

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Luis Pablo Vaisberg

HERRAMIENTAS DE CONTROL Y GESTION PARA EL SISTEMA DE SALUD DE RIO NEGRO

2008

Citar como: Vaisberg, L. P. (2008). Herramientas de control y gestión para el sistema de salud de Río Negro. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

CONTENIDO

INTRODUCCION	3
CAPÍTULO 1. GESTIÓN DE LA SALUD Y REFORMAS SANITARIAS	4
1.1. ASPECTOS ECONÓMICOS DE LA GESTIÓN DE LA SALUD	4
1.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN	6
1.2.1. Componentes de un Modelo de Gestión	6
1.3. MODELOS DE REFORMAS SANITARIAS	9
1.4. POLÍTICAS HOSPITALARIAS	10
1.4.1. Condicionantes de las Políticas Hospitalarias	12
1.4.2. Tendencias en las Políticas Hospitalarias	12
CAPÍTULO 2. DESCENTRALIZACIÓN COMO POLÍTICA DE REFORMA	14
2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DESCENTRALIZACIÓN	14
2.2. FORMAS DE DESCENTRALIZACIÓN	15
2.3. DESCENTRALIZACIÓN HOSPITALARIA	17
2.4. PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN	18
2.5. PARTICIPACIÓN EN SALUD	18
2.5.1. Formas institucionales de la Participación en Salud	19
2.5.2. Hospitales Públicos de Autogestión HPA	20
CAPÍTULO 3. PRESUPUESTO COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN	23
3.1. PRESUPUESTO COMO INSTRUMENTO	23
3.2. CONFORMACIÓN DEL PRESUPUESTO PÚBLICO	23
3.3. PRESUPUESTO POR PROGRAMAS	24
3.4. PROCESO PRESUPUESTARIO	26
3.4.1. Elaboración del Presupuesto	26
3.4.2. Aprobación del Presupuesto	26
3.4.3. Ejecución Presupuestaria	27
3.4.4. Control Presupuestario	28
CAPÍTULO 4. EL CASO DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE RÍO NEGRO	29
4.1. SITUACIÓN ACTUAL	29
4.2. MARCO NORMATIVO VIGENTE	33
4.3. EL CASO DE UNA LICITACIÓN PÚBLICA DE MEDICAMENTOS	34
4.4. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL	34
CAPÍTULO 5. PROPUESTA DE READMINISTRACIÓN HOSPITALARIA	35
5.1. REFORMULACIÓN DE LA GESTIÓN	35
5.1.1. Descentralización Administrativa	36
5.1.1.1. Aplicación del Presupuesto Hospitalario	36
5.1.1.2. Desafío de la Capacitación	37
5.1.2. Actualización y unificación normativa	39
5.1.3. Nuevo Equilibrio institucional	40
5.2. ECOSISTEMA INSTITUCIONAL	41
CONSIDERACIONES FINALES	44
BIBLIOGRAFÍA	47

INTRODUCCION

El funcionamiento actual de los hospitales públicos conlleva a una excesiva carga de trabajo operativo y coyuntural que impide a los niveles directivos dedicar su tiempo a actividades inherentes a la gestión e incorporación de herramientas que permitan rever los sistemas de información para la toma de decisiones en tiempo y forma, acordes a la realidad económica-social.

El objetivo del presente trabajo es presentar una propuesta para reformar la gestión institucional del Estado en el Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro, bajo la forma de readministración o administración renovada.

La necesidad de una reforma se motiva a partir del cambio de escenarios regionales, nacionales y globales y de la reinterpretación del rol del Estado y las formas de intervención que le caben en las sociedades del nuevo siglo.

El marco conceptual del trabajo se basa en cuatro instrumentos:

- Los modelos de gestión hospitalaria
- La descentralización hospitalaria
- El presupuesto como herramienta de gestión
- La desburocratización administrativa

La aplicación de estos instrumentos de gestión determina la presencia de incentivos convergentes con el funcionamiento más eficiente del sistema de salud.

Se analizará el marco institucional del servicio público de salud, las políticas hospitalarias y su repercusión en los modelos de gestión, tomando el caso de los hospitales públicos de la Provincia de Río Negro.

La política de reforma hospitalaria encarada por la Provincia de Río Negro resulta una oportunidad para profundizar la descentralización hospitalaria, permitiendo que nuevos actores se incorporen a la toma de decisiones haciendo más eficaz su modelo de gestión y logrando determinar las herramientas de gestión que se deben proporcionar desde el Ministerio de Salud para mejorar el funcionamiento hospitalario sin olvidar que el principal actor es el usuario del servicio público de salud.

Capítulo 1. GESTIÓN DE LA SALUD Y REFORMAS SANITARIAS

1.1. Aspectos Económicos de la Gestión de la Salud

La salud puede ser considerada como un bien económico donde no todos poseen las mismas características. Al compararse la salud con cualquier otro bien existente en la economía surgen connotaciones especiales. La salud integra el conjunto de bienes meritorios o preferentes porque se considera socialmente beneficioso que la población se encuentre sana. La salud de un individuo afecta al bienestar de otros. Una sociedad en la que las personas se encuentran sanas funciona mejor que una sociedad en la que hay más enfermos.

Suelen confundirse las características privadas o públicas de un bien con la fuente responsable de su provisión. En la salud, puede surgir la confusión entre el carácter privado o público del bien debido a las diferentes alternativas de suministro.

Es preciso señalar la distinción entre bienes públicos y privados. Los primeros son aquellos que tienen la característica de imposibilidad de exclusión y consumo conjunto o indivisible, se distinguen por una "no rivalidad" lo cual significa que el bien no disminuye por el hecho de que lo consuma un número mayor de personas, por lo que no tienen demanda privada y sólo pueden ser suministrados por el Estado, tal es el caso de la Defensa Nacional, técnicamente, un bien público puro.

En cambio, los bienes privados son aquellos cuyo consumo es rival y puede excluirse mediante precios, por lo tanto, pueden ser suministrados por el mercado.

Bajo estas distinciones, el servicio de salud es "técnicamente" un bien privado porque existe rivalidad en el consumo y es un bien divisible entre los consumidores. Por lo tanto, desde esta perspectiva teórica la responsabilidad de la provisión de la salud puede recaer sobre el mercado. Pero la lógica del funcionamiento del mercado presenta deficiencias para garantizar una asignación eficiente del servicio de salud (fallas de mercado)¹.

La principal falla del mercado en el suministro del servicio de salud representa una externalidad negativa porque genera una demanda insatisfecha compuesta por el conjunto de individuos que quedan excluidos de recibir el servicio de salud a través del precio de mercado por no poder pagarlo. Al librar el servicio a la capacidad de pago de los individuos, se limita el acceso de éstos al consumo de salud.

¹ El concepto de falla de mercado se basa en los desarrollos de la Economía del Bienestar. STIGLITZ, Joseph; 1992.

Otra de las fallas del mercado tiene que ver con los problemas de escala en la provisión del servicio de salud puesto que en los lugares en donde se agrupa un gran número de personas, es plausible que exista mercado para un número importante de proveedores generando una concentración excesiva en determinadas zonas geográficas y en otras nada. Esto se ve reforzado por el hecho que la producción de la salud se caracteriza por presentar rendimientos crecientes a escala, por ejemplo, los costos de mantener un hospital de alta complejidad son los mismos si se atienden muchos o pocos pacientes.

Estas y otras fallas del mercado son las que justifican la intervención estatal en el suministro del servicio de salud, incluso a precio cero. Por tal motivo, suele interpretarse a la salud como un Bien Público cuando técnicamente no lo es.

Una de las razones a favor de la intervención del Estado en el suministro del servicio de salud es el hecho de internalizar las ventajas de la salud como bien meritario, otorgando a través de las instituciones públicas la movilidad social necesaria para que nadie quede excluido del servicio de salud (igualdad de oportunidades). El Estado debe intervenir para resolver esos conflictos ejerciendo su rol redistribuidor y operando como espacio en donde se dirimen las distintas demandas sociales. Pero la presencia del Estado en la provisión del servicio de salud también presenta deficiencias vinculadas, principalmente, con un “déficit de racionalidad en la gestión” del servicio².

El Estado debe encontrar nuevas legitimidades a su intervención a partir de modelos de desarrollo particulares, coordinando políticas, actuando de manera flexible y funcional a las transformaciones sociales e incorporando nuevas herramientas de gestión que le permitan alcanzar la eficiencia que hasta el momento solo parece ser una mera enunciación normativa. Es imprescindible que el Estado se transforme para ser más eficiente en sus resultados y dinámico en sus procesos, capacitando su potencial humano y mejorando sus estructuras.

Se deben analizar las formas de organización que permitan asegurar condiciones de máxima eficiencia en la provisión del servicio de salud. Se distinguen dos alternativas extremas, tanto en sistemas con una gran intervención del Estado, como los altamente liberalizados o desregulados, se encuentran consideraciones que hacen no sólo a la problemática de la salud sino también a lo económico, en cuanto a los costos que representan los servicios a brindar y la utilización que debe hacerse de los recursos escasos.

² TOBAR, F & TOBAR, S; 1997.

En la práctica, se dan situaciones intermedias que implican una combinación de las alternativas mencionadas. En este marco, se analiza el comportamiento de las instituciones públicas y de las organizaciones sanitarias, en particular “el hospital”.

1.2. Conceptualización de un Modelo de Gestión

Un **modelo** es una representación sistemática de los rasgos de una situación examinada que permite estudiar un sistema, estableciendo sus componentes y las variables que lo influyen³. Cada modelo involucra un conjunto de definiciones particulares y específicas.

Un **modelo de gestión** es una forma sistemática y racional para la toma de decisiones dentro de una organización, establece un orden de prioridades y crea contextos decisorios particulares⁴. Se trata de una secuencia ordenada y racional en la cual las decisiones deben ser planteadas y resueltas.

Siempre existe un **modelo de gestión**. Toda organización posee un **modelo de gestión** que puede ser más o menos explícito, más o menos racional, sus prioridades pueden ser o no transparentes, pero siempre existe.

Una modalidad del análisis organizacional consiste en hacer explícito el **modelo de gestión** vigente.

Precisando el concepto de **modelo de gestión** pueden puntualizarse las siguientes características:

- Unidad mínima (irreducible) que contiene los elementos de la identidad de la organización.
- Expresa un estilo de gerencia.
- Expresa jerarquías.
- Expresa razón e intuición, lo formal y lo informal.

1.2.1. Componentes de un Modelo de Gestión

Definir un modelo de gestión implica definir cuales son las principales **decisiones** que se toman en una institución, cómo se las toma, quién y cuándo. La modalidad de toma de decisiones de la organización.

La **misión** es la contribución que la organización realiza a la sociedad. Aquello que justifica su existencia. No se pueden definir prioridades sin tener claridad y una percepción congruente de las personas (visión) con la misión.

³ DIJKSTRA, E; 1972.

⁴ DASSO, C. & TOBAR, S; 1995.

Para alcanzar la misión es imprescindible encontrar un modelo de división del trabajo que defina unidades organizativas capaces de asumir funciones. La coordinación de estas funciones constituye el proceso de conversión que permite alcanzar la misión.

El trabajo es organizado de forma tal que cada actor involucrado asuma un conjunto de **tareas** que pueden ser más o menos estandarizadas:

- descripciones de las tareas de cada puesto
- especificación de los resultados a lograr
- estandarización de los procesos
- predeterminación de las habilidades de los agentes
- regulación de los comportamientos

Cuando las actividades dentro de la organización se tornan más complejas se avanza hacia la estandarización. Cuando las tareas o actividades son especificadas o programadas se puede hablar de proceso. Un **proceso** es un orden de tareas o actividades desarrolladas en una secuencia lógica y predeterminada que se vinculan entre sí para transformar insumos en productos (en este caso servicios de salud) valiosos para el usuario-cliente⁵.

La organización puede tomar diversos caminos para alcanzar su misión. Definir prioridades consiste en seleccionar caminos en la búsqueda de la misión. Toda organización se enfrenta al problema de cómo asignar los recursos disponibles para alcanzar su misión y cumplir con las funciones que esta requiere. Para que haya funcionamiento debe haber una asignación de recursos que responda a algún criterio explícito o no.

Toda actividad a escala requiere de algún modelo de división del trabajo. Esto implica definir funciones, distinguir actividades y asignarlas a los actores involucrados en la institución. Así surge la dualidad subordinación/supervisión. Esto es, una cadena de mando donde hay un jefe o superior y un subordinado y este a la vez es superior de otro. Cuando esta jerarquía responde exclusivamente a un modelo racional de división del trabajo se denomina estructura organizativa. Se trata de un orden jerárquico establecido en función del proceso de producción, donde cada posición en esa cadena de mando es denominada unidad organizativa. Son unidades organizativas todas las que desempeñan alguna función explícita. El **organigrama** es una representación gráfica de la estructura y en el se identifican todas las unidades organizativas. Sin embargo, debe considerarse que en la mayoría de las organizaciones hay una brecha entre la cadena de mando real y la representada en el organigrama. Es decir, hay subordinados que no responden a sus

⁵ HAMMER, M; 1996.

superiores así como hay flujos de cooperación horizontales entre unidades organizativas que no dependen del mismo superior.

