

1998

Fil: Valentini, Jorge Omar. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Secretaría de Posgrado; Argentina

Evaluación del impacto de la descentralización en el personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli

Valentini, Jorge Omar

Valentini, Jorge Omar

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/389>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

MAESTRIA EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD

TESIS

Evaluación del Impacto de la Descentralización
en el personal del Hospital Neuropsiquiátrico

D^r. Taraborelli



Médico JORGE O. VALENTINI

Febrero 1998

TITULO DEL PROYECTO:

Evaluación del Impacto de la Descentralización en el personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli.

Méd. Jorge Omar Valentini.

Universidad Nacional de Mar del Plata.

Facultad de Ciencias de la Salud.

TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MAGISTER EN GESTION
DE SERVICIOS DE SALUD.

1997.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario 1700.	Signatura top 1700.0000 1700
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

Resolución Rectoral. Autorización de la Maestría.



BUENOS AIRES, 31 OCT 1995

VISTO el expediente N° 13.907/95 del registro de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA, por el cual la mencionada Universidad, solicita el otorgamiento de validez nacional para el grado académico de MAGISTER EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD, de acuerdo con la Ordenanza del H.C.Superior N°1492/95, y

CONSIDERANDO:

Que los Organismos Técnicos de este Ministerio han dictaminado favorablemente.

Que de acuerdo con lo establecido por los artículos 41 y 42 de la Ley N° 24521, y por los incisos 8, 10 y 11 del artículo 21 de la Ley de Ministerios -t.o.1992, es atribución del Ministerio de Cultura y Educación entender en la coordinación del sistema universitario y en el reconocimiento oficial de la validez nacional de estudios y títulos y en la habilitación de títulos profesionales con validez nacional.

Por ello, y atento a lo aconsejado por la SECRETARIA DE POLITICAS UNIVERSITARIAS,

EL MINISTRO DE CULTURA Y EDUCACION

RESUELVE:

ARTICULO 1º.- Reconocer oficialmente y otorgar validez nacional al grado académico de MAGISTER EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD, que expide la UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA, cuyo plan de estudios que consta como Anexo de la presente Resolución, prevé una duración de DOS (2)

Vertical stamp on the left margin

Handwritten signatures and initials

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL COMPORTAMIENTO	
DIVISION DESPACHO	
ENTRÓ	SALIO
15 DIC. 1995	

Handwritten text: "Pose a Dpto. Secretarías y Consejo Directivo"



Ministerio de Cultura y Educación

años, con una asignación horaria de MIL DOSCIENTAS NOVENTA Y DOS (1.292) horas.

ARTICULO 2º.- Regístrese, comuníquese y archívese.

Handwritten initials

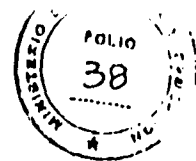
Handwritten signatures and initials

Handwritten signature of Jorge Alberto Román

JORGE ALBERTO ROMÁN
MINISTRO DE CULTURA Y EDUCACIÓN



RESOLUCION EP 820, -



Ministerio de Cultura y Educación

ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
GRADO ACADÉMICO: MAGISTER EN GERENCIA Y ESTRATEGIAS EN SALUD

PLAN DE ESTUDIOS

MODULO	ASIGNATURAS	CARGA HORARIA TOTAL
01	Teoría del Estado y Realidad Sanitaria Argentina	24
02	Economía y Salud	24
03	Previsión Social	24
04	Metodología de la Investigación I	24
05	El Gerenciamiento en Salud	24
06	Epidemiología y Salud	48
07	Administración y Gestión	24
08	Metodología de la Investigación II	24
09	La Gerencia, Sus Características	24
10	Estadística I	24
11	Estadística II	24
12	Estadística III	24
13	Metodología de la Investigación III	24
14	La Organización Administrativa	24
15	La Planificación como Herramienta Gerencial	24
16	Planificación y Programación	24
17	Metodología de la Investigación IV	24
18	La Organización de la Atención de Salud	24
19	La Organización de la Atención Médica	24
20	La Gerencia y el Factor Humano en la Organización	24
21	Administración de Personal y la Gerencia	24
22	Metodología de la Investigación V	24
23	La Comunicación Organizacional	24
24	Las Comunicaciones Gerenciales	24



Ministerio de Cultura y Educación

25	Organización Gerencial	24
26	Aptitudes Gerenciales: La Decisión Efectiva	24
27	Metodología de la Investigación VI	24
28	Aptitudes Gerenciales: Controles, Control y Administración	24
29	La Dirección: Tareas	24
30	Metodología de la Investigación VII	24
31	Metodología de la Investigación VIII	24
33	Presentación y Defensa Oral del trabajo de Investigación	24

OTROS REQUISITOS:

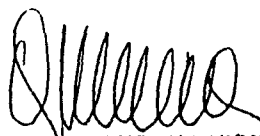
- Trabajos de campo: Se prevén un total de quince, cuya asignación horaria demandará 500 horas.

- Tesis Final: 300 horas.

CARGA HORARIA TOTAL: 1.292 horas.

El Consejo Directivo -Plenario-, de fecha 11 de diciembre de 1995, toma conocimiento.

DIRECCION: 11-12-95.-


LIC. GRISELDA SUSANA VICENS
DIRECTORA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD - P-07A - CAPUTABICERTO

Director de Tesis: Dr. Luis César Abed.

Médico.

Magister en Gerencia y Administración de Servicios de Salud.

INDICE

Primera Parte: Componentes Introdutorios.

Portada.....	1
Universidad y Facultad donde se desarrolló la Maestría.....	2
Resolución Ministerial de la Maestría.....	3
Director de Tesis.....	4
Indice.....	5-7
Lista de Tablas y Cuadros.....	8
Agradecimientos.....	9
Resumen.....	10-12

Segunda Parte: Componentes Principales.

