. Algunos de estos servicios se encuentran tercerizados en muchos hospitales, como el caso de cocina y limpieza, lo que implica que los empleados de dichas áreas son seleccionados y dependen jerárquicamente de una estructura externa al hospital. No obstante, para el caso de cocina, la misma se encuentra bajo la supervisión del servicio de alimentación del hospital. Es importante tener en cuenta que la decisión de tercerizar los servicios surgió desde el nivel de la administración central.

La mayoría de las áreas del staff de apoyo se encuentran a cargo de personal no profesional, en su mayoría formado a partir de la misma práctica laboral. Incluso para el caso de tareas que requieren ciertos conocimientos técnicos como pueden ser las de facturación y cobranzas y compras, el personal presenta una escasa capacitación formal. Es común que exista movilidad de personal entre estas áreas e incluso, en algunos casos, que algunos miembros de un área

reemplacen a los de otra área temporalmente, cuando ello es necesario. La capacitación en las denominadas “áreas administrativas” del hospital, término con el cual se hace referencia a las áreas que conforman principalmente el staff de apoyo e incluyen otros miembros de la organización que cumplen funciones en distintas oficinas y secretarías de la organización, no se ve estimulada por la organización pública. La formación en estas áreas depende de la motivación personal, no siendo en la actualidad formal, en tanto que la carrera administrativa se encuentra suspendida.

5.3.7. EL STAFF DE APOYO EN LA BUROCRACIA PROFESIONAL

El modelo de Burocracia Profesional de Mintzberg se caracteriza por utilizar una tecnología sofisticada pero con un sistema técnico simple. Si bien, algunas áreas de los hospitales que utilizan equipos más sofisticados, se moverían hacia una “estructura híbrida, con características de Adhocracia.”¹⁴² La Adhocracia es el modelo de organización que se caracteriza por la prevalencia del staff de apoyo (Adhocracia Administrativa), o del mismo junto con el núcleo operativo (Adhocracia Operativa). En estos casos hay poca formalización del comportamiento, y el mecanismo coordinador prevalente es el ajuste mutuo. El trabajo se lleva a cabo fundamentalmente en grupos conformados por miembros del núcleo operativo, staff de apoyo y línea media. Es característica de estructuras que trabajan con proyectos de innovación. Mientras que para Mintzberg la Burocracia Profesional no resulta una estructura dinámica para el establecimiento de innovaciones.

¹⁴² Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires, El Ateneo, 2001, p. 243.

5.3.8. LOS ASPECTOS DE CREATIVIDAD E INNOVACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA NORMATIZACIÓN Y LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Al decir de Mintzberg, las organizaciones cuyo trabajo se caracteriza por la creatividad y la innovación requerirían de estructuras laxas, en donde incluso la unidad de mando no sería aplicable. Para él la Burocracia Profesional no es una estructura apta para la innovación, sino para la implementación de propuestas desarrolladas en otras organizaciones externas a ella. Sin embargo, es posible discrepar con esta concepción, ya que no puede pensarse la actividad creadora e innovadora - como podría ser desde un criterio amplio de creatividad la actividad de un artista, un investigador o incluso la actividad clínica con un paciente - fuera de la norma de la práctica y del poder que la sostiene. En este sentido toda actividad innovadora debe ajustarse no sólo a criterios rígidos desde la técnica sino también al sistema político de la comunidad "científica" que la sostiene.¹⁴³ Si bien no constituye el objetivo de este trabajo llevar a cabo un análisis de los aspectos de creatividad, es importante considerar que tanto la creatividad como la innovación constituyen elementos de cambio y adaptación para cualquier organización. En este sentido, tanto desde el punto de vista clínico como administrativo, la creatividad puede considerarse ya sea como una cualidad deseable en los distintos niveles organizacionales, como una práctica orientada al mejoramiento de los servicios y su adecuación a las necesidades del entorno. Esto adquiere mayor significación si se considera a la administración como una disciplina con base epistemológica, y no como un mero conjunto de herramientas a aplicar a partir de una receta universalmente establecida.

¹⁴³ Kuhn, Thomas S. *El estructura de las revoluciones científicas*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1971.

5.3.9. LA CUMBRE ESTRATÉGICA

La cumbre estratégica de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires está formada por los miembros de la Dirección. Conforman la misma en forma general un Director, responsable máximo de la organización y un Subdirector. Existe un responsable del funcionamiento de las distintas áreas "administrativas" del hospital (ya mencionadas previamente), denominado a veces Director o Subdirector Administrativo y otras Administrador. La denominación de Director Administrativo se contrapone a la de Director Médico, lo que permite suponer la separación de dos áreas con un funcionamiento independiente.

En la actualidad en los Hospitales Públicos se desenvuelve un Administrador de Recursos Desconcentrados (ARD). No en todos los hospitales hay Administrador, pero sí en todos hay ARD. Este último se aboca específicamente a los aspectos de tipo económico - financiero y tiene la característica de que responde directamente al área de Hacienda de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. La presencia de este funcionario que no responde al Director del hospital, designado desde el nivel central con posterioridad a la implementación del Decreto 578/93, constituye una prueba más del grado de centralización que en la práctica persiste en el sistema, y del escaso poder de decisión reservado a las autoridades del hospital.

5.3.10. OTRAS ESTRUCTURAS ORGANIZACIONALES

Una de las estructuras incorporadas al hospital en los últimos años es el C.A.T.A., sobre el cual ya se hablara previamente. Considerando su característica de consejo asesor el mismo debería considerarse como parte de la tecnoestructura. No obstante, más allá de su continuidad como entidad hospitalaria, no conforma un grupo de individuos con tareas asignadas concretas, con horarios y lugar fijo de

trabajo. Sólo se reúnen cuando son convocados por la dirección del hospital o por alguno de sus miembros para participar de reuniones en donde se tratan determinados temas a resolver (nombramientos, conflictos internos, etc.). Considerando estos aspectos es difícil considerarlo como un elemento de la tecnoestructura, ya que no cuenta con criterios de trabajo específicos como un área diferenciada de la estructura hospitalaria, y por otro lado sus miembros representan diferentes grupos de intereses, lo que dista de ser un aspecto propio de una asesoría técnica. Más aún, si se considera que está prevista la inclusión de un miembro de la comunidad en el mismo, y que éste no depende jerárquicamente del hospital, la caracterización de este Consejo resulta compleja.

El análisis de Mintzberg se complejiza aún más con la incorporación al hospital de estructuras como asociaciones profesionales, oficinas de representación gremial, comités hospitalarios, asociaciones cooperadoras y fundaciones. Dado que estas estructuras se han incorporado al Hospital Público y tienen una presencia permanente las mismas deberían considerarse como parte de su estructura formal. Sin embargo, existen algunas dificultades en este sentido. En el caso de los comités hospitalarios, se trata de comités que tienen a su cargo el tratamiento de temáticas específicas: infecciones hospitalarias, investigación, ética, auditoría, y bioseguridad, entre otros. Si bien la creación de estos comités y el establecimiento de sus funciones surge a partir de disposiciones oficiales al respecto, la conformación de los mismos y las características de la organización de su trabajo permite cuestionar su entidad formal. Constituyen estructuras consultivas, sin poder formal de aplicar ninguna de sus sugerencias. Están conformados en su mayoría por los jefes de los distintos servicios del hospital, quienes en muchos casos forman parte de varios comités a la vez. La participación de los profesionales es voluntaria y no se requiere una formación particular en la materia a tratar para formar parte del comité. Desde el derecho administrativo no existe forma alguna de considerar a estas estructuras como componentes de la organización

formal, ya que no cumplen con las características de los cargos públicos.