El sistema de incentivos es el encargado de sincronizar los objetivos de los individuos con los de la organización. Tienen la finalidad de articular los diferentes componentes del modelo de gestión: la misión, la estructura y los procesos o actividades más o menos estandarizadas. Los incentivos son proporcionados por el entorno para motivar al sujeto a realizar un determinado conjunto de acciones. Una de las funciones más importantes del directivo a cargo de una organización es conseguir establecer el conjunto de incentivos que motiven de forma adecuada a sus colaboradores para que lleven a cabo sus tareas en armonía con la misión de la organización y las metas y objetivos por ella establecidos.

Las motivaciones para participar en una organización son múltiples, pero se puede listar un conjunto de modalidades:

- a) Retribución económica directa o indirecta
- b) Capacitación
- c) Confort
- d) Ambiente interno y externo
- e) Vocaciones y valores

La clave del éxito del modelo de gestión es adecuar la cadena de mando para obtener una mayor amplitud de control. La determinación de los instrumentos de control adecuados dependerá del contexto en el que se sitúa la organización.

Todas las organizaciones funcionan en un determinado ambiente o contexto, o en el caso de las que persiguen un lucro económico, en un mercado. Como quiera que sea, cualquier organización asume el carácter restrictivo del ambiente. Tanto como fuente de incertidumbre, como lugar en donde acontecen eventos que pueden afectarla. La propia conversión es en si un intercambio ya que la organización recibe un conjunto de recursos o insumos y entrega un conjunto de productos o servicios. Pero además se intercambia información, insumos, recursos humanos, subproductos o derivados, etc. En algunos casos, la organización beneficia a otra con su funcionamiento, en otros, hay otras organizaciones que facilitan el funcionamiento de esta. Se trata de las externalidades del proceso de conversión o proceso productivo.

El control de gestión resulta una pieza clave para la redefinición del modelo de gestión, y se refiere a un conjunto de procedimientos o mecanismos orientados a verificar que las decisiones tomadas por cada responsable, área y/o fase de la producción resulten adecuadas a determinados patrones de eficiencia y eficacia. Se trata de considerar no sólo la eficiencia asignativa propia de las auditorías, sino el monitoreo permanente de las

acciones como estrategia interna a la gestión o que involucran un compromiso para la mejora continua.

1.3. Modelos de Reformas Sanitarias

Los sistemas de salud de todo el mundo fueron progresivamente objeto de reformas.

Una **primera generación de reformas** estuvo orientada a proporcionar más bienes y servicios de atención médica a más personas, ampliar la cobertura y garantizar niveles más equitativos en el acceso de las prestaciones, inspirada en la expansión de los derechos sociales.

Un **segundo movimiento de reformas** asumió la intención de obtener una mayor amplitud de control sobre los costos y malestares sociales. Si la primera ola tuvo un impulso de corte sanitario, inspirado en la expansión de los derechos sociales, la segunda un enfoque más bien fiscal que alcanzó a las instituciones de salud por su alto peso en el presupuesto público y debido a la tendencia expansiva del gasto sanitario.

A partir de los años 90, fue posible identificar una **tercera ola de reformas** denominada la "reforma de la reforma"⁶. Habiendo conseguido un relativo éxito en el control de los gastos, los países desarrollados practicaron ajustes en sus sistemas, parte de estos orientados a obtener más satisfacción de los usuarios. Mientras en los países en desarrollo, donde la mayoría de las veces la cobertura asistencial no llega ni a la mitad de la población, se habla de un tercer movimiento reformista que debió cumplir simultáneamente con las expectativas de ambas reformas, la sanitaria y la del Estado. Si el primer movimiento reformista apuntó a avanzar hacia la universalidad, la tercera ola de reformas apuntó hacia la eficiencia y competitividad de los sistemas de salud.

La tercera ola de reformas persiguió los siguientes objetivos:

1. Descentralización y desburocratización.
2. Incorporación de incentivos y competencias.
3. Separación del proveedor y financiador.
4. Modificación de la forma de pago a los proveedores con pagos vinculados al desempeño y a la productividad.
5. Aumento de la regulación de la oferta.
6. Aumento de la regulación de los resultados: control y evaluación de resultados y competencia estimulada.
7. Mejoramiento de la gestión (pública/ privada).
8. Incorporación de nuevos modelos de gestión, de información, finanzas, recursos

⁶ GONZALEZ GARCIA, G; 1996.

humanos, planeamiento, etc.

9. Incorporación de la "cesta básica de salud" como piso del cual todos tendrán que partir, tanto el sector público como el privado.

10. Aumento de las responsabilidades de los proveedores, sean estos médicos u hospitales.

11. Financiamiento complementario a cargo del usuario.

12. Mejoramiento de la capacidad de elección del paciente y cambios del financiamiento de la oferta para el financiamiento a la demanda.

13. Mayor consenso social y político.

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

1.4. Políticas Hospitalarias

Al definir políticas de salud se deben tener en cuenta los siguientes objetivos:

- Preservación del derecho a la salud de la población.
- Mejoramiento de la atención médica con criterios de equidad, eficiencia y calidad.
- Fortalecimiento de las acciones de promoción, protección y prevención.

Es importante reconocer la necesidad de consolidar las funciones de compra y provisión de servicios de salud en un espacio regional (provincial), identificando distintos escenarios en los cuales se podrían construir políticas estratégicas.

Los hospitales han comenzado a adquirir protagonismo recientemente. Por un lado, debido a su carácter de principales objetos del gasto sanitario. En este sentido, se ha planteado la idea que los hospitales, como organizaciones públicas deben reformarse para que tengan mayor eficiencia y agilidad en la provisión de servicios básicos con calidad. Por otro lado, la literatura sobre reforma del Estado, ha manifestado su preocupación por la protección de las organizaciones públicas, en estas los hospitales, frente a las tentativas de su apropiación por los intereses privados (*rent seeking*)⁷.

El nuevo contexto global plantea desafíos al hospital público, para los cuales debe reformularse su rol. Como ocurre con otras instituciones del país y la región, a mediados de los 90', configuran un período de post-crisis, en el cual la estabilidad económica lograda y la necesidad asumida de focalizar los esfuerzos públicos en los sectores sociales ubican al hospital en una situación privilegiada dentro del debate sobre la forma de encontrar soluciones al desarrollo con equidad. En esta encrucijada, el hospital público

⁷ BUCHANAN, J; 1975.

es caracterizado como portador de un **déficit de racionalidad**, no necesariamente por haberse deteriorado su organización y funcionamiento sino porque se espera más de él.

Reformar el hospital público significa apuntar a combatir la crisis del sistema de salud por medio de esfuerzos destinados a reducir el déficit de racionalidad de los establecimientos asistenciales. Las estrategias para ello pueden ser diversas. Por un lado, buscando una mayor adaptación a las demandas crecientes de un entorno cambiante y en virtud de ser los hospitales uno de los principales objetos de gasto dentro de los presupuestos sanitarios. Como los recursos son limitados, es crucial la redefinición del modelo de gestión de manera de redefinir su misión y establecer las metas estratégicas o prioridades para alcanzar las mismas. Esto plantea que el hospital se reconvierta o redefina hacia donde quiere ir, aprovechando sus ventajas comparativas e integrándose con el resto de la red de servicios de salud. Por el otro, incorporando la racionalidad empresarial en su gestión.

Existen autores que proponen tres opciones reales y posibles para cambiar la gestión de los hospitales⁸:

- a) Privatización de la gestión
- b) Deterioro progresivo
- c) Gestión pública eficiente

El camino tomado por estos autores va en dirección a pensar al Hospital como una empresa que debe cumplir ciertos objetivos:

- Satisfacer alguna necesidad de la sociedad
- Responder a las necesidades de sus integrantes
- Garantizar su perdurabilidad más allá de las personas que lo integren en el presente

La redefinición del papel del hospital en la asistencia a la salud y sus relaciones de cuidados básicos, cuando al mismo tiempo son introducidos conceptos y técnicas de organización interna y de gestión, permitiría una significativa reducción del déficit de racionalidad del sistema.

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

⁸ DIAZ LEGASPE, A; 1998.

1.4.1. Condicionantes de las Políticas Hospitalarias

El hospital público sufrió un proceso de deterioro estructural y funcional convirtiéndose en testigo de la crisis económica y del déficit fiscal. La incorporación de aranceles marcó un punto de inflexión en su misión institucional restringiendo su carácter de solidario y equitativo.

Paralelamente, se verifica una expansión coyuntural de la demanda ocasionada por la retracción de la cobertura de las obras sociales, consecuencia del desempleo y reducción de costos laborales, por las obras sociales deficitarias que no pueden dar respuesta a sus afiliados (crecimiento de la población sin cobertura por el desempleo y flexibilización del mercado de trabajo).

En este marco, surgen las iniciativas de reforma del hospital público. Estas últimas buscan adoptar un nuevo modelo de gestión, que permita una mayor eficiencia técnica y asignativa. Las iniciativas de reformar el hospital se sitúan en aquello que se denomina Meso Gestión Sanitaria o Gestión de Centros⁹, que se sitúa entre la intervención pública y la decisión clínica, donde operan diversas organizaciones (laboratorios, hospitales, mayoristas, aseguradoras, centros de salud, etc.) en las que la conveniencia de coordinar y motivar a las personas para conseguir los objetos de la organización, se plantean con toda claridad.

1.4.2. Tendencias en las Políticas Hospitalarias

La primera de las tendencias involucra cambios en el hospital como consecuencia derivada de la redefinición de la **red básica de servicios de salud**. La redefinición del papel de la red básica involucra una modificación del papel del hospital alterando su carácter de "puerta de entrada al sistema de salud". Significa definir al hospital como un espacio reservado a los pacientes en condiciones clínicas más severas y en las cuales hay necesidad de cuidados continuos. El mismo implica la concentración de los recursos humanos y tecnológicos más especializados. La definición del perfil asistencial consistirá, en primer lugar en obtener una coherencia interna desde el punto de vista de la complejidad de los recursos tecnológicos, sean de diagnóstico o terapéuticos, y la valorización de las competencias allí existentes. De esta manera, se apunta a la constitución de "Hospitales de referencia", facilitando el flujo de acceso de los usuarios y disminuyendo los costos operacionales. Una adecuada jerarquización de la red propendería a una deshospitalización gradual. Desde el punto de vista de la descentralización esta estrategia podría caracterizarse como centralizadora en la medida

⁹ ORTUN RUBIO, V; 1996.

que tiende a limitar la autonomía de los establecimientos. No obstante, apunta a una estrategia descentralizadora del sistema de salud en su conjunto basado en la **devolución** de competencias a instancias regionales en donde la autoridad sanitaria local tendría más amplia capacidad de comando.

La segunda tendencia sigue el camino inverso, apunta a obtener efectos sobre el sistema a largo plazo a partir de dotar de una mayor autonomía administrativa a los hospitales. Esta política apunta a optimizar el modelo de gestión de los hospitales mejorando la eficiencia y la calidad de la atención utilizando como medio a la autonomía de gestión. Apunta a la descentralización como medio para conferir al hospital y a sus dirigentes, un margen mayor de libertad de su modelo de gestión y esta direccionada a mejorar su eficacia y sus resultados. Esta tendencia, en cuanto a las estrategias descentralizadoras, podría ser entendida como delegación.

Ambas tendencias o acciones no son contradictorias, a pesar de una ser centralizadoras y la otra descentralizadora, pudiendo incluso llegar a ser formuladas en forma simultánea.

Capítulo 2. DESCENTRALIZACIÓN COMO POLÍTICA DE REFORMA

2.1. Conceptualización de la Descentralización

La descentralización es un acto político, jurídico y administrativo por medio del cual se transfieren los niveles de decisiones, funciones, facultades, programas y recursos a un ente de derecho de otra jerarquía. Es un principio de organización eminentemente político que, dentro del Estado, supone la reformulación del poder entre éste y la sociedad civil¹⁰.

La descentralización en salud está vinculada con una dimensión territorial o espacial, una población determinada, un conjunto de tecnologías apropiadas, un equipo de profesionales y niveles de ejecución y dirección.

En los años '70, se cuestiona a los sistemas de prestaciones administradas por los gobiernos nacionales por su gigantismo, **burocratización** e ineficiencia y a la alta concentración de poder y decisión. Se propone entonces, en un cambio de principio organizacional, aumentar la eficiencia acercando los problemas a la gestión.