Introducción.....	13-14
Objetivos generales y particulares.....	14
Marco Teórico.....	15-83
Capítulo 1. Aspectos históricos de los hospitales.....	15- 36
Capítulo 2. Evolución de las instituciones de salud en Argentina hacia la descentralización actual.....	37 -39
Capítulo 3. La descentralización.....	40 - 59.
Capítulo 4. Actitudes del Personal del Hospital.....	60 - 83
5. Metodología.....	84 - 87.
6.-Resultados.....	88 - 103
Discusión.....	104 - 107.

Conclusión.....108 - 111.

Tercera Parte: Componentes Principales.

Bibliografía..... 112 - 116

Anexos..... 117 -

Anexo 1. Ley 11072 de descentralización de hospitales.

Anexo 2. Decreto 578/93. Hospitales de Autogestión.

Anexo 3. Escala de Actitudes del personal frente a la descentralización hospitalaria.

Anexo 4. Gráficos.

Lista de Cuadros.

Cuadros.

Cuadro N° 1. Funciones a centralizarse y descentralizarse.

Cuadro N° 2. Factores intervinientes en el proceso de influencia.

Lista de Tablas.

Tabla I. Actitudes frente a la descentralización según cargo jerárquico y no jerárquico en personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Período 12-96 al 02-97.

Tabla II. Actitudes frente a la descentralización según edad del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Período 12-96 al 02-97.

Tabla III. Actitudes frente a la descentralización según sexo del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Período 12-96 al 02-97.

Tabla IV. Actitudes frente a la descentralización según profesión del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Período 12-96 al 02-97.

Tabla V. Actitudes frente a la descentralización según estado civil del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Período 12-96 al 02-97.

Tabla VI. Actitudes frente a la descentralización según experiencias laborales previas del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Período 12-96 al 02-97.

Tabla VII. Actitudes frente a la descentralización según nivel educativo del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Período 12-96 al 02-97.

Agradecimientos

En primer término necesito dar cuenta de la valiosa colaboración que han prestado diferentes docentes de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud, muy especialmente el Dr. Luis César Abed, quien ha dirigido este trabajo de tesis y la Dra. Nidia Fernández quien realizó valiosas sugerencias sobre el diseño de esta investigación

A mis compañeras de estudio, las Lic. María Claudia Armesto y Silvia Pérez Véliz, con quienes hemos compartido largas tardes de lecturas, proyectos y sueños, debo agradecer fundamentalmente la contención y el empuje que siempre me han brindado.

Agradezco la colaboración de todo el personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, quienes a pesar de ser el Director de la Región Sanitaria VIII, desinteresadamente prestaron la institución para la realización de este trabajo, por cuanto doy gracias a la Directora Ejecutiva Dra. Graciela Adamoli, al Director Asociado Lic. Justo Pérez, y a todos los que anónimamente fueron unidades de observación de este trabajo.

Agradezco también el esfuerzo de mi familia, siendo la tesis de esta Maestría una preocupación compartida por todos mis seres más queridos, sin cuyo apoyo no hubiera llegado hasta aquí. A todos ellos, muchas gracias.

Resumen.

El objetivo general de este trabajo de tesis consiste en evaluar el impacto de la descentralización hospitalaria como proceso político-administrativo y jurídica en el personal de un hospital a partir de la exploración de las actitudes. Para ello se tomó como interrogante de partida o problema de investigación: ¿Qué actitudes se observan en el personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli ante el impacto de la descentralización?

Desde la postura teórica multidimensional adoptada se entienden a las actitudes como disposiciones internas del sujeto frente a ciertos mensajes o estímulos del medio ambiente que lo rodea, que implican procesamiento de la información y tres componentes o dimensiones básicas de las actitudes: componente cognitivo, componente afectivo y componente conativo o comportamental.

Se diseñó y ajustó según una prueba piloto una escala de Osgood para evaluar las actitudes del personal frente a la descentralización. Los datos obtenidos mediante este instrumento fueron tratados mediante análisis de correlaciones y factorial. Se confirmaron las dimensiones de las actitudes y se advirtió la existencia de dos factores subyacentes al cambio actitudinal e impacto de la descentralización, ellos son la apertura organizacional y el comportamiento organizacional. Se entiende que el cambio organizacional no puede generarse de manera efectiva si no existe un cambio actitudinal a partir de una comunicación persuasiva, donde los efectores es el personal jerárquico y los receptores activos y procesadores de la información son los subordinados. Se plantean numerosos interrogantes teóricos, metodológicos y posibles hipótesis para continuar desarrollando esta línea de investigación en

instituciones hospitalarias.

Palabras Claves:

Descentralización-Actitudes-Cambios-Impacto-Modelo de gestión.

Abstract.

The main aim of this piece of work of thesis consists in evaluating the impact of hospital decentralization as a political-administrative and legal process in the hospital staff through a study of their attitudes.

As a starting point or matter of research these is a question to be taken into account: Which Psychiatric Hospital staff facing the impact of decentralization?

From the adopted multi-dimensional theoretical point of view, attitudes are considered to be internal reactions of an individual facing certain messages or stimuli of his environment, which involve data processing and three components or basic dimensions of attitudes: cognitive component, affective component and behavioral component.

An Osgood scale was designed and adapted according to a pilot project in order to appraise the staff's attitudes facing decentralization. The data recorded in this way was tested by means of correlative and factual analysis. The dimensions of attitudes were confirmed and it was observed the existence of two conditions resulting from the attitude change and the impact of decentralization, which are organizational opening and organizational behaviors. It is assumed that the organizational change can not be carried out properly unless there is an attitude change coming from a persuasive communication in which the markers should be the

hierarchical staff and the active receivers and data processors should be the subordinates.

Several theoretical and methodological questions and probable hypothesis arise when one tries to develop the research line in hospital institutions.

Key words: decentralization- attitudes- changes- impact- management pattern.

Introducción.