En muchos hospitales existen oficinas de representación gremial, las cuales responden a las directivas del gremio. Si bien las mismas no dependen jerárquicamente de las autoridades del hospital, influyen decisivamente en las decisiones que éstas llevan a cabo. Los gremios tienen representantes que forman parte del C.A.T.A., que, aunque no tienen voto, establecen la posición del gremio ante la problemática a tratar.

Es común la presencia de organizaciones independientes como cooperadoras y fundaciones dentro del hospital. Tales organizaciones sustentan diferentes grados de poder, íntimamente relacionado con el manejo de fondos que ostentan. Del mismo modo, los grupos voluntarios de trabajo forman parte de la dinámica organizacional. Aunque todas estas estructuras ostentan cierta estabilidad dentro de la organización, forman parte de su estructura informal.

A la estructura "central" del hospital se agregan en la actualidad un número variable de centros de salud, conformados por consultorios de atención dependientes de los Hospitales Públicos. Cada hospital tiene a su cargo un conjunto de centros de salud, los cuales se ubican dentro del área programática¹⁴⁴ correspondiente al hospital. Las características y estructura física de los centros varía ampliamente dependiendo de la zona geográfica en que se encuentran. Así también varía el tipo y complejidad de los servicios de atención que brindan. Desde un punto de vista sanitario se supone que los centros de salud se conformaron para relevar los casos que no llegan al hospital y para atender la patología más simple, derivando pacientes, cuando fuese necesario, al hospital de referencia. En la práctica la interacción entre el hospital y los centros de salud es pobre y los centros de salud pueden considerarse como estructuras anexas pero no integradas al hospital. En muchos casos, las malas condiciones

¹⁴⁴ Las áreas programáticas son áreas adyacentes a los hospitales generales. Cada hospital general tiene a su cargo un área programática, donde realiza tareas de prevención y educación para la salud, entre otras.

de los centros de salud impiden a los profesionales cumplir con sus funciones. En otros, la práctica queda librada a la responsabilidad profesional, sin que exista desde ningún nivel administrativo superior una supervisión del trabajo profesional.

Puede decirse que los centros de salud constituyen el resultado de la aplicación de criterios de atención primaria de la salud, sin un verdadero replanteo del sistema que permitiera asegurar su eficacia e impacto social.

5.4. CONSIDERACIONES ACERCA DEL ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO HOSPITALARIO A PARTIR DEL MODELO PROPUESTO POR HENRY MINTZBERG

Los elementos de estructura y funcionamiento previamente comentados para el caso de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires permiten concluir que son escasos los criterios administrativos aplicados, y los que existen encuentran importantes dificultades para su adecuada implementación. El modelo propuesto por Mintzberg para analizar las organizaciones hospitalarias es de carácter descriptivo. Si bien es posible reconocer muchos de los aspectos comentados por el autor en el funcionamiento actual de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires, el modelo no brinda respuesta a las necesidades o dificultades de la organización, ni plantea de qué manera podría pensarse la estructuración de la misma

Si bien el análisis de la aplicación del modelo de Mintzberg daría lugar a otra investigación, es posible extraer algunas conclusiones parciales: se plantean cargos con responsabilidad "administrativa" y "médica" independientes y no se trabaja la articulación entre ambos; no se analiza la presencia en la línea media de profesionales relacionados con los aspectos técnicos propios de la práctica profesional y los aspectos de administración; no se resuelven los temas fundamentales de la estructura administrativa organizativa hospitalaria desde la "división" profesional - administrativo; se

confunde el conocimiento propio de una disciplina con las normas de trabajo organizacionales; se estudia la organización de salud en función de aspectos de la práctica, pero no se proponen lineamientos para su diseño y funcionamiento.

6. LA ADMINISTRACIÓN EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS. ANÁLISIS DE SU SITUACIÓN ACTUAL A PARTIR DE SU EVOLUCIÓN HISTÓRICA

No ha existido una tradición administrativa en los hospitales públicos de la Argentina, como se desprende del análisis de su desarrollo histórico. En algunos casos ello se debió a que las instituciones de atención de la salud no fueron consideradas como organizaciones con un rol social estable y definido desde diferentes actores sociales en función de satisfacer una necesidad particular, sino que fueron el resultado de la reunión de un conjunto de personas congregadas para llevar a cabo una función de tipo caritativa o benefactora, atemporal y más allá de cualquier criterio de crecimiento y permanencia social. Como ya se analizara, estos aspectos caracterizaron los hospitales públicos de las primeras épocas. Así, tanto los hospitales de caridad como los de beneficencia se organizaron para la consecución de fines en el corto plazo, lo que no permitía ni requería planificación alguna¹⁴⁵. Si bien en muchos casos la organización era llevada adelante con esmero, la misma no tenía carácter profesional ni técnico, por lo que el logro de los resultados (cuya definición era impensable) se debía a la conjunción aleatoria de varios fenómenos que en todo caso no eran objetivados o analizados para una evaluación y posterior redefinición de los procesos de atención.

En tanto que la atención se realizaba en función de los recursos disponibles en cada momento, los cuales no eran más que el producto de una acción voluntaria que, aunque pudiera ser ordenada, respondía a una motivación personal y por lo tanto inestable, no era posible prever los recursos con que se contaría en un determinado momento para trabajar. Dado que las instituciones públicas de salud se mantenían a partir de la beneficencia pública, "imprevisible en su

¹⁴⁵ No se trata en este caso del corto plazo al cual es aplicable la planificación a corto plazo, sino más bien de la inmediatez que caracterizaba tales actividades.

monto e irregular por naturaleza, impedía todo tipo de previsión y por tanto de programación de actividades".¹⁴⁶

De esta manera, no sólo no se podía planificar el tipo de atención a brindar en función de los recursos disponibles, entre los que por supuesto no pueden dejar de considerarse los recursos humanos, sino que además los recursos eran distribuidos sin ningún criterio preestablecido entre la población atendida. La imposibilidad de planificar y organizar el trabajo originaba desigualdades en la atención recibida por la comunidad que concurría al hospital, lo que no obstante no resultaba sorprendente en un contexto de trabajo de beneficencia o caridad, pero que como aspecto residual de viejos criterios de trabajo es posible observar todavía en el Hospital Público actual.