Con respecto a la eficiencia, la descentralización puede contribuir si logra una mejor identificación de las necesidades o un mayor grado de innovación en las respuestas. Se corre el peligro de reproducir las condiciones de centralismo y burocratización en los niveles "inferiores" de descentralización. Las diversidades en capacidades y recursos podrían generar una alta inequidad en el sistema de producción de bienes y servicios. En estos casos, la instancia central es quien debería dirigir, coordinar y compensar la puja distributiva.

La centralización y descentralización no son modelos polares sino un continuo donde juegan diferentes variables: **jerárquicas, funcionales y presupuestarias**. Un sistema descentralizado de salud supone una trama institucional, relativamente articulada, de unidades responsables de la formulación e implementación de las políticas de salud.

La descentralización no solo apunta a hacer más eficientes los servicios de salud sino que también debe contribuir a la equidad, entendida como una distribución igualitaria de las actividades de salud para los diferentes grupos de población de acuerdo a sus necesidades. Debe mejorar la integración realizando una verdadera coordinación intersectorial de acuerdo a un perfil de necesidades, evitando superposiciones y generando vínculos entre lo privado y lo público, la estatal y paraestatal, lo pago y lo gratuito.

¹⁰ RONDINELLI, D; 1981.

En el desarrollo de este trabajo, se adoptará una definición técnica que no prejuzga acerca de los contenidos y/o objetivos que se pueden lograr a través de su instrumentación para avanzar luego en el contenido organizacional relacionado con la variable presupuestaria. Esta conceptualización indica que la descentralización es la transferencia de competencias estatales a una unidad menor en un espacio geográfico diferente¹¹, de esta manera, se trata de un principio de organización definido intraestatalmente.

En general, se considera a la descentralización como parte de un proceso que contribuiría a la modernización del Estado ya que afecta simultáneamente a tres aspectos de la reforma institucional, a saber:

- I. Mejorar la productividad de los servicios.
- II. Remover la cultura administrativa al incorporar nuevos actores a la gestión y el control
- III. Redistribuir los recursos estatales al fortalecer la capacidad de presión social sobre el Sector Público de la Salud.

Descentralizar, significa la transferencia de poder, de responsabilidades y de recursos. Exige que las decisiones, especialmente en las áreas financieras, organizacionales y de control, permanezcan dentro de los límites de la autonomía local.

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

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

2.2. Formas de Descentralización

Se distinguen cuatro formas puras de descentralización¹² con la intención de establecer las funciones o atribuciones otorgadas a las autoridades de gobierno:

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

¹¹ BONEO y otros, 1987.

¹² RONDINELLI, D y CHEEME, G; 1983.

Cada una de estas estrategias resultará apropiada en contextos determinados y su eficacia estará en relación a determinados factores. Las características de estas cuatro formas puras de descentralización se resumen en el Cuadro 1.

Cuadro 1: Formas Puras de Descentralización

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

Fuente: Elaboración propia en base a conceptos de Rondinelli y Cheema, 1983.

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

La clasificación es rigurosa y por más que en la práctica las estrategias descentralizadoras se den en forma combinada, esta tipología permite identificar tanto los casos en que se dan los distintos tipos de procesos como las relaciones entre ellos.

2.3. Descentralización Hospitalaria

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

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

La autogestión proviene del concepto de autonomía de gestión que se viene aplicando en las empresas insistiendo en la autonomía y la responsabilidad de los cuadros dirigentes. Adquiere entonces relevancia el concepto de **autonomía de gestión**¹³.

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

Hemos conceptualizado a los Hospitales como organizaciones burocráticas profesionales caracterizadas por la gran autonomía que posee su centro operativo: los médicos. La característica del trabajo médico y la autonomía de los mismos, hacen que se privilegien los intereses profesionales sobre los del usuario-paciente. El médico busca satisfacer sus objetivos éticos (la salud del paciente) y egoístas (renta, ocio, prestigio profesional, etc.) pudiendo inducir la demanda del paciente. En función de las consideraciones de estas organizaciones, se espera un comportamiento oportunista (**free riders**)¹⁴ del centro operativo.

A partir del reconocimiento de grupos de interés profesionales o de posibilidades de comportamientos oportunistas, se postula al control social como un proceso o mecanismos de influencia de la sociedad sobre las agencias del Estado (los hospitales). En este esquema de pensamiento, la sociedad pasa a ser identificada con el interés general, mientras que el Estado es considerado como comprometido con los intereses individuales.

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

¹³ PEIXOTO de ALBUQUERQUE, Paulo; 2004.

¹⁴ STIGLITZ, Joseph; 1998.

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

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

2.4. Participación en la Gestión

Coloquialmente, se entiende a la participación como “tomar parte”, “intervenir” o “tener parte de una cosa”, lo que implica un rol activo para contribuir en alguna medida al logro de un objetivo. En tal sentido, podemos entender a la participación como la intervención más o menos directa en la realización de una meta o en la consumación de un hecho. Es un fenómeno variable que aparece afectado por las siguientes dimensiones básicas¹⁵:

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

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

2.5. Participación en Salud

La participación en salud ha sido conceptualizada como “los esfuerzos organizados para incrementar el control sobre los recursos y las instituciones reguladoras en situaciones sociales dadas, por parte de grupos y movimientos hasta entonces excluidos de tal control”¹⁶. Esto plantearía que las personas utilizan a la participación como medio para alcanzar o acceder a ciertos recursos y en este proceso facilitan el desarrollo de resultados o efectividad de la organización.

¹⁵ DACHLER y WILPERT, 1978.

¹⁶ PEARSE, A. y STIEFEL, M; 1980.

Personas o grupos asumen un cierto protagonismo en las decisiones u omisiones y en las acciones o inacciones referidas a determinadas cuestiones. Dicho protagonismo implica una determinada capacidad para actuar, tratando de modificar o conservar cierto aspecto de la realidad, lo cual requiere tener cierto poder de intervención.

La participación en los servicios de salud también puede constituirse en un fin en sí misma en la medida que es un derecho de la comunidad participar en la cosa pública (res pública)¹⁷ de manera de poder influenciar las decisiones sobre un principio de equidad. Para satisfacer necesidades sociales, como la de salud de una comunidad, los actores sociales comienzan a participar, reconocen un problema en común, produzcan ideas en conflicto sobre el hacer, consideren alternativas e intenten resolver el asunto a través de la creación de un consenso sobre líneas de acción.

2.5.1. Formas Institucionales de la Participación en Salud

Se proponen cuatro formas institucionales de participación en salud¹⁸, cuyas características se resumen en el Cuadro 2.

- I. Voluntariado de Salud
- II. Consejos Locales de Salud
- III. Consejos Locales de Desarrollo Comunal
- IV. Brigadas de Salud

Cuadro 2: Formas Institucionales de Participación en Salud

Voluntariado de Salud	Puede cumplir el rol de articulador entre la comunidad y los servicios de salud.
Consejos Locales de Salud	Son organismos generalmente de carácter consultivo o asesor, que se ubican a nivel de la misma comunidad o de un grupo de salud u hospital local. Están integrados generalmente por miembros de la comunidad, por personal de salud, representantes comunitarios y autoridades de gobierno.
Consejos Locales de Desarrollo Comunal	Constituidos por municipios o comunas, el sector salud coordina acciones junto con los sectores de educación vivienda, trabajo, agropecuarios, económicos, etc.
Brigadas de Salud	No siempre en ellas participa la comunidad local, ya que pueden estar integradas por trabajadores o estudiantes de instituciones oficiales o privadas que acuden a una comunidad para realizar campañas, por ejemplo de vacunación, saneamiento u otras.

Fuente: Elaboración propia en base a conceptos de Hevia, 1983.

¹⁷ En el Derecho romano, *Res pública* se refiere normalmente a una cosa que no es considerada propiedad privada, sino que es de uso público, como por ejemplo un puente o una calle. Es una expresión del latín, que significa literalmente "cosa pública". Es el origen de la palabra 'República'.

¹⁸ HEVIA, 1975.

Dentro de los Consejos Locales de Salud se incluyen mecanismos de participación en el Hospital que tratan de encontrar alternativas para la solución a los problemas cada vez más complejos, apelando a nuevas formas de participación que permitan consolidar la autonomía de gestión y la relación entre el Estado y la Sociedad Civil, entre las instituciones y la población, entre prestatarios y usuarios de servicios, entre principales y agentes, favoreciendo así la democracia.

Se identifican tres niveles en los cuales puede manifestarse la participación comunitaria¹⁹:

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

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

2.5.2. Hospitales Públicos de Autogestión HPA

Concebido como un instrumento para la transformación del Modelo de Atención de la Salud y dirigido a cumplir con las Políticas Sustantivas establecidas por el Decreto Nacional N° 1269/92, considerando que las mismas establecen la necesidad de mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica mediante la efectiva extensión a toda la población, se puede definir al HPA como un hospital descentralizado bajo las pautas jurisdiccionales y con gestión estratégica delegada. Su objetivo es la mejora de la salud de la población bajo su responsabilidad, asegurando su gratuidad.

Se crea por el Decreto N° 578/93, dependiente de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (art. 2°).

El Ministerio, a través de la Secretaría de Salud es el organismo de aplicación del mencionado decreto. El HPA actúa como organismo descentralizado a fin de lograr un nuevo modelo de atención. Entre sus atribuciones y obligaciones figuran:

- Elaborar para su aprobación el programa anual operativo y el cálculo de gastos y recursos genuinos.

¹⁹ AQUINO, María Cristina; 1995.

- Elaborar normas de funcionamiento y manuales de procedimientos técnicos.
- Diseñar nuevos servicios que favorezcan la cobertura.
- Disponer sobre la ejecución del presupuesto y sobre los recursos generados por el propio hospital.

La población asistida por el HPA es de pacientes carentes de recursos y los pacientes con obra social que integra el sistema nacional de seguro de salud, reciben la prestación, estando obligada la obra social a pagar por dichos servicios ya que son motivo de facturación.

El HPA recibe los aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción por el habitual funcionamiento del mismo de acuerdo a la producción, rendimiento y tipo de población que asista y los ingresos que perciba.

Se crea una nueva figura administrativa, el Registro de Hospitales Públicos de Autogestión, Decreto N° 578 de abril de 1993, para que el HPA pueda actuar como un organismo descentralizado de acuerdo con las normas vigentes en cada jurisdicción, realizar convenios con entidades de Seguridad Social, cobrar las prestaciones brindadas a las personas con capacidad de pago, usuarios o terceros pagadores (obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, seguros de accidentes, medicina laboral u otros), integrar redes de servicios de salud, etc.

En el Cuadro 3 se presenta la cantidad de HPA inscriptos por provincia en el año 1996. En el Gráfico 1 se presenta la cantidad de HPA según niveles de gobierno o instituciones responsables.

Cuadro 3: Hospitales Públicos de Autogestión inscriptos por Provincia

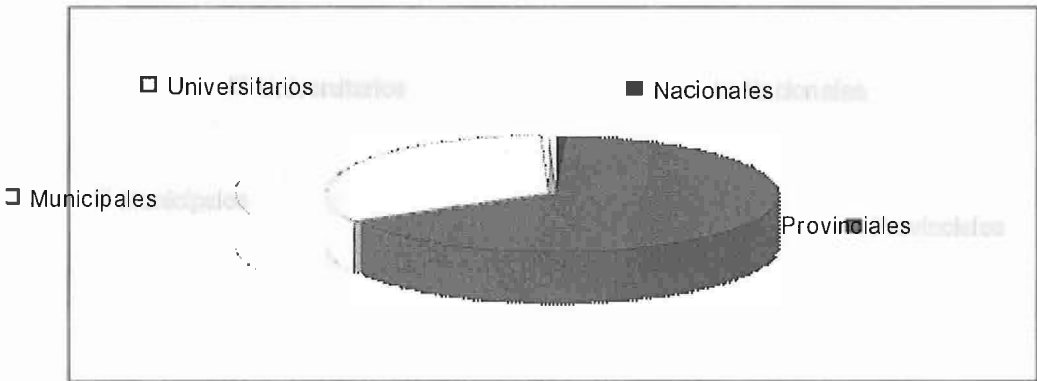
Provincia	HPA	PORCENTAJE (%)
BUENOS AIRES	249	24.32
SANTA FE	126	12.30
CORDOBA	117	11.43
LA PAMPA	66	6.45
ENTRE RIOS	64	6.25
SANTIAGO DEL ESTERO	51	4.98
CHACO	45	4.39
MENDOZA	41	4.00
CAPITAL	40	3.91
MISIONES	40	3.91
TUCUMAN	32	3.13
CHUBUT	30	2.93
RIO NEGRO	28	2.73
JUJUY	19	1.86
CORRIENTES	16	1.56
SAN JUAN	14	1.37
CATAMARCA	13	1.27
SAN LUIS	12	1.17
SALTA	9	0.88
LA RIOJA	6	0.59
FORMOSA	3	0.29
TIERRA DEL FUEGO	2	0.20
SANTA CRUZ	1	0.10
TOTAL	1.024	100

Fuente: AAVV, Hospital Público de Autogestión, Marco Conceptual.

