

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Antonio Guillermo Faiad

LA VIOLENCIA FISICA EJERCIDA EN EL ACCESO AL HOSPITAL COMO FACTOR PERTURBADOR DE UNA PRESTACION ADECUADA

Analisis del caso del hospital general de agudos General
Manuel Belgrano

2007

Citar como: Faiad, A. G. (2007). La violencia fisica ejercida en el acceso al hospital como factor perturbador de una prestacion adecuada: analisis del caso del hospital general de agudos General Manuel Belgrano. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE DE CONTENIDOS

1. Presentación	Página 3
2. Palabras Clave	Página 5
3. Introducción	Página 6
4. Descripción del Problema	Página 8
5. Marco Teórico	Página 10
6. Abordaje del Problema	Página 18
7. Análisis de los Datos del Período abordado ...	Página 25
8. Contexto de Análisis	Página 32
8.1 Del Ambiente en General.Contexto del País y la Provincia.	
8.2 Del Ambiente Específico.	
8.3 De la Organización Hospitalaria: El caso del Hospital "General Manuel Belgrano".	
9. Recomendaciones y Propuestas	Página 59
6.1 Del Ambiente en General.	
6.2 Del Ambiente Específico.	
6.3 De la Organización Propiamente Dicha.	
10. Bibliografía	Página 65

"Cuando la única herramienta que se tiene es un martillo, se tiende a tratarlo todo como si fuera un clavo"

A. Maslow (5)

PRESENTACIÓN:

Las exigencias del mundo actual hacen necesario el estudio de la gestión considerándolo como un elemento convergente de una serie de acciones representativas que permitan llevar adelante racionalmente una empresa.

Se ha nutrido primariamente de elementos de la economía y de las ciencias duras, pero posteriormente, entendiendo que las personas son el núcleo alrededor del cual giran y se generan las acciones, ha debido incorporar distintas ciencias sociales (psicología social, sociología, etc.).

Asumir responsabilidades directivas en la gestión implica adquirir habilidades para ello. Los responsables del ámbito de la Salud no están exentos de este compromiso.

Los directivos actuales deberían ser profesionales capacitados además y especialmente en la administración; los futuros estarán obligados a serlo.

En esta época caracterizada por la gran movilidad social, los contextos cada vez más inciertos y conflictivos, la competitividad extrema a que ha llevado entre otras cosas la globalización, el acceso a la información, las implicancias de los elementos que hacen a la calidad y a la ética, las exigencias de la sociedad, y la necesidad de ser eficientes y efectivos, ponen a prueba permanentemente las competencias de los responsables de conducir.

En el caso de los efectores públicos sociales se le agrega un valor de gran peso, como es la equidad. En una sociedad en equilibrio inestable como la nuestra, cualquier acción imprudente o inadecuada puede acrecentar involuntariamente, como resultado no deseado, la inequidad.

Por lo tanto, es una responsabilidad insoslayable y exigible a los dirigentes del ámbito de la Salud Pública, que cuenten con la formación adecuada para ello.

Ahora bien, no todo se enseña ni todo se aprende. El gerente deberá contar además con condiciones propias, de las cuales tal vez el liderazgo y sobre todo la creatividad, muchas veces son innatas.

En este marco de imprevisión "previsible" de la gestión, surge en la actualidad un emergente normalmente no previsto en las tareas descriptas y las habilidades a adquirir por los dirigentes, como resultado de la violencia, con las características particulares expuestas en este trabajo.

La violencia es en la actualidad un motivo de preocupación cotidiana, y noticia lamentable y frecuente en cualquier medio de comunicación.

La vigencia no es nueva ni sorprende, pero su incremento refleja una sociedad en crisis.

La Salud Pública como institución del país no está exenta a la misma y la padece en distintos niveles y de distintas formas, generando a su vez múltiples y variados abordajes.

En este caso se analizará la afectación en una de sus organizaciones, el hospital, y específicamente el resentimiento de su función por las acciones violentas ejercidas sobre sus clientes en la vía pública de acceso al mismo.

El caso involucra al Hospital General Manuel Belgrano, de mediana complejidad, ubicado en el primer cordón del conurbano bonaerense, límite entre dos Partidos, durante un período de dos años (2001-2002).

Se demuestra que la violencia física en el acceso al hospital ejercida sobre los clientes en su totalidad debe considerarse como un elemento de distorsión de la gestión, con la consiguiente afectación en la prestación sanitaria sobre la población asistida, que es la más vulnerable por su escaso margen de posibilidad de elección alternativa para su atención, y por lo tanto factor agravante de la inequidad, debiendo asumirse entonces como una nueva responsabilidad a incorporar por los gerentes.

El abordaje toma la concepción de la violencia como generador de una crisis organizacional, con las particularidades de ser un factor de gran influencia en lo cotidiano y como gran condicionante personal y social.

Se deja en evidencia el atravesamiento de las organizaciones por las distintas problemáticas complicando en este caso la eficiencia y la eficacia de sus acciones, llegando en este caso hasta el extremo de hacer peligrar los derechos constitucionales que garantizan el acceso al trabajo y a la salud.

Se enmarca el tratamiento del problema tratando de llevarlo a las consideraciones habituales de la gestión en cuanto al tratamiento del liderazgo, las estrategias, las evaluaciones y los aportes inéditos atribuibles al aprendizaje en terreno y creatividad de la dirigencia y otros actores.

Se aborda la gestión sanitaria específica en sus aspectos estratégicos refiriendo las observaciones a tres ámbitos: el Ambiente en General, el Ambiente Específico y la Organización propiamente dicha, con un esquema adaptado parcialmente al tipo FODA.

Se exponen y evalúan las medidas tomadas, efectuando las recomendaciones que se estiman pertinentes, adoptando un diagrama similar al expuesto más arriba.

PALABRAS CLAVE

HOSPITAL - GESTIÓN - VIOLENCIA

3. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo aborda el estudio de un caso, considerando los aspectos descriptivos, explicativos e intervencionistas.

La propuesta es evaluar la intervención llevada a cabo en una organización de Salud Pública, considerándola como un modelo particular e inédito en la gestión.

Se tratará específicamente "la violencia física ejercida a los clientes hospitalarios en su acceso al Hospital".

Se pretende responder al interrogante de si se debe considerar a esta circunstancia como una interferencia en la concreción de una eficiente gestión hospitalaria.

La violencia es un hecho cotidiano, voluntario o involuntario, identificable o no, con el cual convivimos permanentemente y que muchas veces no llegamos a reconocer por su frecuencia.

De las múltiples definiciones de la violencia, la que sigue tal vez sea la más apropiada para el caso en cuestión: "Son todas aquellas acciones de los individuos o grupos que causan la muerte de otros o lesionan su integridad física o moral"(29)

A través de la violencia se busca "anular la libertad y la voluntad del otro ejerciendo sobre él un poder con el fin de producirle daño"(19)

Como tantas otras expresiones y definiciones, éstas no hacen más que interpretar con palabras aquellas acciones que nos van minando como personas y por ende debilitando las bases de la sociedad.

"En un sentido muy general, la violencia puede ser vista como algo que impide la realización de los derechos humanos, comenzando por el fundamental: el derecho a la vida"(29)

La misma abarca aspectos tan variados como la violencia familiar, en la niñez, en la mujer, institucional, intrainstitucional, física, psíquica, sexual, económica, etc.

De hecho "es un factor de signo contrario a la salud. Altera la integridad individual y colectiva. Penetrando o no los tejidos orgánicos, desgarrando el tejido emocional, descompone las estructuras psicoafectivas"(21)

El impacto en las organizaciones sanitarias incluye a las distintas variables que surgen de estas definiciones, por lo que al abordarlo se debe acotar en su especificidad.

En este Trabajo se expondrá una de las formas de violencia que afecta actualmente en forma cotidiana a algunos efectores de la salud.

El objetivo que orienta a este trabajo es el de presentar una experiencia de gestión en el ámbito hospitalario afectado por un contexto externo violento, lo cual implica nuevos desafíos para los

gerentes responsables de la Dirección hospitalaria, preparados para otro tipo de situaciones más previsibles y de menor complejidad social.

El fundamento de abordar esta cuestión es presentar cómo en el desarrollo actual y futuro de la inseguridad en sus distintos planos, y su influencia en la salud, implica una tarea nueva e insoslayable a asumir como gestores de las organizaciones sanitarias. Se apunta a evidenciar que con una gestión adecuada, con conductas activas, acciones específicas e innovadoras se pueden controlar conflictos de repercusión y alcances imprevisibles en una organización.

La problemática será referida exclusivamente a la afectación de los servicios hospitalarios, su interferencia en los procesos y su implicancia en la gestión.

Los acontecimientos que serán analizados se describirán de acuerdo a su magnitud, grado de incidencia y las consecuencias que generaron, las acciones correctivas que se dispusieron y las consecuencias factibles que su accionar a largo plazo pueden determinar.

Se evalúan 24 meses, considerando dos períodos: el primero del 01/11/2000 al 31/10/2001, y el segundo del 01/11/2001 al 31/10/2002.

La fecha de inicio se toma considerando el primer documento formal que hace referencia al tema. Es una Nota de prácticamente todo el personal hospitalario denunciando la situación y pidiendo la participación del Ministerio de Salud de la Provincia.

Los datos registrados se analizarán comparando los resultados obtenidos con las medidas dispuestas, resaltando que es el conjunto de ellas lo que fortalece el resultado final.

Los elementos de análisis son cuatro:

- a) el registro datado de todas las acciones formales e informales llevadas a cabo en el Hospital y las extrahospitalarias.
- b) las notas e informes registrados
- c) el registro estadístico de los consultorios externos del Hospital.
- d) el registro interno de las denuncias de los hechos de violencia, dispuesto en la Dirección del Hospital.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

La organización de referencia es el Hospital Zonal General de Agudos "General Manuel Belgrano", de la localidad de Villa Zagala, Partido de San Martín, Provincia de Buenos Aires, de cuyo Ministerio de Salud depende. Responde regionalmente a la Región Sanitaria V.

Es un Hospital descentralizado, de autogestión con una capacidad de 145 camas distribuidas por Cuidados Progresivos, Salas de Pediatría, Obstetricia, UTI de adultos de 10 camas y UTI Neonatológica con 14 incubadoras.

El número anual de consultas del año 2001 fue de 226.262 y el de internaciones: 5.464.

Pertenece al primer cordón del conurbano bonaerense, en una zona altamente carenciada de gran densidad poblacional, colindando con varios barrios de monoblocks y dos de emergencia: el "Loyola" (2.083 personas) y "Las Flores" (8.000 personas), y próximo a otro de 9.000 personas ("Las Ranas").- (Ver esquema adjunto)

Abarca un área programática que involucra 160.000 personas, y un área periférica (5 cuadras a la redonda del Hospital más el barrio de emergencia "Las Ranas") que abarca 35.000 personas, dos terceras partes de las cuales es una población infantojuvenil.

Los factores propios de la realidad nacional y los atribuibles a su ubicación geográfica hacen al Hospital particularmente vulnerable a la violencia creciente y recurrente.

El acceso principal vehicular y peatonal se hace por la Av. Constituyentes, vía directa a la Ciudad de Buenos Aires, y límite de los Partidos de San Martín y Vicente López.

En el período considerado la autoridad provincial era de un signo político partidario opuesto al de ambos municipios. Por su parte los dos municipios respondían a uno común.

Se consideran para el análisis sólo las agresiones que tuvieron lugar predominantemente en el trayecto de la Avenida mencionada.

Las acciones consistieron en asaltos o intentos de asaltos en las paradas hospitalarias de los medios de transporte colectivo, en los propios vehículos de pasajeros y a los conductores de los automóviles particulares y de alquiler en su circulación por la citada Avenida Constituyentes, generalmente mediante la utilización de armas de fuego.

Afectaron en forma indistinta tanto a los clientes intra como a los extrahospitalarios.

El efecto negativo del accionar delictivo se fue profundizando progresivamente, perjudicando en un principio a los pacientes y sus familiares, y posteriormente al personal del Hospital.

En lo atinente al equipo de salud, se vio reflejado en un primer momento en un desinterés de concurrir al Hospital, agravándose posteriormente por la profundización del desánimo y pasando a ser el tema de perturbación cotidiana permanente y dominante que resintió la cantidad y la calidad de las prestaciones hasta un nivel tal que culminó en un paro de actividades.

Esta situación fue especialmente nociva, ya que afloró en una organización que se caracterizó por ser una de las que obtuviera los mejores logros por su inserción comunitaria, desde que se promulgara la Ley Nº 11.072 de Descentralización Hospitalaria.

Determinó además un debilitamiento organizacional y un resentimiento de la participación e integración con la comunidad por los recelos generados por la situación descrita.

En esta experiencia se analizan exclusivamente las repercusiones en el ámbito hospitalario, por un período de dos años (2001 y 2002).

La presentación de esta experiencia apunta a alertar a la dirigencia de los establecimientos asistenciales públicos sobre este aspecto en particular de la violencia.

Se pone de relieve cómo el desconocimiento inicial y la subestimación de los cambios en el contexto llevan a complicar seriamente el gerenciamiento hospitalario.

La gerencia deberá estar atenta a estos nuevos factores distorsivos en sus organizaciones. Se pretende resaltar además que los líderes deben estar alertas a la aparición de problemas inéditos, apelando al estudio y a la creatividad.

La posibilidad de la pérdida del liderazgo llevará en estas situaciones a la consiguiente perturbación en las estrategias, pudiendo comprometer el cumplimiento de los objetivos fijados.

Se demostrará que efectivamente debe considerarse a la violencia extrahospitalaria ejercida en el acceso al Hospital como un factor más en la gestión de los hospitales, con importancia creciente de acuerdo a las circunstancias sociales actuales y venideras.

Por ser la violencia un emergente social pone en evidencia una vez más el atravesamiento natural de las organizaciones e instituciones.

Se concluirá por lo tanto, que de no tratarse, se transformará en un factor distorsionador de la equidad y del acceso a la salud y al trabajo.

5. MARCO TEÓRICO

Gestionar es: "hacer las diligencias conducentes al logro de un negocio" (Diccionario Hispánico Universal - W.M.Jackson, Inc. Editores- 5ª Edición)

Nada más simple en su definición y tan complejo en su ejecución.

Tanto es así, que cuando se habla de gestión se puede caer en una visión simplista definiendo a la buena gestión como un resultado, sin entender que..."los resultados deseados por cualquier organización son a veces difíciles de medir, o no se hacen evidentes hasta que pasa un tiempo".(8)

Reforzando este concepto se menciona al experto en contaduría Fred Kofman quien dice: "Gerenciar por los números es como tratar de entrenar a un equipo deportivo observando lo que aparece en el marcador en lugar de observar la acción que se está desarrollando en la cancha".(10)

Otro error frecuente es entrar en una dialéctica no productiva, pretendiendo que la buena gestión es un fin en si mismo.(8)

La verdadera habilidad de un gerente idóneo está en saber administrar teniendo como única certeza que la incertidumbre es propia de toda organización y su entorno, y lo acompañará durante el transcurso de su gestión.

En esta línea se sugiere entonces que las estrategias que se determinen para conducir podrán tomar siempre sus previsiones sobre las variables controlables, pero le será mucho más difícil sobre las cambiantes.

Pensar en sentido contrario, no estando alerta, o confiando ciegamente en la estrategia fijada dando por hecho resultados absolutamente previsibles, es lo que puede llevar a la empresa al más rotundo de los fracasos.

En el caso propio de las organizaciones, para interpretar esta situación se recurre a lo que Etkin define como el "paradigma de la complejidad", donde como conjunto social conviven permanentemente el orden y el desorden.(5)

La aceptación de este "equilibrio inestable" como elementos lógicos y habituales que generan el comportamiento de las variables es parte del "background" con que debe contar el gerente o la dirigencia para fijar estrategias.

"Lo sustentable está entre en el acople tensional, conflictivo pero necesario, entre el respeto al sujeto y la confianza en el sistema. No se trata sólo de la innovación, sino la posibilidad de un trabajo colectivo en aras de una clara equidad social".(1)

En el camino que debe transitar la dirigencia responsable, mediando entre las condiciones propias de lo interno y la incertidumbre externa, se deberá gobernar afrontando las crisis de cambio y los conflictos intergrupales.

Las crisis son un momento de verdad (Tercídides)(1), esencialmente impredecibles, con dinámica propia, no planificables.

"Ante lo excepcional preguntarse: es en realidad un hecho excepcional o es la primera manifestación de algo nuevo".(3)

Desde la propuesta de E. Pichon Rivière de un orden inclusivo, lo comunitario incluye lo institucional, que a su vez incluye lo grupal y que a su vez incluye lo individual.(9)

Si consideramos esta ponencia deberán revisarse los acuerdos y puntos de contacto e intereses comunes, aceptando la relación dialógica por la cual el vínculo individuo-sociedad es complementaria y antagónica a la vez.

Otra pregunta que podría formularse en la crisis es si es atinente a lo institucional, organizacional o comunitario.

En el caso expuesto la profundidad de la misma llevó al conflicto interpersonal, entre los grupos internos de la organización, y entre la organización y los grupos externos, que a su vez tenían su propio grado de conflicto previo y posterior a esta crisis.

La atención de los gerentes debería estar fijada especialmente en tener una visión compartida para fortalecer el compromiso de los integrantes de la organización, recurriendo al denominado "liderazgo estratégico", intentando llegar así tanto al reconocimiento de la dirigencia por parte de los grupos internos como desde la población atendida.

Esta postura la diferencia de la denominada "Dirección por objetivos", que apunta a logros predefinidos.(5)

La aspiración en definitiva es lograr una "gestión efectiva", es decir, con cohesividad interna y credibilidad externa.

Si la crisis la desborda y determina una gestión cortoplacista o "ambigua" se verá como una gestión "nominal o declarativa", solo atenta al diagnóstico y más preocupada por la continuidad de los directivos que por resolver las demandas concretas que hacen a la organización, representado así un vacío de gobierno.(5)

Al fijar la estrategia, los involucrados requieren visualizar resultados en el corto plazo, y entonces surge que uno de los inconvenientes que plantea la violencia es que generalmente las decisiones que se adoptan en estos casos dan resultado a mediano o largo plazo. Lo contrario implicaría, por ejemplo, caer en el facilismo de la represión, propuesta cortoplacista poco efectiva en el tiempo y con las consecuencias que implica.

En el camino que debe transitar la dirigencia responsable, mediando entre las condiciones propias de lo interno y la incertidumbre externa, se deberá gobernar afrontando las crisis de cambio y los conflictos intergrupales.

Las crisis son un momento de verdad (Tercídides)(1), esencialmente impredecibles, con dinámica propia, no planificables.

"Ante lo excepcional preguntarse: es en realidad un hecho excepcional o es la primera manifestación de algo nuevo".(3)

Desde la propuesta de E. Pichon Riviére de un orden inclusivo, lo comunitario incluye lo institucional, que a su vez incluye lo grupal y que a su vez incluye lo individual.(9)

Si consideramos esta ponencia deberán revisarse los acuerdos y puntos de contacto e intereses comunes, aceptando la relación dialógica por la cual el vínculo individuo-sociedad es complementaria y antagónica a la vez.

Otra pregunta que podría formularse en la crisis es si es atinente a lo institucional, organizacional o comunitario.

En el caso expuesto la profundidad de la misma llevó al conflicto interpersonal, entre los grupos internos de la organización, y entre la organización y los grupos externos, que a su vez tenían su propio grado de conflicto previo y posterior a esta crisis.