Aún en la época de oro del Estado Benefactor, quien era prestador directo de servicios de salud para la población, la salud, o más correctamente la atención de la salud, no era todavía considerada como un derecho de los ciudadanos. La problematización del derecho a la salud es posterior, aunque en la práctica se plantea como un problema de tipo cuantitativo más que cualitativo.

Aún cuando los hospitales fueron incorporando cada vez más profesionales y disciplinas al "equipo de trabajo", las tareas de dirección estaban ya a cargo de profesionales médicos, y se había producido un cambio en la relación laboral de los trabajadores hospitalarios a una relación de dependencia, la concepción de los Hospitales Públicos y su función social no pareció modificarse cualitativamente. La principal actividad rentable de los profesionales, fundamentalmente los médicos, siguió estando fuera del hospital¹⁴⁷, por lo que la actividad hospitalaria siguió considerándose como un complemento necesario pero en ningún caso como una finalidad en sí misma, actividad de carácter principalmente formativa y de prestigio.

¹⁴⁶ Sonis Abraam y col. *Atención de la salud, Tomo II*. Buenos Aires, El Ateneo, 1984, p.445.

¹⁴⁷ Al menos desde un punto de vista económico. Esta situación ha sufrido grandes cambios en los últimos tiempos, siendo la actividad hospitalaria una fuente estable de ingresos revalorizada a la luz de los importantes cambios sociales vividos.

A ello se agrega el hecho de que la cuestión salud en muy pocas ocasiones formó parte de la agenda del gobierno.

Es posible aventurar que la tan mentada crisis por la que atraviesa hoy en día el "sistema de salud argentino"¹⁴⁸ es en gran parte la consecuencia de la falta de una organización y administración con objetivos a largo plazo y una planificación adecuada, enmarcada en una política global y sectorial coherentes.

La falta de interés y de conocimientos en muchos casos, llevó a una desvalorización de "lo administrativo" como una tarea que no podía ser propia de un profesional de la salud, pero que tampoco se dejó en manos de otros profesionales que tuvieran la formación en la materia. De este modo, aún quienes tenían a su cargo la conducción de una parte o de toda la organización hospitalaria no alcanzaban a comprender la esencia de la administración como actividad diferenciada pero a la vez fundante de cualquier actividad que el hospital pudiera llevar a cabo.

Los hospitales no fueron una excepción con respecto a las demás organizaciones estatales, observándose importantes similitudes entre ellas. Puede decirse que en los Hospitales Públicos se generó un mal uso y dilapidación de recursos a partir de una particular concepción de gratuidad de los servicios, en el marco de una escasa planificación y regulación de las actividades que la institución desarrollaba. Si bien hoy en día no es ya frecuente que se plantee la existencia de servicios públicos gratuitos, aún cuando los mismos sean provistos por organismos del Estado, la atención de la salud fue históricamente considerada como un servicio "gratuito"¹⁴⁹. O en todo caso, alguien se haría cargo del costo sin que ello fuese responsabilidad de quienes se desempeñaban laboralmente en las instituciones de salud, ni tampoco un elemento de control por parte de la ciudadanía. En este sentido no importaba cómo y cuánto se gastaba

¹⁴⁸ La utilización del concepto de crisis a través de los años hace pensar intuitivamente en una falta de conceptualización de la realidad sanitaria para un momento dado.

¹⁴⁹ El paradigma de la modernidad referente a políticas de salud no diferencia entre financiador y prestador de salud.

en tanto que todo se reponía sin inconvenientes y no existía un control del uso de insumos y recursos. Por otro lado, es posible pensar que ni los propios directivos tenían en muchos casos conciencia del gasto innecesario que se producía, ya que las compras de insumos y recursos eran realizadas desde la administración central, por un Estado que no mostraba importantes dificultades económico financieras.

No se propició entonces desde los niveles directivos y/o políticos la concientización de los costos que la propia actividad generaba, lo que sumado al sobredimensionamiento alcanzado por muchas organizaciones estatales brindó un importante elemento para establecer la necesidad de privatizar las empresas públicas en la década de 1990.

El destino de los Hospitales Públicos no fue muy diferente, al menos en lo que respecta a un mayor desentendimiento del Estado sobre el funcionamiento de la organización. El cambio no estuvo dado a partir del marco regulatorio del binomio público-privado¹⁵⁰, sino de un cambio en los niveles gubernamentales involucrados en la gestión y en la forma, generado a partir de un pasaje de responsabilidades desde el nivel nacional al provincial y municipal por un lado, y la implementación de la Autogestión Hospitalaria, por el otro. No obstante, estos cambios fueron incompletos en la práctica.

Más allá de la carencia de profesionales capacitados en administración al frente de las instituciones de atención, tampoco los profesionales que realizaban tareas asistenciales parecieron comprender las necesidades de planificar y organizar las actividades. En tanto que la atención era considerada como el producto del encuentro entre el profesional asistencial por un lado y el paciente por el otro, se planteaba una relación de dos actores que no consideraba la incorporación del aspecto institucional u organizacional, y mucho menos del comunitario. Las escasas dificultades para contar con los elementos necesarios para la atención favorecía esta situación. El

¹⁵⁰ Más allá de lo formal es posible pensar que existió un criterio privatista velado, manifestado a partir de los cambios que se generaron en el sistema.

desempeño de la tarea partía de una concepción individualista de la profesión, lo cual constituyó una de las grandes trabas para el desarrollo de actividades de equipo, y por supuesto más tarde, una importante dificultad para la concreción de las propuestas de trabajo multi y transdisciplinario. “Cabe recordar que las funciones sencillas que realizaba el hospital del pasado requerían una escasa división de trabajo, el cual se llevaba a cabo con fuerte sentido individualista y sin que se sintiera una especial necesidad de integrar o coordinar los esfuerzos con sentido de grupo”.¹⁵¹

Si bien desde la aparición de los primeros hospitales las actividades hospitalarias se fueron complejizando cada vez más, incorporando nuevos profesionales, nuevas especializaciones, nuevas tecnologías y recursos en general, lo que requirió un “esfuerzo coordinado del *trabajo en equipo*, única forma de asegurar que la alta capacidad de cada individuo no se pierda en esfuerzos aislados e ineficaces, y que, por el contrario, se vea enriquecida y potenciada mediante la acción coherente y sistematizada de un equipo de trabajo”¹⁵², la tendencia de los profesionales de la salud a trabajar en forma individual o como mucho por servicios (como resabio de la práctica médica organizada en pabellones independientes del pasado) no dio lugar a un cambio en la concepción de trabajo y de las relaciones laborales, a pesar de algunos casos aislados. En este sentido, los integrantes de los hospitales no se replantearon como grupos humanos con objetivos y elementos organizativos comunes que conformaran el tejido y soporte de todas las acciones a realizar.¹⁵³ Las acciones de atención de la salud que llevaban a cabo los profesionales dentro de las instituciones hospitalarias se organizaron a partir de criterios estrictamente basados en la formación de base de cada disciplina, sin que se replantearan como parte constitutiva de una

¹⁵¹ Sonis Abraam y col. *Atención de la salud, Tomo II*. Buenos Aires, El Ateneo, 1984, p.443.