El objetivo de esta investigación consiste en explorar y describir el impacto que produce en el Hospital Subzonal Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli la descentralización, en tanto proceso político-administrativo que implica mayor participación del personal, de la comunidad y también que puede provocar, este último a modo de hipótesis, cierta resistencia resultante de la fractura que se produce en los procesos de gestión, en los que ha predominado el enfoque de pensamiento administrativo burocrático.

Se busca describir las reacciones que se produce en los efectores de servicios de salud ante este cambio, que implica un anclaje en el basamento de un paradigma nuevo, donde prima la participación en desmedro de un paradigma perimido donde prevalecía la pasividad de los miembros de la organización y también de la comunidad.

Entre los fundamentos que determinan el interés en esta investigación se encuentran necesidades detectadas en la práctica sanitaria cotidiana, considerando la más relevante en la actualidad la necesidad de contextualizar el proceso de descentralización en el mundo, en el país y en la Región Sanitaria VIII, de modo que se pueda ubicar este proceso de cambio, ya que el mismo es parte de una realidad más amplia y no surge en el vacío, sino en medio de un escenario múltiple, donde hay variables de índole político, económico, social y cultural que inciden sobre cada fenómeno, proceso y conducta.

El tema propuesto más allá del interés que puede despertar, es parte del quehacer cotidiano en los hospitales, lo que motiva su investigación. El proceso de

descentralización es considerado un proceso político, administrativo, jurídico, que despierta incertidumbre y con ella inseguridad, por lo tanto son importantes las opiniones que los recursos humanos en salud pueden emitir acerca del mismo, ya que son esos recursos humanos los que construyen el hospital día a día.

Objetivos.

1.-Objetivo Principal.

El objetivo principal consiste en evaluar el impacto en las actitudes del personal de la descentralización hospitalaria como proceso político-administrativo y jurídico.

2.-Objetivos Secundarios.

a.- Comparar las actitudes del personal del hospital frente al cambio producido por la descentralización según variables atributivas tales como sexo, edad, cargo-jerarquía que ocupa, profesión, estado civil, experiencias laborales anteriores y nivel educativo.

b.- Evaluar las actitudes negativas, positivas y ambiguas del personal del hospital frente a la descentralización en relación al servicio donde desempeña funciones.

c.- Determinar los factores subyacentes a la variable actitud frente al cambio organizacional producido por la descentralización hospitalaria.

Marco Teórico

Esta investigación tiene por objetivo principal la evaluación de las actitudes del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, (1996-1997) frente a la descentralización en tanto proceso administrativo. A tales efectos se considera una variable, de naturaleza psicosocial, la que se denomina *actitudes frente al cambio* y una serie de variables de tipo demográficas o atributivas, tales como el sexo, edad, profesión, esta última especialmente en el marco de las luchas de poder que generan las diferencias disciplinarias.

El problema de investigación formulado es: ¿cómo se comporta el personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli (1996-1997) frente al cambio político-administrativo generado por la descentralización hospitalaria?

Este interrogante se contextualiza en el marco de los cambios en materia de gestión generados en los últimos años, e impartidos por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; de esta manera el manejo administrativo y de recursos humanos requiere de un nuevo modelo de gestión que resulte estratégico en la medida que permita lograr una mayor integración del personal y genere un ambiente propicio para la innovación, donde se priorice la participación de los diferentes grupos humanos que integran esa institución. Lo anterior se basa en la convicción de que el cambio para ser efectivo no sólo necesita de directivas o normas, sino de una toma de conciencia del personal ante los nuevos manejos institucionales, lo que redundará en un mayor compromiso del personal respecto a cada una de las nuevas acciones implementadas como producto de un acción colectiva de todos los actores

intervinientes. De esta manera, cada miembro del hospital hace del cambio organizacional un logro y también un fracaso propio, lo que redundará en un incremento de la responsabilidad y una reducción del conformismo al servicio de actitudes positivas o innovadoras.

Al respecto, las actitudes positivas serán aquellos comportamientos que favorezcan el cambio organizacional; las actitudes negativas serán aquellos comportamientos que se opongan a todo cambio organizacional; las actitudes ambiguas serán aquellas que se manifiesten proclives a cambiar algunos aspectos, pero el mensaje verbal si bien habla de un cambio, a nivel de la acción propicia o favorece un “no cambio”. Dicha ambigüedad desde la opinión personal puede sustentarse en una falta de información del personal frente a esas nuevas directivas y sus fundamentos, que generan espacios o zonas de incertidumbre en el espacio social-relacional que constituye la institución hospitalaria; esos espacios de incertidumbre, son cubiertos por la fantasía y mitos de los actores, como construcciones grupales y por ende, compartidas.

Esas construcciones sociales condicionan el comportamiento del personal, tomando actitudes variables, de esta manera tal como lo indica Schlemenson ⁽¹⁾ toda institución se constituye como espacio social y eso marca un proceso de evolución que implica etapas, donde la revolución más o menos organizada, es sinónimo de crisis, y como tal, esto significa posibilidad de cambio o progreso, como también puede conducir a la destrucción de la institución por una cuestión de falta de adaptación a las demandas de un medio social que sobrepasa su capacidad de

⁽¹⁾ Schlemenson, P. La perspectiva ética en el análisis organizacional. Buenos Aires: Paidós. Cap. 7.

reestructuración . Esos momentos de cambio concebidos como momentos de cambio o transformación se relacionan directamente con procesos de desarrollo organizacional de acuerdo a Boss ⁽²⁾ . En este marco conceptual, la descentralización se puede entender como un estímulo o factor desestructurante de la organización y que por lógica generará diferentes comportamientos, según el proceso de interpretación de la situación de cada miembro del personal, pero necesariamente no puede dejar de ser observada esta situación en el marco de un proceso de desarrollo organizacional incipiente.