La atención de los gerentes debería estar fijada especialmente en tener una visión compartida para fortalecer el compromiso de los integrantes de la organización, recurriendo al denominado "liderazgo estratégico", intentando llegar así tanto al reconocimiento de la dirigencia por parte de los grupos internos como desde la población atendida.

Esta postura la diferencia de la denominada "Dirección por objetivos", que apunta a logros predefinidos.(5)

La aspiración en definitiva es lograr una "gestión efectiva", es decir, con cohesividad interna y credibilidad externa.

Si la crisis la desborda y determina una gestión cortoplacista o "ambigua" se verá como una gestión "nominal o declarativa", solo atenta al diagnóstico y más preocupada por la continuidad de los directivos que por resolver las demandas concretas que hacen a la organización, representado así un vacío de gobierno.(5)

Al fijar la estrategia, los involucrados requieren visualizar resultados en el corto plazo, y entonces surge que uno de los inconvenientes que plantea la violencia es que generalmente las decisiones que se adoptan en estos casos dan resultado a mediano o largo plazo. Lo contrario implicaría, por ejemplo, caer en el facilismo de la represión, propuesta cortoplacista poco efectiva en el tiempo y con las consecuencias que implica.

Otra particularidad del problema es que en el planeamiento de la estrategia es imposible el manejo certero de los tiempos, o por lo menos muy acotado, porque las acciones cuestan ser coordinadas por el amplio y particular atravesamiento que tienen las organizaciones de la salud.

En este caso es inviable también un mecanismo gerencial defensivo, en el cual tratan de encubrirse o disimularse los problemas, trasladándolos para el futuro mediante decisiones de compromiso que buscan descomprimir más que resolver.

Esta última estrategia que trata de ocultar los temores y las ansiedades de los integrantes de la organización, en los casos de crisis tan profundas que tocan las ansiedades más básicas, no sólo es inviable sino contraproducente.

A los criterios de racionalidad habituales deben agregarse los demás no mensurables atribuibles a individuos o grupos (motivaciones, fantasías, ansiedades, etc.) intercambiables entre sí, porque de última, vivir bajo presión o en estado de crisis afectarán los resultados de los primeros: eficacia, eficiencia y adaptabilidad con el medio ambiente, comprometiendo la continuidad de la empresa.

En la medida que se refuerce la esencia ideológica, funcionando como una trama integrada, con una identidad particular, identificable para sí y para los demás por sus características propias, la organización se preservará de las presiones del contexto que puedan disgregarla.

Este tejido que se construye y se repara en el día a día, es netamente social, lo cual se contrapone con la visión biológica de algunos autores (por ej. Arie D Geus) que la describen como un sistema viviente.(5)

Reforzando este concepto se dice que las organizaciones son "unidades socialmente constituidas para el logro de fines específicos" (Etzioni)(9), ya su vez "La organización transforma, produce, reúne, mantiene"(E.Morin).(9)

No son compartimientos estancos y se encuentran naturalmente atravesadas por las distintas instituciones, pero ante circunstancias diferentes se comportarán de forma distinta de acuerdo a su modelo.

Si pretendemos construir un "modelo inteligente de la organización" debemos saber que se logra a través de una dinámica de aprendizaje y adaptación con propuestas que respeten la identidad y no atribuible a ningún conocimiento previo.

En las de tipo abierto y participativo(5), como la considerada, se rompen parcialmente las barreras entre las comunidades "intra" y "extra" y se comparte en mayor o menor medida un conjunto de expectativas, lo cual hace necesario incluirlas a todas en el tratamiento de las crisis profundas.

Una conducta en contrario determinará dos posibles actitudes: que alguna de las comunidades se sienta excluida y genere resistencias u ocasione obstáculos a las decisiones o que una haga cargo a la otra de ser generadora y responsable exclusiva de la crisis.

El ser abierta contribuye además como elemento facilitador para que la misma organización tenga elementos para procesar la realidad con mecanismos propios.

La observación y definición del modelo organizacional le permitirá a la conducción un mejor diagnóstico para liderar propuestas en el camino hacia lo proyectado o lo deseable en un entorno siempre inestable, o por lo menos discontinuo.

Cualquiera fuere la concepción de las bases ideológicas del modelo organizacional, ya sea como mecanismo productivo, organismo con conjuntos interdependientes o sistema adaptativo inteligente, la violencia generó en el mismo el riesgo profundo de disgregación. fuere porque amenazaba la producción, porque dejaba de funcionar como conjunto o porque comenzaba a perder la capacidad de reflexionar y reformularse.

La importancia de cómo se viven los cambios queda reflejada en la capacidad y rapidez de cómo se procesan.

En el caso considerado, motivo de esta presentación, el factor determinante de una crisis fue la violencia como factor de gran influencia en lo cotidiano y como gran condicionante personal y social. Se dice que los distintos miembros de la organización generan unidades de producción diversas, pero unidas en un fin común: "la unidad en la diversidad".(5)

Los episodios generaron además tal atomización que se fragmentaron las unidades por la visión particular de sus miembros.

El tema en particular desembocó en el mayor colapso en la organización de referencia.

La virulencia de la movilización que determinaran estas circunstancias no generó para nada un desorden que culminara en un aspecto de creatividad positiva, sino que paralizó la organización y sus dirigentes.

"Los quiebres profundos de los escenarios generan una incertidumbre que, en no pocos casos, deviene en comportamientos organizacionales que se deslizan entre la parálisis (nada se puede) y la actuación compulsiva (no importa que, pero algo hay que hacer aquí y ahora)".(1)

Como se expondrá, el impacto de la violencia fue tal que llevó a que el desorden que se supone habitual en una empresa y que genera los cambios propios para su nuevo equilibrio y posterior desarrollo, impidiendo el ajuste interno habitual de reacomodamiento ante los cambios del entorno. En otras condiciones menos "desestructurantes", le hubiera permitido a la organización continuar realizando sus actividades y las relaciones que son su sustento.

Evidentemente la repercusión en la calidad de la prestación fue prácticamente lineal, dejando de ser aceptable y aún incompleta o inadecuada al no cumplir con la función esperada.

El enfrentamiento subyacente en la atención de la comunidad hizo perder lo sustantivo en el concepto de la calidad en la salud, que es la percepción de una buena asistencia por parte de los pacientes atentando por elevación contra los valores democráticos de una sociedad.

Si profundizamos más en este último aspecto, debemos recordar que el constitucionalismo clásico de los albores del movimiento iluminista consagra los derechos individuales: a la vida, la intimidad, la seguridad personal, la libertad de expresión, la libertad de cultos, etc.(1)

La segunda etapa del constitucionalismo es la social con el reconocimiento a los derechos sociales. Se trata de acceder a la protección de las circunstancias que rodean lo que "las personas hacen".(1) En una acción gerencial se concentran una acción racional con planificación previa, una acción limitada por lo interno y las fuerzas del contexto, y la acción emergente "cuando tratamos de resolver un problema en condiciones de ambigüedad e incertidumbre donde los fines no son una guía posible".(5)

No podemos darle a esto una visión estrictamente racional donde lo único que importa es el impacto sobre la producción, si bien debemos considerarla una crisis de autoridad para el gerente (aspecto de la subjetividad).

La conducción normalmente debe apuntar a generar redes de contención para los miembros de la organización, más en estas circunstancias; de lo contrario pasa a transformarse en una conducción que alimenta la conflictividad haciendo peligrar al conjunto.

En este problema lo manifiesto coincide con lo subyacente, si bien en lo subyacente está el cómo se vive la inseguridad.

La habilidad y eficiencia de la Dirección está en mantener en equilibrio tolerable las presiones externas con las tensiones internas.

El concepto de gobierno va más allá de los límites de la gerencia, incluye las ideas de legitimidad, representación y credibilidad.

El contexto social actual lleva a que algunos incluyan el liderazgo en una concepción más amplia que la simple conducción definida en la atribución de competencias específicas o perfiles determinados asignándole responsabilidades específicas en la construcción social y así surgen expresiones tales como: "Hoy liderazgo es hacer organización. Hacer organización es hacer una comunidad. Liderar es ayudar a hacer institución, hacer lazo, para poder hacer organización y de ahí hacer sociedad." Y por extensión: "... sostener o ayudar a sostener la ley, el contrato del colectivo".(1)

La capacidad de procesamiento y aceptación con los mecanismos propios de la organización va íntimamente relacionado con la vinculación a las necesidades fundamentales, y el impacto que generen en las ansiedades básicas.

Cuanto más se vea resentido el acceso a estas necesidades o más se refleje en la base (en el caso de que se tome como modelo la pirámide de Maslow), o cuanto más fuerte despierte los miedos a la pérdida o a la agresión, mayor será la dificultad en el procesamiento de la realidad porque al comprometer tan intensamente las individualidades atentará a que la organización genere ideas propias para atenuarla y absorberla. Se verá resentido así el proceso conocido como "función de transformación" del sistema.(5)

De última la seguridad es una percepción; es aquel lugar virtual que no existe más allá de la percepción que de ella tiene un observador. No hay límites entre lo subjetivo y lo real.

Siendo concientes de ello los directivos deben definir y apelar a los valores y principios como fuerza cohesiva detrás de los objetivos compartidos.

El riesgo de persistir es la atomización haciendo que una organización se haga impredecible llevándola al caos y la disociación.

El camino al desgobierno se inicia en un poder delegitimado, basado esencialmente en la incapacidad para lograr acuerdos y tomar decisiones, donde las definiciones no siguen los tiempos que requieren la urgencia de las crisis profundas.

"Para acceder a las tareas de gobierno, el gerente deberá superar sus propios bloqueos y esquemas mentales, sus prioridades en el momento de la decisión".(5)

Al decidir como ejecutivos debemos también definir qué problemas se van a postergar, es decir, debemos darle un orden de prioridad y además coherencia en el mensaje; de lo contrario incrementaremos las ansiedades .

Es con este sentido que se debe estar muy atento a las crisis y tener una actitud proactiva, porque cualquier incidente que capture la atención de sus componentes y se perciba como elemento distractor en la organización, dificultará o impedirá la aplicación de esas capacidades y resentirá la calidad y/o la cantidad de los productos. El paso próximo es el desánimo, la falta de interés en la mejora y por último la inviabilidad de la empresa.

Es la llamada "reflexividad" los que nos hará alertar acerca de las crisis y aquellos conflictos que paralizan a la organización.(5)

Esto no significa asumir el rol de líder héroe, fácilmente reforzado por la creencia de que sólo la administración tiene el poder de corregir los problemas.

Insistir en esta postura se contrapone a generar la cultura orientada al aprendizaje en la organización.

"El culto del líder héroe es la manera más segura de conservar instituciones adversas al cambio".(10)

No es un sólo ejecutivo héroe el responsable de generar el cambio, sino que esto se logra a través de comunidades o "grupos piloto".(10)

Para no caer en este error deberán reconocer su ubicación como líderes ejecutivos y recurrir a las denominadas "comunidades líderes", con sus líderes locales de línea y sus "líderes de intercomunicación" que son los trabajadores de la red interna que "pertenecen más a las redes sociales de interconexión que a las jerarquías".(10)

Su responsabilidad consistirá en orientarlo y eventualmente conducirlo ya que la búsqueda de mayor autonomía por parte de estos grupos puede vivirse o constituirse como un desafío de la estructura existente de gobierno llevando a los directivos a suponer que ésta pueda llevar al caos y a la fragmentación interna.

Por otra parte deberá generarse confianza que culmine en compromiso diferenciándolo muy bien de lo que es simplemente "cumplimiento".

Ante las crisis el desafío es generar un cambio que se retroalimente en su crecimiento y desarrollo para lo cual conviene establecer una estrategia orientada al aprendizaje.

El sentimiento de no saber y el aprendizaje pueden provocar mucho temor y ansiedad, debe conocerse y aceptarse porque: "Si usted se siente muy seguro, eso probablemente significa que lo está haciendo mal."(10)

Para encarar el camino del aprendizaje habrá que definir aquellos referentes de la organización que estén dispuestos además a dedicar su tiempo a estas nuevas actividades.

La responsabilidad del líder es sólo facilitar el aprender.

"Definimos las capacidades de aprendizaje como las destrezas y aptitudes que, entre individuos, equipos y comunidades más amplias, permiten a las personas mejorar constantemente su capacidad de producir resultados y son verdaderamente importante para ellas".(10)

El aprendizaje que genera conocimiento perdurable en una organización no es simplemente el que pudiera surgir de absorber la información que pueda generarse teóricamente sino el que se encamina en el devenir en tiempo real, no exento del contexto y de la mano del trabajo cotidiano. Es decir, se precisa tiempo y práctica "en terreno"; se va avanzando con la experiencia que brinda la experimentación.

Por supuesto, cuando las tareas dejan de ser las conocidas, la primera reacción de los grupos piloto es negativa ya que deben apelarse a formas y tiempos de evaluación hasta ese entonces desconocidos.

De las 5 disciplinas de aprendizaje que Peter Senge publicó en 1990 en su libro "La quinta disciplina" (10) para crear en las organizaciones capacidades de aprender, para este caso rescatamos dos:

- 1) Aprendizaje en equipo: es una disciplina de interacción en grupo mediante técnicas tales como el diálogo y la discusión transformando el pensamiento colectivo de manera tal que adquieren una inteligencia y habilidad mayores que la suma de los talentos individuales de sus miembros.

- 2) Pensamiento sistémico: mediante la cual se aprende a entender mejor la interdependencia y el cambio llevando al crecimiento y la estabilidad.

"Es también en la incertidumbre donde la estrategia tiene más que ver con el aprendizaje y la adaptación".(5)

La estrategia pasa esencialmente en intentar llegar a obtener la sinergia de acciones interactuando con la realidad, teniendo siempre en claro, y más aún en este caso ,de exposición a la violencia, que es una opción y no una regla de certeza. Debe llevar a generar alianzas e integración cooperadora. Es un típico ejemplo de estrategia emergente que surge de decisiones no programadas pero fija pautas para el futuro.

De hecho, parafraseando a R. Stacy, diremos que "la estrategia se construye como parte de un orden emergente del caos".(5)

La particularidad de caso llevó a tomar decisiones novedosas, como resultante inevitable ante la falta de acceso a antecedentes o documentos que abordaran experiencias previas similares.

6. ABORDAJE DEL PROBLEMA.

A raíz del aumento de la violencia en la zona en el año 1989 se conforma en un primer momento una Red Interinstitucional, constituida por el Hospital y todas aquellas instituciones involucradas en la problemática: ONG, escuelas, juzgados de menores, etc.

La misma comienza a cambiar el eje político del Hospital, donde a partir del entendimiento que los problemas sociales atravesaban varias instituciones, se abre el Hospital a la comunidad toda.

En el año 1991 esta política se consolida administrativamente con la Ley N° 11.072 de Descentralización Hospitalaria.

Desde este entonces las acciones de integración comunitaria fueron cada vez más frecuentes en número e intensidad, fortaleciendo las redes, siendo en general los dos ejes dominantes de abordaje la sexualidad y la violencia en sus distintas formas.

Como es sabido la inseguridad en general viene aumentando en progresión geométrica en el país y más aún en el conurbano.

A las situaciones de presión con fines de robo a las personas y arrebatos circunstanciales de valores personales se le sumó una mayor violencia y la presencia de armas de porte cada vez mayor.

En el caso de referencia se agregó la frecuente interrupción del tránsito de vehículos particulares y transportes de pasajeros en la Avenida Constituyentes por pandillas armadas con armas de fuego, y el asedio armado a los pacientes y sus familiares en las paradas hospitalarias de los transportes públicos, y especialmente del personal hospitalario por el conocimiento de sus horarios de ingreso y egreso de los turnos de trabajo.

Estos hechos desde el primer momento generaron una importante imagen negativa en los pacientes y familiares que concurrían al nosocomio, imagen que se extendía más allá de la zona de influencia.

Posteriormente se sumó un gran malestar en los trabajadores hospitalarios con entorpecimiento de la labor cotidiana al instalarse como el tema de discusión cotidiana entre los distintos sectores del Hospital, culminando con asambleas hospitalarias masivas (las mayores registradas en la historia del hospital), llegándose incluso a un paro general de actividades con el corte de la Avenida Constituyentes y la presencia de algunos medios gráficos.

En resumen, un fenómeno generalizado como es la violencia, exacerbado rápidamente por un contexto social cada vez más comprometido en su equidad, se ve reflejado puntualmente en determinados hechos, bien definidos, que atentan a un normal desenvolvimiento de las acciones de salud de un hospital, afectando por lo menos dos de los derechos constitucionales básicos como son el acceso a la salud y al trabajo.

Antecedentes Específicos y Acciones Emprendidas:

Se referirán los aspectos más destacados; el detalle completo figura en los "Anexos".

Si bien, como se ha descrito, el Hospital brinda servicios en una zona de bajos recursos y alta conflictividad social, los hechos de violencia a que hacemos referencia (asaltos a las personas que concurrían al mismo) eran excepcionales, no excedían en su número a los que pudieran ocurrir en otras zonas similares del primer cordón del conurbano, y no generaban zozobras en la atención sanitaria cotidiana, tanto en los centros de salud cercanos, como en la institución.

Este estado de cosas permaneció con relativa invariancia hasta que la situación general del país (inestabilidad, crisis económico-financiera, aumento de la inequidad, crecimiento de la drogadicción, etc.), determinó un aumento generalizado de los hechos de violencia a los que nos referimos, los que fueron interpretados y vivenciados en un primer momento por los componentes hospitalarios y la dirigencia del Hospital como una circunstancia más de la realidad, y en algunos casos por falta de precaución de las víctimas involucradas ("banalización/fatalismo" que serán analizados más adelante).

Los reclamos verbales efectuados por los agentes y los pacientes del Hospital eran trasladados sistemáticamente a la comisaría local, que alguna ocasión manifestó falta de los recursos suficientes. Esta situación de malestar creciente no fue suficientemente bien evaluada hasta que en noviembre del año 2000 el conjunto de los trabajadores del Hospital conforman un petitorio a la Dirección del Hospital donde dicen, entre otras cosas: "El objetivo es que entre todos podamos encontrar una solución urgente a estos actos de vandalismo que se agravan aún más cuando son realizados por gente que se atiende en nuestro Hospital"; "...exigimos una rápida y eficaz respuesta de las autoridades correspondientes" (ver informe en ANEXOS).

Esta Nota, fuerte señal de alarma, muestra entre otros elementos, que si bien inicialmente se interpreta como un problema a abordar por toda la población hospitalaria, se hace responsables directos a las "autoridades correspondientes", dejando abierta la posibilidad que fueran los locales o las superiores.

El segundo aspecto a considerar, es el profundo quiebre del vínculo con la comunidad a asistir por el Hospital, después de muchos años de trabajar en su apertura hacia la misma.

La reacción inicial de la Dirección del Hospital fue la de elevar el petitorio a las autoridades del Ministerio de Salud, de la Región Sanitaria V y de las Municipalidades involucradas, a los efectos de su toma de conocimiento y en el afán de que inicien las acciones pertinentes a través de los responsables institucionales específicos (Ministerio de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires, Dependencias de Seguridad Municipales, Poder Judicial, etc.), lo cual si bien es un acto administrativo obligado, deja traslucir aún la no asunción de la situación conflictiva como una

responsabilidad nueva de la gerencia, que deberá trabajar activamente en su intento de resolución o al menos de contención.

Poco tiempo después se registran nuevos actos formales encaminados en este sentido.

Se puede decir que recién entonces la dirigencia asume su rol en este nuevo desafío de la gestión. Comienzan una serie de acciones, en un principio anárquicas por el desconocimiento del tema, pero con la correcta interpretación que la problemática era propia de la comunidad hospitalaria íntegra (intra y extra), y que debía incluirla en forma activa y participativa, retomando el liderazgo que comenzaba a perder.