¹⁵² Sonis Abraam y col. *Atención de la salud, Tomo II*. Buenos Aires, El Ateneo, 1984, p.443.

¹⁵³ Al respecto, la falta de objetivos comunes entre todos los miembros de las instituciones hospitalarias, e incluso la falta de definición de objetivos, permite cuestionar su condición misma de verdaderas organizaciones. Sobre el concepto de organización puede consultarse a Aldo Schlemenson, *Análisis organizacional y empresa unipersonal. Crisis y conflicto en contextos turbulentos*, Buenos Aires, Paidós, 1998.

estructura previamente establecida que les diera un sentido y definiera sus características. Las acciones de salud estuvieron entonces desconectadas unas de otras a partir de la falta de una estructura de sustento que las organizara en función del resto, lo que, sumado a otros aspectos, dio como resultado que en las diferentes instituciones el desarrollo de los distintos servicios que las conformaban dependiera de la capacidad de cada responsable de área de lograr el apoyo del nivel directivo, así como de fortalecer la imagen y actividad de su servicio en particular, más que de una planificación organizacional integral.

Puede decirse que hasta no alcanzar una situación "crítica" como la vivida a partir de la última devaluación económica, que puso en evidencia la incapacidad del sistema de responder ante una escasez brusca de recursos, los profesionales no se habían cuestionado la necesidad de un sistema que les asegurara la permanencia de las estructuras y la continuidad en el acceso a los recursos, evitando así cambios inesperados que impidieran una adecuada práctica profesional.

En conclusión, esta falta de cohesión y de trabajo organizado, sustentada probablemente en una fuerte concepción liberal de la profesión y reafirmada a partir de una práctica asistencial enmarcada en el ámbito público desde la beneficencia, llevó a un desempeño que dependió exclusivamente de cada profesional. Con ello, la falta de lineamientos y normativas básicas de desempeño profesional llevaron a un importante desperdicio y malgasto de recursos e insumos.

Es frecuente que se plantee la insuficiencia del sistema para atender a una población cada vez mayor, tanto en número como en demanda, pero a ello es necesario contraponer en la mayoría de los casos una importante subutilización de los recursos hospitalarios, sobre todo si se consideran los aspectos de inasistencia profesional y limitación del horario de funcionamiento de la mayoría de los servicios, así como la falta de organización de la entrada de la

población al sistema, aspectos que resultan determinantes para un reordenamiento del mismo.

En lo que a la formación de los profesionales de la salud en administración se refiere, ello constituyó en la mayoría de los casos el cumplimiento de un requisito obligatorio para avanzar en la carrera hospitalaria, lo que por otro lado favoreció la organización de cursos de bajo nivel académico y competencia docente, avalados por un sistema perverso que se retroalimentaba en su propia mediocridad. En este sentido puede decirse que “la dirección de los hospitales ... está ocupado siempre por médicos, designados tradicionalmente por su capacidad científica y académica y/o su trayectoria profesional o política, pero sin tener en cuenta su formación administrativa o experiencia de gestión. Es decir que en la administración hospitalaria no existe, en rigor, una función gerencial en los máximos niveles de responsabilidad administrativa... La referida situación hace que aquello que debería ser un premio o reconocimiento a estos profesionales, se convierta en una situación traumática de difícil resolución, ya que los mismos se ven envueltos y desbordados por infinidad de problemas administrativos y variables de gestión para los cuales no están preparados”.¹⁵⁴

Otros profesionales ingresaron en la escena hospitalaria y en el nivel central, principalmente desde las Ciencias Económicas. Estos desarrollaron un nuevo campo laboral relacionado con la gestión de las instituciones de salud. Atribuyendo en muchos casos las dificultades de funcionamiento de las organizaciones de salud a deficiencias en el manejo económico financiero se propició la incorporación de profesionales con formación en estas disciplinas, lo que tampoco generó importantes cambios en el funcionamiento institucional y en los resultados percibidos por la población, posiblemente porque sólo se concentró el interés en una parte de la organización: los aspectos económico - financieros, mientras se

¹⁵⁴ *Hospital público de Autogestión. Marco conceptual, Estrategias e Instrumentos Operativos*, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Programa de Rehabilitación de la Infraestructura de Salud, Unidad Ejecutora Central, SPS-MSAS, Argentina, 1999, p. 72.

dejaban de lado los aspectos que debían enmarcar dicho área de análisis, más allá de que tampoco en el nivel económico financiero se observó un ordenamiento de real impacto.

En tanto los hospitales estuvieron destinados a una población carenciada no pareció haber inconvenientes ni demasiadas preocupaciones en cuanto a su funcionamiento. Sin embargo, nuevas exigencias de atención, tanto en cantidad como en calidad, pusieron de manifiesto las limitaciones del sistema para responder a nuevas demandas sociales.

Se puso en evidencia que la administración nunca ocupó un lugar relevante en las instituciones hospitalarias. Y aún en los casos en los que se pretendió llevar a cabo un análisis de la organización más allá de los aspectos técnicos de los procesos de atención de la salud ello se centró en aspectos secundarios y accesorios a la Administración, pero no en la Administración misma. Así por ejemplo, con la implementación de la Autogestión Hospitalaria comenzó a darse gran relevancia al tema de los costos, aunque no dentro de una concepción previa de organización, lo que por otra parte puede considerarse como la consecuencia natural de una concepción reduccionista de las organizaciones, ya que en definitiva lo que plantea es que un buen manejo organizacional puede ser reducido y equiparado a un buen análisis económico - financiero y/o contable. Esta concepción aplicada al análisis organizacional se observa también en el nivel de organización social en su conjunto y en los niveles más altos del poder político - administrativo a partir de la prevalencia y dominio de determinadas disciplinas por sobre otras.

Se consolidó de esta forma una práctica basada en un análisis reduccionista de la realidad, peligroso en su aplicación a estructuras sociales que requieren de un enfoque más abarcador debido a la realidad compleja que las caracteriza, como es el caso de las organizaciones hospitalarias. Por otro lado, no es posible definir un aspecto parcial como podría ser el económico, o incluso la medicina misma, como factor determinante de las acciones a desarrollar por la

organización de atención de la salud, lo que no permite asegurar que se cumpla la finalidad de la misma. En tanto que toda organización social tiene una responsabilidad que es por definición social, cualquier acción que se desee implementar desde la organización debe contemplar un análisis que necesariamente abarque múltiples aspectos de la realidad de manera de seleccionar las prioridades a abordar con una fundamentación que en última instancia debe ser social. No es suficiente con que un método o técnica sea eficaz en sí mismo si no conlleva un resultado socialmente válido y adecuado, que permita justificar su implementación. Es por ello que la función administrativa es tan compleja como imprescindible, ya que la misma tiene a su cargo tanto la determinación de las prioridades de la organización como la selección de las acciones que la misma implementará para su tratamiento, sin que por ello se desconozca la necesidad del aporte de otras disciplinas cuyos aspectos técnico-científicos permitirán fundamentar las decisiones alcanzadas (como podría ser el caso de la ética). Pero en última instancia, se trata de un análisis desde un nivel integrador de los aportes de las diferentes disciplinas involucradas en función de variables que exceden a cada una de ellas en particular.