Para entender los procesos de cambio organizacional y las actitudes se debe comenzar por definir al hospital como una institución “en cambio”, en este marco, el problema básico que siempre ha sido materia de discusión entre políticos y personal de salud, es la necesidad de disponer de hospitales adecuados, demanda que constituye un verdadero recurso para la comunidad que en ellos se atiende.

El hospital se define como un lugar donde los miembros de la comunidad pueden obtener servicios destinados a devolverles la salud, pero también entre sus objetivos principales se encuentra la prevención, especialmente si se trata de instituciones de salud mental que como la estudiada aquí se ocupa de la promoción y la prevención en sus tres niveles, primaria, secundaria y terciaria. Dentro de la perspectiva renovada de atacar los problemas en salud mental, la promoción y prevención, entendidas como la suma de acciones encaminada al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva, al diagnóstico precoz y al tratamiento oportuno, se constituyen en modalidades rectoras para la reformulación

⁽²⁾ Boss Wayne R. Desarrollo organizacional en servicios de salud. Delaware: Addison-Wesley Iberoamericana. 1991. Cap. 1.

de actividades.

Otra de las funciones del hospital es la recuperación, reeducación y rehabilitación de discapacitados. Además, el hospital de nuestros días, es un lugar de docencia, un centro de aprendizaje de futuros profesionales, que determinará la calidad de su formación, y por ende la calidad de las prestaciones, tema éste que aún es materia de debate, ya que no existen estudios profundos sobre la relación entre rendimiento académico y desempeño laboral en materia de acciones de salud.

Este hospital es también un centro de investigación donde se amplían los conocimientos científicos.

Lo señalado anteriormente permite concebir al hospital como una compleja organización, con roles, status, derechos y obligaciones, actitudes, valores y fines, siendo un objeto apropiado para un análisis social y administrativo.

Es cierto que ningún fenómeno social se puede comprender si no se contextualiza, el hospital como organización, es un fenómeno social, por lo tanto para poder hablar de su estructura y de su presente, se debe desarrollar en primera instancia una ubicación del hospital de hoy.

Capítulo I.

Aspectos históricos de los Hospitales.

Los hospitales hunden sus raíces en una tradición de unos mil quinientos años. Esta tradición es el reflejo de un aspecto cultural mucho más amplio, que giran en torno a las maneras que el hombre pensó para cuidar su salud. La palabra hospital deriva del latín hospitalis, relativo a hospites, a huéspedes, debido a que los huéspedes son cualquier persona necesitada de asilo. Estos hospitales en principio, fueron notablemente influidos por las ideas cristianas, incluso el personal de los mismos, estaba dirigido por un capellán o también llamado hospitalero, cuya responsabilidad eran las necesidades espirituales de los pacientes y mantener la disciplina.

En la época del Renacimiento, la valoración del mundo respecto de los hospitales cambió, las motivaciones por las que se prestaban los servicios de salud, las actitudes y creencias se vieron notablemente modificadas, especialmente en los conceptos de salud y enfermedad.

Comenzó una gran crisis en los hospitales, se inició así su decadencia, generándose como consecuencia que los enfermos y pobres quedaran en la calle sin alojamiento, ni medios asistenciales. El sentimiento caritativo fue reemplazado por un sentimiento de ciudadanía, el cual se concretiza en 1601 en la English Poor Law, que es una ley que autorizó a los alcaldes de los pueblos a establecer impuestos para el alivio de los pobres, obligando a trabajar a los pobres que estaban sanos y fundar instituciones de salud. Es notable como al decaer los motivos religiosos en el servicio de la salud también disminuyó la eficacia de las prestaciones en forma casi inmediata,

situación que sólo cambió cuando comenzó a desarrollarse la ciencia y con ella una serie de adelantos que antes no existían.

En 1518 se fundó en Inglaterra el Real Colegio de Médicos, la organización profesional influyó decididamente en la evolución del hospital, pero éste tal como se conoce hoy apareció en 1920. En estos momentos, el médico se unió al personal del hospital como principal agente terapéutico, todavía se consideraban estas instituciones con vistas más amplias que las de cuidar sólo a los enfermos, seguían siendo instituciones generales.

Más tarde aparece el hospital moderno, amparado en sus prácticas por el desarrollo importante de la medicina y disciplinas afines, que facilitaban los diagnósticos y tratamientos de mayor eficacia.

Estos logros de la ciencia médica contribuyeron notablemente al cambio en la imagen o representación social del hospital público. En este momento se amplían los servicios, y con ello el desarrollo de nuevos recursos, que al mismo tiempo demandaban el mantenimiento de altos niveles de asistencia, poco a poco el hospital fue convirtiéndose, especialmente en Estados Unidos, en un centro sanitario de la comunidad, esto implica un cambio en la imagen externa, creciendo el interés de los políticos y voluntarios por el aumento y mejora de las instalaciones y de los servicios de salud prestados.

Esto permite concebir el hospital como parte de la población, de la comunidad, no como una isla solitaria Borja ⁽³⁾, sino que depende de otros grupos y organizaciones para su existencia y desarrollo futuro, donde la descentralización es

⁽³⁾ Borja J. Perdigo J. Palomar Llovet M. Botella M y Castells M. Organización y descentralización municipal. 1a. edición. Buenos Aires: Eudeba, 1987.

importante a nivel del futuro de la organización sanitaria.

Con estos avances, comienza a desarrollarse a partir de 1950 el gran auge de la industria hospitalaria, y ciertos términos propios o típicos de la economía y de la administración, parecen chocar con el humanismo de las instituciones sanitarias, el concepto de empresa, el concepto de recuperación de costos, la eficacia y la productividad son algunos de ellos, que hoy también continúan generando resistencias en los cuadros más antiguos de los diferentes hospitales.

Cambios sociopolíticos y la salud mental hoy.