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Buenos Aires, 1996.

Con respecto al año 1996 se duplicó la cantidad de hospitales inscriptos. Del total de los hospitales inscriptos, 7 son nacionales, 678 provinciales, 333 municipales y 6 universitarios. El total de camas disponibles es de 67.685.

Gráfico 1: Hospitales Públicos de Autogestión por niveles de gobierno



Fuente: AAVV, Hospital Público de Autogestión, Marco Conceptual.

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Buenos Aires, 1996.

Capítulo 3. PRESUPUESTO COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN

3.1. Presupuesto como instrumento

El presupuesto es un instrumento de planificación económico-financiero de corto plazo, en el que se expresan objetivos y metas que son traducidas en programas operativos destinados a producir bienes y servicios mediante la combinación adecuada de recursos. Es la estimación programada, de manera sistemática, de las condiciones de operación y de los resultados a obtener por un organismo en un periodo determinado²⁰.

Este instrumento, aplicado en el ámbito de la Administración Pública, constituye un mecanismo a disposición de la sociedad para otorgar la transparencia y control a los actos de gobierno. Es un indicador de las características de las políticas adoptadas. Funciona como guía y como límite para el accionar de los funcionarios encargados de ejecutar los gastos públicos.

3.2. Conformación del Presupuesto Público

El Presupuesto se compone de Gastos y Recursos. El Presupuesto Público es un documento que expresa el compromiso del Sector Público hacia la comunidad con respecto a la forma en que se desarrolla su actividad.

Como instrumento de política económica, las autoridades definen el nivel y composición de la producción e inversión pública, la demanda de recursos reales que requiere el sistema (Gastos) y las formas y magnitudes del financiamiento de sus actividades (Recursos).

Como instrumento de gestión, la conformación del presupuesto es un típico proceso administrativo. Si el presupuesto se lleva a cabo guardando un equilibrio entre la centralización en la definición de políticas (centralización normativa) y la descentralización operativa, contribuye con la política de descentralización.

Durante la formulación del presupuesto se produce un **intercambio de información, de propuestas, de evaluaciones y de decisiones sobre políticas**. Las decisiones respecto del presupuesto en elaboración son influenciadas por los resultados de los presupuestos ejecutados previamente.

La conformación del presupuesto implica la participación activa de:

²⁰ BURBANO, Jorge y ORTIZ, Alberto; 1995.

- Unidades de planificación y administración en términos de estudios técnicos, suministro de informaciones y asesoramiento.
- Unidades ejecutoras en la elaboración de los anteproyectos.
- Niveles Políticos y Directivos en la adopción de las orientaciones y decisiones correspondientes.

3.3. Presupuesto por Programas

El procedimiento tradicional por excelencia de elaboración de los presupuestos públicos es el denominado "incrementalista"²¹. Es una técnica que estima cada año los gastos en base a los aprobados en el ejercicio anterior. Ello supone que solamente se sometan a discusión los incrementos de gasto respecto al del año anterior. Es un sistema de presupuesto que permite controlar solamente la legalidad del gasto pero no accede al análisis de los criterios de eficiencia y economía. Razón que está en la base del abandono de esta técnica tradicional incrementalista.

Han surgido nuevas técnicas de presupuestación. Una de las primeras, ha sido la llamada de "Presupuesto por Tareas" basada en los recursos finalistas aplicados a tareas concretas, de ahí su nombre, descritas en los propios presupuestos. Con este sistema se consigue controlar y fomentar la aplicación de análisis de eficiencia y economía pero no es capaz de alcanzar el objetivo analítico de la eficacia.

Fue la ausencia de este valor, la eficacia, lo que motivó la búsqueda de una nueva formulación presupuestaria que afloró en el Presupuesto por Programas²².

Esta nueva forma de presupuestación se presenta como un sistema integrado de gestión del gasto público, en el que aparecen como subsistemas:

- Planificación del Gasto
- Presupuestación
- Gestión
- Control

Si el presupuesto por tareas estaba orientado hacia la gestión, el presupuesto por programas oscila hacia la planificación.

²¹ WILDSVASKY, 1999.

²² BURBANO, Jorge y ORTIZ, Alberto; 1995.

El Presupuesto por Programas ordena los gastos de acuerdo a los trabajos y actividades concretas que se deben realizar. Todo trabajo o actividad implica un costo, el cual debe representarse en el presupuesto para así lograr su cumplimiento.

Un programa presupuestario consiste en un conjunto de actividades vinculadas a un objetivo de producción final. Algunos ejemplos de programas de salud son: programa materno infantil, fiscalización sanitaria, un hospital o un servicio dentro de ese hospital, etc.

Cada programa es la ordenación de medios de que disponen los centros gestores en orden a la consecución de sus objetivos. Son combinaciones de medios identificables orientados al logro de un determinado objetivo a alcanzar por un centro de gestión.

El Presupuesto por Programas consta de cuatro niveles o elementos básicos con los que se registran todas las funciones y trabajos que se realizan:

- Programa
- Subprograma
- Proyecto
- Actividad u Obra

La apertura presupuestaria, a pesar de ser compleja, es la más adecuada para expresar la realidad de la actividad hospitalaria, por cuanto especifica los resultados de las actividades de cada programa que resultan en un producto determinado o producto final.

La metodología de presupuestación por programas permite los siguientes logros:

- Identificar centros de responsabilidad y costos como un sistema de información sobre producción y gastos del programa.
- Valorar la productividad de cada centro de costos e identificar la correcta utilización de los insumos.
- Obtener información sobre la participación de cada programa y/o producto en el gasto total de la organización.
- Comparar los gastos presupuestados por programa y/o producto con los gastos reales incurridos en el período, analizar la causa de los desvíos y comparar con períodos anteriores.
- Proporcionar información relevante para la toma de decisiones tanto para manejo interno como para negociaciones con terceros.

En un sistema de Presupuesto por Programas es imprescindible el establecimiento de algún tipo de control referido a la ejecución de los programas y sus resultados finales. Seguimiento, control y evaluación de los resultados de la gestión.

Esta técnica presupuestaria se ha desarrollado básicamente para subsanar la falta de información de que adolecen los presupuestos tradicionales, los cuales pueden dar idea de precisión y control legislativo, pero frustran los intentos de interpretación de la actividad

del Estado en términos presupuestarios. El Presupuesto por Programas individualiza los gastos en cada uno de los proyectos del Estado, permitiendo el logro de una programación sectorial.

3.4. Proceso Presupuestario

El proceso presupuestario comprende las fases de Elaboración, Aprobación, Ejecución y Control del presupuesto. Estas se encuentran reguladas en las Leyes Anuales de Presupuesto Público.

3.4.1. Elaboración del Presupuesto

Dado que el presupuesto consiste en una proyección a un año de los ingresos y los gastos, requiere de un sistema de registros preciso y fidedigno así como de un conocimiento acabado tanto de los objetivos de la institución como de la actividad histórica y su producción. Además, que todo el personal de la institución se comprometa y se alcance un **consenso** porque todos los servicios quieren maximizar sus aspiraciones de trabajo y como los recursos son escasos habrá metas que ceder por parte de todos.

El principal componente del proceso de presupuestación es entonces la participación y el consenso.

Es entonces indispensable que la organización disponga de una individualización clara de los productos que cada servicio o centro de responsabilidad produce.

Luego estas necesidades de personal e insumos son transformadas en dinero. Para ello sería ideal contar con costos normalizados para las diferentes unidades de producción. Sin embargo, frente a la inexistencia de costos normalizados, es posible trabajar con información suministrada por el área contable y por los valores existentes en el mercado.

Se suman entonces estos valores más la posible inflación en el costo de los insumos y los posibles incrementos debidos a la política de salarios y se obtiene el precio unitario de cada producto de un determinado servicio. El agregado de los productos de un servicio que se prevé serán brindados en el curso del año a presupuestar, basándose en la producción de dos años fiscales anteriores, establece las necesidades presupuestarias de dicho servicio.

3.4.2. Aprobación del Presupuesto

Una vez elaborado el presupuesto debe ser remitido para su aprobación a nivel legislativo. A partir de la aprobación, el presupuesto se transforma en un documento de

compromiso de toda la organización (Ley) para alcanzar las premisas allí contenidas que desde ese momento pasan a ser metas.

3.4.3. Ejecución Presupuestaria

La ejecución presupuestaria es la movilización de la administración pública a efectos de llevar a cabo las acciones y procesos necesarios de utilización de los recursos reales y financieros que posibilitan lograr los productos (bienes o servicios) en la cantidad y calidad adecuada y en el tiempo y lugar previstos, empleando la tecnología correspondiente, teniendo presentes criterios de eficiencia, necesarios en todo proceso productivo.

La ejecución del presupuesto se efectúa en dos planos: el físico de producción terminal e intermedia y el financiero. Requiere la participación, coherente y coordinada, de especialistas en diversas disciplinas, considerando los diferentes sistemas administrativos de la institución, lo cual significa que las acciones a desarrollar en los procesos productivos institucionales, serán las que permitirán alcanzar las políticas previstas al formular el presupuesto.

En el plano financiero y tomando en cuenta sólo el presupuesto de gastos, la ejecución presupuestaria consiste en la utilización de las asignaciones presupuestarias.

En materia de ingresos, la ejecución financiera del presupuesto es la obtención de los medios de financiamiento necesarios para atender la producción de bienes y servicios.

En la fase de la ejecución presupuestaria, le corresponde a la técnica presupuestaria examinar la coherencia cuantitativa y cualitativa, temporal y espacial de las acciones que deben efectuar las diversas instituciones que integran el Sector Público, así como la consideración de las disciplinas que participan en la producción de los bienes o servicios. Ello se cumple mediante la coordinación de la ejecución del presupuesto.

La coordinación de la ejecución presupuestaria lleva en sí un proceso de programación y adopción de medidas, previas a la ejecución o concomitantes con ella, a fin de obtener los productos terminales e intermedios previstos, logrando la máxima racionalidad posible en el empleo de los recursos reales y financieros.

Implica prever los problemas que se presentan durante la ejecución y a los cuales debe dárseles soluciones adecuadas y oportunas, teniendo siempre presente el logro de los objetivos originalmente programados, con un mínimo de alteraciones o posibilitando los cambios cuando, situaciones de tipo coyuntural, así lo ameriten. Los instrumentos básicos que se utilizan en esta etapa son la Programación de la Ejecución y las Modificaciones Presupuestarias.

3.4.4. Control Presupuestario

El control presupuestario es un conjunto de procedimientos y mecanismos orientados a establecer si las decisiones tomadas por los responsables de las diversas áreas cumplen con los objetivos trazados.

Cuando no se cumple con la producción y el gasto programados, que al momento de la elaboración del presupuesto se estimaba como máximo de eficiencia, se habla de desvío presupuestario.

Es importante reconocer que existen desvíos presupuestarios que no son responsabilidad de la institución, son producidos por variables exógenas. Esencialmente responden a dos circunstancias:

- Inflación
- Aumento de la demanda

Por lo general, a partir de esta situación de diferencias de objetivos e informaciones asimétricas es que surge la necesidad de desarrollar sistemas de control que incluyan incentivos, información e instancias de evaluación de desempeño, para que se pueda garantizar que se están alcanzando los objetivos programados.

Para implementar el sistema de control gerencial, la organización se subdividirá en Centros de Responsabilidad, que tendrán a su cargo metas en base a: Indicadores de Desempeño y de Ejecución Presupuestal. Cada centro estará a cargo de un responsable que realizará informes mensuales precisando las metas previstas, los niveles alcanzados y los desvíos, así como también un análisis explicativo de las causas de tales desvíos.