Las funciones administrativas fueron consideradas generalmente por los profesionales de la salud como funciones no propias de su profesión y por lo tanto las mismas fueron descuidadas incluso por aquellos que tenían a su cargo funciones de jefatura o dirección. No se contempló desde la conformación de la estructura hospitalaria la necesidad de profesionales especializados en las técnicas de dirección y administración, y en muchos casos a ello se sumó el desinterés personal por la tarea¹⁵⁵. Al respecto, es interesante el hecho de que el acceso a los cargos de la Administración Hospitalaria en los Hospitales Públicos se basa principalmente en el análisis de la experiencia asistencial de los profesionales, y en mucha menor medida por su capacidad administrativa.

¹⁵⁵ Es interesante destacar que hasta el día de hoy la administración de instituciones de salud no constituye una especialidad dentro de las carreras de salud.

En los últimos años se ha creado una mayor conciencia de la importancia de la Administración en las instituciones públicas de salud, debido en parte a los cambios que trajo la Autogestión Hospitalaria, obligando a los efectores a una toma de conciencia acerca de múltiples aspectos hasta entonces no contemplados, imprescindibles para el funcionamiento organizacional e íntimamente relacionados con las funciones administrativas. Por otra parte, las grandes dificultades económicas y financieras y las restricciones que provocó la implementación de la Autogestión Hospitalaria en las organizaciones hospitalarias pusieron de manifiesto la carencia de herramientas que permitieran maniobrar la organización en un contexto adverso. Comenzaron a valorarse las estadísticas institucionales como base para la planificación y, sobre todo desde el nivel asistencial, la importancia de un marco institucional que pudiera garantizar un adecuado desempeño de la función a partir de asegurar condiciones mínimas de trabajo.

Sin embargo, el mantenimiento de una estructura de nombramientos de directores de hospitales íntimamente ligada al poder político no favoreció la incorporación de los profesionales mejor capacitados para desarrollar las tareas administrativas, lo que limitó grandemente las posibilidades de cambio. A ello se sumó la histórica falta de integración entre los diversos servicios institucionales, escasamente establecida por la organización y de esta manera fuertemente dependiente de las características personales de quienes se encontraban a su cargo, aspecto que se vio acentuado con la implementación de la Autogestión Hospitalaria, dificultando enormemente la constitución de organizaciones integradas y ordenadas.

Independientemente de la modalidad de gestión que se prefiera, la posibilidad de definir y planificar actividades de atención de la salud depende de caracterizar la población con y para la cual se trabaja. En tanto que los Hospitales Públicos atienden pacientes provenientes no sólo de sus áreas programáticas y de influencia, sino

de otras jurisdicciones lejanas, e incluso de otras provincias y/o países, sin ningún patrón de concurrencia estable, más allá de los aspectos económico - financieros involucrados no resulta posible aprehender a la población a la que se atiende. De este modo, en tanto que no es posible delimitar la población beneficiaria de los servicios de un determinado hospital se hace imposible conocer las necesidades de la misma y definir en consecuencia las características que dicha institución debería reunir, y planificar en forma acorde las actividades que debería llevar a cabo. Tampoco es posible evaluar la gestión ni conocer el resultado de la atención brindada por una determinada institución, ya que resulta difícil e incluso imposible realizar un seguimiento de la población atendida.

Aun cuando en muchos casos pudiera existir la fuerte voluntad de administrar adecuadamente un hospital, la tarea se vería seriamente dificultada por una realidad cuya modificación no está al alcance de las autoridades hospitalarias sino que depende de decisiones en otros niveles de la administración, con fuerte componente político. Por otra parte, la dependencia política que en la mayoría de los casos existe entre las autoridades hospitalarias y el nivel central de la administración obstaculiza muchas propuestas de cambio, en tanto que no hay intereses contrapuestos entre ambos niveles, o si los hay no pueden plantearse abiertamente.

La libre elección del paciente de la institución de entrada al sistema de atención, impuesta y defendida desde los niveles políticos de la administración pública¹⁵⁶, aunque compartida en muchos casos por los niveles técnico - profesionales sobre la base de un demagógico criterio de democracia¹⁵⁷, actúa entonces como impedimento sustancial para cualquier posible intento de planificación y organización de los

¹⁵⁶ En algunos municipios y provincias del país ya existen modificaciones al respecto, si bien se trata todavía de casos aislados.

¹⁵⁷ Puede decirse que la libre elección de la puerta de entrada al sistema de salud forma parte de un discurso vacío de contenido pero socialmente eficaz. Sin embargo, no se plantea que lo que se defiende como un logro y avance del derecho de los ciudadanos a la atención de su salud determina en realidad una legitimada desigualdad de la atención y alto índice de rechazo de las consultas en el sistema público de salud.

servicios en función de un destinatario definido, cuyas características se puedan conocer.

El problema de tipo económico – financiero que esto genera no resulta sin embargo un tema menor. Al tener que atender los Hospitales Públicos una gran cantidad de pacientes sin capacidad de pago, el financiamiento de dicha atención debe surgir necesariamente del presupuesto que el municipio brinda al hospital, de lo que se desprende que, en tanto la demanda en muchos casos supera ampliamente el número de contribuyentes locales (debido a la importante concurrencia de individuos provenientes de otros municipios), sus aportes impositivos para el mantenimiento del hospital no resultarán suficientes. La adecuación de las tareas al presupuesto de la institución sería posible entonces a partir de una disminución en la cantidad y calidad de los servicios brindados por el hospital, o bien rechazando una importante cantidad de pacientes. Esta última situación, aunque muy frecuente, suele plantearse como una alta productividad del hospital, cuando en realidad se trata de un rechazo a partir de la asignación de turnos de atención con varias semanas e incluso meses de demora.

Si bien se propone como posible solución a esta dificultad el cobro de la atención brindada a aquellos municipios de los cuales provienen los pacientes, esto no constituye una verdadera respuesta a las necesidades del sistema sin otros cambios que la acompañen, ya que el hospital seguirá estando imposibilitado de conocer cuál es su demanda y una importante cantidad de beneficiarios no recibirían una adecuada atención. Además, no se plantea qué es lo que pasa con la población que no tiene posibilidades de acceder a los servicios de salud de otra jurisdicción, especialmente por dificultades económicas para movilizarse.

De esta forma, no es posible trabajar sobre las necesidades reales de la comunidad ni plantear serias actividades de prevención y educación en salud, lo que plantea cuestiones éticamente problemáticas, ya que al no existir vías de entrada claramente

establecidas para el sistema, un contribuyente local podría no tener acceso a la atención en el hospital de su jurisdicción por falta de recursos, insumos o lugar en el sistema, en virtud de la importante ocupación del mismo por pacientes provenientes de otros municipios, que en la mayoría de los casos no pueden pagar los costos que demanda su atención. Ello adquiere gran relevancia en los grandes centros urbanos, como por ejemplo en los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires, en donde más del 50% del total de los pacientes atendidos proviene de otros municipios; e incluso, en algunos casos particulares y sobre todo en ciertos días de la semana, este porcentaje aumenta prácticamente al 90% o más.¹⁵⁸

Todo ello no hace más que reforzar el modelo de Hospital de Beneficencia dificultando su reemplazo definitivo por otro modelo de hospital.