Actualmente, un análisis histórico-social permite considerar la influencia de los aspectos sociales sobre los perfiles epidemiológicos en materia de salud mental, de esta manera los cambios sociopolíticos mundiales y principalmente aquellos que afectan a las condiciones de vida en América Latina han influido notablemente en salud mental de las poblaciones y han modificado la tendencia epidemiológica, generando nuevas categorías de sufrimiento psíquico. Lo expuesto permite suponer que diferentes entrecruzamientos de variables diversas han generado nuevos perfiles epidemiológicos, coexistiendo enfermedades milenarias con enfermedades nuevas y del subdesarrollo con enfermedades propias de la hipercivilización. A modo de reflexión podría decirse que existirían ciertas patologías mentales y físicas de acuerdo a la clase social de la que se esté hablando, y esto necesariamente merece un análisis integrado, global y concreto de esa realidad social.

A partir de una serie de reuniones en San Pablo en 1994, se identificaron los

principales problemas prevalentes en materia de salud mental en el Cono Sur ⁽⁴⁾ :

- violencia social e institucional.
- debilitamiento y modificaciones en la estructura familiar.
- ansiedad y depresión.
- efectos de la represión política y violaciones a los derechos humanos.
- fragmentación social y desmembramiento de las redes y soportes sociales.
- efectos del descreimiento y la desesperanza.
- sufrimiento psicosocial en niños, jóvenes y adultos.
- abuso de alcohol, drogas y productos farmacéuticos.
- cronificación de personas con enfermedades mentales.
- condiciones de vida y de trabajo insalubres.

Todos estos problemas y el impacto de los nuevos modelos económicos genera condiciones de vida precarias y las familias no pueden afrontar las demandas sociales, esto repercute en la demanda hospitalaria en materia de salud mental.

El pensamiento estratégico aplicado a la visión global del problema como proceso histórico-social, incluye líneas de pensamiento coherentes con los cambios mundiales y que favorezcan la acción y pensamiento sobre la ineficacia hospitalaria para transformarla a partir de la planificación y toma de decisiones principalmente, en eficacia y productividad, con mejores condiciones de trabajo para los agentes de salud.

Por lo tanto, la situación de la salud mental, implica determinaciones

⁽⁴⁾ Malvárez S. Salud Mental y fin de siglo. Aportes para el análisis estratégico. Documento base Proyecto Iberoamericano de Promoción de la Salud Mental y Prevención de Uso Indebido de Drogas, 1996. p. 3.

científico-tecnológicas, administrativas y organizacionales y múltiples articulaciones entre ellas, esto implica formas diferentes de poder, y la necesidad de concentrarse en poder para el cambio de esa situación de salud mental.

El problema es que prevalece la valoración sobre un orden dado que hay que mantener para lograr la homogeneidad del conjunto, es decir una mayoría sumisa y una institución burocrática como resultado, que puede haber sido adecuada para los años '30, pero no para los '90, por lo tanto, el cambio requiere cambio también de actitudes en los agentes de salud.

En este trabajo sólo se toma el cambio político-administrativo amparado en la descentralización y las actitudes generadas frente al mismo, entendiendo el cambio en materia de salud mental y de acuerdo con Malvárez ⁽⁵⁾ como fundamentado en tres razones básicas:

- la mayoría de los padecimientos psíquicos son prevenibles.

- el área de salud mental puede mejorar la calidad de vida y la atención general de la salud.

- los profesionales y técnicos de salud mental tienen capacidad de saber-hacer para el cambio que se necesita.

Argentina fue considerado uno de los países que inició el cambio, amparado en una visión estratégica de la salud mental, y teniendo en cuenta un total de 6000 agentes de salud mental en todas sus jurisdicciones que trabajaron de manera sumamente activa a través de opiniones valiosas para el cambio político-administrativo y asistencial que se necesitaba. Esto último amparado en un contexto

⁽⁵⁾ Op. cit. Malvárez, S. (1996)

nuevo, la democracia del país, a partir de 1983.

Ese cambio estratégico implicó sentar las bases del concepto de salud y de cambio: “Salud: es un proceso histórico, social y esencialmente político resultante de estilos y condiciones de vida de cada pueblo particular y sobre el que influyen múltiples factores. En cuanto la salud constituye en sí misma y es la resultante de un proceso social, toda dimensión que de ella se analice u opere se encuentra atravesada por la categoría poder, entendiéndose que el mismo se expresa cuando menos en cuatro ámbitos: el poder cotidiano, el poder político, el poder técnico y el poder administrativo”⁽⁶⁾

Si se lo considera “desde el punto de vista cualitativo, la salud mental es un proceso colectivo, de integración de elementos conflictivos constituidos del sujeto de la cultura y de los grupos, con crisis registrables subjetivas y objetivamente y una de cuyas principales expresiones es la participación de las personas en sus propios cambios y los de su entorno”⁽⁷⁾

En cuanto al cambio, en materia jurídica-política, se crearon departamentos y programas para la atención de la salud mental, se gestionaron políticas nacionales, provinciales y municipales para atender la demanda, y se gestionaron y promulgaron leyes concernientes a la salud mental a nivel nacional y provincial.

Sin embargo ese cambio está acompañado por un cambio de tipo científico y tecnológico, que implicó no pocas discusiones epistemológicas y teóricas acerca de

⁽⁶⁾ Malvárez S. Construyendo un nuevo paradigma en salud mental: la experiencia argentina. OPS. En prensa.

⁽⁷⁾ Op. cit. Malvárez S. (1996) p. 4.

las concepciones y prácticas dominantes y la elaboración de nuevos marcos conceptuales para el desarrollo de investigaciones sanitarias serias y ajustadas a un contexto social actual.