También se abordó considerando que esta situación generalizada seguramente revestía particularidades propias de la organización y su entorno, y como tal debía apelarse al esquema clásico de aprovechar sus fortalezas y oportunidades, conociendo en profundidad como se sabía de sus debilidades. La amenaza era definida, pero se le agregaba entonces una especial atención a la suma de otras o a los distintos matices que pudieran tomar en la evolución de los acontecimientos propios, o los que surgieran de la reacción ante las acciones que se fueran tomando.

La Dirección la tomó a partir de entonces como una actividad específica y generó una continuidad en el tratamiento del tema, con la participación de los distintos involucrados de acuerdo a la evolución de los acontecimientos, estando atentos a no excluir involuntariamente a nadie.

Posteriormente a esta etapa inicial, por llamarla de alguna manera "abierta", se encausó para hacerla más efectiva, a través de representantes tal como se hace con las comisiones o comités hospitalarios, integrando a distintos actores comprometidos, que fueron dándole continuidad a la misma, con diferentes recambios de acuerdo a las disponibilidades del tiempo y satisfacción de sus expectativas.

En esta evolución se fue mejorando en la calidad del tratamiento del tema informándose a través de publicaciones próximas al tema en cuestión y con el aprendizaje propio de las situaciones inéditas, mediante el ensayo y error.

El avance se vio incrementado especialmente con la incorporación de un mecanismo institucional propio de la Provincia, el de los Foros de Seguridad, y el aporte del Ministerio de Justicia de la Nación, a través del PMPJus. (Plan Social de Programas y Medios Participativos del Ministerio de Justicia de la Nación), con la incorporación de dos facilitadores entrenados a mediados de junio del 2001, el día 15.

Otro paso importante fue definir la identidad del grupo de trabajo y sus fines, que se vio reflejado a través de su denominación: "Comisión Interforal de la Avenida Constituyentes", fijándose su base en el propio Hospital.

Esta Comisión generó acciones propias y fue el órgano de referencia para dirigir, procesar y poner en ejercicio o canalizar distintas propuestas que se presentaran a las mismas, muchas de ellas provenientes de los propios vecinos de la zona.

Desde el inicio se comenzaron los registros de todos los actos formales e informales que se iban gestando, consignándose además sus participantes, con el fin de generar los informes que pudieran requerirse y permitir una evaluación objetiva del proceso.

Se crearon además registros específicos, como un libro interno de registro de denuncias, para poder cuantificar mejor el número y tipo de agresiones. El Registro cumplía con varios requisitos:

- se encontraba en la Secretaría de la Dirección
- debía llenarse de puño y letra por el propio afectado
- se fijaban brevemente las características del hecho (fecha, hora, condiciones, etc.) acotándose sólo a los hechos ocurridos en el acceso al Hospital
- estaba dirigido en un principio a los trabajadores del Hospital, pero quedaba abierto a cualquier cliente

Para fines de ese mismo mes de junio, por razones de nuevas políticas sanitarias en una de las jurisdicciones del área programática, tiene lugar la disrupción de los vínculos con los Centros de Salud municipales

Un mes después se pretende incorporar nuevos actores involuntariamente dejados de lado, y es así que se convoca a participar en la Comisión a los agentes de propaganda médica, pero los mismos desisten.

Desde el 3/08/01 en adelante hay una serie de acciones que demuestran que la Interforal tiene un espacio reconocido por la comunidad y además comienzan a ponerse en evidencia los primeros resultados positivos; el retiro de los vehículos abandonados, a cargo de la policía local, y una mejor limpieza de las calles aledañas por el municipio.

Llevados por el entusiasmo de los logros, comienzan a plantearse nuevos desafíos.

Así comienzan las primeras acciones y acercamientos a los trabajadores informales del reciclado del papel y el cartón ("cartoneros"), proponiéndose conseguirles un lugar adecuado de depósito e instruirlos en técnicas de protección individual, y buscar mecanismos para facilitarles su tarea.

Se generan entonces una serie de reuniones muy intensas y ricas, algunas de ellas con la presencia de los propios interesados, de representantes políticos municipales y provinciales, representantes del Ministerio de Trabajo, técnicos implicados en programas de erradicación del trabajo infantil, etc.

Dichas reuniones resultan tan amplias en su convocatoria y finalidades que comienzan a desvirtuar y deslucir el objetivo para el que fue integrada la Comisión Interforal, trayendo desánimo y deserción de algunos de los representantes, de extracción sindical.

Dos meses después, el 19/10/01 se divide la misma en dos subcomisiones que tienen a cargo el tratamiento de la problemática de los trabajadores informales y el de la seguridad en el acceso hospitalario (integrada por los Foros Vecinales de Seguridad y los profesionales del Hospital), respectivamente.

A consecuencia de esta delicada situación se resuelve redefinir sus límites e incumbencias. Poniéndose el énfasis en que tengan carácter deliberativo y ejecutivo para evitar la iniciación de

Desde el inicio se comenzaron los registros de todos los actos formales e informales que se iban gestando, consignándose además sus participantes, con el fin de generar los informes que pudieran requerirse y permitir una evaluación objetiva del proceso.

Se crearon además registros específicos, como un libro interno de registro de denuncias, para poder cuantificar mejor el número y tipo de agresiones. El Registro cumplía con varios requisitos:

- se encontraba en la Secretaría de la Dirección
- debía llenarse de puño y letra por el propio afectado
- se fijaban brevemente las características del hecho (fecha, hora, condiciones, etc.) acotándose sólo a los hechos ocurridos en el acceso al Hospital
- estaba dirigido en un principio a los trabajadores del Hospital, pero quedaba abierto a cualquier cliente

Para fines de ese mismo mes de junio, por razones de nuevas políticas sanitarias en una de las jurisdicciones del área programática, tiene lugar la disrupción de los vínculos con los Centros de Salud municipales

Un mes después se pretende incorporar nuevos actores involuntariamente dejados de lado, y es así que se convoca a participar en la Comisión a los agentes de propaganda médica, pero los mismos desisten.

Desde el 3/08/01 en adelante hay una serie de acciones que demuestran que la Interforal tiene un espacio reconocido por la comunidad y además comienzan a ponerse en evidencia los primeros resultados positivos; el retiro de los vehículos abandonados, a cargo de la policía local, y una mejor limpieza de las calles aledañas por el municipio.

Llevados por el entusiasmo de los logros, comienzan a plantearse nuevos desafíos.

Así comienzan las primeras acciones y acercamientos a los trabajadores informales del reciclado del papel y el cartón ("cartoneros"), proponiéndose conseguirles un lugar adecuado de depósito e instruirlos en técnicas de protección individual, y buscar mecanismos para facilitarles su tarea.

Se generan entonces una serie de reuniones muy intensas y ricas, algunas de ellas con la presencia de los propios interesados, de representantes políticos municipales y provinciales, representantes del Ministerio de Trabajo, técnicos implicados en programas de erradicación del trabajo infantil, etc.

Dichas reuniones resultan tan amplias en su convocatoria y finalidades que comienzan a desvirtuar y deslucir el objetivo para el que fue integrada la Comisión Interforal, trayendo desánimo y deserción de algunos de los representantes, de extracción sindical.

Dos meses después, el 19/10/01 se divide la misma en dos subcomisiones que tienen a cargo el tratamiento de la problemática de los trabajadores informales y el de la seguridad en el acceso hospitalario (integrada por los Foros Vecinales de Seguridad y los profesionales del Hospital), respectivamente.

A consecuencia de esta delicada situación se resuelve redefinir sus límites e incumbencias. Poniéndose el énfasis en que tengan carácter deliberativo y ejecutivo para evitar la iniciación de

gestiones que la exceden e impidan obtener resultados, lo que genera frustración entre los involucrados.

Comienza recién entonces las respuestas institucionales superiores, tales como la convocatoria por disposición del Ministerio de Salud a instancias de la Gobernación, de reuniones en la Región Sanitaria las autoridades regionales, del Hospital y de las dos Jefaturas Departamentales policiales involucradas, con escasos o nulos resultados locales.

Por su parte el Ministerio de Justicia y Seguridad envía una nota al Hospital diciendo que se impartieron órdenes de servicio a cargo de la comisaría jurisdiccional.

Tienen lugar además efectos indeseados o no buscados, propios de la norma institucional, más que de la gestión efectiva, tales como el traslado del responsable de la Comisaría local, con el cual se tenía una comunicación fluida y comprometida.

Las acciones realizadas fueron realmente de utilidad ya que la situación estaba contenida el primer año.

Con el receso estival se postergan las reuniones periódicas de la Comisión, con lo cual fue perdiendo presencia y no se hace el seguimiento de las acciones tomadas ni se sigue avanzando en las propuestas.

Esta debilidad es tomada como una oportunidad por los malvivientes y pasa a ser entonces una nueva amenaza del entorno ya que las acciones violentas vuelven a tomar un nuevo impulso lo que genera que el 24/04/02 se produzca una asamblea espontánea.

De la misma surge la propuesta de presentar en última instancia un recurso de amparo de los trabajadores a la justicia y se crea una comisión de cinco representantes del Hospital, constituida por tres médicos y dos agentes no profesionales, paralela al accionar de la Interforal.

Se corrió entonces el riesgo de perder el liderazgo nuevamente.

Dicha comisión interna genera una serie de acciones anárquicas mediante denuncias escritas que dan lugar a un sumario que culmina con el traslado del comisario local.

Su continuidad fue poca, ya que la falta de conocimiento del tema, lo vasto y arduo del mismo generó un desgaste precoz.

En septiembre tienen lugar dos hechos importantes en lo que atañe a la acción de la fuerza pública: el cambio del comisario local y la presencia de un puesto de la Gendarmería Nacional a pocas cuadras del Hospital, sobre la Avenida, que realizaba prevención en las inmediaciones y control vehicular.

Tomando en cuenta los antecedentes previos la gerencia hospitalaria decide acercarse en primera instancia a la autoridad local a los efectos de exponer en forma directa la existencia y el accionar de la Comisión.

Por otra parte además, desde lo institucional y desde la Comisión se pretendió gestionar una acción conjunta entre los Comandos de Patrullas y la Gendarmería, no obteniéndose ningún resultado concreto por incompatibilidad entre las partes

Mientras tanto la Comisión, a instancias de la dirigencia hospitalaria continuó con su metodología de gestión y convocatorias, analizando toda propuesta propia o que se le presentara, gestionando las factibles.

Tan era así que una de ellas surgió de la propia policía, en este caso de un efectivo de seguridad designado en el propio Hospital.

La misma era la siguiente:

Siendo la Avenida Constituyentes el límite jurisdiccional entre dos regiones policiales, las Departamentales de la Policía Bonaerense (San Martín y San Isidro), existía la posibilidad de generar un doble patrullaje con los mismos recursos, simplemente con la coordinación entre ambas jurisdicciones policiales para alternar el horario de las recorridas; y en ese sentido la Interforal retoma las acciones.

En una reunión vecinal posterior con la presencia del Ministro de Seguridad bonaerense, se le da a conocer públicamente la experiencia de la Interforal como acción inédita interdistrital.

Las gestiones del segundo año fueron de refuerzo de apertura a la comunidad, contraponiendo la reacción inicial de los miembros de la organización, de replegarse sobre si misma en una actitud refleja de presunta protección, generando proyectos y realizaciones.

Es así que en noviembre del año 2002 se inicia el Proyecto Prohuerta en el Hospital y se incorporan beneficiarios de los planes sociales "Jefas y Jefes de Hogar" a ciertas actividades del hospital, de acuerdo a normas fijadas por la Dirección.

Se inician además las gestiones hospitalarias para incorporar terrenos y una edificación linderos, de jurisdicción nacional, con fines sociales (ampliar la huerta, utilizar un edificio abandonado como anfiteatro para actividades afines a la comunidad).

Los Foros, con representación en la Interforal por su parte realizan actividades de acercamiento de los educandos primarios a la policía, y programan un curso de capacitación en seguridad.

Se propone al Hospital como centro de difusión de las actividades de los Foros, que estará a cargo de los mismos.

Este segundo año, último del estudio concluye con dos elementos contrapuestos: a) una eventual "amenaza del entorno", y b) una "oportunidad" de apertura a la comunidad a través de una nueva e inédita prestación.

El primero surgió de una invitación al Hospital a una reunión de los Foros Vecinales de San Martín con la Comisión de Seguridad del Concejo Deliberante.

Se desistió de la misma por entenderse que excedía la problemática convocante primaria y para evitar entorpecimientos involuntarios atribuibles a sesgos políticos. (Recordemos que la Provincia y ambos Municipios son de signos partidarios opuestos).

El segundo consistió en la presentación de un proyecto para realizar equinoterapia, para el cual se contaba con la cesión del animal y la prestación de un agente de salud entendido en el tema.

7. ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL PERÍODO ABORDADO.

Sabemos que la evaluación final del gerente se hace no sólo por la estrategia, sino en función de su factibilidad y los resultados que obtiene;... "la medición de procesos puede ayudar a las organizaciones a ver cómo pueden mejorar su gestión". (8)

Para evaluar seriamente el desempeño se deberán definirse previamente los indicadores a considerar.

La tendencia más frecuente es tratar de mensurar, pero debemos tener presente que: "Los eventos externos mas importantes y significativos son frecuentemente de índole cualitativa y no susceptibles de medición".(3)

En este caso en particular, y dado sus características especiales por lo inédito del abordaje, esta etapa inicial fue laboriosa en su concreción.

El desafío fundamental de un problema como el planteado es definir si realmente afecta o no al "producto hospitalario".

Indudablemente la forma más lineal de verlo reflejado es a través del cruce de la información registrada (documentos, presencias grupales, estadísticas).

Se convino entonces, entendiendo las dificultades del tema, en que la mejor manera de hacer una aproximación a indicadores que permitieran una evaluación que llevara a conclusiones objetivas contemplaba varios aspectos .

La documentación y los registros pertinentes permiten analizar 5 aspectos: 4 de tipo cuantitativo y el último esencialmente cualitativo.

Este último punto hace a buscar un índice que nos defina si hubo o no resentimiento en la calidad de las prestaciones dadas.

Se consideró que las definiciones acordadas (días y horarios de atención) eran indicadores indirectos de la calidad de las prestaciones, no obstante se convino que era una de las formas más objetivas de evidenciarlo en función del número y el tiempo dedicado a las consultas.

Si bien no hubo aumento del índice de ausentismo de los profesionales que atendían los consultorios, ni la cantidad de turnos otorgados los nueve días de las movilizaciones, el tiempo del horario habitual de atención de los consultorios se redujo hasta la hora de las convocatorias (10 A.M.) y/o despejar la Sala de Espera, lugar de reunión de las mismas. El tiempo dedicado a cada paciente resultó entonces significativamente menor

Esta observación permite concluir, tomando como parámetro objetivo la reducción en tiempo real de la atención individual de los pacientes, ya que como se explicó más arriba una disminución de la

calidad en los estándares habituales de las prestaciones ambulatorias de nuestro Hospital, en relación directa a las acciones de reclamo efectuadas.

No se pudieron establecer indicadores directos quedando en esta exposición abierta la discusión de optar por otros mejores. Indudablemente la pretensión fue determinar la efectividad y no la eficacia de las medidas tomadas.

Como ocurre en muchos casos," en forma retrospectiva, se ha utilizado alguna meta para explicar lo ocurrido y legitimar-dichas acciones, para darles un toque de razonabilidad (ex post)".(5)

Tal vez deberían combinarse las medidas cuantitativas con la valoración cualitativa de los clientes, sumando a los valores técnicos los emocionales, pretendiendo reflejar así el valor percibido por el cliente externo.

Dimensión del problema analizado:

La primera evaluación, más macro, fue considerar si durante los años comprendidos en el trabajo (2001/2002) se afectó el número total de consultas (Cuadro 1 y Gráfico 1).

Sobre la misma pueden influir otros elementos imposibles de registrar o valorar tal como son entre otras las condiciones particulares del contexto en ese período (crisis económico/social), y algunas propias de la subjetividad, como por ejemplo, la particular vivencia y sensibilidad personal a la inseguridad y la violencia.

Como ya se dijo, se estima que es muy poco específico, ya que no se puede asegurar que la alteración sea atribuible primariamente a la situación en estudio.

El total de consultas revela un importante descenso en el año 2001 respecto al 2000, ya que de 260.730 consultas anuales se pasó a 227.164 (12,87% menos). En el año siguiente, 2002, hubo un aumento importante respecto al año previo, donde las consultas pasaron a ser 253.635 en el año, o sea que la recuperación fue de un 11,65% en el número de consultas.

Comparando el año 2002 con el año 2000 considerado de inicio, la merma fue de 1,22%,

Para verlo en perspectiva, en el intento de acotar en parte el margen de error, y no siendo factible acceder a otros datos oficiales, sólo se puede compararlo con las estadísticas en dichos años de los hospitales similares, en cuanto a su dependencia y ubicación, es decir, los provinciales del primer cordón del conurbano.

Las mismas muestran que en el año 2001 el número de consultas fue de 2.681.958, y en el 2002 fue de 2.866.889, o sea se incrementaron 0,68%, es decir un porcentaje mucho menor que la recuperación de nuestro Hospital.

Si se descuentan las correspondientes al Hospital Belgrano serían 2.454.794 en el año 2001 y 2.613.254 en el año 2002. El incremento sería entonces de 0,64%.

calidad en los estándares habituales de las prestaciones ambulatorias de nuestro Hospital, en relación directa a las acciones de reclamo efectuadas.

No se pudieron establecer indicadores directos quedando en esta exposición abierta la discusión de optar por otros mejores. Indudablemente la pretensión fue determinar la efectividad y no la eficacia de las medidas tomadas.

Como ocurre en muchos casos," en forma retrospectiva, se ha utilizado alguna meta para explicar lo ocurrido y legitimar-dichas acciones, para darles un toque de razonabilidad (ex post)".(5)

Tal vez deberían combinarse las medidas cuantitativas con la valoración cualitativa de los clientes, sumando a los valores técnicos los emocionales, pretendiendo reflejar así el valor percibido por el cliente externo.

Dimensión del problema analizado:

La primera evaluación, más macro, fue considerar si durante los años comprendidos en el trabajo (2001/2002) se afectó el número total de consultas (Cuadro 1 y Gráfico 1).

Sobre la misma pueden influir otros elementos imposibles de registrar o valorar tal como son entre otras las condiciones particulares del contexto en ese período (crisis económico/social), y algunas propias de la subjetividad, como por ejemplo, la particular vivencia y sensibilidad personal a la inseguridad y la violencia.

Como ya se dijo, se estima que es muy poco específico, ya que no se puede asegurar que la alteración sea atribuible primariamente a la situación en estudio.

El total de consultas revela un importante descenso en el año 2001 respecto al 2000, ya que de 260.730 consultas anuales se pasó a 227.164 (12,87% menos). En el año siguiente, 2002, hubo un aumento importante respecto al año previo, donde las consultas pasaron a ser 253.635 en el año, o sea que la recuperación fue de un 11,65% en el número de consultas.

Comparando el año 2002 con el año 2000 considerado de inicio, la merma fue de 1,22%,

Para verlo en perspectiva, en el intento de acotar en parte el margen de error, y no siendo factible acceder a otros datos oficiales, sólo se puede compararlo con las estadísticas en dichos años de los hospitales similares, en cuanto a su dependencia y ubicación, es decir, los provinciales del primer cordón del conurbano.