Otros aspectos que refuerzan el modelo de Hospital de Beneficencia se relacionan con los recursos humanos que brindan servicios en el Hospital Público. En este sentido se destaca el alto porcentaje de voluntarios que prestan distintos tipos de servicios en diferentes áreas del hospital (consultorios externos, internación, etc.). La profesionalización en los distintos campos del conocimiento a la que se ha asistido en los últimos cincuenta años, y no sólo en el área de la salud, hace que ya no pueda justificarse la presencia de estructuras no profesionales o voluntarias en ninguna organización pública. No es posible esperar un funcionamiento continuo y satisfactorio basado en la buena voluntad de quienes pretenden llevar a cabo una tarea, lo que por otro lado constituye parte de un modelo de institución pública que no tiene razón de ser en la sociedad actual.

De la misma manera, el establecimiento o agregado de tareas que no están contempladas en los cargos por nombramiento, y que por lo tanto no tienen un reconocimiento remunerativo, como se da en el caso de los comités, sobrecargando a los profesionales con tareas de

¹⁵⁸ Si bien este dato no proviene de una fuente oficial, es refrendado por un importante número de autoridades y profesionales de diferentes Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires.

distinta naturaleza que involucran diferentes conocimientos y metodologías para las cuales en muchos casos no están preparados, favorece un criterio de trabajo voluntario. No puede aceptarse la presencia de trabajadores dentro de la institución hospitalaria sin el correspondiente contrato de trabajo que establezca claramente las condiciones y responsabilidades de cada parte, así como las relaciones de dependencia jerárquica en la organización, como aseguramiento tanto para el trabajador como para el Estado y el beneficiario de los servicios públicos de salud.

Otro importante aspecto que dificulta el establecimiento de una adecuada administración hospitalaria está dado por la escasa autoridad que las estructuras jerárquicas hospitalarias tienen sobre los recursos humanos de la institución, debido al peso que los grupos gremiales y los niveles políticos tienen sobre la organización del sistema. Así, y más allá del Decreto de Autogestión que en forma específica considera al manejo de los recursos humanos como una función propia del nivel hospitalario, en la práctica se observa la supremacía de los niveles de la administración central en la designación, sanción y/o expulsión de los trabajadores de los Hospitales Públicos, quitando de esta forma toda autoridad y poder a los niveles directivos hospitalarios, y por supuesto también a los de jefatura. Al respecto, no es posible plantear una función administrativa disociada del ejercicio de la autoridad y el poder legítimamente conferidos por el cargo sobre los subordinados.

Las organizaciones hospitalarias, en parte como consecuencia de la gran influencia política en su composición y en parte tal vez debido a la concepción liberal de las profesiones de la salud, se caracterizan por una falta de líneas jerárquicas expresadas en la acción. Si bien puede existir un organigrama que establece las líneas de dependencia jerárquica de los diferentes cargos de la organización, los niveles de toma de decisión no tienen en muchos casos la autoridad necesaria para imponer su decisión sobre los subordinados, lo cual redundando en una complicada situación de falta de líneas de acción y

unidad de criterios, con serias dificultades para el funcionamiento organizacional

En lo que a la estructura del sistema público de salud se refiere, para el caso de la Ciudad de Buenos Aires, se observa un número excesivamente elevado de hospitales¹⁵⁹ con relación al total de habitantes residentes en la Ciudad, a los cuales se suman salas y centros de atención; estructuras que actúan con escasa o carente coordinación y colaboración entre sí.

Una redefinición del sistema público de atención de salud de la Ciudad de Buenos Aires llevaría necesariamente a considerar la coexistencia de múltiples efectores, lo que conlleva una importante masa de profesionales y técnicos que podrían resultar prescindibles, ya que se observa un sobredimensionamiento del sector público de salud para un área de influencia que no lo justifica, con una capacidad hospitalaria que supera ampliamente las necesidades locales. Pensar en una reorganización del sistema implicaría necesariamente el achicamiento o desaparición de muchas instituciones públicas existentes, situación frente a la cual los profesionales se oponen sistemáticamente. Sin, embargo, no se trata de dejar fuera del sistema a un grupo importante de trabajadores, sobre todo si se tiene en cuenta que en muchas jurisdicciones hay una importante carencia de servicios públicos de atención de la salud, sino de conformar un sistema local acorde a un presupuesto y conforme a las prioridades y programas establecidos. Es esta misma falta de oferta de servicios públicos en algunas jurisdicciones del país, o la mala prestación percibida por la población local, la que promueve la movilización de grandes grupos poblacionales a otros municipios para su atención, con las consecuencias ya mencionadas que ello acarrea.

Si se tiene en cuenta que la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, en su capítulo segundo, artículo 20, establece que "Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente

¹⁵⁹ En la actualidad en la Ciudad de Buenos Aires hay más de 30 hospitales, de los cuales la mayoría son hospitales generales.

vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. El gasto público en salud es una inversión social prioritaria. Se aseguran a través del área estatal de salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad. Se entiende por gratuidad en el área estatal que las personas quedan eximidas de cualquier forma de pago directo. Rige la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades. De igual modo se procede con otras jurisdicciones¹⁶⁰, es posible pensar que constituye una obligación de las autoridades de la Ciudad asegurar los servicios de salud necesarios para la población residente, tanto en cantidad como en calidad.

Por todo ello queda claro que sin una decisión desde el nivel político resulta difícil una redefinición del sistema hospitalario con miras a un funcionamiento eficiente y eficaz.

El establecimiento y defensa de la gratuidad de los servicios pone al gobierno en un círculo vicioso, ya que por un lado determina la gratuidad de los servicios y por el otro, en tanto que los recursos no alcanzan, determinados servicios no se pueden brindar. Ya que no puede pedírsele al paciente -aun cuando esté en condiciones- que abone el costo de los insumos a utilizar, los beneficiarios quedan entrampados entre el discurso político y la imposibilidad de establecer estrategias alternativas debido a la prohibición establecida desde el nivel central.

Sin embargo, la falta de definición política a cuestiones referentes a la organización del sistema de atención de la salud y la carencia de una base administrativa no constituyen los únicos elementos que impiden un adecuado funcionamiento hospitalario. Otros aspectos, que podrían considerarse como el resultado de una pseudo-democratización de la sociedad y las instituciones en general,

¹⁶⁰ *Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Capítulo II, artículo 20. Octubre de 1996.

favorecen la atomización del sistema como producto de la puja de intereses y las relaciones de poder. Al respecto es posible remarcar algunas contradicciones que surgen en este sentido, como por ejemplo la implementación de un Consejo de Administración sin formación en la temática alguna, el cual tiene como finalidad restringir y condicionar la actuación de un Director de hospital que tampoco requiere una capacitación técnica apropiada.