El cambio también implicó modificaciones a nivel de la organización técnico-administrativa del sistema sanitario y cambios de índole ética, principalmente en sus aspectos axiológicos, donde se revaloriza el concepto de ser humano, para generar tratamiento acordes a esa dimensión y no a la de objeto social. En el caso particular de Argentina, actualmente es conocida la experiencia de desmanicomialización de la provincia de Río Negro, llevada a cabo por el Departamento de Salud Mental de la misma, a cargo del Dr. Cohen, quien amparándose en principios humanistas y sosteniendo que el objetivo principal de la institución debe ser evitar el sufrimiento del paciente, prodigando mejores condiciones de vida, comenzó la gran reforma en el hospital de Allen. De este modo, se enfrenta con una propuesta y acción transformadora al enfoque tradicional, donde el loco era el ser marginado, distinto, sospechoso y temible, de acuerdo a esa mirada se busca la verdad, que sin duda alguna se encuentra en los preconceptos que cada uno de esos agentes presentan, y que es producto de una historia personal, de una socialización particular. En este marco se priorizan las alternativas comunitarias, institucionales y sanitarias para sostener y profundizar el proceso, y de alguna manera el Neuropsiquiátrico “se va vaciando”⁽⁸⁾ porque según Cohen “Todo este proceso nos enseñó que al manicomio se lo deja o se lo cierra. No hay medias tintas tales como sistema de puertas abiertas o comunidad terapéutica. Si se lo deja, intentando reformarlo, esa estructura se vuelve a

⁽⁸⁾ Cohen, H. Natella, G. Trabajar en Salud Mental, 1a. de. Buenos Aires:Lugar, 1996:22.

“manicomializar”. Por todo ello, al manicomio se lo deja o se lo destruye. Nosotros optamos por destruirlo”⁽⁹⁾. Aquí entonces se presenta una de las tantas problemáticas, algunas opiniones autorizadas sobre Salud Mental y Políticas Públicas entienden que las experiencias de desmanicomialización detrás de esos principios humanísticos encubren principios netamente políticos y económicos, esto es vaciar al hospital público, desentendiéndose el Estado de los mismos, ya que sería la comunidad toda la responsable de la enfermedad mental y buen curso de la misma. Además, para que toda esa comunidad se pueda hacer cargo de tan grande responsabilidad es imprescindible que se la capacite previamente, porque de otra manera sería mayor el daño que se produzca que el beneficio.

En ese marco o contexto sociopolítico Stolkiner ⁽¹⁰⁾ sostiene que actualmente son significativas las rupturas de los destinos colectivos y personales, las fuerzas institucionales en salud mental buscan controlar todo aquello que resulte disfuncional. Lo anterior en un contexto de creciente empobrecimiento de la mayoría de la población, con la consecuente marginación que ello implica, entonces actualmente tenemos una importante cantidad de personas desprotegidas de coberturas médicas como las mutuales, que requieren atención en los hospitales públicos, debido a la desocupación reinante y creciente, lo que a su vez incide en el desarrollo o generación de nuevas patologías mentales y en el incremento de las mismas. Sería entonces adecuado formular un problema del siguiente modo: la desocupación produce enfermedad mental o será, que la enfermedad mental produce desocupación. Lo cierto

⁽⁹⁾ Op. cit. Cohen, H. y Natella, G. (1996):22.

⁽¹⁰⁾ Stolkiner, A. Tiempos posmodernos: ajuste y salud . En Saidón O. , Troianovski P. Políticas en Salud Mental. 1a. edición. Buenos Aires: Lugar, 1994: 25-53.

es que poco se sabe acerca de relaciones causa-efecto, pero actualmente como lo señala Dever⁽¹¹⁾ es preciso sostener que la enfermedad mental es producto de múltiples factores, sociales, económicos, tecnológicos, científicos, políticos y culturales, es producto de un atravesamiento múltiple al que está sometido el ser humano.

De esta manera, Stolkiner sostiene acerca de las instituciones "...las formas institucionales, entendidas como forma de producción y reproducción de las relaciones sociales, sus procesos de crisis parecen diferenciarse del estallido del que se hablara en las décadas de 60 y 70. En algunos casos parecen implosionar sin que haya, al menos de manera evidente un instituyente de nueva índole. Se rigidizan en rituales y gestos mientras, simultáneamente se vacían de significación. Son atravesadas por la tendencia a la desagregación y a la fragmentación, y lo instituyente en ellas no siempre puede ser considerado mejor que lo instituido, desde el punto de vista de la realización humana"⁽¹²⁾.

Stolkiner plantea entonces un interrogante: Manicomios: ¿el fin de las instituciones totales o la sociedad como institución total?

Lo anterior también encuentra respuesta no sólo en aspectos políticos y económicos, sino en aspectos relacionados con las actitudes individualistas que priman hoy entre los seres humanos, donde la visualización de los marginados (sea cual fuere su tipo de marginación) implica necesariamente la representación de enemigos potenciales frente a los que sobreviven en el sistema, legitimando de alguna

⁽¹¹⁾ Dever G. Epidemiología y administración de servicios de salud. Washington:OPS, 1991. Cap.1.

⁽¹²⁾ Op. cit. Stolkiner (1994):30-1.

manera el sufrimiento social como única vía para el desarrollo. En este marco macrosocial el establecimiento manicomial resulta insuficiente en sus objetivos de origen: dar un lugar definido al no trabajo, el hospital de salud mental se encuentra desbordado. En un momento el manicomio cumplió la función de recordar a la sociedad que había un lugar de contención a la locura, la diversidad, lo diferente, no era más que una especie de institución de control social, hasta podría decirse carcelaria. Actualmente se sabe que esas formas de reclusión no fueron más que instituciones que perfeccionaron las maneras de represión agresivas, calificados como el lugar de los excluidos del sistema social. Esto se fundamenta según Stolkiner en la postura de Habermas quien sostiene que el desmantelamiento del Estado Social tiene que dejar de lado ciertas lagunas funcionales que se llenaban con la represión y el desamparo.