Capítulo 4. EL CASO DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE RÍO NEGRO

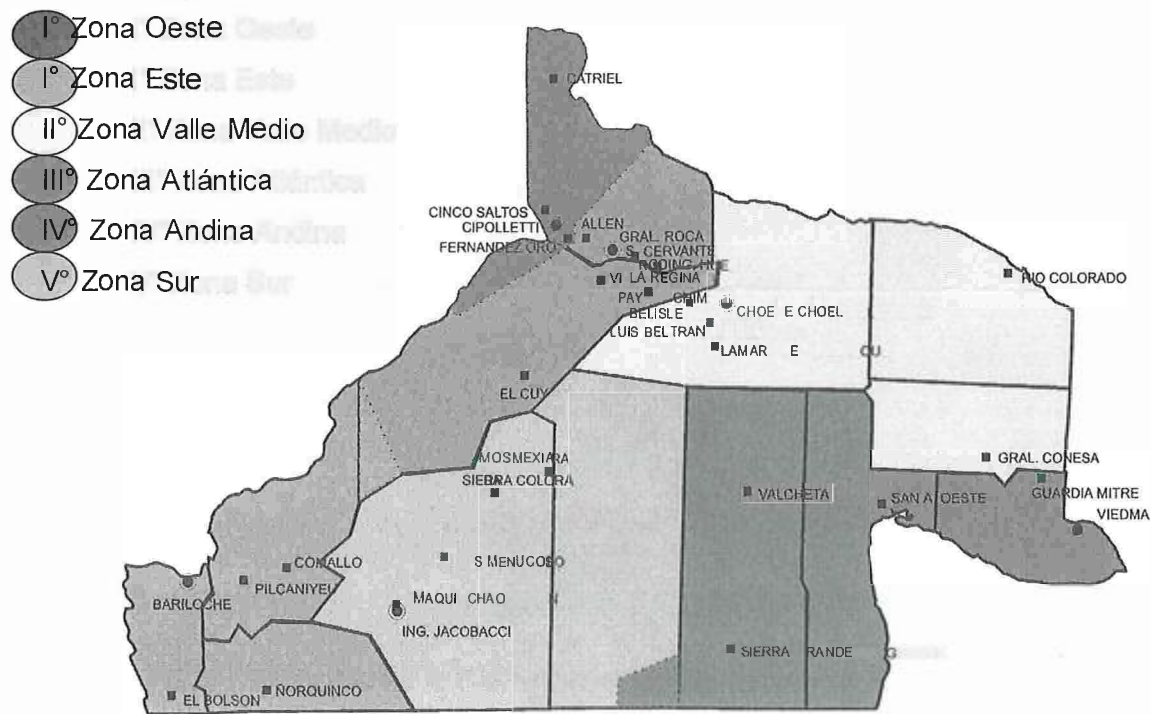
4.1. Situación Actual

Al hablar de salud en la provincia de Río Negro se adiciona un aspecto que tiene que ver con la gestión micro que representan los problemas de gerenciamiento de de las organizaciones sanitarias. La difusión de nuevas herramientas de gestión, como las metodologías de costos hospitalarios, de presupuestos o la evaluación de calidad representan ejemplos de la asistencia técnica posible y necesaria que debe ser promovida.

Río Negro integra el grupo de las provincias patagónicas, compartiendo con ellas las características sociodemográficas de la región: baja densidad poblacional, grupos urbanos distantes entre sí y una gran parte de la geografía dominada por la estepa.

El hospital público tiene un papel preponderante dentro del sistema de salud rionegrino. Existen seis zonas sanitarias bien definidas, las cuáles se exponen en el Gráfico 2, con 34 hospitales área programa, 300 centros de salud y un total de 2.421 camas (Ver Cuadro 4). Se realizan en ellos desde los cuidados primarios hasta la más alta complejidad.

Gráfico 2: Zonas Sanitarias del Sistema de Salud Rionegrino



Fuente: Elaboración propia en base a información del Consejo Provincial de Salud de Río Negro.

Cuadro 4: Hospitales Públicos por Zonas Sanitarias

Hospital	Complejidad	Centros de Salud	Total de Consultas	Total de Egresos	Total de Camas
Gral. Roca	VI	13	172,194	6,759	134
Allen	IV	5	66,031	1,972	65
Villa Regina	IV	11	133,515	4,520	72
Ing Huergo	II	3	49,219	694	27
El Cuy	II	5	6,697	-	-
Adanil	V	-	20,029	-	-
Cervantes	II	2	12,552	-	-
Total Zona		39	460,237	13,945	298
Cipolletti	VI	14	159,506	4,673	95
Cinco Saltos	IV	7	82,166	2,627	47
Catriel	IV	6	34,605	920	28
Campo Grande	II	4	18,803	-	-
Fernández Oro	II	3	23,716	-	-
Total Zona		73	779,033	22,165	468
Choele Choel	IV	4	63,596	2,685	64
Rio Colorado	IV	5	50,246	1,649	37
L. Beltrán	II	1	37,399	611	30
Lamarque	II	2	40,039	427	12
Chimpay	II	4	27,819	636	12
Coronel Belisle	II	-	9,529	196	11
Total Zona		16	228,628	6,204	166
Viedma	VI	11	180,799	4,875	109
Sierra Grande	IV	4	42,989	1,293	62
Conesa	IV	4	38,843	963	47
San Antonio Oeste	IV	5	89,888	1,829	53
Valcheta	IV	3	28,829	503	30
Guardia Mitre	III	-	4,736	27	5
Total Zona		27	386,064	9,490	306
Bariloche	VI	15	185,852	4,937	157
El Bolsón	IV	13	69,026	1,614	29
Comallo	III	4	8,247	341	21
Norquínco	III	5	5,370	178	13
Pilcaniyeu	III	2	7,868	183	10
Total Zona		66	662,427	16,743	536
Ing. Jacobacci	IV	5	35,089	1,325	40
Maquinchao	II	3	10,613	418	32
S. Colorada	II	-	9,328	203	17
Los Menudos	II	3	20,803	511	16
R. Mexía	II	2	3,735	31	6
Total Zona		79	741,995	19,231	647
		300	3,258,384	87,778	2,421

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Consejo Provincial de Salud de Río Negro, 1996.

La mayoría de estos hospitales necesitan un gran cambio en su estructura administrativa y de gestión, más que una simple cosmética, porque se encuentran con serios problemas y se tornarán en un obstáculo para llevar adelante el resto de las reformas.

Por ello, es imprescindible agudizar el ingenio y la audacia en las estrategias que se diseñen, porque en una crisis como la actual, los errores se transforman en retrocesos muy difíciles de remontar. Pero, lo peor que nos puede pasar es que no haya respuesta,

porque tendrá efectos más desbastadores que un no al cambio, ya que ésta implica alguna clase de evaluación.

En la organización hospitalaria, es probable que la deficiencia no estribe en los fines, sino en los medios, y la necesidad de cambio no proviene de que las cosas se hagan mal, o sean equivocadas, de hecho es posible que se estén haciendo cosas acertadas, pero sin que den frutos, y si no alcanzan los fines para los que fueron creados, hay que recrearlos, por eso no importa quién lo haga, importa cómo alcanzar el resultado.

Es imperioso advertir que los hospitales tienen fuertes carencias para lograr una racional administración y gestión de los recursos del estado. Los problemas que son comunes a la mayoría de los hospitales podrían relacionarse con tres áreas:

Administración y Gestión de los Hospitales

- Inexistencia de estructuras organizacionales e identificación de responsables de áreas.
- Concentración de tareas y responsabilidades generalmente en manos del director del hospital.
- Falta de desarrollo de áreas claves de gestión.
- Desinformación para la toma de decisiones y control de gestión.
- Falta de desarrollo de sistemas de información orientada a la toma de decisiones internas del hospital y externas ministeriales.
- Falta de Sistemas de contabilidad de costo por área y producto.
- Desconocimiento del objetivo y falta de programación.

Recursos Humanos

- En algunos casos superposición de regímenes laborales.
- Falta de flexibilidad laboral y de jerarquización en distintas funciones. Ej.: Enfermería.
- Falta de autonomía de las autoridades hospitalarias para la designación, escalafonamiento, niveles salariales y dimensionamiento de los planteles que depende del poder central.
- Recursos humanos que no se emplean productivamente y atiborramiento de otros.
- Desviaciones reglamentarias, en algunos casos consensuadas (Ej.: disminución del horario laboral, incumplimiento de horarios de servicio).

Situación Económica – Financiera

- Indefinición del costo hospitalario. Desconocimiento de costos de bienes, servicios y procesos.

- Desconocimiento de indicadores de evaluación de eficiencia en la obtención de ingresos propios.
- Ausencia de políticas racionales de compras y de mantenimiento de stock.
- Desconocimiento de la tarea de presupuestación y control financiero.
- Subutilización de instalaciones y equipos (Ej.: Quirófanos de 8 a 14 horas).

Para modificar esta situación será necesario generar una nueva manera de hacer las cosas y para ello primero se debe aceptar, que como tantas otras herramientas, las burocracias centralizadas y jerárquicas tan útiles en los '40, ya que no lo son en los '90. Pues no alcanza con continuar regulando los procesos para cumplir con las reglas y normas, controlando el gasto e ignorando los resultados, porque la comunidad cambió su percepción del deber ser del Estado y necesita resultados.

La adopción de decisiones de salud pública depende de forma decisiva de la posibilidad de disponer oportunamente de datos sólidos. Los sistemas de información sanitaria, cuya finalidad es generar, analizar y difundir tales datos, en la práctica rara vez funcionan sistemáticamente. Producto de fuerzas históricas, sociales y económicas, son sistemas complejos, fragmentados e insensibles a las necesidades. Los donantes internacionales que actúan en el campo de la salud tienen bastante responsabilidad en ese problema, pues han priorizado las necesidades urgentes de datos antes que la creación de capacidad en los países a más largo plazo. Una consecuencia tristemente patente de ello es la incapacidad de la mayoría de los países para generar los datos requeridos para vigilar los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las soluciones al problema deben ser integrales; la mera aportación de dinero será probablemente insuficiente a menos que se acompañe de un apoyo sostenido al desarrollo de los sistemas de los países, unido a una mayor asignación de responsabilidades y rendición de cuentas por los donantes.

Otro aspecto en el que la sanidad de la provincia de Río Negro ha avanzado poco es en la introducción de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. La sociedad de la información no se ha desarrollado, de momento, en el sistema sanitario como debería ser. Compartir información sobre la salud y/o utilización de servicios de una persona, entre distintos niveles asistenciales, es hoy mucho más una excepción que una realidad. Ni en el mercado existen suficientes productos de un nivel aceptable, ni desde el sector público se han definido los patrones requeridos para que la información pudiera compartirse.

4.2. Marco Normativo Vigente

Ley 2.570

REFORMULACION ADMINISTRATIVA DEL SUB SECTOR PUBLICO DE LA SALUD en la Provincia de Río Negro, sancionada en Diciembre de 1992, ofrece las herramientas legales requeridas para la reformulación administrativa, como inicio de ese proceso de transformaciones, fundamentado en la descentralización, la participación efectiva de los usuarios y los trabajadores, la potenciación de las capacidades locales y la desburocratización de la gestión administrativa:

ART. 3º.- El Sistema de Salud Pública de la Provincia se desarrollará en base a criterios de descentralización política, técnica y administrativa, priorizando los mecanismos de participación y delegación de competencias y funciones que garanticen la concreción de estos objetivos. Facúltase al Consejo Provincial de Salud Pública a ejecutar la reestructuración técnico-administrativa necesaria para implementar dicho sistema de salud de manera integral sobre los tres niveles existentes: local (Consejos Locales de Salud), zonal (Consejos Zonales de Salud) y provincial (Consejo Provincial de Salud Pública).

A los efectos de esta ley entiéndase por:

a) Área Programa: la unidad mínima de organización sanitaria, delimitada geográficamente, con una estructura de conducción de todos los recursos disponibles para la atención de una población.

b) Zona Sanitaria: es una delegación del Consejo Provincial de Salud Pública que comprende un conjunto de Áreas Programa, divididas según criterios geopolíticos y sanitarios.

Ley 3.186

Esta Ley rige los sistemas de administración financiera y el sistema de control interno, que serán de aplicación en todo el Sector Público de la provincia de Río Negro.

Son objetivos de esta Ley:

a) Garantizar la vigencia de los principios establecidos en el artículo 47º de la Constitución Provincial y los de regularidad en la registración, legalidad, economicidad y eficacia, tanto en la obtención como en la aplicación de los recursos públicos.

b) Sistematizar las operaciones de programación, gestión y evaluación de los recursos del sector público Provincial.

c) Desarrollar sistemas que proporcionen información oportuna y confiable sobre el comportamiento financiero del sector público Provincial, para el proceso de toma de decisiones de los responsables de las jurisdicciones y entidades, así como para evaluar la gestión de los responsables de cada una de las áreas administrativas y para dar transparencia y publicidad a los actos y resultados de la administración pública.

- d) Establecer como responsabilidad propia de la administración superior de cada jurisdicción o entidad del sector público Provincial la implementación y mantenimiento de:
- I) Un sistema contable adecuado a las necesidades del registro e información de los actos con incidencia patrimonial, financiera o económica, acorde con la naturaleza jurídica y características operativas de cada uno de ellos.
 - II) Un eficiente y eficaz sistema de control interno normativo, financiero, económico y de gestión sobre sus operaciones, que incluya el control previo y posterior y la auditoría.
 - III) Procedimientos que aseguren la conducción económica y eficiente de las actividades institucionales y la evaluación de los resultados de los programas, proyectos y operaciones de los que es responsable la jurisdicción o entidad.

4.3. El caso de una Licitación Pública de Medicamentos

4.4. Diagnóstico de la Situación Actual

Capítulo 5. PROPUESTA DE READMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

5.1. Reformulación de la Gestión

El objetivo de presentar una propuesta para reformar la gestión hospitalaria surge a partir de la problemática común que deben afrontar las distintas áreas administrativas del Poder Ejecutivo de la provincia de Río Negro, donde los actores que se desenvuelven en este ámbito deben fluctuar en la búsqueda de un equilibrio entre el logro de los objetivos propuestos y el cumplimiento de las normas vigentes.