Por último, es importante considerar que la situación de indefinición y heterogeneidad del sistema se vio acentuada por la implementación acrítica y escasamente fundamentada de conceptos provenientes de disciplinas de más reciente incorporación a los ámbitos universitarios como el marketing y el "gerenciamiento" en las instituciones de salud, especialmente en las organizaciones públicas. Muchas propuestas generadas en los últimos años, enmarcadas dentro del llamado "gerenciamiento"¹⁶¹, término que genera confusión, han estado más relacionadas con una concepción propia de la economía liberal y competencia de mercado, cuya aplicación al área de los servicios de atención de la salud está necesariamente relacionada con un modelo de sociedad particular, compatible con los valores e ideologías de tales modelos. En este sentido es cuestionable la implementación de tales teorías o sistemas en países como la Argentina, con una importante tradición de Estado Benefactor, asociado al concepto de sociedad solidaria y responsable por todos sus miembros. Se hace necesario entonces replantear tales instrumentos en función de su compatibilidad y adecuación con los valores de la sociedad en la cual se pretenden implementar.

Asimismo, es de destacar la escasa fundamentación teórica que caracteriza a muchas de estas nuevas corrientes en salud, las cuales podrían considerarse como fundamentalmente "instrumentales", carentes de un marco teórico que las incluya.

¹⁶¹ El término gerenciamiento es utilizado desde hace varios años de manera confusa. El mismo puede relacionarse con el concepto de "managed care", refiriéndose a la gestión de planes de atención de la salud.

En este marco, la Autogestión Hospitalaria permitió profundizar un modelo orientado al beneficio económico creando así un marco de competencia propio de una economía liberal, y aplicando instrumentos que en último caso no parecen orientados a un mejoramiento de la atención de la salud y de una ampliación de la cobertura sino a una mayor captación de pacientes con capacidad de pago.

En la Argentina no existen en la mayoría de los casos relaciones estructurales entre las diferentes organizaciones del sector salud, tanto intra como interjurisdiccionales, que permitan hablar de la configuración de una red estructural y funcional de servicios, lo que puede considerarse a su vez como causa y efecto de la importante duplicación de servicios observada.

7. CONCLUSIONES

La conformación histórica de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires se consolidó en un modelo de organización pensada desde el voluntarismo y una concepción de los servicios públicos como componente de un accionar del Estado destinado a paliar las necesidades de los pobres o carenciados.

Históricamente los servicios públicos de atención de la salud no formaron parte de un programa destinado a generar modificaciones en el conjunto social, lo que se relaciona con una falta de planificación a largo plazo y objetivos concretos desde el nivel gubernamental. El Hospital Público nunca fue pensado desde la población a la cual servía, sino que se estructuró a partir de modelos considerados universales. Algo semejante ocurrió con la formación profesional, sin que se plantearan necesidades particulares de acuerdo a contextos individuales que requirieran capacidades y habilidades específicas.

Desde la Secretaría de Salud no se establecen objetivos concretos que permitan evaluar su logro. Tampoco se dividen los programas entre los distintos efectores del sistema, sin que exista articulación entre las actividades que cada uno de ellos cumple. En el nivel hospitalario faltan objetivos individuales concretos que los caractericen y que guíen los procesos que cada uno implementa.

Las organizaciones de atención de la salud no fueron replanteadas desde nuevas realidades y paradigmas, observándose una escasa y lenta adecuación a cambios cada vez más bruscos.

Las estructuras hospitalarias no son en general adecuadas a los procesos que allí se llevan a cabo. Tampoco se diseñan y normatizan los procesos organizacionales.

Con el tiempo se han ido insertando nuevas estructuras al Hospital Público (comités, centros de salud, etc.), sin que se produjera un replanteo previo del todo, con la consecuente falta de criterios de trabajo semejantes y la aparición de disfuncionalidades.

Existe una importante presencia en el hospital de grupos con independencia jurídica de la organización (asociaciones, fundaciones, etc.), que persiguen intereses particulares.

Los Hospitales Públicos constituyen por otra parte un importante terreno para el interjuego de los intereses de gremios, asociaciones profesionales y funcionarios políticos. Al respecto, el poder informal es manejado desde diferentes grupos y en distintos niveles lo que impide que las decisiones sean tomadas a partir de criterios científicamente válidos. Esta red de relaciones informales fuertemente consolidada determina una falta de autoridad en todos los niveles de la estructura administrativa.

Los cargos hospitalarios se constituyeron en puestos de negociación del poder político. No siendo puestos técnicos, no se establecieron los mecanismos que aseguraran que quienes tuvieran a su cargo la conducción de las instituciones de atención de la salud fueran los más capacitados para ello. Esto, y la fuerte dependencia que tienen los Hospitales Públicos del poder político, impide la reformulación del sistema de acuerdo a la aplicación de criterios de organización que favorezcan una mejor utilización de los recursos.

En los últimos años se propició la implementación de diferentes planes de reforma en el área de la salud, lo que llevó a la puesta en práctica de cambios que fracasaron, dejando importantes secuelas de funcionamiento en el sistema.

No existen normas de trabajo dictadas por cada organización en función de la población a atender y el tipo de prestaciones necesarias.

Nuevas propuestas de tipo demagógico, como la democratización u horizontalización de las organizaciones, hacen cada vez más difícil la aplicación de criterios administrativos eficaces, y legitiman un poder debilitado en su sustento técnico.

No se realiza una evaluación del trabajo hospitalario. No hay buenos registros y tampoco puede hacerse un seguimiento de la población atendida, ya que gran parte proviene de otros municipios. Todo ello se ve favorecido por la escasa e inadecuada implementación de sistemas de información que permitan interrelacionar las distintas estructuras del sistema de atención, como así también por la falta de centralización de la información.

No se han conformado redes formales de atención entre los distintos hospitales y los centros de salud existentes en el municipio, con un reparto de las actividades entre las distintas organizaciones. Ello se vio acentuado con la implementación de la Autogestión Hospitalaria, que propició la conformación de un sistema de competencia entre los distintos hospitales.

La carencia de recursos en el nivel hospitalario no pudo ser pensada como un factor limitante más, que motivara la búsqueda e implementación de nuevas estrategias de trabajo, sino que determinó la paralización de cierto tipo de tareas.

La administración como disciplina diferenciada de las disciplinas de la salud no fue considerada ni por los niveles conductivos y de planificación, ni por quienes llevaban a cabo tareas de tipo asistencial. El aspecto más relevante para el acceso a cargos de jefatura y dirección está dado por la práctica asistencial y no por la formación administrativa.

No se diferencia el nivel de análisis de la práctica profesional - paciente del análisis del nivel organizacional, de manera que no se

comprende la importancia de establecer criterios de trabajo a partir de considerar aspectos macro, lo que hace que cada profesional trabaje de acuerdo a sus propios criterios.