Sin embargo según Galende ⁽¹³⁾, la acción humana es posible únicamente en un mundo de relaciones entre los individuos, en que se construyen palabras que deslizan significaciones, ideologías, creencias, y son estos elementos básicos en toda representación social los que guían u orientan la acción del hombre. Pero no es menos cierto, que si bien hoy cambió la actitud frente al enfermo mental, siendo más “humanista”, también se convive con indiferencia con aquello que antes se encerraba, por ello se vuelve al punto de partida de estos planteos, ante reformas sanitarias en materia de salud mental tan importantes, es preciso concientizar a la comunidad y prepararla para la acción humanitaria debida a ese sujeto antes marginado, para que no se convierta en una marginación sin rejas, pero con alto costo psíquico.

⁽¹³⁾ Galende E. Modernidad, individuación y manicomios. En Saidón, O. y Troianovski, P. *Políticas en Salud Mental*. 1a. edición. Buenos Aires: Lugar, 1994.

La Asistencia en Salud Mental.

En salud mental existen diferentes modelos de asistencia, la clasificación de los mismos depende del modelo teórico desde el cual se concibe el tratamiento de los enfermos mentales. Al respecto, un autor en psicología social, dentro del modelo del interaccionismo simbólico, Irving Goffman⁽¹⁴⁾ son tres los tipos de modelos:

1. Modelo de custodia.

El objetivo general de este tipo de asistencia es el de proveer asistencia “decente” para que el enfermo se encuentre lo más cómodo posible en una situación duradera. Su origen es la necesidad de ayudar a los pobres y a los enfermos de caridad, el enfermo era un sujeto pasivo, que dependía de la filantropía de aquellos que prodigaban los cuidados para su salud y curación.

2. Modelo Asistencial Clásico.

Con el avance de la ciencia, la profesión médica obtuvo nuevos conocimientos y aparatos para el tratamiento eficaz de muchas clases de enfermedades. Este tipo de asistencia prioriza un ambiente hospitalario de urgencia y tratamiento, donde muchas enfermedades que antes no se curaban, se pueden curar. No obstante, el personal del hospital suele considerar al paciente como un objeto.

3. Modelo de rehabilitación.

Se trata de un modelo o tipo de asistencia dedicado principalmente a situaciones crónicas, donde la rehabilitación es la forma más eficaz de responder a situaciones de enfermedad, tal es el caso de las enfermedades psiquiátricas.

Se evita que los pacientes sean receptores pasivos de la asistencia, y se los

⁽¹⁴⁾ Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. 1a. edición. Buenos Aires: Amorrortu, 1961.

motiva constantemente para que colaboren con el personal, para conseguir el máximo funcionamiento posible. El personal se preocupa por palicar los conocimientos de forma coordinada, formando un equipo de trabajo, donde la interdisciplina debe ser la manera prioritaria de crecimiento individual y organizacional y de desarrollo de las prestaciones sanitarias.

Al respecto Goffman sostiene que cualquier grupo de personas, sean presos, integrantes de un núcleo primitivo, miembros de una tripulación o enfermos hospitalizados, presentan una vida propia, que mirada de cerca se hace significativa, razonable y normal, son así mundos diferentes, el del enfermo y el del llamado sano, el problema es que el trato no es diferente, porque ambos son personas.

Este autor define a las instituciones psiquiátricas como instituciones totales, es decir, un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.

Dentro de las instituciones totales existen diferentes tipos, Goffman diferenció los siguientes:

1. para cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas, hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes.

2. cuidar de aquellas personas que incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad, son los hospitales de enfermos infecciosos, los hospitales psiquiátricos, y los leprosarios.

3. para proteger a la comunidad contra quienes constituyen intencionalmente un peligro para la sociedad, cárceles, presidios, campos de trabajo y de concentración.

4. instituciones deliberadamente destinadas al mejor cumplimiento de una tarea de carácter laboral, y que sólo se justifican por estos fundamentos instrumentales, los cuarteles, los barcos, las escuelas de internos, los campos de trabajo, diversos tipos de colonias, y mansiones señoriales ⁽¹⁵⁾

Finalmente hay establecimientos concebidos como refugios del mundo, con frecuencia sirven también para la formación de religiosos, entre ellos la abadías, monasterios, conventos y otros claustros.

La característica central de las instituciones totales, puede describirse como una ruptura de las barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida. Primero, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo de funcionarios. Finalmente, las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución.

Tal como lo indica Dimauro⁽¹⁶⁾, la salud mental, siempre fue entendida en un contexto social ampliamente conocido por sus prejuicios y abandonos que constituyen

⁽¹⁵⁾ Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. 1a. edición. Buenos Aires: Amorrortu, 1961.

⁽¹⁶⁾ Dimauro M. Salud mental y sociedad. 1a. edición. Buenos Aires: El Ateneo, 1995.

las respuestas frente a las conductas anómalas es allí donde coincide que no existe una correspondencia positiva entre el adelanto científico y el mejoramiento de la suerte de los enfermos mentales. Desde corrientes más humanistas se enfatiza en el diálogo entre el terapeuta y el paciente nutrido en la igualdad y no en el poder.

La salud mental de la población está directamente relacionada con su estilo de vida, con su grado de desarrollo como sociedad, con la importancia relativa que se asigna a los diferentes aspectos y valores de su existencia. La salud y la enfermedad son testigos de la estructura, desarrollo y metas sociales de toda comunidad. Actualmente, es imposible negar que el sujeto es producto de lo social, de sus instituciones, por lo tanto, el hombre está multideterminado, es por ello que cualquier reduccionismo está condenado sencillamente a su propia muerte.

Desde tiempos remotos y obedeciendo a una lógica del orden, donde el sujeto enfermo mental era un desviado de la norma social, tal como sostiene Reil: “como si fuesen criminales, encarcelamos a estas miserables criaturas en ocultas mazmorras semejantes a cuevas de lechuzas, en áridas cimas, más allá de las puertas de las ciudades o en húmedas celdas de las prisiones donde nunca penetra la humanitaria mirada de la piedad, y les dejamos encadenados en sus propios excrementos. Los grilletes han hecho mella en la carne que rodea sus huesos y sus caras consumidas y pálidas se dirigen ansiosamente hacia la sepultura, el manto que cubrirá su desgracia y el fina de su miseria”⁽¹⁷⁾.