El proceso iniciado en 1994 a nivel nacional tendiente al ajuste y saneamiento fiscal replantea la actividad financiera a través de un nuevo Sistema de Administración Financiera y redefine el sistema de control interno.

A varios años ya de la implementación en la provincia de Río Negro de la Ley Nº 3186 de Administración Financiera y Control del Sector Público Provincial resulta necesario revisar el contexto actual socio-político y el desarrollo de las organizaciones para el logro de sus objetivos.

El espíritu de la mencionada ley se sustenta en la necesidad de generar un cambio movilizador en el marco de la estructura administrativa y en la política del Estado que requiere de mecanismos ágiles y eficientes para el logro de sus fines.

La actitud frente al cambio debe generarse paulatinamente y en forma sostenida en todos los actores que conforman el Sector Público como así también en los destinatarios de los bienes y servicios que produce el Estado.

Surgen como objetivos para lograr una readministración hospitalaria:

- Agilizar los trámites administrativos.
- Recopilar la normativa vigente y permitir una consulta rápida y oportuna a los administradores.
- Propiciar la interpretación unificada de la normativa vigente con criterios globales que abarquen a las áreas de ejecución y control, tanto interno como externo.
- Trabajar en forma conjunta con los órganos de control de la Provincia teniendo en cuenta las particularidades de cada jurisdicción a los efectos de conformar normativas consensuadas entre los distintos actores.
- Proponer medidas coyunturales que permitan obtener resultados rápidos para garantizar eficiencia y economicidad en la gestión.

5.1.1. Descentralización Administrativa

Para lograr un mayor grado de descentralización de la gestión administrativa de los hospitales es necesario mejorar su gestión presupuestaria y motivar para la incorporación de mejoras prácticas gerenciales en la Red de Salud.

Es necesario promover el cambio de cultura directiva hacia una gestión de presupuesto por resultados y control de gestión con responsabilidad por parte de los directores y jefes de servicios de los Hospitales Públicos. Difundir y capacitar en el uso de informes de Control de Gestión en base a indicadores desarrollados para tal fin. Orientar la gestión pública hacia la planificación estratégica por sobre la resolución coyuntural de problemas y mejorar la imagen política de los funcionarios.

5.1.1.1. Aplicación del Presupuesto Hospitalario

El presupuesto hospitalario permite expresar en términos monetarios el plan de acción de un hospital para alcanzar sus objetivos, reflejando las acciones que realiza cada centro responsable de una determinada producción, así como los recursos que se le adscriben a esa unidad productiva, denominada también centro de responsabilidad o centro de costos.

Las **unidades productivas de los hospitales son los servicios**. Cada servicio asistencial del hospital, que produce servicios finales identificables y al que se le imputan gastos operativos, es considerado una unidad de producción, un centro de responsabilidad y un centro de costos.

Se considera al presupuesto operativo de las instituciones de salud como un instrumento de gestión, una guía para planificar y controlar los ingresos y los gastos a través de predecir la performance financiera esperada. Los presupuestos deben ser utilizados para comparar el comportamiento financiero predicho contra el comportamiento financiero real actual y poder establecer así un control de gestión. Sin embargo, no siempre fue así, ni en el sector salud, ni en otros sectores. El presupuesto fue acompañando las transformaciones que sufrieron las organizaciones productivas particularmente con la incorporación de la gestión moderna y con el fin de permitir a los niveles de conducción y decisión discernir qué se hace, quién lo hace y cómo lo hace.

El presupuesto de los hospitales fue asumiendo importancia ante la necesidad de contener los costos del Sector Salud y debe evolucionar para pasar de ser un procedimiento burocrático ó un mero trámite, a **una programación del ingreso y asignación de los recursos financieros** mejorando la eficiencia de estos.

Los presupuestos generalmente cubren el período de un año denominado año fiscal. Períodos más prolongados no son utilizados debido a las imprecisiones en las que se podría incurrir por cuanto las predicciones presupuestarias se basan no sólo en el análisis

del comportamiento de la institución, sino también en el de factores externos, esencialmente económicos, que no son fáciles de predecir.

El presupuesto final de un hospital debe ser elaborado por el sector de gestión económico financiera del área administrativa, a través de una unidad funcional especial, cuya responsabilidad es armonizar lo recibido desde cada unidad funcional/sector/área, para luego ser elevado al director ejecutivo y finalmente ser aprobado por las máximas autoridades.

Para la elaboración del presupuesto de un hospital es necesario que estén presentes los siguientes factores:

- Identificación y explicitación de la misión de la institución.
- Delimitación de la estructura de la organización y de sus unidades productivas o servicios. Cada unidad productiva, definida como sector de costos al que se le atribuyen, tanto unidades de producción homogéneas como gastos, constituye un Programa.
- Responsable por unidad de producción.
- Definición de los objetivos, metas y actividades de cada una de dichas unidades.
- Sistema de indicadores por centro de responsabilidad, que además de permitir la correspondiente evaluación, sirva de guía de comportamiento y control al propio responsable del área.
- Sistema de información que integre las actividades de los diferentes servicios y permita el monitoreo de la toma de decisiones de cada uno de ellos.

Por lo expuesto precedentemente, es fundamental que el presupuesto se conforme desde cada uno de los Hospitales como subjurisdicciones del presupuesto global del Ministerio de Salud. Esto es descentralizar la gestión.

5.1.1.2. Desafío de la Capacitación

Impulsar la formación de directivos públicos es sin duda una de los ejes básicos de los procesos de cambio. La inversión en capacitación no es un mal comienzo. Lo que sería un error es pensar que la formación, por su carácter más accesible y fácil de gestionar que, por ejemplo, las reformas estructurales y legales, es por sí misma la solución para institucionalizar la dirección pública.

Cuando la formación adquiere ese carácter, puede llevar a oscurecer el panorama y suministrar una imagen engañosa del panorama de reformas necesarias y a la frustración de muchas personas: aquellas que, tras ser capacitadas como directivos públicos y después de intentar sin éxito encontrar el espacio y el apoyo para desempeñarse como tales, acaban por comprobar que detrás de la inversión en formación no existía un

propósito deliberado de reformar en profundidad la administración y consolidar la gerencia pública. Ni qué decir tiene que estos desenlaces “queman” las reformas y producen aprendizajes organizativos de signo contrario a los que se proponen.

Capacitar en la gestión directiva de hospitales públicos y centros integrantes de la Red de Salud Pública de la Provincia de Río Negro es de fundamental importancia para llevar adelante lo expresado a lo largo de este trabajo. La capacitación en gestión hospitalaria, como herramienta fundamental para la consecución de los objetivos planteados, debe realizarse con énfasis en la aplicación de modernos enfoques y herramientas de gestión presupuestaria por resultados, redundando en mejoras en la calidad de vida de la población de referencia de dicha Red de Salud Pública.

Los contenidos que no pueden faltar en este desafío de la capacitación:

- Sistema integral de información en las organizaciones públicas. Presupuesto por Resultados como Sistema de Información Gerencial. Sistemas de Información Financiera.
- Presupuesto. Contabilidad Pública. Contabilidad de Costos. Informes gerenciales. Tablero de Comando.
- El Sistema de Información contable en las empresas y en las organizaciones públicas. Objetivo básico de la contabilidad. Cualidades y requisitos de la información contable.
- Confección de Presupuesto. Partidas de Ingresos y Egresos. Presupuesto del Ministerio de Salud. Presupuesto de Hospitales y de Redes de Salud.
- Identificación de Necesidades de Salud por Hospital. Programación de Recursos por Hospital. Diseño y confección del Presupuesto Hospitalario por resultados. Metas de Producción Hospitalaria.
- El presupuesto como Instrumento de Gestión. Modelos de Gestión. El Presupuesto y el Control Presupuestario. Presupuesto como Instrumento de Gestión en Salud.
- Análisis de la Gestión Presupuestaria.
- Análisis de Presupuesto de Ingresos y Gastos. Indicadores Generales. Indicadores de Gestión Hospitalaria. Análisis de las variaciones.
- Gestión Presupuestaria en los Servicios de Salud. Eficiencia y Descentralización Presupuestaria. Gradualidad de la Reforma. Modelización del Proceso de Gestión Presupuestaria. Modelo para Evaluación Presupuestaria.

A partir de la internalización de estos conceptos e instrumentos relacionados con el presupuesto por resultados y el control de gestión como herramienta para una mejor gestión hospitalaria orientada a racionalizar la gestión de cada centro de salud, se deberán perseguir los siguientes objetivos:

- Sustentar el proceso de toma de decisiones de las organizaciones de salud en información integral, confiable y oportuna.
- Proporcionar a los profesionales del sector de la salud un conjunto de conocimientos que les permita interpretar la información presupuestaria.
- Identificar los principales subsistemas de información sobre los cuales debe basarse el profesional de la empresa de salud.
- Reconocer la importancia de contar con esquemas de medición del particular sistema de producción hospitalaria.
- Proporcionar herramientas para el desarrollo, implantación y aplicación gerencial de los sistemas de los costos hospitalarios.

5.1.2. Actualización y unificación normativa

La diversidad de normas no contempla su actualización, sino que provoca su acumulación, avanzando unas sobre otras y en algunos casos hasta superponiéndose, desvirtuando su aplicación y generando un imperio de los criterios individuales en materia de control.

Muchas de las normas que hoy rigen los procedimientos y controles administrativos de la provincia de Río Negro, fueron sancionadas en otro momento y sobre una realidad distinta de la actual, esto quiere decir que es oportuno actualizar la normativa vigente en esta materia para lograr los objetivos que se exponen.

El marco jurídico es un área ineludible de reformas, si se quiere institucionalizar la dirección pública. Ni la legislación vigente de función pública ni las leyes vigentes de organización ni el resto de normas que podrían resultar aplicables respaldan con eficacia un modelo de gerencia pública profesional como el que se está reflexionando, lo que contribuye a un claro déficit de institucionalización.

Un marco estatutario específico, capaz de garantizar, con la flexibilidad necesaria, el acceso de perfiles directivos profesionales y las adecuadas condiciones de ejercicio de la función, protegiéndola tanto de la deriva burocrático-funcionarial, como del sesgo hacia la politización²³.

La historia de los sistemas político-administrativos, y en particular la nuestra, está llena de ejemplos de cambios normativos que no indujeron transformaciones reales de fondo.

En cualquier caso, el desarrollo de la función directiva no puede ni debe esperar las reformas jurídicas. En primer lugar, porque las necesidades de las organizaciones públicas

²³ Jiménez Asensio, 1995 y 1998; Losada, 1995; Férrez, 1995.

preceden a aquéllas. De otro lado, porque las mejores reformas legales son aquellas que consolidan e institucionalizan los cambios efectivamente producidos, más que las que definen a priori el contenido de los mismos. Por último, porque el principal agente impulsor del desarrollo de la función directiva pública no está llamado a ser el legislador, sino los gobiernos. Sólo cuando las nuevas normas acompañan a claras estrategias gubernamentales de cambio sirven de verdad para cambiar las cosas.

5.1.3. Nuevo Equilibrio Institucional

En este apartado del trabajo se trata de explicar por qué las instituciones públicas no pueden funcionar del todo bien. Asumir cierto grado de desorganización no sólo es inevitable sino también deseable cuando está bajo control, pues el control de la incertidumbre es la única garantía de cambio y avance hacia ese improbable estado que es la complejidad.

Una mayor satisfacción de los distintos actores que participan en el área de la Salud; sean ciudadanos, empleados, funcionarios, proveedores de bienes y servicios, organismos de control, etc.; implica, en términos económicos, lograr un nuevo equilibrio productivo en la provisión de Servicios de Salud.

En las sociedades, el déficit de estado es sinónimo de valor público que no se logra. Un cierto grado de desorganización es normal en sistemas tan complejos como estos, por esta razón, no es posible alejarse de una solución entre los resultados viables y las condiciones imperantes.

Se trata de lograr un nuevo equilibrio entre un cierto grado de organización versus un cierto grado de entropía, entendiendo a la entropía como sinónimo de desorganización.

A la hora de obtener una medida sobre la eficiencia productiva de estos sistemas nada se encuentra sobre la organización sino sólo de su pérdida. Siempre se cuenta con alguna idea de qué es la normalidad y ello tiende a hacer perceptibles los déficits respecto de la idea que tengamos de ella. Si la complejidad es la medida de la organización debemos decir que no sabemos cómo medirla en todos los casos. En cambio, si la entropía es la medida de la desorganización, se encuentran formulaciones matemáticas que permiten cuantificar y realizar comparaciones respecto de este tema.