Las mismas muestran que en el año 2001 el número de consultas fue de 2.681.958, y en el 2002 fue de 2.866.889, o sea se incrementaron 0,68%, es decir un porcentaje mucho menor que la recuperación de nuestro Hospital.

Si se descuentan las correspondientes al Hospital Belgrano serían 2.454.794 en el año 2001 y 2.613.254 en el año 2002. El incremento sería entonces de 0,64%.

CUADRO 1

Nº de Consultas (Hospital Belgrano /Conurbano)

AÑO 2000	AÑO 2001	AÑO 2002
----------	----------	----------

(-)12,87% (+) 11,65%

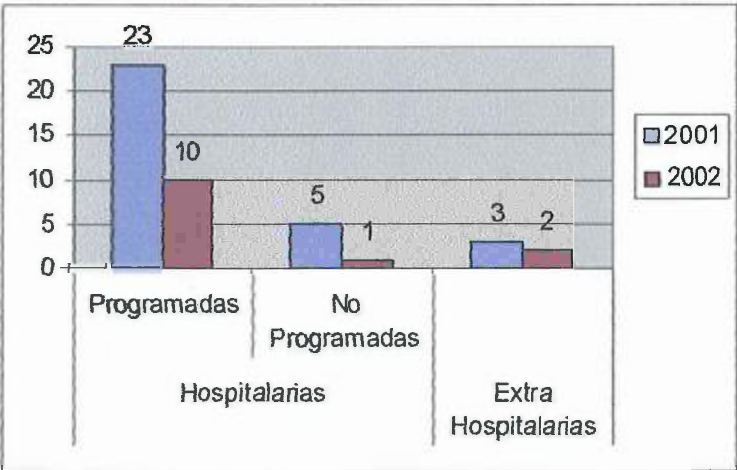
HOSPITAL BELGRANO	260.730	227.164	253.635
HOSPITALES 1º CORDON		2.454.794	2.613.254

(+) 0,64%

Fuente: Servicio de Estadísticas del Ministerio de Salud (Prov. Buenos Aires)

GRAFICO 1

Número y Tipos de Consultas (Hosp. Belgrano)



1/00000

Fuente: Servicio de Estadísticas del Hospital

La segunda consideración propuesta es la referida a las acciones de los distintos niveles de responsabilidad, y respuesta a las mismas.

Así vemos que la Dirección hospitalaria debió participar de 39 reuniones formales e informales (asambleas), mientras que la autoridad inmediata superior (Zona Sanitaria V) participó solamente de 7, y el Ministerio de ninguna, excepto una respuesta documental formal.

Dentro de ella podemos definir si las acciones fueron dentro del ámbito físico institucional o fuera del mismo.

Se evidencia que las acciones fueron predominantemente con presencia física local y en menor escala regional.

De las 39 reuniones, 34 fueron dentro del Hospital y 5 en distintos ámbitos (sede de la Región Sanitaria Vª; locales de organizaciones civiles no partidarias)

Se define la participación de un nivel local (Dirección hospitalaria), un nivel regional (Región Sanitaria), y un nivel Provincial (Ministerios).

Se dividen de acuerdo a los registros en 5 ítem:

- Actos administrativos a otras instancias extrahospitalarias.
- Reuniones con representantes. Se refiere a representantes de cualquier tipo de organización o institución. Es decir, se pretende reflejar aquellas reuniones que fueron acotadas en el número de participantes definidos, y dentro de un marco de contención y orden.
- Reuniones multitudinarias
- Asambleas: programadas y espontáneas.
- Paro hospitalario.

Para ella se consideran dos períodos: el primero abarca del 01/11/2000 al 31/10/2001; y el segundo del 01/11/2001 al 31/10/2002.

Los resultados fueron:

- Actos administrativos a otras instancias extrahospitalarias: 23 (18 en el primer período; 5 en el segundo)
- Reuniones con representantes: total 30; 20 en el primer período y 10 en el segundo.
- Reuniones multitudinarias: total 3; 3 en el primer período y 0 en el segundo
- Asambleas: total 6; 5 en el primer período.
- Paros: uno; en el primer período

En los registros que constan en el Cuadro 1, se ve que las acciones estuvieron predominantemente a cargo de la propia organización, con mucha menor participación activa de la autoridad regional y prácticamente nula de la superior.

La simple observación de los datos relevados nos demuestran el descenso de los requerimientos de dedicación formal y de perturbación en el ámbito hospitalario, en la medida que se asume el tema como parte de las responsabilidades propias de la gestión y el conocimiento que se va teniendo del

mismo por la experiencia propia y el aporte de la comunidad a través de los Foros y del personal idóneo (facilitadores).

Estos datos sirven para objetivar el planteo que si bien la inseguridad es un tema generalizado, deberá asumirse como problemática local de las organizaciones, con las dificultades mayores cuando son abiertas, y debemos estar preparados para incluirlas en agenda con importante tiempo dedicadas a ella y preparados para su tratamiento ante situaciones inesperadas.

Posteriormente debió definirse cuál podría ser el mejor mecanismo posible para obtener la información más fehaciente acerca de los actos violentos a los efectos de evaluar resultados de acuerdo a la estrategia fijada optándose por instrumentar el mencionado "registro interno de denuncias".

La gerencia reforzó esta instancia mediante la comunicación grupal y personal permanente explicando la importancia de esta acción, comprometiendo mutuamente a todo el personal.

Para disminuir el sesgo lo más posible y obtener las evaluaciones lo más precisas factibles se acotaron bien el tipo de acciones a considerar.

CUADRO2

Acciones Registradas y Distintos Niveles de Responsabilidad

	Hospital	Zona S. V	Minist. de Salud	Min.de Seguridad	Foros	Fiscales	Municipios (2)	Coleg Medico	Policia	Políticos	Comunidad	Mpjus (Just. Nac.)
Asambleas 2001	5	2				1		1	3	1		
Asamblea 2002	1											
Reuniones Multitudinarias 2001	3			1	5	2	2	1	3		1	
Reuniones Multitudinarias 2002												
Reuniones c/representantes 2001	20	4			17				3	3	15	16
Reuniones c/representantes 2002	10	1		1	10	1			3		8	5
Paros	1											
Documentos 2001		2	1		3	1	5	1	1	1	2)	1
Documentos 2002		1	1	1			1	1				

Fuente: Registros internos elaborados "ad hoc"

El tercer aspecto, que es un hecho objetivo más, surge del registro de las denuncias en el libro creado a tal fin, y es el de ver plasmado, a través de este instrumento, el efecto sobre los episodios en si mismos.

Su evaluación, que surge del Cuadro 2 reafirma el concepto anterior y refleja los buenos resultados obtenidos en el segundo período comparado con el primero como resultado de las múltiples acciones realizadas, especialmente a la contención y reducción en lo que hace a las movilizaciones desordenadas y paros.

Si bien el porcentaje de descenso es significativo y en números absolutos no deja de ser representativo, el mismo se ve potenciado por el universo acotado considerado. No obstante no deja de ser un valor promisorio si lo enmarcamos atendiendo a las características propias de la zona.

Acerca de las denuncias registradas:

Año 2001: 34. Se consideran solamente 31 dado que 3 de las mismas no ocurrieron en el ámbito definido de la Av. Constituyentes.

Año 2002: 25. Su distribución de acuerdo a los meses, fue:

CUADRO3

Acciones Delictivas Registradas

	enero	febr.	mar.	abril	may.	junio	julio	agos.	sept.	oct.	nov.	dic.
2001	2	8	4	5	2	2(+3)	0	0	2	4	0	2
2002	0	0	5	6	0	3	1	1	2	5	2	0

Fuente: Registro interno de Denuncias

El registro total de denuncias marcó un descenso de seis hechos delictivos en el segundo año respecto al año previo, lo que marca un descenso del 19,36%.

Por último, la evaluación de las consultas como variable cualitativa del índice de calidad, se efectuó tomando en cuenta:

- los días de atención y número de consultorios
- el tiempo de duración (horarios) de los consultorios
- el número de consultas efectuadas en ese horario
- el índice de ausentismo.

Los días de las movilizaciones del personal fueron:

10/11/00 - 14/11/00 - 28/11/00 - 22/03/01 - 29/03/01 - 09/04/01 - 16/04/01 - 17/04/01 - 24/04/02.

En los nueve días en los que hubo asambleas o movilización interna del personal, no se consignan en los registros de los consultorios externos reducciones en el número de las consultas efectuadas habitualmente, ni en el número de los consultorios de atención, ni aumento del ausentismo del personal a cargo de los mismos. La excepción fue el 04/04/01, día del paro, en que la atención se vio suspendida en su totalidad.

El tiempo del horario habitual de atención de los consultorios se redujo espontáneamente para participar de las asambleas y/o despejar la Sala de Espera, por ser el lugar de reunión de las mismas, a partir de las 10 horas de la mañana, por lo que los horarios de los consultorios se vieron reducidos en su atención en un promedio de 120 minutos por día considerado.

8. Contexto de Análisis

A los fines de un desarrollo más claro del tema se propone analizar los elementos desde los tres aspectos que involucran la organización y su entorno.

Así se considerarán:

- 1) el ambiente en general, en lo atinente al marco político, social, legal, cultural y demográfico
 - 2) el ambiente específico: los clientes externos, las entidades reguladoras, los proveedores y también lo cultural y demográfico específico
 - 3) la organización propiamente dicha: la calidad, los clientes internos, la producción
- Demás está decir que la interrelación es permanente, y en ocasiones estos aspectos se superponen.

8.1 Del Ambiente en General (Contexto del País y la Provincia)

Para tener un conocimiento pleno del tema se deben efectuar en un principio algunas consideraciones generales acerca del delito y la violencia.

El delito y la violencia generan externalidades y muestran por su atravesamiento realidades transdisciplinarias y sociales exponiendo la vulnerabilidad de los distintos estamentos que involucra y que son responsabilidad del Estado, deslegitimándolo.

Las acciones demandadas deberán ser interinstitucionales pero involucran además a la sociedad en su conjunto.

Su aumento rápido y progresivo supera en el tiempo la rapidez de respuesta de los principales organismos competentes, tales como el Poder Judicial y las fuerzas de seguridad.

En el país se registraron 230 delitos cada 10.000 habitantes por año como promedio en el año 1997. El crecimiento promedio anual de la tasa de delincuencia en el período 1980-1997 fue del 6%, con un agravante: el crecimiento anual promedio de inculpadados menores de 21 años por cada 10000 habitantes fue del 13,5% en el periodo 1995-1997.(26)

La tasa de delincuencia en la Provincia de Buenos Aires en el período 1980-1997 tuvo un crecimiento anual del 8%.

La cantidad de delitos que se observan en una sociedad "responde no sólo a las preferencias y a las actitudes racionales de los potenciales delincuentes sino también al ambiente socio-económico

creado por las políticas públicas (particularmente en educación y capacitación), a las leyes, a los gastos en justicia y a los gastos en seguridad tanto públicos como privados".(26)

Se supone que los representantes de cualquier sociedad civilizada, a través de sus autoridades, ante la aparición del delito tienen como prioridad prevenir, antes que reprimir la delincuencia.

Desde la visión de los economistas:

"Para que este objetivo se logre, quienes tienen a su cargo la seguridad de una ciudad o una provincia, deben tener los incentivos adecuados a tal fin".(26)

B. Benson, I .Kim y D. Rasmussen en un estudio efectuado en 1994 sostienen que, en general, la policía tiene menos incentivos para prevenir el delito que para arrestar a los responsables.(12)

El argumento de estos autores está inserto en la teoría que delineara W.A.Niskanen en 1971 acerca de la burocracia según la cual el burócrata busca maximizar el presupuesto de su organismo. (7)

Sin embargo se supone que no siempre puede lograr su objetivo por la presencia de los organismos políticos que lo enmarcan y regulan tales como, el Congreso de la Nación, las Legislaturas Provinciales y los organismos fiscalizadores de las cuentas públicas.

En su "Análisis Económico" A.M. Cerro y O. Meloni dicen:

"Por ejemplo, si el Congreso de la Nación decidiese el presupuesto de la seguridad en función del número de arrestos y de la tasa de delincuencia, la policía tendría fuertes incentivos para "producir" un número de arrestos alto relativo a al número de delitos reportados. Así los incentivos para prevenir los delitos son relativamente débiles. Y por el contrario, los incentivos para reprimir los delitos son relativamente fuertes". (26)

De esta manera comprometen la capacidad de gobierno y su legitimidad, destruyendo el capital social que se refiere a "aspectos de la organización social, tales como la confianza, normas y redes que pueden fortalecer los niveles de eficiencia de una sociedad facilitando la coordinación de acciones" (Robert Putnam) (20)

La seguridad es una necesidad y un derecho humano básico contemplado por la Constitución Nacional; constituye además un bien público y por lo tanto no transable.

Si se continúa con el análisis desde la perspectiva económica las evaluaciones se hacen complejas ya que no existe acuerdo acerca de que formas de violencia a considerar.

La producción perdida apunta a la pérdida en la calidad de las prestaciones, lo cual sería el costo de la no calidad y el ausentismo del personal.

No se avanzará sobre estos aspectos económicos que se apartan del eje de investigación principal de este trabajo.

"La seguridad y la confianza, en última instancia dependen de la disponibilidad y calidad de los sistemas judiciales y de la mediación que se ofrezca. Cuando los sistemas judiciales o políticos dejan de resolver conflictos o agravios, las formas de protesta (por ejemplo violentas vs. Pacíficas) pueden llegar a reflejar las formas establecidas de reacciones contra esas protestas (por ejemplo

violentamente opresivas vs. Conciliatorias). En ambos lados de ese intercambio, el grado de violencia depende de las actitudes y habilidades de los participantes.” (15)

Las instituciones no son independientes entre sí en el momento de evaluar el resultado de su accionar, si bien la sectorización administrativa conspira contra este concepto.

Se debe estar atento a la consideración de que la seguridad (como concepto de control de la inseguridad) genera costos directos e indirectos al Estado y a las organizaciones que serán distraídos de recursos que pudieran ser aplicados en nuestro caso a Salud o reinvertidos dentro de la propia organización.

Se consideran costos directos a los que involucran los gastos médicos, de seguridad privada y pública, estamentos legales, etc. y como indirectos la producción perdida.

En esta presentación tienen parte ambos.

Así se puede decir que el gasto público en Defensa y Seguridad de la Provincia de Buenos Aires fue de 1.036,66 millones de pesos corrientes en 1997, que fue de 9,9% del Gasto Público (Fuente Dirección Nacional de Programación del Gasto Social – Secretaría de Programación Económica y Regional. Ministerio de Economía, Obras y Servicios Públicos de la Nación)

El Gasto Público en Defensa y Seguridad de la Provincia de Buenos Aires, fue de 58,9 pesos per cápita en el año 1996 y de 75,6 pesos en el año 1997.

La violencia es mayor en las provincias con menores niveles de cohesión social entre sus habitantes. El crimen es un problema que aqueja predominantemente a los pobres. Los sectores de menores recursos son las mayores víctimas del crimen y la violencia.(20)

Si evaluamos el contexto macroeconómico observamos que el mismo es favorable a la expansión del delito.

Se debe tener en cuenta la distribución del ingreso.

En la década del 90 en Argentina hubo un crecimiento del producto sostenido e importante acompañado por un deterioro en la distribución del ingreso, ante lo cual es esperable un aumento en la tasa de delincuencia.

La desigualdad de ingresos en el Gran Buenos Aires creció en el período 1990-1997 términos per capita creció casi en un 27%. El mayor aumento de ingresos (más de un 32%) se registró en el 40% de los hogares con mayores ingresos, mientras que los dos estratos más bajos tuvieron incrementos en sus ingresos del 11,3% y del 24,6% respectivamente.(26)

Esta fuerte desigualdad en el ingreso, el aumento del desempleo, la pobreza y la indigencia son factores trascendentales en la consideración de los economistas ya desde Adam Smith en la explicación de la delincuencia.

La tasa de desempleo suele ser una de las variables más importantes en la explicación de la tasa de delincuencia

violentamente opresivas vs. Conciliatorias). En ambos lados de ese intercambio, el grado de violencia depende de las actitudes y habilidades de los participantes.” (15)

Las instituciones no son independientes entre si en el momento de evaluar el resultado de su accionar, si bien la sectorización administrativa conspira contra este concepto.

Se debe estar atento a la consideración de que la seguridad (como concepto de control de la inseguridad) genera costos directos e indirectos al Estado y a las organizaciones que serán distraídos de recursos que pudieran ser aplicados en nuestro caso a Salud o reinvertidos dentro de la propia organización.

Se consideran costos directos a los que involucran los gastos médicos, de seguridad privada y pública, estamentos legales, etc. y como indirectos la producción perdida.

En esta presentación tienen parte ambos.

Así se puede decir que el gasto público en Defensa y Seguridad de la Provincia de Buenos Aires fue de 1.036,66 millones de pesos corrientes en 1997, que fue de 9,9% del Gasto Público (Fuente Dirección Nacional de Programación del Gasto Social – Secretaría de Programación Económica y Regional. Ministerio de Economía, Obras y Servicios Públicos de la Nación)

El Gasto Público en Defensa y Seguridad de la Provincia de Buenos Aires, fue de 58,9 pesos per cápita en el año 1996 y de 75,6 pesos en el año 1997.

La violencia es mayor en las provincias con menores niveles de cohesión social entre sus habitantes. El crimen es un problema que aqueja predominantemente a los pobres. Los sectores de menores recursos son las mayores víctimas del crimen y la violencia.(20)

Si evaluamos el contexto macroeconómico observamos que el mismo es favorable a la expansión del delito.

Se debe tener en cuenta la distribución del ingreso.

En la década del 90 en Argentina hubo un crecimiento del producto sostenido e importante acompañado por un deterioro en la distribución del ingreso, ante lo cual es esperable un aumento en la tasa de delincuencia.

La desigualdad de ingresos en el Gran Buenos Aires creció en el período 1990-1997 términos per capita creció casi en un 27%. El mayor aumento de ingresos (más de un 32%) se registró en el 40% de los hogares con mayores ingresos, mientras que los dos estratos más bajos tuvieron incrementos en sus ingresos del 11,3% y del 24,6% respectivamente.(26)

Esta fuerte desigualdad en el ingreso, el aumento del desempleo, la pobreza y la indigencia son factores trascendentales en la consideración de los economistas ya desde Adam Smith en la explicación de la delincuencia.

La tasa de desempleo suele ser una de las variables más importantes en la explicación de la tasa de delincuencia

"La coordinación efectiva entre la actividad policial y la actividad judicial es, probablemente, la solución inmediata más poderosa para reducir la violencia de las pandillas de jóvenes urbanos".(15)
El Estado no puede estar ausente como generador de propuestas y soluciones y como responsable de articular las acciones de los ejecutores de sus responsabilidades.

Así está demostrado que: "Otra forma de reducir la violencia es aumentar el alcance y, aún más importante, la aplicación de la protección judicial y policial"

La probabilidad de arresto se relaciona con el accionar policial en tanto la de sentencia es de responsabilidad judicial.

Dentro de las consideraciones del aspecto legal, y en lo que al "Ambiente en general" compete, agregaremos que los cambios producidos en la legislación penal y procesal penal argentina son una de los factores más importantes para explicar el incremento en la tasa de delincuencia.

Desde fines de 1983, se produjeron importantes modificaciones a las leyes 11.179 (Código Penal) y 2.372 (Código de Procedimientos en Materia Penal) que disminuyeron sensiblemente el costo de delinquir, promoviendo una mayor delincuencia.

La reducción de las penas fue una de las componentes centrales.

Las modificaciones introducidas en las leyes penales, al disminuir el costo de delinquir, promueven una mayor delincuencia.