No se ha planteado, incluso desde modelos teóricos como el propuesto por Mintzberg, la relación entre el saber propio de las disciplinas de la salud y la administración, para un adecuado manejo de las organizaciones de atención de la salud.

En definitiva, el Hospital Público sigue siendo una organización conformada desde una visión de la medicina, con una estructura de beneficencia, sin que se haya consolidado a partir de pensar a la organización con una estructura administrativa troncal que brinda atención a los pacientes, continuando con un criterio de organización "imperfecta" o "inacabada", que por un lado atiende a pacientes y por el otro tiene un área de administración, es decir con una estructura dicotomizada.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Aróoz, A. y Sagasti, F. "Estudio de los Instrumentos de Políticas Científico - Tecnológicas en Países de menor desarrollo". *Revista Estudios sobre el Desarrollo Científico - Tecnológico*, OEA, 1975.
- Armstrong, A. H. *Introducción a la Filosofía Antigua*. Eudeba, Buenos Aires, 1993.
- Belmartino, Susana. "El sistema de salud en Argentina: perspectivas de reformulación". *Cuadernos médico sociales*. Centro de Estudios sanitarios y sociales. Asociación Médica de Rosario. N° 61, septiembre de 1992.
- Carrera Municipal de Profesionales de la Salud*. Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Octubre de 1996.
- Ceceña, Ana Esther (coord.), *La internacionalización del capital y sus fronteras tecnológicas*, El Caballito, México, 1995.
- Chandler, Alfred D. *Strategy & Structure: Chapters in the History of the Industrial Enterprise*, MIT Press, Cambridge, 1962.
- Chiavenato, Idalberto. *Introducción a la teoría general de la administración*, McGraw Hill, Colombia, 1999.
- Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Octubre de 1996.
- Coraggio, José Luis. *Descentralización, el día después...* Cuadernos de Posgrado, Serie Cursos y Conferencias, Oficina de Publicaciones del CBD, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Dallanegra Pedraza, Luis. *Relaciones políticas entre Estados Unidos y América Latina. ¿Predominio Monroista o unidad americana?* Edición del Autor, Buenos Aires, 1994.
- Decreto del Poder Ejecutivo N° 578/93*.
- Díaz, Esther (editora). *La Posciencia. El conocimiento científico en las postrimerías de la modernidad*, Biblos, Buenos Aires, 2000.
- Díaz, Esther. *La filosofía de Michel Foucault*. Biblos, Buenos Aires, 1995.
- Donabedian, Avedis. *La calidad de la atención médica*. Editorial Prensa Médica Mexicana, México, 1984.

- Ensayos sobre la Ciencia de la Administración*. ESAPAC. Costa Rica, 1962.
- Etzioni, Amitai. *Complex organizations. A sociological reader*, Holt, Rinehart and Winston, Estados Unidos, 1966.
- Fayol, Henri. *Administración industrial y general*. Herrera Hermanos Sucesores, México, 1961.
- Fierri, Alberto M. "Historia de la Medicina Argentina III. La medicina en las misiones jesuíticas", *Rassegna*, vol. 4 N° 3, 1971, 50-56.
- Garay, Oscar. *Desregulación de las obras sociales*. Ad Hoc, Buenos Aires, 1997.
- George, Claude S. Jr. *Historia del Pensamiento Administrativo*. Prentice Hall, México, 1974.
- Gershman, Karl. "Creación de un movimiento mundial pro democracia: la función de las ongs". Artículo de la Agenda de la Política Exterior de los Estados Unidos. <http://www.usinfo.state.gov/journals>
- Gordillo, Agustín. *Tratado de derecho administrativo, Tomo I*. Fundación de derecho administrativo, Buenos Aires, 1998.
- Hospital Público de Autogestión. Marco conceptual, Estrategias e Instrumentos Operativos*. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Programa de Rehabilitación de la Infraestructura de Salud, Unidad Ejecutora Central, SPS-MSAS, Argentina, 1999.
- Kast, Fremont E; Rosenzweig, James E. *Administración en las organizaciones*. McGraw Hill, 1994.
- Kliksberg Bernardo. *El pensamiento organizativo. De los dogmas a un nuevo paradigma gerencial*. Tesis Grupo Editorial Norma, Buenos Aires, 1995.
- Kohn, Loncarica Alfredo G. "Historia de la Medicina Argentina II. La medicina en las misiones jesuíticas", *Rassegna*, vol. 4 N° 2, 1971, 52-56.
- Kuhn, Thomas S. *El estructura de las revoluciones científicas*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1971.
- Lardies González, Julio. "Historia de la Medicina Argentina VI. Los primeros hospitales en el antiguo virreinato del Río de la Plata", *Rassegna*, vol. 4 N° 6, 1971.
- Lobato, Mirta Zaida (editora). *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Universidad Nacional de Mar del Plata - Biblos, Buenos Aires, 1996.

- Millán Tomás Austin. *Fundamentos socioculturales de la educación*. Editorial Universidad Arturo Prat, Chile, 2000.
- Mintzberg, Henry. *Diseño de organizaciones eficientes*. El Ateneo, Buenos Aires, 2001.
- Morgan, Gareth. *Imágenes de la organización*. México, Alfaomega, 2001.
- Oszlak, Oscar. *La formación del Estado argentino. Orden, progreso y organización nacional*. Planeta, Buenos Aires, 1997.
- Oszlak Oscar y O'Donnell Guillermo. "Estado y Políticas Estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación". *Revista Redes*, 1987.
- Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Argentina*, 2º edición febrero de 2001. Informe correspondiente al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.
- Pierre Rosanvallon, "La nueva cuestión social: repensar el Estado providencia" Manantial, Buenos Aires, 1995.
- Pithod Abelardo; Doderó, Santiago. *La empresa familiar y sus ventajas competitivas*. El Ateneo, Buenos Aires, 1997.
- Reboredo Jorge M. "Acerca de la calidad". *Cuadernos de Organización, Administración y Gestión de Instituciones de Salud*, SLASS, nº 5, Parte II, 2002.
- Reboredo Jorge M. "Auditoría en Salud". *Cuadernos de Auditoría de Servicios de Salud*, SLASS, nº 1, Parte III, 2001.
- Reboredo Jorge M. "El concepto de norma". *Cuadernos de Auditoría de Servicios de Salud*, SLASS, nº 2, 2000.
- Reboredo Jorge M. "El contexto de la Autogestión Hospitalaria. Consecuencias de su implementación". *Cuadernos de Organización y Administración Hospitalaria*, SLASS, nº 7, 2002, parte IV.
- Reboredo Jorge M. "El contexto de la Autogestión Hospitalaria. Consecuencias de su implementación". *Cuadernos de Organización y Administración Hospitalaria*, SLASS, nº 7, 2002, parte IV.
- Romero, Luis Alberto. *Breve Historia Contemporánea de la Argentina*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1994.
- Sarmiento García, José H. y otros. *Los servicios públicos. Régimen jurídico actual*. Depalma, Buenos Aires, 1994.