En el mundo de las instituciones, la energía y la información tienen sentido cuando se expresan en términos de recursos o productos y la medida equivalente universal de los mismos es el dinero. Las pérdidas de recursos son eventos no deseados que constituyen fallas y el mismo criterio se aplica a los productos no logrados. La entropía de los sistemas institucionales puede ser medida en términos de recursos perdidos y productos no logrados.

En los sistemas productivos institucionales es siempre posible estimar el costo económico de los recursos necesarios para lograr lo que se deja de lograr en cada caso sin recurrir a estimaciones ficticias de valor económico de bienes que no se hallan en el mercado, situación en la que están la mayoría de las actividades públicas y de bien público.

La desorganización óptima es el equilibrio entre los costos entrópicos y antientrónicos. No se trata de la menor desorganización sino de la desorganización óptima²⁴.

Las instituciones públicas obtienen sus recursos a través del presupuesto público cuyos criterios de asignación no están siempre claramente determinados por la medida en que aquéllas produzcan o no determinados logros.

La desorganización óptima no sólo es la condición de mayor eficiencia en el corto plazo de los sistemas institucionales sino también la de mayor probabilidad de sostenibilidad en cualquier plazo que se considere. Es el estado en el que existe la cuota deseable de caos. Es el estado de mayor capacidad institucional, lo que equivale a decir que es la condición en que las propias instituciones son más valiosas.

Todo parece indicar que lo que se nota a simple vista no es cuando las cosas funcionan bien sino cuando no lo hacen. Las fallas y los perjuicios son siempre percibidos. El buen funcionamiento institucional es notorio solo al principio luego se transforma en una normalidad o en un estándar.

Esta falta de capacidad o déficit de capacidad, que ocurre en los sistemas productivos institucionales, no es otra cosa que la percepción intuitiva de la capacidad de ejecutar los procesos que involucran los costos antientrónicos. Los planes de mejora de la desorganización apuntan a la evolución y no a la revolución.

5.2. Ecosistema Institucional

Es necesario mantener un ecosistema institucional y la propuesta pasa por institucionalizar la dirección pública, es decir internalizar la presencia y actuación de una tercera esfera o componente dentro del sistema: "el directivo público".

Tradicionalmente, existieron dos grandes protagonistas: una clase política, investida de autoridad a través de los mecanismos de la democracia representativa, y una función pública profesional, regida por el sistema de mérito. La aparición de los directivos públicos supone la ruptura de ese dualismo, profundamente interiorizado durante largo tiempo, no sólo en el funcionamiento de las administraciones, sino en la propia conciencia social.

²⁴ HINTZE, Jorge; 2006.

La necesidad de actores capaces de ponerse al frente de los procesos, garantizando su eficacia, no resulta adecuadamente satisfecha por ninguno de los dos actores básicos del sistema. El escenario para la ruptura del dualismo parece servido con la aparición del fenómeno de la gerencialización²⁵.

La fase expansiva del estado de bienestar fue protagonizada por dos actores principales: los políticos y los profesionales (técnicos y especialistas incorporados a la administración para la prestación de un volumen creciente de servicios). Ambos protagonistas operaban como fuerzas expansivas de las respuestas públicas. Los primeros, presionados por una demanda social creciente, cuya satisfacción era la clave para competir con éxito en el mercado electoral. Los segundos, impulsados por esas mismas necesidades, vividas en su relación con los usuarios reales o potenciales de los servicios, así como por su interés en consolidar su peso y protagonismo en el sistema. En el medio, una burocracia débil, administrando y dando forma a las intervenciones y transacciones de los dos actores principales.

Este modelo puede subsistir mientras sea posible el incrementalismo de los presupuestos públicos. Cuando la magnitud alcanzada por el gasto público y la necesidad de políticas presupuestarias restrictivas, cuestionan la viabilidad económica, los políticos necesitan introducir disciplina en el sistema. La incorporación de los directivos públicos, portadores de los valores y saberes propios de la racionalidad económica, permitirá orientar la administración hacia la producción de mejoras de eficiencia.

La gerencialización aparece vinculada a una reacción de las clases políticas dirigentes, destinada a tomar el control sobre el sistema, imponiendo su poder sobre la coalición buro-profesional y utilizando para ello a un nuevo actor, los directivos, que asumirán un protagonismo destacado.

La gerencialización aparece impulsando una reforma destinada a consolidar la dirigencia pública como un estrato dotado de lógica y características propias y diferenciadas de la función pública ordinaria.

El formato dual (políticos/funcionarios) es un modelo insuficiente con un espacio por llenar que correspondería al ejercicio de una función directiva pública.

El espacio de la dirección pública es disputado, con resultados variables, que difieren en las distintas instituciones, por los dos actores tradicionales de los sistemas públicos: las clases políticas y la función pública profesional.

El problema es que los sistemas tradicionales de función pública o servicio civil carecen, en general, de la capacidad para producir perfiles directivos en la proporción

²⁵ CABRERO, 1991.

requerida por las reformas. Tampoco disponen de mecanismos aptos para estimular la práctica gerencial debidamente. Por ello, la profesionalización de los directivos se ha convertido en una prioridad.

Debe darse el reconocimiento de un área gerencial, cubierta por directivos públicos profesionales sujetos al mandato político pero a quienes se les debe reconocer una esfera propia de decisión, que se ejerce en marcos basados en el principio de responsabilidad por resultados, considerando al directivo como un "creador de valor público".

La creación de valor público implica la actuación interrelacionada de **tres esferas** y por eso hablamos de "Ecosistema Institucional":

Esfera 1: Gestión Estratégica

Supone que el directivo reflexiona estratégicamente, produce ideas acerca de cómo la organización -cualquiera que sea la escala de la misma- que se ha puesto a su cargo puede crear el máximo valor; se plantea transformar los presupuestos sobre los que venía actuando, reformular la misión, innovar cuando las circunstancias lo aconsejen, etc.

Esfera 2: Gestión del Entorno Político

Para desarrollar esta estrategia, el directivo necesita operar en una segunda esfera -la gestión del entorno político- al objeto de obtener la legitimidad, las autorizaciones, el apoyo, la colaboración y los recursos necesarios, gestionando para ello las relaciones con un grupo de actores, internos y externos, que constituyen su entorno autorizante.

Este entorno incluye ante todo a sus superiores políticos, pero también a todos aquellos actores sobre los que el directivo no goza de autoridad formal: otros directivos, de su misma organización o de otras, grupos de interés, ciudadanos, medios de comunicación, etc.

Esfera 3: Gestión Operativa

Por último, trabajando en la tercera esfera -la gestión operativa- debe conseguir que la organización a su cargo, compuesta por el conjunto de medios y recursos situados bajo su autoridad formal, actúe eficientemente para lograr los objetivos perseguidos, y asumir además la responsabilidad por los resultados alcanzados.

Este último sería el terreno más conocido y convencionalmente aceptado del ejercicio de la dirección, pero la función de dirigir quedaría empobrecida si nos limitamos a él, ignorando las esferas de la gestión estratégica y política. Ello supondría pedir a un directivo público menos de lo que nuestras sociedades están habituadas a exigir de un directivo privado, de un ejecutivo de empresa.

CONSIDERACIONES FINALES

La salud al ser considerada como un bien económico goza de connotaciones especiales. Integra el conjunto de bienes meritorios o preferentes por ser socialmente beneficioso que la población se encuentre sana.

Una de las razones a favor de la intervención del Estado en el suministro del servicio de salud es el hecho de internalizar las ventajas como bien meritorio otorgando, a través de las instituciones públicas, la movilidad social necesaria para que nadie quede excluido del servicio de salud.

El Estado debe ejercer su rol redistribuidor y operar como espacio en donde se dirimen las distintas demandas sociales, pero su presencia en la provisión del servicio de salud presenta deficiencias en cuanto al modelo de gestión. Un “déficit de racionalidad” o “déficit de Estado” entendido como la falta de capacidad en el desarrollo de la gestión pública.

Toda organización posee un modelo de gestión que puede ser más o menos explícito, más o menos racional, pero el modelo siempre existe.

En este trabajo, se analizaron las formas de organización que permiten asegurar condiciones de eficiencia en la provisión del servicio de salud. Se analizó el modelo de gestión como forma sistemática y racional para la toma de decisiones dentro de una organización. Se analizó la descentralización como un contexto pleno de oportunidades para la redefinición del modelo de gestión. Se consideró al presupuesto como un instrumento de planificación económico-financiero de corto plazo, una guía para planificar y controlar los ingresos y los gastos a través de predecir la performance financiera esperada.

En la práctica, se tomó el caso de los hospitales públicos de la provincia de Río Negro. Se analizó el comportamiento de las instituciones públicas sanitarias y se observaron deficiencias en el modelo de gestión de los servicios sanitarios. A partir de esta problemática común, afrontada en las distintas áreas administrativas del Poder Ejecutivo de la provincia de Río Negro, se planteó como objetivo la presentación de una propuesta para reformar la gestión hospitalaria y lograr un mayor grado de descentralización de la gestión administrativa de los hospitales.

Se promueve el cambio de cultura directiva hacia una gestión de presupuesto por resultados y control de gestión con responsabilidad por parte de los directores y jefes de servicios de los hospitales públicos. Se impulsa la formación de directivos públicos que es, sin duda, una de los ejes básicos de los procesos de cambio. La inversión en capacitación no es un mal comienzo.

La capacitación en gestión hospitalaria, como herramienta fundamental para la consecución de los objetivos planteados, debe realizarse con énfasis en la aplicación de modernos enfoques y herramientas de gestión presupuestaria por resultados.

Otra de las deficiencias observadas en las instituciones públicas rionegrinas fue la existencia de una diversidad de normas legales que no contemplan su actualización sino que provocan su acumulación, avanzando unas sobre otras y en algunos casos hasta superponiéndose, desvirtuando su aplicación y generando un imperio de criterios individuales en materia de control. Si se quiere institucionalizar la dirección pública, el marco jurídico resulta un área ineludible de reformas. La legislación vigente no respalda un modelo de gerencia pública profesional como el que se está reflexionando, sí contribuye a un claro "déficit de institucionalización".

Se aspira a lograr un nuevo equilibrio institucional. Las instituciones públicas no pueden funcionar del todo bien. Asumir cierto grado de desorganización no sólo es inevitable sino también deseable cuando está bajo control, pues el control de la incertidumbre es la única garantía de cambio y avance hacia ese improbable estado que es la complejidad.

Una mayor satisfacción de los distintos actores que participan en el área de la salud implica lograr un nuevo equilibrio productivo en la provisión de servicios de salud.

El "déficit de Estado" es sinónimo de valor público que no se logra. Un cierto grado de desorganización es normal en sistemas complejos como estos. Por esta razón, no es posible alejarse de una solución entre los resultados viables y las condiciones imperantes.

Se trata de lograr un nuevo equilibrio entre un cierto grado de organización versus un cierto grado de desorganización. La entropía de los sistemas institucionales puede ser medida en términos de recursos perdidos y productos no logrados. No se trata de la menor desorganización sino de la desorganización óptima.

La desorganización óptima no sólo es la condición de mayor eficiencia en el corto plazo de los sistemas institucionales sino también la de mayor probabilidad de sostenibilidad en cualquier plazo que se considere.

Para lograr este nuevo equilibrio resulta necesario institucionalizar la dirección pública, internalizando la presencia y actuación del "directivo público".

Tradicionalmente, se destacaron dos protagonistas, una clase política y una función pública profesional. La aparición de los directivos públicos supone la ruptura de ese dualismo profundamente internalizado durante largo tiempo, no sólo en el funcionamiento de las administraciones sino en la propia conciencia social. El escenario para la ruptura del dualismo parece servido con la aparición del fenómeno de la gerencialización.

La gerencialización aparece impulsando una reforma destinada a consolidar la dirigencia pública como un estrato dotado de lógica y características propias y diferenciadas de la función pública ordinaria.

El formato dual (políticos/funcionarios) es un modelo insuficiente con un espacio por llenar que correspondería al ejercicio de una función directiva pública.

El problema es que los sistemas tradicionales de función pública carecen, en general, de la capacidad para producir perfiles directivos en la proporción requerida por las reformas. Tampoco disponen de mecanismos aptos para estimular la práctica gerencial debidamente. Por ello, la profesionalización de los directivos se ha convertido en una prioridad.

Debe darse el reconocimiento de un área gerencial, cubierta por directivos públicos profesionales sujetos al mandato político pero a quienes se les debe reconocer una esfera propia de decisión, que se ejerce en marcos basados en el principio de responsabilidad por resultados, considerando al directivo como un "creador de valor público".

La creación de valor público implica la actuación interrelacionada de tres esferas: Gestión Estratégica – Gestión del Entorno Político y Gestión Operativa, por eso se trata de mantener un "Ecosistema Institucional":

BIBLIOGRAFÍA

AAVV. Hospital Público de Autogestión, Marco conceptual, Estrategias e instrumentos operativos. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Buenos Aires, octubre de 1996.