A ello se le suman la falta incentivos adecuados para que las fuerzas policiales prevengan y repriman el delito y el uso ineficiente de los recursos disponibles.

Otro agravante los da el hecho de que al disminuir la probabilidad de sentencia la tasa de delincuencia aumentará.

Las estimaciones de la probabilidad de sentencia para el período 1991-1997 dan una tendencia decreciente.

En 1991 un inculcado tenía un 9,1% de probabilidades de recibir una sentencia condenatoria, en tanto que en 1997 dicha probabilidad era de sólo 5,1% lo que implica una caída del 44% entre los límites considerados.(26)

La baja y declinante probabilidad de sentencia registrada en lo que va de la década, es la expresión de un sistema judicial con graves problemas.

FIEL (1996) sostiene que en la Argentina no existe un problema de escasez de recursos presupuestarios sino de ineficiencia en el uso de los recursos disponibles. (30)

Esto respondería a varias causas, entre otras:

- 1) El sistema argentino (basado en Códigos) asigna a los jueces un papel primordial en la investigación, en la prueba y en la resolución de conflictos
- 2) La calidad de los magistrados que son prácticamente inamovibles. La carrera judicial no está sujeta a controles e incentivos.

3) La idea de la independencia judicial no alienta la eficiencia en el gasto

4) La menor cantidad de horas de trabajo

Un sistema judicial caro e ineficiente, difícilmente pueda ser un instrumento disuasivo para los delincuentes.

Los resultados económicos confirman el efecto de disuasión.

Un aumento de la probabilidad de arresto, por ejemplo de un 10%, disminuiría la tasa de delito en un 1,26% a 1,32% de acuerdo al modelo considerado.(26)

Un aumento en la probabilidad de sentencia también del 10%, disminuiría la tasa de delito en 1,98% a 2,2%. (26)

Queda demostrado así que existe un efecto de entorno macroeconómico y social sobre la tasa de delincuencia.

Un aumento de desempleo del 10% conducirá a un aumento en la tasa del delito de alrededor del 1,9%.(26)

No basta con mejorar los cuadros policiales y actuar sobre los incentivos en la medida que no se actúe de igual manera con la legislación, la justicia, y la creación y desarrollo permanente y creativo de programas sociales tendientes a disminuir la criminalidad.

Respecto al sector de la Salud propiamente dicho, los responsables de la orientación de políticas y gestión del sector, sean de las instituciones y organismos nacionales e internacionales, tanto públicos como privados no le han dado al problema el lugar que la realidad está demandando.

Siguiendo con el análisis, no debe olvidarse que el Hospital como organización es parte de una institución pública inmersa en un medio más amplio que es el Estado.

Esto conlleva las consiguientes restricciones que da la regulación normativa y legal, la incluye en sus condicionamientos de recursos, y por ende la involucra en sus reglas del mercado y tecnología, así como en su historia, cultura y valores.

Indudablemente esta observación, reflejado como hecho siempre presente e insalvable, implica una adaptación que deberá reconocerse promoviendo cambios activos y reactivos en la toma de decisiones.

Tomando en cuenta la secuencia de la exposición se debe hacer hincapié especialmente en un paso que fue trascendente en este Hospital en particular, como lo fue la promulgación en 1991 de la LEY Nº 11.072 de Descentralización Hospitalaria.

Mediante ella se creó el Consejo de Administración, instancia superior a la Dirección hospitalaria y en la cual la Comunidad tiene la atribución de participar activamente en las decisiones de las formas de gerenciamiento que se implementan desde el Hospital.

"La participación transforma al sistema democrático, le da otra dimensión".(1)

La gerencia gestó una política fuerte de reconocimiento y puesta en práctica de esta Ley en el ámbito hospitalario.

Desde ese entonces participa activamente en las políticas que se fijan para el Hospital.

"...la importancia creciente de la participación social en las políticas públicas obliga a considerar la gestión de los hospitales desde un prisma ampliado y congruente con el desarrollo de las sociedades, que subraye la trascendencia crítica no sólo de los servicios hospitalarios, sino también de los valores, sistemas, relaciones, competencias y recursos relacionados con ellos en la sociedad."(31)

8.2 Del Ambiente Específico:

La falta de atención de los usuarios en las organizaciones de salud como consecuencia de la inseguridad resiente la contención comunitaria y genera desánimo y resentimiento, desarmando la estructura social por desvalorización, lo cual lleva a un círculo vicioso de aceptación de la violencia sin que los propios individuos afectados visualicen sus alcances negativos.

El Hospital Zonal General de Agudos "General Manuel Belgrano", como organización inmersa en un entorno empobrecido del primer cordón del conurbano de la Provincia de Buenos Aires, es testigo y partícipe involuntario, así como su área programática, del quiebre del contrato social tomándose paulatinamente dicha anomalía como un hecho cotidiano con el cual se debe convivir.

La situación planteada constituye así para la organización una amenaza del entorno.

"La prevención de violencia requiere trabajar con un enfoque integral que incluya varias modalidades de acción".(15)

Si bien este concepto abarca la violencia en general y las políticas sociales y de Estado, bien vale para tomar el concepto en las acciones sugeridas que efectivamente se tomaron en esta intervención.

Como manifestación inevitable de esa violencia fáctica se generan en y entre las organizaciones actitudes de reacción constructivas que surgen como expresiones múltiples y con distintas facetas, que se transforman en una oportunidad para contener la misma.

La primer respuesta orgánica a esta problemática tiene lugar ya en el año 1989 cuando se crea la mencionada "Red Interinstitucional e Intersectorial" como una estrategia inicial del Hospital en el tratamiento de la violencia.(22)

La misma estaba dirigida especialmente a la violencia cotidiana de los distintos ámbitos tan frecuente en estas áreas marginales carenciadas, a los que estaban sometidos sobre todo los niños y adolescentes del Área Programática del Hospital. , fuere en el núcleo familiar, educacional, etc. Se constituyó así un equipo de trabajo que reunió en un primer momento a profesionales de más de 25 escuelas primarias, Centros de Salud, Juzgado de Menores, Entidades Intermedias de dependencia gubernamental y no gubernamental (ONG), nacionales, provinciales y /o municipales, privadas y religiosas del área de influencia hospitalaria.

Como toda red su objetivo fue trabajar en forma conjunta y coordinada aprovechando al máximo los escasos recursos humanos y materiales existentes, tomando como sede el Hospital, y afianzándose en la sociedad de referencia.

Se consideraron entonces las otras amenazas del entorno, como son el crecimiento de la desocupación y la marginalidad, los cambios epidemiológicos, etc., y las debilidades del sistema, como su escasa coordinación, la limitada cobertura sanitaria, el acceso desigual a los servicios con multiplicidad de los gastos.

Las acciones incluyeron así tanto lo asistencial como lo preventivo planteándose problemas sanitarios y escolares que se trabajaron por consenso y votación.

También se abordaron puntualmente los temas relacionados con la violencia intra y extrainstitucional.

"A lo largo de todos estos años de labor se logra la sistematización de la demanda usuaria, mediatizada a través de estas instituciones pudiendo de esta manera normatizar con flexibilidad una respuesta del Hospital rápida y oportuna, función por la cual se mantiene vigente este espacio con creciente participación."(22)

Se logró así un mejor acercamiento de los barrios al Hospital, y de este último a las reales necesidades de la comunidad.

Indudablemente esta política de fortalecimiento social e interinstitucional se constituyó en una fortaleza en si del Hospital.

Desde un abordaje que perseguía otros fines, le permitió reafirmar al Hospital su presencia en la comunidad, haciéndola partícipe real de su evolución y esencia de ser.

Indudablemente se fue moldeando un cambio cultural en la organización, modificando sus creencias y valores intrínsecos.

Esta acción, de firme vocación social, democrática y participativa, permitió ver demorada la presencia externa perturbadora motivo de este trabajo y facilitó los mecanismos de contención para los actos delictivos.

Sin habérselo propuesto y sin ser plenamente conscientes de estos hechos, quedó demostrado una vez más que este es uno de los mecanismos más efectivos de fortalecer el sistema.

Tomando en cuenta la rica experiencia previa (nueva oportunidad) se conforma entonces una nueva red: la "Red de Organizaciones Barriales" formada por representantes comunitarios.(23)

Los mismos surgen de una votación inicial de 52 organizaciones barriales del área de influencia hospitalaria.

Su objetivo: "Lograr la participación como herramienta y objetivo en si mismo para garantizar la satisfacción de las demandas de salud de nuestra comunidad".(23)

Se inicia así un diálogo directo que permite tener acceso a la información de primera mano acerca de las necesidades de la población a asistir y las limitaciones del nosocomio para satisfacerlas. Si queremos traducirlo en conceptos de calidad, podemos decir que comienza entonces el camino hacia una política de satisfacción del cliente.

Al aumentar el vínculo entre el Hospital y la Comunidad se contribuye también a fortalecer la democracia participativa mediante la resolución conjunta de los problemas comunes.

Se cumplen de esta manera las pautas adecuadas para tratar los conflictos presentes y prevenir los latentes tales como bajar y recibir la información pertinente en tiempo y forma, y mantener si se quiere el liderazgo en este aspecto del Hospital como institución social y no sólo como prestador de asistencia en la enfermedad.

Habiendo expuesto el marco general respecto de su área programática no debemos olvidar que el Hospital debe reconocer su pertenencia a una jurisdicción sanitaria, judicial y policial provinciales y su ubicación en un determinado municipio.

Esta definición implica que como tal, la buena gestión deberá estar atenta a las particularidades provinciales y municipales locales, con sus beneficios y restricciones, que podremos encuadrar una vez más en fortalezas y debilidades, amenazas y oportunidades.

Por supuesto que estos límites no son respetados en este caso en lo que hace a culturas y valores, pero sí, y en forma determinante en lo referente a la legislación, los recursos y en cierta forma su historia.

Sin duda esto se verá reflejado permanentemente mostrando las asimetrías propias de las distintas realidades, las políticas locales y las conducciones respectivas.

En el caso en cuestión estos aspectos fueron muy influyentes dado que el Hospital, por su ubicación geográfica particular, se encontraba en el límite de un municipio que lindaba con otro de signo político distinto y ambos a su vez, como señalamos oportunamente, opuestos al del gobierno provincial.

A su vez los recursos económicos de ambos municipios eran muy disímiles, y por supuesto condicionaban sus políticas.

En los actos y las consideraciones permanentes de los gerentes no quedaron excluidas en ningún momento las influencias que ejercían las realidades mencionadas respecto a los municipios y además porque la avenida de acceso constituía también el límite de las jurisdicciones policiales y judiciales.

Esto es lo que podría considerarse como adaptación de la organización al medio ambiente, proceso éste de responsabilidad también de los líderes a través del planeamiento y toma de decisiones, en forma activa o reactiva, como ya se ha expuesto en el punto I, del "Ambiente en general".

Con estas consideraciones se convino en algunas medidas y mecanismos de acción que colaboraron en mejorar las medidas de seguridad tomadas.

Las alternativas planteadas por los propios trabajadores y vecinos en las distintas asambleas y reuniones se agrupan en tres áreas de acuerdo a las distintas responsabilidades:

- Responsabilidad Municipal:

1. el retiro de la totalidad de los vehículos abandonados en la vía pública
2. la recolección sistemática programada de los residuos domiciliarios en el área de las viviendas más precarias, que se hacía en volquetes ubicados en la calzada y desbordados por las demoras en su transporte
3. el mejoramiento de la iluminación mediante la reparación de las luminarias (un empresario local presentó el diagrama de un prototipo alternativo a prueba de vandalismos)
4. la remoción del pequeño bulevar que dividía ambas manos de la avenida a los efectos de facilitar las maniobras vehiculares para eludir a los asaltantes
5. la reparación del pavimento para facilitar el desplazamiento vehicular
6. el control del adecuado estacionamiento de los vehículos de transporte público de pasajeros, para que no bloquearan o demoraran el ingreso al Hospital
7. la colocación de los carteles indicadores en la acera

- Responsabilidad Policial:

Reforzar la vigilancia policial en la vía de acceso al Hospital en su aspecto preventivo, aventando toda sospecha de lo represivo.

- Responsabilidad Judicial:

1. Disponiendo operativos de prevención locales
2. Facilitando los trámites para el retiro de los vehículos abandonados
3. Mejorando la interconexión de las fiscalías entre si y con los juzgados
4. Activando los procesos de los delincuentes detenidos

Una vez definido el plan de acción, comenzó su puesta en marcha.

Tal vez sea en esta etapa donde tuvo la mayor trascendencia la constitución y la acción de la "Comisión Interforal de la Avenida Constituyentes", acerca de la cual se abundará más adelante.

En principio se adelanta que por su carácter multisectorial sirvió para forzar los acuerdos y generar tareas conjuntas entre las jurisdicciones mencionadas y aún las forales, generando intercambio y políticas conjuntas.

8.3 De la Organización Hospitalaria: El Caso del Hospital "General Manuel Belgrano".

Se dice que "la violencia es casi imprevisible, se asienta en una acumulación de hechos que más adelante desencadenan acontecimientos violentos, que pudieron ser advertidos con antelación". Tal es el caso expuesto. (19)

¿Qué elementos de la organización pudieron verse afectados por esta situación?

Nada menos que su misión y visión. El riesgo de perder la misión consistía en que, al tener una enfrentamiento con la comunidad hacia quien iban dirigidas las acciones, la organización perdiera su razón de ser.

¿Qué VISIÓN debe tener el Hospital en estas circunstancias como organización para llegar al cumplimiento de la misión?

En primer lugar debe respetar siempre la visión sistémica, y entender que como cualquier organización se encuentra dentro de un entorno general y propio, marcado por lo político, social, económico, legal y cultural, en este caso sesgado especialmente por tratarse de un organismo público; con amenazas y oportunidades dadas por las externalidades de los otros sistemas y mercados.

En segundo lugar debe recordarse que por ser una organización sanitaria su objetivo tiene como producto final la prestación de salud en forma eficiente y con satisfacción del usuario cubriendo la demanda de la población convertida en la necesidad por la relación de agente.

La esencia de esta actividad es una conjunción de procesos tendientes a cumplir dichos objetivos institucionales propios de los servicios, que a través de la servucción, le da valor agregado a la prestación.

Si se pretende tomar como guía la misión a través de una visión compartida, se debe abordar el problema en cuestión como propuesta inicial de la gerencia, y como tal fijar el plan de acciones para lo cual debieron definirse los objetivos, las metas y cómo lograrlos midiendo los resultados que nos permitieran evaluar las acciones tomadas y reiniciar un nuevo proceso.

"En el plano de los modelos", E.Jaques (2000) ha desarrollado la idea de la "organización requerida".(4)

Es un concepto que destaca la existencia de demandas o condiciones que son naturales y por lo tanto deben respetarse, considerando tanto el carácter social de la organización como la búsqueda de la eficacia.

Para lograr esta forma de organización "deben tenerse en cuenta un conjunto de principios relacionados con la naturaleza humana de las personas que trabajan."(4)

Según Maslow sólo las necesidades insatisfechas influyen en el comportamiento.

La jerarquía de las necesidades indica el grado de urgencia que plantea la satisfacción de las necesidades en los distintos niveles.

En el caso de la inseguridad: "La población es entonces una víctima colectiva, así lo reconoce, siente y lo vive y en esa medida exige soluciones, con o sin su participación. Virtual o realmente todos nos sentimos afectados por la inseguridad".(4)

¿Qué elementos de la sociedad se vieron además afectados directamente por estos delitos?

Nada menos que los derechos constitucionales del acceso al trabajo y la salud, profundizándose además la inequidad.

Gestionar una empresa es conseguir metas; para ello se preparan los gerentes y se asumen responsabilidades.

Como responsables de una empresa de salud pública se analizarán, en principio, dos aspectos económicos específicos que hacen al tema en cuestión.

El primero refiere a la magnitud de la responsabilidad material que se asume: "Se debe tener presente que en todos los países el hospital es el principal ítem del gasto en salud". (14)

Es decir, que para la importante asignación de recursos que se destinan la Dirección no sólo debe estar atenta a las funciones básicas de suministros, objetivos deseables, financiación proyectada, etc., sino que, para las consideraciones respecto al caso en cuestión, debe agregarse la responsabilidad de asegurarle a la comunidad:

- el suministro permanente y continuo de la atención
- el acceso gratis y equitativo para todos los que lo requieran
- las acciones preventivas adecuadas
- el entrenamiento del personal para evitar la respuesta como victimario

El segundo aspecto económico es que " en economía la salud es, en parte, un sector fuera del mercado, el grado del cual varía según el país, y la demanda es creada- en parte, al menos- por la oferta".(14)

Siguiendo este razonamiento el resentimiento de la atención generaría una merma en la oferta aumentando la demanda oculta, elemento agravado por el tipo de población a cubrir, mayoritariamente carenciada.

En este caso particular del Hospital Manuel Belgrano se puntualiza que se trata de una empresa de salud pública cuya política de larga trayectoria fue la de una fuerte inserción en la comunidad, lo que la llevó a ser reconocida en su momento con el Premio Nacional de la Calidad, instituido por primera vez a una entidad pública.

Más allá de los reconocimientos formales, la firme decisión de las distintas conducciones sostenida en el tiempo, y el compromiso de sus trabajadores, hicieron de la misma un importante referente regional y un actor permanente en pos de mejorar las acciones de salud de su área programática.

La aparición de una fuerte amenaza del entorno, incrementada aún más por las condiciones particulares de ubicación del Hospital, puso a prueba a éste como organización exponiendo sus debilidades y fortalezas, transformándose en una oportunidad para su fortalecimiento y el de la comunidad.

La trascendencia de la situación expuesta no fue advertida precozmente, tal vez por la cotidianeidad paulatina e inexorable con que se asiste al aumento de los índices delictivos, a lo que se agregó además la subestimación de su importancia y el desconocimiento inicial del tema confundió particularmente a la dirigencia en cómo abordar este problema, para el cual no están preparados.

Es probable que las propias ansiedades desencadenadas por el tema, la observación de la misma en su evolución y el tratamiento ineficaz por los responsables externos del control, llevó a los dirigentes a una actitud prescendente o en todo caso limitada a su simple denuncia ante las autoridades o a la mejora de las cuestiones de seguridad interna.

La limitación de no haber comprendido a tiempo que ésta, como cualquier otra crisis afecta íntimamente a la organización, llevó la misma a la parálisis y el riesgo de la fractura definitiva.

La crisis generó además en el interior de la organización la pérdida de credibilidad de sus actores llevándolos a desconfiar de la capacidad en llegar a solucionar el problema.

La fuerza de la organización se fue perdiendo al dejar de ser predecible para sí y para los demás. La pérdida de esta fortaleza básica de cualquier organización, la colocaba al borde del abismo.

La incertidumbre por el desconocimiento, además de la propia que generaba la índole del problema profundizaba su complejidad y magnificaba las eventuales consecuencias tanto de la toma como de la no toma de decisiones.

La situación de referencia había conducido a la alteración global y anárquica de los procesos dando un output menor en número y calidad, resintiéndose entonces la promoción de la salud.

Comenzaba a vislumbrarse una pérdida del liderazgo en el intento inicial de la gerencia de recostarse en el aparato burocrático central.

Así fue que ante los acontecimientos que se precipitaban cada vez con mayor celeridad, y superadas las incertidumbres iniciales, la dirigencia debió proponer qué es lo que se hacía entonces y de ahí en más para aumentar la fortaleza en el tiempo de la organización.

"La caída de la confianza y la credibilidad no es natural, sino que responde por el contrario a las acciones que supimos cometer".(1)

Esa reconstrucción será ineludible para la sustentabilidad de la organización.