AHUAD, A.; PAGANELLI, A.; PALMEIRO, A. Medicina Prepaga. Editorial ISALUD, 1999.

AQUINO, María Cristina. Informe Final de Consultoría presentado al Programa de Desarrollo Institucional Ambiental. AR0065/BID Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente Humano. Buenos Aires, octubre de 1995.

BALLVE, A.M. Tablero de control. Editorial Macchi, Argentina, 2000.

BARBOUR, James. La Reforma del Sistema de Salud en el Reino Unido. V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector. Asociación de Economía de la Salud (AES). Págs.: 85-96. Buenos Aires, 1996.

BASCOLO, E; PEREZ, L; GALIMBERTI, F. La Construcción de Estrategias de cambio en el modelo de financiamiento del subsector estatal de salud. VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Editorial Mimeo. Buenos Aires, 1997.

BELMARTINO, S. Y BLOCH. Reflexiones sobre la Participación Popular en Salud en la Argentina. Cuadernos Médicos Sociales N°27. CESS. Rosario, 1991.

BENGOA REINTERIA, Rafael. Tendencias en la Financiación Hospitalaria. Los Hospitales en la Reforma de la Salud. Encuentro Nacional de Hospitales. Ediciones ISALUD. Buenos Aires, 1997.

BURBANO, Jorge y ORTIZ, Alberto. Presupuestos: Enfoque Moderno de Planeación y Control de Recursos. Mc Graw Hill. Segunda Edición. Bogotá, 1995.

CABASES HITA, Juan M. La Gestión de los Sistemas Nacionales de Salud. Cambios Recientes en España. Págs.: 135-158. Restricciones a los Cambios en la Gestión de los Sistemas de Salud. Págs.: 21-24. VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: El Futuro de las Reformas o la Reforma del Futuro. Asociación de Economía de la Salud (AES). Buenos Aires, 1998.

CASTELLÓN LEAL, Enrique. Métodos y medición cuantitativa y cualitativa de la actividad asistencial de centros y servicios: Relación laboral con los profesionales. Fundación de Ciencias de la Salud. Alternativas a la gestión centralizada de centros y servicios sanitarios. Madrid, Doce Calles, 1995.

CAVALLO, Sonia & GRGICEVIC, Gustavo. La presupuestación por programas como instrumento en la reforma de salud. V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector. Asociación de Economía de la Salud (AES). Buenos Aires, 1996.

CETRANGOLO, Oscar; TANONI, Enrique; REMES LENICOV, Jorge y NERI, Aldo. La Reforma del Sistema de Salud en la Argentina. V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector. Asociación de Economía de la Salud (AES). Págs.: 215-230. Buenos Aires, 1996.

CORNFORD, Anthony. Sistema de Salud en Gran Bretaña: Reformas de la última década. VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: El Futuro de las Reformas o la Reforma del Futuro. Asociación de Economía de la Salud, (AES). Págs.: 14-16. Buenos Aires, 1998.

DASSO, Carlos & TOBAR, Sebastián. Manual para el Diseño y Presentación de Estructuras Organizativas. Documento para Discusión. Dirección de Diseño y Análisis Organizacional. Buenos Aires, 1995.

DÍAS, Carlos Alberto. El Pequeño Gestión Ilustrado. Servicios de Salud. Ediciones ISALUD. Instituto Universitario. Buenos Aires, 2005.

DIAZ LEGASPE, Alberto. Hacia un Nuevo Modelo de Gestión y Atención de los Hospitales. El Hospital como una Empresa Pública Financiada a través de un Sistema de Seguro. Encuentro Internacional de Seguro Público de Salud. Fundación ISALUD. Provincia de Río Negro. Págs.: 123-146. Ediciones ISALUD. Buenos Aires, 1998.

ETKIN, Jorge E. La Doble Moral de las Organizaciones. Los Sistemas Perversos y la corrupción institucionalizada. Editorial Mc Graw Hill. Madrid, 1993.

FARIÑA, Oscar. Transferencia de poder de decisión y participación social. II Encuentro Nacional de Hospitales: El Hospital en la Reforma. Págs.: 101-107. Ediciones ISALUD. Buenos Aires, 1998.

GARCIA SCARPONI, Florentino. Algunos aspectos del Financiamiento de los Sistemas de Salud. VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: El Futuro de las Reformas o la Reforma del Futuro. Asociación de Economía de la Salud (AES). Págs.: 11-13. Buenos Aires, 1998.

GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés y TOBAR, Federico. Más salud por el mismo dinero. Ediciones ISALUD. 2da edición. Buenos Aires, 1999.

GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés. La Reforma del Sistema de Salud en la Argentina. V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector. Págs.: 103-126. Asociación de Economía de la Salud (AES). Buenos Aires, 1996.

HINTZE, Jorge. La Desorganización Óptima. XI Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del estado y de la Administración Pública. Guatemala, 2006.

KAPLAN R. y NORTON, D. Cuadro de Mando Integral. Editorial Gestión 2000. Barcelona, España, 1997.

LEMUS, J.D y LUCIONI, M.C. Descentralización Hospitalaria. Marco conceptual, fortalezas y debilidades. VI Jornadas científicas de Administración de Servicios de Salud. Buenos Aires, 1996.

LONGO, Francisco. Institucionalizar la Gerencia Pública; Retos y Dificultades. Primer Congreso Catalán de Gestión Pública. Instituto de Dirección y Gestión Pública. ESADE. Barcelona, Septiembre de 2002.

MARTIN, José. Cambios en la Regulación del Sistema Sanitario Español. Política y Gestión Sanitaria: La Agenda Explícita. Editorial Ricardo Meneu y Vicente Ortún Rubio. Asociación de Economía de la Salud (AES). Barcelona, 1996.

MEDICI, André Cezar. Las Etapas de la Reforma en América Latina. VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: El Futuro de las Reformas o la Reforma del Futuro. Págs. 99-111. Asociación de Economía de la Salud (AES). Buenos Aires, 1998.

MENEGUZZO, Marco. La Reforma del Sistema de Salud en Italia. V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector. Asociación de Economía de la Salud (AES). Págs.: 25-46. Buenos Aires, 1996.

MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA.
Decreto 578/93. Buenos Aires, 1993.

MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA.
Hospital Público de Autogestión y Programa Nacional de Garantía de Calidad de la
Atención Médica. Legislación. Buenos Aires, 1993.

MORICI, Pablo. Internación por cuidados Progresivos en el hospital Manuel Belgrano
de la Provincia de Buenos Aires: Análisis de la Experiencia. Fundación ISALUD. Proyecto
de tesis para la Maestría de Servicios de Salud y Seguridad Social. Buenos Aires, 1998.

MURILLO, Carlos. La Reforma del Sistema de Salud en España. V Jornadas
Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del
Sector. Págs.: 71-84. Asociación de Economía de la Salud (AES). Buenos Aires, 1996.

NEIL, Marta Susana. Política Nacional de Salud. Análisis de la Nueva Legislación.
PNUD ARG 90-015. Ley Nro. 11.072 Nuestro Hospital y Decreto Reglamentario. Ministerio
de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Editorial Mimeo. La Plata, 1991.

O'DONELL, Juan Carlos. Tendencias en Gestión Hospitalaria en América Latina. II
Encuentro Nacional de Hospitales: El Hospital en la Reforma. Ediciones ISALUD. Págs.:
21-23. Buenos Aires, 1998.

ORTUN RUBIO, Vicente. Innovaciones Organizativas en Sanidad. Política y Gestión
Sanitaria: La Agenda Explícita. Editorial Ricardo Meneu y Vicente Ortún Rubio. Asociación
de Economía de la Salud (AES). Barcelona, 1996.

OSZLACK, O; BONEO, A. & LLOVET, J.J. Descentralización de Servicios de Salud. El
Estado y los Servicios de Salud. OPS. Desarrollo de Servicios de Salud. Número 17.
Buenos Aires, 1987.

PAGANINI, José María. El Hospital Público. Seminario Taller sobre El Futuro de los
Hospitales en Latinoamérica. OPS-OMS. Editorial Mimeo. Santiago. Chile, 1993.

PEIXOTO de ALBUQUERQUE, Paulo. Autogestión. La Otra Economía, A.D.Cattani –
organizador. Fundación OSDE – Altamira – UNGS. Buenos Aires, 2004.

PNUD ARG 90/015. Programa de Seguimiento y Evaluación de la Política Social de la
Provincia de Buenos Aires. Administración y Gestión Hospitalaria. Ministerio de Economía.
Programa de Recuperación del Hospital Público. La Plata, 1992.

PRESSAL. El Hospital Público de Autogestión. Editorial Mimeo. Buenos Aires, 1995.

PUERTAS, B & LOPEZ DEL AMO, M.P. Financiación Pública de Hospitales. Instrumentos Para la Gestión en Sanidad. Págs.: 338-71. XV Jornadas de Economía de la Salud. Barcelona, 1995.

REALE, Armando. Reforma Argentina de Salud: Aciertos y Desaciertos. VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: El Futuro de las Reformas o la Reforma del Futuro. Asociación de Economía de la Salud (AES). Págs.: 11-13. Buenos Aires, 1998.

REMES LENICOV, Jorge. La Financiación del Gasto Social hacia el Futuro. VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: El Futuro de las Reformas o la Reforma del Futuro. Asociación de Economía de la Salud (AES). Págs.: 186-193. Buenos Aires, 1998.

SCIANINI, Alicia; TOBAR, Federico & MACHIOLI, Gerardo. Relevamiento del Hospital Sor María Ludovica. PNUD ARG 90-015. La Plata, Octubre 1994.

SOLARI, Alfredo; CARRIZOSA, Agustín; DOMINGUEZ UGA, Alicia y MIRANDA RADIC, Ernesto. La Reforma de los Sistemas de Salud del Mercosur. V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector. Asociación de Economía de la Salud (AES). Págs.: 191-214. Buenos Aires, 1996.

STIGLITZ, Joseph. Redefining the Role of the State: What Should it do? How Should it Do it? And How Should These Decisions Be Made?, 1998.
<http://www.worldbank.org/html/extdr/jssp031798.htm>

SUAREZ, Rubén. Modelos de Financiamiento. IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Págs. 33-46. Ediciones ISALUD. Buenos Aires, 1995.

SUBSECRETARIA DE PROGRAMAS PRIORITARIOS. SECRETARIA DE RECURSOS Y PROGRAMAS DE SALUD. MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL. Hospital Público de Autogestión. Marco Conceptual, Estrategias e Instrumentos Operativos. Buenos Aires, 1996.

TOBAR, F. & TOBAR, S. Reingeniería y Reforma Sanitaria. V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector. Asociación de Economía de la Salud (AES). Buenos Aires, 1996.

TOBAR, F. & TOBAR, S. Incentivos para Hospitales Descentralizados. II Encuentro Nacional de Hospitales: El Hospital en la Reforma. Ediciones ISALUD. Págs.: 175-176. Buenos Aires, Mayo 1997.

TOBAR, Federico. Alternativas para la Financiación Hospitalaria en Argentina. Ediciones ISALUD. Buenos Aires, 1997.

TOBAR, Federico. Alternativas para la financiación hospitalaria en Argentina. Medicina y Sociedad. Volumen 21, Número 1. Págs.: 29-40. Buenos Aires, Septiembre 1998.

TOBAR, Federico. Cobertura de Salud y Modelo Prestador. Encuentro Internacional de Seguro Público de Salud. Págs.: 147-156. Fundación ISALUD - Provincia de Río Negro. Ediciones ISALUD. Buenos Aires, Noviembre 1998.

TOBAR, Federico. El Concepto de Modelo de Gestión Hospitalaria. II Encuentro Nacional de Hospitales: El Hospital en la Reforma. Págs.: 45-50. Ediciones ISALUD. Buenos Aires, Mayo 1998.

TOBAR, Federico. Impacto del Hospital de Autogestión sobre la Seguridad Social. <http://www.isalud.com/htm/index3.htm>

TOBAR, Federico. Modelo de gestión descentralizada en hospitales públicos argentinos. XVI Jornadas de Economía de la Salud. Asociación de Economía de la Salud (AES). Valladolid, 1996.

VASALLO, Carlos & BASCOLO, Ernesto. Innovaciones en Salud: Una Mirada económica Institucional del Proceso de Cambio del Sector Salud en Argentina. Págs.: 1-22. Fundación ISALUD. Economía y Gestión. Buenos Aires, Junio 1998.

VIEIRA, César. La Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: La Economía de la Salud en la Reforma del Sector. Asociación de Economía de la Salud (AES). Págs.: 99-111. Buenos Aires, 1996.

VIRGOLINI, Mario. La Participación Social en los Servicios de Salud. Los Hospitales descentralizados de la Provincia de Buenos Aires. Fundación ISALUD. PNUD. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo Proyecto ARG/94/031. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. Programa de Seguimiento y Evaluación de la Política Social del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. La Plata, Febrero 1995.