Se rompió el "contrato tácito" presente entre los miembros de toda organización, que tiene lugar y que le permite sostenerla con su participación.

"El camino que lleva de la confianza a la desconfianza es más rápido que su opuesto".(1)

Por otra parte, no se terminaba de cumplir con los deberes atinentes al funcionario público, que en este caso era asegurar la atención del ciudadano que se acercaba a solicitar los servicios de salud. Se puede inferir además, que indirectamente se acrecentaba en forma involuntaria la violencia ejercida sobre el mismo.

El crecimiento propio y el compromiso comunitario logrados a lo largo de tantos años se iban diluyendo rápidamente por las acciones ejercidas en el acceso al Hospital.

Fue probablemente el impacto de los hechos que afectó a la organización que la llevó a ver comprometidos sus creencias básicas, su rol, sus valores y sus objetivos a largo plazo; es decir, nada más y nada menos que su misión, con la consecuente dispersión de los esfuerzos y pérdida de la identidad.

En la medida que se refuerce la esencia ideológica, funcionando como una trama integrada, con una identidad particular, identificable para si y para los demás por sus características propias, se preservará de las presiones del contexto que puedan disgregarla.

Este tejido que se construye y se repara en el día a día, es netamente social, lo cual se contrapone con la visión biológica de algunos autores (por ej. Arie D. Geus) que la describen como un sistema viviente.(5)

Si gestionar implica decidir y asumir la responsabilidad de administrar bien ante las distintas circunstancias, debía definirse una estrategia para acotarlo.

¿Cuál fue el mecanismo de acción que puso en marcha la decisión y la elaboración de una estrategia para la situación descrita?

En realidad, por tratarse de un tema inédito en las consideraciones habituales que tratan los gestores de salud, sea en los programas de la formación académica o en la práctica cotidiana o de intercambio con otros pares, lo concreto es que el hecho inicial no fue interpretado ni abordado con la trascendencia que el caso requería.

Puede decirse que cuando la crisis es tal que implica el riesgo de ruptura, la falta de antecedentes en el tema tendrá el beneficio de no recurrir a mecanismos perniciosos donde la memoria pueda llevar a hacer más de lo mismo.

Tal vez hayan influido además las distintas experiencias personales cotidianas, los comentarios periódicos o la mediatización del incremento de la violencia en la sociedad, que llevó a vivenciar el tema como algo más de lo habitual, con la sensación interna de incertidumbre, impotencia y de desborde de las posibilidades del accionar policial y judicial.

Tampoco fue ajeno el planteo simplista de atribuirles a estos últimos la absoluta responsabilidad en la solución del problema, asistiendo los miembros de la comunidad hospitalaria como meros observadores de este nuevo escenario donde en ocasiones cumplían funciones de víctimas y en otras de victimarios.

En ese sentido el planteo formal a través de la primera nota presentada a la Dirección por los trabajadores del Hospital el 03/09/00, constituye un alerta significativa de la cual no se toma conciencia real en tiempo y forma sino retrospectivamente al analizar los antecedentes.

Al decir que: "El objetivo es que entre todos podamos encontrar una solución urgente a estos actos de vandalismo que se agravan aún más cuando son realizados por gente que se atiende en nuestro Hospital"... "...exigimos una rápida y eficaz respuesta de las autoridades correspondientes" revela esencialmente dos hechos graves:

- ☐ a) un reclamo de liderazgo, que se sentía como débil o ausente, ante una situación de indefensión
- ☐ b) un quiebre del contrato con la comunidad (cliente externo), en forma rápida y abrupta, dando por tierra muchos años de trabajo

Resumiendo lo ya expuesto se dirá que la lectura inicial de la gerencia fue, que por tratarse de una situación generalizada, y por lo tanto inmodificable "desde adentro", la misma era de incumbencia exclusiva de los responsables de la seguridad. En tal sentido las primeras acciones fueron vinculadas con reclamos a la policía local.

Igual concepto surgió de las consultas efectuadas por los Directores a las autoridades superiores.

Por las razones de desconocimiento y demás, arriba analizadas, se realizan en un primer momento sólo algunos intentos tibios de contener la situación mediante acercamientos verbales con las autoridades policiales que, al no mejorar la situación, llevan al segundo documento del 03/11/00.

La elevación del petitorio a las autoridades del Ministerio de Salud, de la Región Sanitaria V y de las Municipalidades involucradas revela la preocupación y es además un signo de alerta, pretendiéndose además generar un compromiso, que involucrara además a través de ellas a las instituciones de seguridad provinciales y comunales.

Comienza recién entonces a tomarse una conciencia real de la situación asumiéndose que compromete seriamente las acciones sanitarias de la organización.

Aunque ante hechos tan contundentes o movilizadores como el expuesto la notificación corresponde por norma, la primer reacción es la de solicitar decisiones y soluciones del nivel jerárquico superior.

Éste tal vez sea un debate pendiente en la administración pública, donde si bien se habla de la descentralización, se generan acciones en contrario, ante lo cual, si la dirigencia no está atenta o capacitada para sus responsabilidades puede caer en una peligrosa inacción.

Con el petitorio mencionado se puede interpretar así que se pretende actuar sobre una de las debilidades, ya no propias de la organización sino del ambiente en general, apelando a que ante su conocimiento se la tomara en cuenta en su real dimensión y se la aprovechara como una oportunidad para mejorarla.

Evidentemente dicha mejora actuaría no sólo en lo que hace a la organización sino también a su área de influencia, lo que demuestra una vez más la transversalidad de las acciones que se ejercen. Similar situación (debilidad/oportunidad) se repite a través de los actos que quedan registradas con fecha inicial el 9/11/00 de acuerdo a lo documentado.

Queda expuesto además que luego del período inicial de latencia del grupo de gerentes, y ante la toma de conciencia de retomar la iniciativa comienzan acciones más definidas y frecuentes que permiten avanzar sólidamente en la problemática como actores con propuestas y no como meros espectadores de decisiones improbables o demoradas.

Comienza así a regenerarse el liderazgo de la Dirección.

Se imponía entonces generar algún mecanismo de acción y un proceso de control mediante algún sistema de información con indicadores confiables que permitieran cuantificar los objetivos y la posterior evaluación de la estrategia emprendida y su eventual refuerzo o modificación, siguiendo las pautas necesarias de retroalimentación racional de todo proceso sistemático de acción.

Es la verificación permanente del desarrollo de las acciones adecuadas fijadas como estrategia de la empresa lo que le da su legitimidad como tal.

De no estar atento a la misma, la pérdida de esta orientación esencial pudo llevarla a la pérdida de los valores institucionales y de los que promovían el liderazgo.

La dirigencia asumió este desafío novedoso fijando una estrategia que le permitiera mantener el liderazgo e iniciar un plan de acción que reencausara a la organización en su misión, estipulando objetivos a corto, mediano y largo plazo.

Se fijó que las metas a cumplir fueran específicas para evaluar el avance de la organización en la evolución hacia su objetivo final.

Para ello debió hacerse un análisis global de los factores internos y externos que influían en la organización y en el hecho en sí, ya que para definir la estrategia se impone el conocimiento global de la situación y el posicionamiento de la organización.

En esta instancia es donde quedan reflejados los tres factores que confluyen en una organización: lo racional, que hace a su diseño; la realidad emergente (lo natural), y lo simbólico.

De hecho la estrategia, como corresponde, no fue estática, sólo marcó el patrón de las acciones o los movimientos iniciales (componente proactivo), que fue la convocatoria ampliada a todos los actores, clientes o no de la organización, y la posterior adecuación a los resultados y variaciones del entorno que se fueron dando.

Se colaboró en forjar un "modelo inteligente de organización" ya que se hizo un aprendizaje previo y su adaptación.

De alguna manera se cumplió con lo que Henry Mintzberg postulaba hace 20 años quien sostenía que la estrategia es tan emergente como planeada y que los directivos tienen que aprender a crearla y no solamente a implantarla.

En tal sentido dice que al ser responsable de sistemas grandes se requiere del ejercicio de las "inteligencias múltiples", que serían seis.

En el caso en cuestión deben considerarse tres, a saber:

- 1) la inteligencia social, que es la calidad de las relaciones y su impacto directo sobre la productividad.
- 2) la inteligencia emocional, que es la que permite detectar y sacar a la superficie las emociones en tiempo oportuno e identificar "el mensaje" que ellas transmiten.
- 3) la inteligencia espiritual, que tiene que ver con el espacio, la libertad y la seguridad para llevarnos enteros al trabajo. Su ausencia nos hace sentir que pasamos desapercibidos para la organización y nos desmotiva.

Esta consideración debe ser muy tenida en cuenta, sobre todo en casos como el expuesto donde la dinámica de las amenazas y oportunidades es muy activa.

En las primeras acciones emprendidas hubo los cabildeos lógicos hasta interiorizarse del tema, apelando a los gestos iniciales habituales y obligados de presentación ante las autoridades responsables pertinentes.

El "hacerse cargo y retomar la iniciativa" consistió simplemente en canalizar y tomar algunas propuestas propias y otras que surgían de todos los ámbitos involucrados (la población intra y extrahospitalaria - los clientes internos y externos).

La característica de ser una organización abierta la llevó a incrementar esta fortaleza apelando en primera instancia a la Comisión asesora.

Para ello requirió reconstruir su cohesión interna, debilitada y puesta a prueba por los acontecimientos, y rehacer la congruencia con los factores externos.

Se recrearon los mecanismos ya existentes apelándose a ellos y reforzándolos, tales como la convocatoria a la comunidad a las asambleas.

"Reconociendo que los niveles de percepción de la inseguridad y la violencia varían de una manera sensible entre personas, grupos y clases sociales, y que tal percepción depende sustancialmente de su propia vivencia y del nivel de información que cada uno tenga de la situación, sea ésta pasada o presente, existe consenso en que es un problema de todos. La comunidad, la gente tiene y quiere comprometerse, participar, cuando la gente logra verse real y efectivamente escuchada, sus puntos de vista de veras tenidos en cuenta, esa comunidad se siente apropiada del proyecto, es parte de su trabajo, de su vida". (24)

Tal vez el real mérito de la dirigencia fue reconocer su inexperiencia e ignorancia del tema y, ante esta perspectiva de cambio y la certeza de que el mismo sería significativo se solicitó ayuda.

Muchas veces la razón principal para que los gerentes no pidan ayuda es que no se dan cuenta de que la necesitan. "No saben lo que no saben".(10)

Una de las etapas más demoradas y difíciles fue “saber quien sabía”. Tampoco existía aquí la posibilidad del benchmarking.

En esta búsqueda de una visión compartida el proceso no fue tan simple por la influencia de las subjetividades de alto impacto, y especialmente por su amplitud y variedad.

A pesar de ello la profundidad de la crisis reforzó la visión como actitud proactiva ya que era imposible hacer “más de lo mismo”.

La participación general colaboró obviamente a la mejora de la calidad y el número de las propuestas, y al fortalecimiento institucional en el aspecto interno y de posicionamiento en la comunidad, retomándose sólidamente la inserción de la organización en la misma como actor principal.

En este aspecto, cabe comentar que una de las fortalezas del Hospital lo constituían las reuniones periódicas previas que se realizaban en el seno de la Comisión Asesora con los representantes barriales y los miembros de la Dirección hospitalaria.

Esto permitía bajar en línea directa información a la comunidad.

Por este medio se pudo aventar, entre otras cosas, un temor previo recurrente que hacía referencia al cierre hospitalario ante la inestabilidad económica y social existente.

Se aprovechó entonces este espacio de comunicación para reforzar la necesidad de su participación activa demostrándoles que el fantasma del cierre del Hospital podría concretarse no por una decisión de políticas de ajuste sino por su disfunción a punto de partida del problema en cuestión.

La presencia institucional a través de sus autoridades y representantes ante la comunidad en la Comisión Asesora permitió que a través de la exposición del problema y las implicancias que el mismo pudiera tener en las prestaciones cotidianas, generó algún tipo de conciencia y acción de contención sobre aquellos núcleos delictivos insociales insertos en la propia comunidad, logrando cierto grado de aislamiento y disuasión en los delincuentes.

El mismo argumento de posibilidad remota de generar redistribución del personal en otras áreas provinciales de persistir la interrupción de las actividades, se transmitió a los clientes internos trabajándose expresamente en vencer las barreras iniciales de rechazo y repliegue intraorganización (“nosotros y ellos”), apelando también a algunas de las fortalezas de la organización: la pertenencia y credibilidad en la misma.

Todos estos pasos, se llevaron a cabo por una fuerte decisión y compromiso gerencial que determinaron la continuidad y profundización real de este herramental, los que fueron fortaleciendo aún más el Hospital como institución de referencia y contribuyeron indudablemente a poder generar acciones que facilitaron la tarea en el momento de generar contención y disuasión de la violencia que nos afectaba.

Se aprovecha una vez más la debilidad jurisdiccional del sistema generada por el hecho de encontrarse el Hospital ubicado en una zona administrativamente limítrofe y se toma esta realidad como una oportunidad transformándosela en una fortaleza mediante la iniciación de las gestiones para que con integración y acuerdos interjurisdiccionales los recursos resultaran duplicados.

En ese sentido se efectuaron con insistencia la demanda de las acciones que eran de responsabilidad municipal.

Los mismos requerían la necesidad de concretar acuerdos intermunicipios, los que, por las razones referidas más arriba no son siempre fáciles.

El incremento de los hechos generó los reiterados reclamos y al tomar el conocimiento informal de la gravedad de la situación, la Directora de Seguridad del Municipio de San Martín y una representante del Foro Vecinal de Seguridad de la sección VIII del que depende el área del Hospital, sugiere la reunión del 10/11/2000 con algunos representantes hospitalarios.

La misma se convoca para el día siguiente, viéndose desbordada por una asamblea espontánea multitudinaria, donde quedó reflejada la real magnitud del problema. A consecuencia de ella se conforma una comisión interna multisectorial para abordaje y seguimiento del tema.

A esta altura de los acontecimientos, se considera que se ponen en evidencia cuatro aspectos destacables:

1. - se reafirma una vez más que la seguridad forma parte de las necesidades básicas de las personas.

Así lo reconoce Antonio Elizalde Hevia ("Liderazgo y desarrollo sustentable", pág. 1) al describirlo que define como nueve necesidades humanas elementales: subsistencia, protección, afecto, protección, afecto entendimiento, creación participación, ocio, identidad, libertad.

Si se hace referencia a la pirámide de Maslow, podemos ubicarla dentro del segundo nivel en la base de las necesidades primarias de la gente.

2. - queda en evidencia la imperiosa necesidad gerencial de colocarse al frente de la situación de conflicto.

3. - se logra la exposición de los responsables institucionales a las necesidades de la gente comprometiéndolos así directamente en la problemática.

Y, tal vez lo más importante:

4. - se generan acciones de integración con los involucrados, tales como fue la formación de la comisión multisectorial integrada por los representantes de la Dirección, de los dos sindicatos, de los trabajadores no sindicados, de los profesionales y de la Unidad de Medicina Preventiva, como responsables del área programática.

Con esta última actitud la gerencia pretendió no excluir a ninguno de los actores propios del Hospital intentando así comprometer a la totalidad de los trabajadores en un problema complejo,

previendo que se requeriría continuidad en muchas tareas frecuentes e intensas, intentando también que ninguno de los sectores entorpeciera las acciones que pudieran generarse, y que fueran además testigos directos del accionar de la gerencia; se aprovecha esta acción como una oportunidad más para el fortalecimiento institucional.

Para ese entonces se abre además el mencionado Registro Interno de Denuncias.

El mismo surge al haberse detectado la falta de denuncias en sede policial, conducta habitual como una observación generalizada. Se dice que cada cien crímenes sólo alrededor de 50 generan denuncias. (4)

Con dicho Registro ubicado en la Dirección se pretendía, además de objetivar el problema:

- demostrar la preocupación especial de las autoridades hospitalarias por el tema, y como intento de contención y demostración del liderazgo.
- tener la oportunidad de dialogar con las víctimas específicamente sobre cada caso, no sólo como refuerzo de lo expuesto en los puntos anteriores, sino además para poder retransmitirlo con mayor certeza a las fuerzas policiales locales, y permanente motivación de la gerencia en el esfuerzo
- registrar la evolución lo más certera posible del número y características de las acciones violentas ocurridas para identificar patrones, escenarios y actores desde una visión epidemiológica que permitieran estudiar las causas y factores asociados o de riesgo.
- poder evaluar en el tiempo la efectividad de las medidas que se tomaran.
- utilizar esta herramienta como mecanismo de presión propio ante las autoridades judiciales y policiales locales.

Es de comentar que la puesta en marcha del mismo requirió de un gran esfuerzo personal, no delegado, de los propios gerentes, ante el descreimiento inicial generalizado por la iniciativa.

Consolidada la confianza en el mismo se logró documentar la totalidad de los casos que comprometían a los trabajadores hospitalarios.

Fue tal el beneficio del efecto buscado que llegaron a registrarse hechos que excedían las pautas fijadas para el registro, como ocurrió en el mes de junio del 2001.

La asamblea del 28/11/00 con la presencia de autoridades municipales y provinciales, y la apertura a todos los miembros de la comunidad fue un claro gesto de la Dirección en el camino de evitar el aislamiento de la misma de su contexto programático, razón de existir de la organización.

Se profundizó en la participación comunitaria permanente, venciendo las resistencias lógicas iniciales tanto de los clientes internos como de los externos.

Los primeros, en posición de víctimas, haciéndose dueños del Hospital con una evidente ruptura del contrato social, y a su vez transformándose en victimarios a través del reclamo de medidas represivas indiscriminadas.

Los segundos, resentidos por tal posicionamiento que los ubicaba en el papel de victimarios y a su vez víctimas temerosas de la represión declamada.

En este caso se les expuso también la necesidad de participar en las acciones de contención factibles, entendiendo que eran las principales víctimas de este fenómeno en forma directa por los hechos en si y en forma indirecta por el resentimiento de la atención hospitalaria.

La intención fue:

- retomar las banderas que habían hecho del Hospital una de las organizaciones modelo de participación comunitaria.
- evitar los enfrentamientos ante los clientes internos y externos demostrándose que se trataba de una problemática en común.
- disuadir a los exaltados de insistir en acciones represivas que pudieran tornarse incontrolables y sin retorno
- demostrar que se buscaban acciones de tipo preventivo beneficiosas para la totalidad del espectro comprometido
- evidenciar a las autoridades involucradas que se estaba ante un grave problema local y no era sólo una demanda de un efector puntual de la salud, pudiendo quedar expuestos al incumplimiento de los "deberes de funcionario público"

Otro elemento a analizar especialmente es la respuesta de las autoridades sanitarias superiores al petitorio del personal del Hospital, recibida a fines de enero del año 2001, donde se solicita a la Dirección que explicita las medidas tomadas por ésta para paliar la situación.

Esta acción permite las siguientes consideraciones:

- Queda en evidencia que situaciones como la planteada resultan inéditas aún para los gestores de salud de ámbitos superiores
- Refuerza la necesidad de liderazgos locales, que tengan creatividad e inventiva, ya que el nivel superior aún no contempla estos casos como problemática de la salud, generando la sensación de indefensión y aislamiento.
- Expone la falta de alineamiento conceptual con otros países con antecedentes de violencia muy anteriores y de mucho mayor grado, como Colombia y Brasil, que involucran a la Salud Pública como responsable principal de su estudio y propuestas.
- Refleja la estanqueidad de los organismos públicos, que si bien puede ser un requisito necesario para su administración, le quita agilidad en la solución de los problemas que atraviesan a la sociedad.

Ya para marzo del 2001 las acciones emprendidas tienen impacto en la comunidad aumentando la movilización, participación y compromiso de todo el espectro social involucrado, como queda demostrado por la presentación efectuada de las imágenes fotográficas documentales del estado de deterioro de la infraestructura vecinal, a cargo de un empresario local, quien hace además un aporte proponiendo un esquema de luminarias a prueba del vandalismo.

No obstante, aún no se veían reflejados resultados positivos en los hechos violentos propiamente dichos, y ante la falta de respuesta activa del accionar policial los trabajadores convocan al paro de las actividades con el corte de la Avenida el 04/04/01, con la presencia de los medios de comunicación.

Si bien el paro se realiza sin mayores incidentes, se constituyó en un incremento de las amenazas del entorno por su contribución en reforzar la mala imagen colectiva del acceso al Hospital; no obstante se lo toma también como una oportunidad para resaltar los hechos que se estaban padeciendo ante las autoridades superiores y los responsables judiciales y policiales.

Este episodio indudablemente contribuyó a profundizar la distorsión del concepto en cuanto a la accesibilidad de los pacientes a las prestaciones hospitalarias, especialmente para el caso de aquéllos domiciliados en las zonas más alejadas.

La secuencia negativa de los hechos se fue precipitando, ya que posteriormente se sumó un gran malestar en los trabajadores hospitalarios con el entorpecimiento de la labor por ser el tema de la discusión cotidiana entre los distintos sectores del Hospital, que culminaron con las asambleas hospitalarias masivas (las mayores registradas en la historia del Hospital).

La reiteración de las acciones de protesta comienza a profundizar las debilidades de la organización. A mediados de junio del 2001, el día 15, tienen lugar dos hechos que se consideran trascendentes: El primero es que se incorporan a la comisión interna dos representantes del Ministerio de Justicia de la Nación a través del PMPJus. (Plan Social de Programas y Medios Participativos del Ministerio de Justicia de la Nación), uno de ellos también miembro asesor de las autoridades regionales de Salud de la Provincia.

El segundo, es la definición del grupo de trabajo como "Comisión Interforal de la Av. Constituyentes".

Respecto al primer hecho de referencia se debe decir que la incorporación de estos nuevos gestores mencionados permitió el mejor encuadre en el trabajo, dándole continuidad en el tiempo y avances concretos.

Su accionar de "facilitadores", como parte de un equipo especialmente entrenado para estas "mediaciones sociales", colaboró fuertemente en seguir un cronograma de trabajo consensuado, evitar algunas acciones dilatorias ocasionales del grupo y una mejor llegada a las autoridades municipales y de justicia.

En relación al segundo ítem considerado, se dirá que la denominación final del grupo llevó a la identificación clara del mismo como equipo de trabajo y de su ámbito de acción.

La posterior creación de la "Comisión Interforal de la Avenida Constituyentes" permitió, como su nombre lo indica, acotar bien el área problema donde se iban a centrar las acciones, su sentido multisectorial y la pretensión de generar una red cohesionando los mecanismos ya presentes de los Foros que eran los que venían realizando el mejor abordaje del tema de la violencia local.

La constitución y acciones de este espacio multisectorial debieron ser bien acotados para que fuera más efectivo su accionar, con el replanteo permanente de su objetivo.

En esencia su función se concretó como de apoyo a las gestiones que se realizaran a través de los Foros o cualquier otra entidad que involucrara a los trabajadores del Hospital o a la comunidad de influencia, y como convocante primario, ayudando y participando en las intervenciones que la población mencionada lleve a cabo, siempre y cuando no implicara una actividad político partidaria. Posteriormente tuvo lugar la convocatoria a participar en la Comisión a los agentes de propaganda médica.

La intención de este llamado fue la de incluir desde un primer momento a todos los actores, y no excluir a ninguno de los involucrados, su falta de participación puede llegar a dar a discusión si realmente forman parte de los clientes hospitalarios, o incluirlos en los que algunos llaman públicos intermedios.

El cambio de la política sanitaria local ocurrido a fines de junio del 2001 respecto al vínculo con los Centros de Atención Primaria, aparece como una nueva amenaza del entorno

La Dirección hospitalaria asume entonces una actitud firme de liderazgo en apoyo de la comunidad y reubica a los integrantes del Plan de Residencias Médicas Interdisciplinarias (PRIM) en los Centros del área programática próximos al Hospital.

Esta fue una decisión muy consistente que contribuyó al aumento del fortalecimiento institucional y de la red, tomándola como una oportunidad que ocasionó el consiguiente beneficio sobre la comunidad ya que generó el refuerzo de la asistencia sanitaria periférica programando la reinserción de las residencias de Medicina General, Salud Mental y Trabajo Social que conforman el PRIM.

Es de destacar también la orientación inicial y el avance sistemático, sólido y orgánico producto de involucrar a los Foros de Seguridad locales.

Como la problemática comprometía transversalmente distintos aspectos y responsabilidades institucionales, su tratamiento integral generó además beneficios agregados a la comunidad, como la normalización de la recolección de la basura, el retiro de vehículos abandonados, la pavimentación de la Avenida, la colocación de luminarias en la vía pública, el ordenamiento en la detención del transporte público de pasajeros, una mejora llegada de los reclamos vecinales al poder público, etc.

La gestión contribuyó además al acercamiento de dos Municipios, de signos políticos opuestos, en un emprendimiento común, que fue la repavimentación de la Avenida, vía de acceso con responsabilidades compartidas entre ellos, por ser el límite de los Partidos Municipales.

La temática propia de la inseguridad, sus implicancias sociales, el sentido solidario de la organización hospitalaria, sumado al entusiasmo de los logros mencionados y tal vez la inexperiencia llevan a pretender extender las acciones referidas a los trabajadores informales del reciclado.

El esfuerzo de pretender abarcar la inseguridad en todas sus aristas, desdibujaba la misión de la Comisión, haciéndola parecer errática, trayendo desánimo a sus integrantes (renuncia de los delegados gremiales) y aún a los propios trabajadores informales, debilitándola además por la división en dos grupos de trabajo.

Para ese entonces tiene lugar la deserción descrita de algunos de los miembros de la Comisión.

Este hecho, capitalizando la fortaleza que implica el aprendizaje previo, fue señalado como un signo de alarma y riesgo de disolución de la Interforal.

Esto se confirma, cuando dos meses después se divide la misma en dos subcomisiones que tienen a cargo el tratamiento de la problemática de los trabajadores informales y el de la seguridad en el acceso hospitalario (integrada por los Foros Vecinales de Seguridad y los profesionales del Hospital), respectivamente.

Capitalizándose la experiencia previa esta situación de amenaza se toma como nueva oportunidad para redefinir sus límites e incumbencias, y también acotar explícitamente el rol del Hospital como partícipe de la Comisión Interforal.

Se produjo en esta instancia un punto de inflexión que podría haber hecho fracasar los resultados.

Estando alerta a las distintas señales de alarma que fueron surgiendo, los responsables resuelven replantear la situación a la que se había llegado y convienen en retomar la estrategia inicial.

Se resuelve acotar el tema para el cual se había autoconvocado, el que queda bien explícito a través de la consigna inicial que surge de su propia denominación de "Comisión Interforal de la Avenida Constituyentes".

Reforzando el concepto que implica la amplitud del tratamiento del tema, para hacer una tarea eficiente debió replantearse permanentemente y explícitamente su rol y el papel del Hospital a fin de no perder el rumbo y permitir avanzar aún con pequeñas metas, pero objetivables, para evitar frustraciones al grupo, y debilitamiento por división en subgrupos.

La amplia participación y difusión logradas exigió estar atentos a diluir cualquier sospecha de protagonismo o intencionalidad político partidaria.

Se considera que a esta altura de los acontecimientos y a un año casi de haberse iniciado las acciones, quedaba indudablemente al desnudo la transversalidad de la problemática social en toda su amplitud (violencia – desintegración y falta de contención social – ausencia de trabajo formal – aparición de trabajo informal – pérdida de requerimientos sanitarios esenciales, etc.) Las acciones realizadas fueron realmente de utilidad ya que la situación estaba contenida el primer año.

Los resultados obtenidos y el receso del verano generaron una discontinuidad en las acciones y reeuniones que se venían realizando, lo cual determinó un resurgimiento de los hechos delictivos.

La constitución de la nueva comisión de agentes del Hospital consecuente a estos hechos delictivos del verano 2002 se tomó como una evidente alarma de pérdida del liderazgo gerencial.

Este accionar se interpreta como una nueva pérdida de liderazgo y amenaza a la organización por el riesgo implícito de su potencial desintegración, en el sentido de que se desvirtuaban los avances previos y exponían a los distintos involucrados a un nuevo enfrentamiento estéril, amparados en las debilidades del sistema tales como: falta de recursos, escaso personal, leyes inadecuadas, partidismos políticos, internas organizacionales, etc.

Se vio rápidamente visualizada como una alerta (fortaleza del conocimiento y aprendizaje anteriores) y fue neutralizada por la respuesta inmediata de la conducción mediante la convocatoria a la Comisión.

Con la experiencia previa la gerencia decide asumir rápidamente su liderazgo, convocando activamente a la reactivación de la Comisión Interforal haciéndose una reseña de sus logros y tomando como consigna la generación de reuniones programadas y continuas con carácter deliberativo, evitando gestiones que la exceden e impiden obtener resultados, y dando cabida a las nuevas propuestas.

En esta instancia el mecanismo cíclico de fijar una estrategia con objetivos, ponerla en práctica, evaluarla y replantearla, también fue la forma indicada para fijar la dinámica de la Comisión, sin cuya concreción hubiera fracasado.

Típico reflejo de la pluralidad y credibilidad de la Comisión, tomado como fortaleza, fue la interesante propuesta de acercar a un miembro de la custodia policial.

En mayo tiene lugar una reunión con representantes de un grupo de trabajo para rehabilitación de drogadictos, donde exponen su experiencia y proyectos.

El tema fue considerado por la Dirección hospitalaria como un elemento más de inserción en la comunidad, pero lo complejo de su abordaje hizo postergar su inclusión en las estrategias de corto y mediano plazo.

Se evalúa también esta posición en la Comisión donde se coincide en excluirla atento a la posibilidad de caer en el mismo error que se había cometido con los "cartoneros".

Como se ve, la transversalidad en lo social vuelve a presentarse reiteradamente con distintas facetas, por lo que debemos estar alerta para no perder la misión fijada.

Los actos violentos no aumentan.

Es de destacar además que en ningún momento se limitó el acceso mediante vallas o rejas como la expresión objetiva del encuadre sistémico con que se abordó el caso y el fiel reflejo de la convicción en avanzar en la apertura del Hospital a la comunidad.

La presentación ante el nuevo comisario local tuvo por motivo la explicitación de las funciones de la Comisión Interforal, las causas de su creación y su presencia, siguiendo siempre con la consigna de no excluir a ninguno de los involucrados directos en la problemática, siempre atentos a evitar suspicacias.

Con el acercamiento a las fuerzas de Gendarmería se intenta apelar a la presunta fortaleza de la presencia de otras fuerzas de seguridad que pudieran articular un refuerzo en las tareas de prevención, pero se detecta que en realidad se trata de una debilidad del sistema ante la competitividad y falta de coordinación evidenciada entre ambas partes.

Se asume entonces que el intento excedía la posibilidad de la Comisión dependiendo en este caso de una fuerte decisión política.

Nuevamente se refuerza el concepto que la contención del problema surge desde lo organizacional. Para este caso en particular si siguiéramos a Mintzberg en su concepto acerca de las configuraciones básicas de las organizaciones, estaríamos dejando de lado con todos estos pasos, la definición clásica de las organizaciones de la salud, que es la de la "burocracia profesional", donde el núcleo operativo juega un rol fundamental, adoptando temporariamente la de "estructura simple" de supervisión directa por parte de la cumbre estratégica.

En este caso particular la cumbre estratégica debió asumir el control total haciendo participar, de acuerdo a lo manifestado, a todos los integrantes (cumbre estratégica, gerentes de línea media, miembros del núcleo operativo, tecnoestructura y miembros del staff) porque la problemática atraviesa a la estructura en su totalidad.

Algunas acciones se pueden delegar pero se debe tener siempre una presencia fuerte, teniendo siempre presente que "habitualmente las personas que mas gravitan en la efectividad de un ejecutivo no se hallan bajo su control directo".(3)

Se necesita demostrar un gran liderazgo para evitar los desbordes generados por el debilitamiento de la satisfacción de las necesidades básicas.

No obstante, en situaciones como éstas, el desorden, que habitualmente estimula los aspectos creativos de la organización, generó la diáspora de la misma.

Al no poderse detectarse antecedentes en el tratamiento del tema, es inevitable avanzar mediante el ensayo, error, evaluación y corrección, poniendo a prueba la decisión y la creatividad de la dirigencia.

Se dice que el método de ensayo y error en la praxis de la gerencia no es reflexivo ni congruente con la idea de la organización viable. En el caso expuesto esta regla no se cumplió, ya que no hubo otra posibilidad de acción, lo cual revela que en dicha praxis la plasticidad y creatividad de los dirigentes es un valor agregado a su liderazgo, y debe ser promovida además a los restantes miembros de la organización.

Como concepto abarcativo y simple se tiene que tener presente que la evaluación definitiva del gerente, por su trabajo intelectual no se hará por su saber o imaginación sino por la efectividad demostrada por sus resultados.(3)

Debieron generarse mecanismos de confianza adecuados que permitieran desarrollar las capacidades de aprender para lograr eficacia en esta iniciativa de cambio.

A pesar de las dificultades iniciales se considera que con el tipo de modelo democrático de gobierno de esta organización se lograron resultados sólidos, persistentes y colaboraron en hacer más sólida la construcción de la organización.

Seguramente no hubiera sido igual en otro tipo de modelo cerrado y muy probablemente con posibilidades de hacer peligrar la continuidad de la organización.

En el caso expuesto la experiencia previa del trabajo con las redes, y la decisión gerencial de apelar a reforzar y profundizar esta fortaleza permitió avanzar más rápidamente en la contención del problema.

Podrían agregarse a los caminos tomados la ampliación de la política activa de comunicación interna y externa, no sólo de tipo personal, sino a través de los televisores internos existentes en las salas de espera y pasillos del Hospital sino además por el canal local de televisión y de boletines informativos a través de las redes comunitarias.

Se evolucionó desde las individualidades a un conjunto en equilibrio determinado por las relaciones internas y con la comunidad.

El buen resultado quedó esencialmente demostrado en la falta de incremento de los hechos delictivos, lográndose además alguna regresión de los mismos en su cantidad.

Habiendo expuesto objetivamente los logros obtenidos con las acciones dispuestas, se debe resaltar como aspecto negativo que en lo inmediato aparentaría no observarse el beneficio en la apreciación real de los clientes distantes al área programática, dato que no ha sido mensurado.

"Además, los resultados deseados por cualquier organización son a veces difíciles de medir, o no se hacen evidentes hasta que pasa un tiempo". (8)

En noviembre del año 2002 se inician, apelando a la creatividad, una serie de actividades de apoyo a la comunidad; surgen así:

- la incorporación de los beneficiarios de los planes Jefes y Jefes de Familia a tareas programadas y supervisadas por la organización.

Se los incluye con propuestas laborales definidas tendientes a su capacitación y además con planes de controles periódicos de la salud para ellos y sus familiares

- el Proyecto Prohuerta en terrenos del Hospital, abierto a la comunidad, con pretensiones de contención social, colaboración en la alimentación de los grupos carenciados, rehabilitación de grupos de riesgo y de salud mental y resguardo cultural de aquellos pobladores desplazados de sus provincias de origen

- el Consultorio de Calidad de Vida, donde se realizan talleres y actividades físicas de prevención y de rehabilitación para los vecinos, con programas de controles físicos y exámenes complementarios, y actividades dentro del ámbito hospitalario y en sus jardines

- se comienza a analizar la posibilidad de realizar equinoterapia ante el ofrecimiento de donación de una cabalgadura con sus aparejos con la participación voluntaria de un instructor

Estas tres últimas actividades como aporte además para el disfrute del espacio público puesto a disposición de la comunidad, permitiendo a los hacinados habitantes de los barrios marginales acceder con cierta facilidad a la utilización positiva de su tiempo libre, como aconsejan los expertos.(20)

- se propone al Hospital como centro de difusión de las tareas que realizan los Foros de Seguridad.

El Hospital vuelve así a posicionarse retomando su papel de organización líder de un área programática sobre la que tiene una responsabilidad sanitaria, acción que estaba severamente comprometida por la violencia local ejercida en el acceso al mismo.

El último gesto del período evaluado tiene lugar en diciembre del 2002, cuando ya en un papel de referente local el Hospital es invitado a una reunión de los Foros de Seguridad de San Martín con la Comisión de Seguridad del Concejo Deliberante local.

Esta propuesta se rechaza considerándose como una amenaza del entorno, ya que quedan excluidos en la invitación otros representantes del área programática partícipes de la Comisión Interforal, pudiendo quedar el Hospital inmerso en partidismos indeseables que pudieran echar por tierra los avances comentados.

Como consideraciones finales se dirá:

- Se cumplió con el ciclo de la Dirección o gerencialismo, entendiendo por tal:

- a) la articulación de los esfuerzos a través de una estructura y procedimientos efectivos
 - b) la instalación de una red de comunicaciones por la cual circularon órdenes instrucciones, sugerencias e informaciones
 - c) el intento de motivar y comprometer a los integrantes con sus actividades
 - d) el seguimiento y control de los resultados corrige el diseño de estructura para actualizarlo a las
- La organización fue protagonista y testigo de un cambio.

J. Etkin (1996) explica el cambio basado en "la dialéctica del suceso y la estructura", es decir el juego de oposiciones entre lo inesperado y la tendencia a la negación o incomprensión (seguir como si nada hubiera pasado). Un juego de final abierto que no puede predecirse." (5)

A veces se aborda el cambio como una entelequia. Cambio en definitiva es estar mejor. Posicionarse mejor interna y externamente como organización. En el plano estricto de la organización la misma salió fortalecida, entendiendo que "La organización se afirma en el tiempo cuando desarrolla valores que cohesionan a sus miembros, más allá de sus normas y del diseño racional de las actividades"-P. Selznick (1957)- (5)

Por último se deja abierta la posibilidad de generar nuevas acciones creativas que estimamos a priori también serán muy difíciles de mensurar individualmente.

9. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

Se referirán considerando los tres ámbitos desarrollados previamente.

9.1 Del Ámbito en General:

Todo hecho que atente contra la convivencia atentará contra la democracia. Se debe estar alerta y persuadido de ello, ya que las incertidumbres y recelos resienten a la sociedad toda, enfrentándola y minándola en su base.

Se ha dicho que: "Reconociendo la diversidad de los procesos nacionales, se puede identificar en las propuestas de reforma el propósito general de mejorar el nivel de salud de toda la población. Ellas parten de una serie de principios fundamentales como la equidad, calidad de la atención, eficiencia, sostenibilidad y participación social".(24)

Desde esta perspectiva y en función del caso considerado estamos autorizados a decir que situaciones traumáticas como la expuesta comprometen la serie de principios estipulados como fundamentales en la cita de referencia.

Es por ello que reafirmamos una vez más la necesidad ineludible de los dirigentes de asumirlo como uno de los desafíos a enfrentar, resaltando a la "participación social" como un derecho del ciudadano y una de las metas que hacen a la tarea de la administración de la salud en ese sentido y como pilar de fortaleza para proponer acciones de contención a la violencia.

Los estamentos superiores también deben estar atentos a las acciones como las descritas, ya que como demostramos involucran directa e indirectamente a los derechos constitucionales implicados.

9.2 Del Ámbito Específico:

"La gestión del hospital público deberá responder a un paradigma nuevo, complejo e integrado de gerencia pública, en el cual las variables de racionalidad política y los raciocinios técnicos y administrativos son elementos centrales que se complementan mutuamente y conforman la nueva racionalidad gerencial". (31)

Si gerenciar es administrar responsablemente y con autoridad, e implica decidir, en este caso se debe estar más atento aún a cumplir con sus responsabilidades, ya que si el fin último de estas empresas es dar salud a la población demandante en este caso mayoritariamente carenciada, si las medidas son inadecuadas o a destiempo pueden profundizarse aún más sus carencias.

No es a través del aislamiento o la represión que se mejoran situaciones como las expuestas sino abriendo las instituciones a la comunidad y esto está dentro de la responsabilidad de los gerentes que deberán fijar las políticas adecuadas involucrando a todos los actores y recurriendo a aquellas organizaciones formales que puedan tener implicancias en el tema a desarrollar.

En este caso ya destacamos especialmente a los Foros de Seguridad y a los facilitadores.

Es de destacar que la índole transversal de la problemática comprometía distintos aspectos y responsabilidades institucionales, generó además beneficios agregados a la comunidad en lo que hace a las responsabilidades municipales, tales como mencionáramos, de normalización de la recolección de la basura, retiro de los vehículos abandonados, pavimentación de la Avenida, colocación de luminarias en la vía pública, ordenamiento en la detención del transporte público de pasajeros, y un mecanismo ágil y directo de los reclamos vecinales al poder público, etc.

9.3 De la Organización propiamente dicha:

La factibilidad de las acciones propuestas es viable para cualquier hospital, con las adecuaciones propias de cada organización y su entorno.

El que esté dispuesto a gerenciar debe estar alerta a la detección precoz de los conflictos y ser lo suficientemente creativo para abordar aquellas situaciones inéditas que surjan en las organizaciones. Si la incidencia de los hechos, previstos o no como habituales llega a generar zozobras peligrará el “quiénes somos, qué hacemos y hacia donde vamos”, esencia de la MISIÓN, impidiendo establecer una dirección a largo plazo y perdiendo el rumbo en el camino fijado para delimitar la posición empresarial deseada.

El que esté dispuesto a gerenciar debe estar alerta a la detección precoz de los conflictos y ser lo suficientemente creativo para abordar situaciones inéditas para la propia u otras organizaciones.

No se puede ser un simple observador de las crisis; el dirigente sólo podrá encaminar una política activa en la medida que se compenetre y las comprenda.

De no ser así no sólo verá comprometido su liderazgo sino además puede llevar a la organización a su fracaso.

Si se entiende a “las organizaciones como un espacio donde desarrollan sus capacidades”(5), y no se logra las condiciones para que ello se cumpla la organización pierde su razón de ser.

Toda crisis le compete a la dirigencia, aún aquellas atribuibles al entorno, porque de última, la organización la procesará como pueda, modificándose y llegando a un nuevo equilibrio, por supuesto transitorio en su evolución.

De ahí en más la organización no será la misma. Si se capitaliza la experiencia la empresa saldrá fortalecida para los nuevos desafíos que surjan, entendiendo que el crecimiento de una empresa es un proceso cíclico.

Por otra parte, la expectativa y la responsabilidad ineludible actual es incluir a las organizaciones como ésta, en un plan de calidad que aspire a la mejora continua.

“La gestión de calidad trasciende la noción elemental de calidad como atributo del producto y también influye en la evaluación de la calidad, abarca la satisfacción de los empelados, el funcionamiento gerencial, la proyección hacia el futuro”. (34)

Indudablemente este concepto se encontraba ampliamente desvirtuado en el caso en cuestión y además no podría desarrollarse en el ambiente de incertidumbre y desconfianzas que se había creado. Imposible pensar en una mejora continua en dichas condiciones.

Esto hubiera hecho también perder la identidad y complicado la creencia y valores de una organización, es decir, nada menos que su cultura.

Cabría intentar evaluar también el resentimiento en la prestación de salud como generador de eventuales secuelas y demoras en los tratamientos e incremento de los costos sociales en función de los gastos de desplazamiento de los pacientes no atendidos y la pérdida de los días laborales de los mismos.

Ha quedado claramente evidenciada la utilidad de recurrir a todos los actores involucrados.

Se supone que en una organización viable existen individuos o grupos que saben identificar las capacidades. En este caso no se contaba con capacidades específicas, así que la dirigencia optó por aquéllos agentes más comprometidos, con más sensibilidad social y acostumbrados a ser referentes en la comunidad.

Se buscó conformar grupos piloto, tanto en la población hospitalaria como en la extrahospitalaria constituidos como una red informal de personas, sin tomar en cuenta autoridad jerárquica alguna, pero con influencia basada en su prestigio y su dedicación, con inquietudes sobre problemas prácticos y dispuestos a experimentar.

Se tomó la iniciativa inspirada en el aprendizaje buscando nuevos proyectos e iniciativas, evaluando éxitos, equivocaciones y resultados.

Se dice que el método de ensayo y error en la praxis de la gerencia no es reflexivo ni congruente con la idea de la organización viable. En el caso expuesto esta regla no se cumplió, ya que no hubo otra posibilidad de acción, lo cual revela que en dicha praxis la plasticidad y creatividad de los dirigentes es un valor agregado a su liderazgo, y debe ser promovida además a los restantes miembros de la organización.

Se insistió en crear un compromiso a través de la participación y la acción, y atraer a otras personas que compartían los valores y aspiraciones similares.

En este caso el norte de mejorar la inserción y participación de la comunidad en las acciones y beneficios que brinda el Hospital como integrante activo y pleno de la comunidad careciente fue respetado y mantenido a largo de las distintas Direcciones.

La constitución de estos espacios multisectoriales debe estar bien delimitada para que no se diluya su accionar, tal como se viera reflejado en las alternativas de abarcar en algún momento problemáticas afines como la de los recolectores informales de materiales reciclables ("cartoneros").

Su accionar debe estar bien definido ya desde su denominación, tal como fue resuelto tras largas consideraciones acerca del tema.

El concepto cabal de esta propuesta lo dió la creación de la "Comisión Interforal de la Avenida Constituyentes" que permitió:

- definir el ámbito de acción para concentrar el esfuerzo
- aventar sospechas de intereses espurios, y quitarle toda connotación político partidaria o de intereses personales o grupales ajenos al motivo de reunión.
- aclarar el accionar a aquéllos que no participaban y tal vez estuvieran dispuestos a hacerlo
- transmitir el concepto de una red

Es de resaltar además la necesidad de las evaluaciones periódicas para moderar los desvíos que demoran la prosecución de las acciones que llevan al objetivo final, tal como indica la buena práctica en gestión.

A los efectos de no generar ansiedades desmedidas es conveniente proponerse metas de corto plazo. No es necesario que sean ambiciosas y pueden ser temporales para generar confianza a medida que se visualice el progreso.

Las de largo plazo van de la mano de los cambios culturales, de por sí prolongados en el tiempo.

Las acciones emprendidas en general y la expuesta en particular requieren de un control permanente y adecuaciones sucesivas.

Prueba de ello es el reflejo en los indicadores de los meses estivales, donde a consecuencia de un resentimiento en la continuidad del seguimiento, llevó al recrudecimiento de las acciones.

Los objetivos deben replantearse permanentemente y acotarse en su pretensión ya que las múltiples facetas que pueden surgir en su búsqueda pueden terminar desvirtuándolos.

Se debe estar atentos además a la obtención de realizaciones inesperadas, muchas de ellas no previstas y que pueden pasar desapercibidas si no se está alertado.

Así también la aparición de nuevos actores, sobre todo cuando las medidas se realizan en el camino adecuado y comienzan a observarse atisbos de buenos resultados, estos pueden responder a intereses disímiles al objetivo buscado deslegitimando todas las acciones previas tomadas.

"No se puede concretar ninguna transformación, en ninguna de las dimensiones del sistema de servicios, sin considerar el papel fundamental que juega el personal. Este actor es indispensable para el logro de la calidad y la eficiencia de la atención así como para, en una perspectiva política, asegurar la sostenibilidad de los cambios que impulsan las reformas."(33)

En las reformas propuestas para los sistemas de salud se le da énfasis a cuatro áreas que se consideran problemáticas: 1) la calidad del empleo y de los regímenes laborales, 2) la productividad del trabajo y la calidad de los servicios, 3) la gobernabilidad y la conflictividad sectorial y 4) la formación y la capacitación de los recursos humanos. (24)

La organización no solo es diseño y proyecto, es también proceso.

No se puede estar empeñado en la reforma del sector si la violencia la desestructura y desestabiliza.

De hecho se resienten directa o indirectamente las tres primeras áreas definidas más arriba.

Se agrega un hecho más a la conflictividad natural de las organizaciones y a la desmotivación del personal.

Este concepto se refuerza aún más recurriendo a la teoría de Maslow o a "la teoría de los dos tipos de factores" de Herzberg donde en los definidos como "factores extrínsecos" se caracteriza el contexto en el que se lleva a cabo el trabajo considerando entre otros la seguridad del empleo y de las condiciones de trabajo.

En otro orden de cosas se dirá que se debe aprovechar además estas situaciones para detectar fallas en el sistema y mejorar nuestros tableros de mando.

Insistir exclusivamente en medidas cuantitativas, sin aplicar otros medios de evaluación y observación, entorpecen la comprensión que la gente tiene de las formas cómo se desarrollan los procesos.

Cuando los negocios se atienen exclusivamente a medidas cuantitativas, sin aplicar otros medios de evaluación y observación, fracturan la natural comprensión que la gente tiene de las maneras como funcionan los procesos.

En este caso se determinó generar un archivo diario de las consultas por especialidades que se registraba mensualmente y sólo por servicios básicos.

La lectura obligada y el aprendizaje del tema llevaron también a la gerencia a replantear las evaluaciones estadísticas extraídas de las historias clínicas de los consultorios externos, de la internación y de los libros de la Guardia.

La falta de discriminación en el registro en cuanto a la causa inicial de consultas o ingresos motivadas por la violencia motiva una insuficiente información para una eventual evaluación futura acerca de diagnósticos clínicos y sociales y de secuelas a afrontar, o estudios económicos que puedan interesar.

En cuanto a los indicadores económicos más comunes en la consideración del impacto de la violencia, se toman las tasas de morbilidad y mortalidad, años de vida potenciales perdidos por esta causa, porcentaje de mortalidad atribuible a causas externas, camas y días de estadía hospitalaria de las víctimas y costos en insumos o globales de atención.

Incluso hoy, con menor incidencia, algunos autores hablan de ponderar la disminución en la calidad de vida de los afectados directa o indirectamente, pero nadie habla del resentimiento agregado en estos indicadores cuando la violencia física ejercida en el acceso al hospital imposibilita la prestación al paciente en tiempo y forma, influyendo negativamente en el costo- efectividad de la misma.

Haciendo referencia a otro tipo de consideraciones acerca del tema se quiere marcar como un hito el mes de octubre de 1985 fecha en que el cirujano general Everett Koop señaló un nuevo enfoque en el tratamiento de la prevención de la violencia a través de la convocatoria a su "Taller sobre Violencia Y Salud Pública". (16)

Se sabe que países con problemas de violencia mucho más profundos y graves como Brasil y Colombia, han seguido esta línea y tomaron la determinación de abordarlos a través de la Salud Pública por estimar que es ésta la vía más adecuada para avanzar en su contención y resolución.

La mayoría de las recomendaciones sugeridas por tal encuadre son las mismas que surgen del caso en cuestión, tales como a) "adoptar un enfoque de aprender-sobre-la-marcha, b) enfatizar la acción coordinada, c) intervenir tempranamente y d) trabajar con la comunidad". (16)

Debido a las circunstancias globales y las sociales propias de nuestro país, el tratamiento de la violencia extrainstitucional en el acceso a la prestación de la salud como factor perturbador del cliente externo e interno deberá ser tomado en cuenta como política sanitaria general y de las organizaciones de salud en particular, donde además de las responsabilidades sanitarias específicas a cumplir se estará contribuyendo al fortalecimiento cívico de la sociedad.

10. Bibliografía

Referencias de libros

- 1) - BLEJMAR, Bernardo; ELIZALDE HEVIA, Antonio; KOSACOFF, Bernardo; KUPFERSCHMIDT, Mario; OSZLAK, Oscar; RATTNER, Enrique; SABSAY, Daniel A. 2003."Liderazgo y desarrollo sustentable". 1ª Edición. Editorial Manantial
- 2) - CARDARELLI, Graciela; ROSENFELD, Mónica.2001. "Las participaciones de la pobreza"- Colección Tramas Sociales. 1ª Edición -Editorial Piados.
- 3) - DRUCKER, Peter- Junio 1999. "El Ejecutivo Eficaz"- 1ª Edición pocket. Editorial Sudamericana .
- 4) - ETKIN, Jorge.2000."Política, gobierno y gerencia de las organizaciones". 1ª Edición. Prentice Hall Hispanoamericana S.A.
- 5) - ETKIN, Jorge. 2003."Gestión de la complejidad en las organizaciones" -1ª Edición. Oxford University Press-
- 6) - MINTZBERG, Henry; QUINN, James Brian. 1993. "El Proceso Estratégico: conceptos, contextos y casos". 2ª Edición. Prentice Hall Hispanoamericana S.A
- 7) - NISKANEN, William A. 1971.- "Bureaucracy and Representative Government". Chicago. Aldine.
- 8) - OSBORNE, David; GAEBLER; Ted. 1995. "La reinención del gobierno". La influencia del espíritu empresarial en el sector público. 1ª Reimpresión de 1ª Edición (1994). Ediciones Piados.
- 9) - SCHVARSTEIN, Leonardo.2000. "Psicología Social de las Organizaciones"- Nuevos Aportes- 4ª Reimpresión de primera Edición (1991). Ediciones Piados.
- 10) - ZENGE, Peter; KLEINER, Art; ROBERTS, Charlotte; ROSS, Richard, ROTH, George; SMITH, Bryan.2000." La Danza del Cambio". 1ª Edición. Grupo Editorial Norma S.A.

Artículos en revistas

- 11) - AGUDELO, Saúl Franco. 1997. "Violence and health in Colombia". Revista Panamericana de Salud Pública 2(3): 170-180
- 12) - BENSON, Bruce; KIM, Iljoong and RASMUSSEN, David. 1994. "Estimating deterrence effects: a public choice perspectiva on the economics of crime literature". Southern Economic Journal. Vol. 61, number 1. July.
- 13) - DESLANDES, Suely F; DE SOUZA, Edinílsa Ramos.2001." La construcción social del registro de morbilidad hospitalaria por violencia"- Cuadernos Médico Sociales. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS) Asociación Médica de Rosario- Argentina-Nº 80: 107-118, noviembre

- 14) - JOLLY, Paul y Gerbaud, Y.1992.- The Hospital of Tomorrow "El Hospital del Futuro"- Strengthening of Health Services. Trabajo Nº 5.Geneva; World Health Organization; 55 p. (Current Concerns. SHS Paper,5)
- 15) - MCALISTER, Alfred Ph.D. 2000 "La violencia Juvenil en las Américas" – Estudios Innovadores de Investigación, Diagnóstico y Prevención. Washinton D.C.Organización Panamericana de la Salud .72 pág., marzo
- 16) - MERCY, James A.; ROSENBERG, Mark L.; POWELL, Kenneth E.; BROOME, Claire V.; ROPER, William L. 1993- "Políticas de Salud Pública para la prevención de la violencia"- Health Affairs 12(4): 7-29, invierno
- 17) - MINAYO, María Cecilia de Souza (coordinadora). 1990. "Bibliografía comentada de produção científica brasileira sobre violência e saúde".Centro Latinoamericano de Estudios Sobre violência e Saúde – (CLAVES)
- 18) - MINAYO, María Cecilia de Souza, de SOUZA Edinilsa Ramose.1993. "Violencia para todos". Cadernos de Saúde Pública, 9; 1:65-78
- 19) - PEREZ BORDENAVE, Beatriz y VARGAS, Néida Gladis.2000. "La violencia en el siglo XX". Vuelo 21.- AÑO 3. Nº 10:12-13, abril -

Publicaciones en formato electrónico

- 20) - TOBAR, Federico.2001. "Economía del Delito y la Violencia en Argentina"- - Instituto Internacional de Gobernabilidad – Biblioteca de ideas. Octubre 2

Referencias a trabajos publicados en memorias o actas de congresos, simposios, conferencias y otras reuniones similares

- 21) - AGUDELO, Saúl Franco. 1992. "La violencia y la Promoción de la Salud" Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fé de Bogotá- Colombia. pág 105-111. Noviembre.
- 22) - CINÍCOLA, Graciela y DOMÍNGUEZ, Guillermo. 1994."La conceptualización y sistematización del funcionamiento de la Comisión Asesora del Consejo de Administración del Hospital General Manuel Belgrano". Primer Encuentro Nacional de Hospitales. ISALUD. Buenos Aires
- 23) - CINÍCOLA, Graciela y DOMÍNGUEZ, Guillermo. 1996. "La experiencia de la Comisión Asesora en el escenario del hospital descentralizado, como herramienta de organización institucional". Segundo Encuentro Nacional de Hospitales "El hospital en la reforma". Hospital Garrahan. Buenos Aires. 10 y 11 de octubre.

24) - CONCHA EASTMAN, Alberto MD, MSc. 1998: "La inseguridad y la violencia: viejos problemas, nuevos retos e iniciativas". Buenos Aires. Asociación de Bancos de Argentina- Convención Nacional de Bancos- Panel: La Seguridad en los grandes centros urbanos.Mayo19

25) - PINCOCK, J. Gordon.1991.. "New Technologies- Hospital Planning"- IIº Congreso Latino Americano. Buenos Aires Sept. 25,26 y 27

Trabajos Premiados

26) - CERRO, Ana María y MELONI, Osvaldo. 1999. "Análisis económico de las políticas de Prevención y Represión del Delito en la Argentina"- Fundación Arcor. Ediciones Eudecor- PREMIO Fulvio Salvador Pagani

27) - CINÍCOLA, Graciela y DOMÍNGUEZ, Guillermo. 1995. "Organización de la demanda comunitaria y de la oferta de servicios". Primer Premio Nacional a la Innovación Social. CENOC (Centro Nacional de las Organizaciones Comunitarias)

Tesis

28) - SKABA, Márcia Marília Vargas Fróes.1997. "O vício da adrenalina: etnografia da violencia num hospital da emergencia"- Río de Janeiro. Tesis presentada en Escola Nacional de Saúde Pública para obtención del grado de Mestre,s.n.135 páginas

Documentos de Autor Corporativo

29) - COMISIÓN DE ESTUDIOS SOBRE LA VIOLENCIA-1989. "Colombia: Violencia y democracia" – Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Santa Fe de Bogotá.; Universidad Nacional de Colombia. Tecnología Francisco José de Caldas.

30) - FIEL.1996. "La Reforma del Poder Judicial en la Argentina". Editorial MANANTIAL

31) - Organización Panamericana de la Salud 2001 "La Transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe". Washington D.C.

32) - Organización Panamericana de la Salud. "La Transformación de los Hospitales en América Latina".

33) - Organización Panamericana de la Salud - "Programa de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud". Washington D.C., pág.8

Documentos inéditos

34) - CHUMBITA, Hugo H. s/f. "Evaluación de la Gestión pública".-Instituto Nacional de la Administración Publica. Buenos Aires. 39 pág.