Ahora, la psiquiatría representa la integración de esfuerzos provenientes de todos los aspectos del saber humano. La misma se encuentra impulsada por el deseo

⁽¹⁷⁾ Op. cit. Dimauro M., 1995.p.22.

del hombre por comprender cada vez más, con la mente y el espíritu abiertos, lo anterior sólo será posible en la medida que se trabaje desde la interdisciplina y desde marcos integrativos y humanistas.

Según lo explicitado anteriormente, así como la atención de la salud mental debe encuadrarse en un nuevo marco, más amplio y actualizado, también las instituciones de salud deben observarse desde nuevas conceptualizaciones. Etkin ⁽¹⁸⁾ entiende por dominios de la organización a los tres a continuación expuestos:

- a. dominio de las relaciones entre sus integrantes.
- b. dominio de los propósitos de la organización.
- c. dominio de las capacidades externas.

Desde este modelo teórico, son tres los dominios de análisis de la realidad usados como categorías lógicas y cada uno de ellos tiene su propia lógica de interacción entre elementos y funcionamiento, la mutua causalidad entre ellos determina lo que se llama la dinámica de la organización.

Estas relaciones entre relaciones, propósitos y capacidades existentes en medio de un orden instituidos, determinan el marco de la identidad de la organización.

Estos dominios se encuentran íntimamente relacionados e involucran actitudes, creencias, valores, al respecto, también implican entonces, la ubicación de la descentralización y el impacto que le produce al personal de la institución, visto esto en una red de relaciones entre los diferentes dominios.

Actualmente, los cambios de modelos de atención a los enfermos no resultan

⁽¹⁸⁾ Etkin J. y Schavarstein L. Identidad de las organizaciones. Invariancia y cambio. 1a. edición. Buenos Aires: Paidós, 1994. Cap.2.

ajenos a los desarrollos de modelos administrativos o de gestión hospitalaria, donde el humanismo es el eje o base fundamental, esto es visible especialmente en las instituciones psiquiátricas, posición ésta que coincide con lo expuesto por Rotelli et. al (1987) acerca de la desinstitucionalización psiquiátrica en Italia ⁽¹⁹⁾. Los autores describen la experiencia italiana de desinstitucionalización psiquiátrica, que generó una reforma que goza de reconocimiento mundial. Sus alcances llegaron a suprimir el internamiento en los hospitales psiquiátricos, producto del cambio o transformación producida sobre las estructuras de salud mental.

Dicha desinstitucionalización ha sido practicada como deshospitalización. Desde la década del '60 el propósito de los manicomios es desplazar la intervención terapéutica hacia el contexto social, la prevención y la rehabilitación. Los tres modelos principales existentes en Europa son: modelo médico, modelo de ayuda social, y modelo de escucha terapéutica.

La experiencia italiana implica un profundo proceso de transformación, abandonando aquella concepción y realidad del manicomio, en tanto lugar o depósito de personas, abandono que se acompaña de un segundo cambio que es el pasaje de una concepción mecanicista a una concepción donde prima la investigación causal en función de una concatenación posibilidad-probabilidad.

Antes el problema era la curación, hoy es la producción de vida, siendo los autores principales los técnicos que trabajan en el interior de las instituciones. Dicho cambio implica modificación a nivel de las estructuras, sujetos y cultura, y su objetivo

⁽¹⁹⁾ Rotelli L, Leonardis O. Desinstitucionalización: la otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los países avanzados). Revista de la Asociación Europea de Neuropsiquiatría, 1987:16-23.

es transformar las relaciones de poder entre la institución y los sujetos (pacientes).

En Trieste, la desinstitucionalización, en tanto, trabajo terapéutico para reconstruir a la persona, se basa en los siguientes tres aspectos:

- a. construcción de una nueva política de salud mental.
- b. enriquecer la existencia global de los pacientes.
- c. se construyen estructuras intermedias que sustituyen al internamiento en el

manicomio.

En reemplazo del clásico hospital psiquiátrico aparecen otros servicios como centros de salud mental, urgencia psiquiátrica en el hospital general, estructuras y espacios del ex-Hospital Psiquiátrico, cooperativas, centro de drogodependientes, apoyo para detenidos en cárceles.

Este nuevo enfoque o modelo cambia la administración de los recursos públicos y también un mayor enriquecimiento de los profesionales a través de equipos interdisciplinarios.

La reforma comentada apunta entre las ventajas a la formación y crecimiento de diferentes profesionales del ámbito salud mental, y también a una optimización de los recursos económico-financieros de la misma.

Lo anterior se relaciona con la descentralización. En Argentina, en el marco del proceso de descentralización de instituciones de salud, la mayor autonomía para la toma de decisiones en los niveles más bajos, por ejemplo directores de Región Sanitaria y Directores de Hospital, permite un uso más productivo de los recursos, esto es eficaz y efectivo, tendiendo a alcanzar el intervalo óptimo entre costos e inversión, esto es, alcanzando la cantidad ideal de prestaciones. También influye en la

planeación y toma de decisiones como fase o etapa del proceso administrativo, donde la creatividad e innovación cobran papel fundamental, pero éstas en un marco donde el orden restringe todo tipo de posibilidad de crecimiento y fluencia de ideas para la calidad total. La desinstitucionalización colabora también a terminar con la estigmatización que sufren los individuos internados en hospitales psiquiátricos, y contribuye no sólo a su recuperación, sino a su reinserción social, en un medio externo, que nunca abandonó para permanecer en un medio interno o institución total en términos de Goffman, que impide su progreso y realización como ser humano.

Capítulo II.

Evolución de las instituciones de salud en Argentina.

Las instituciones sanitarias en Argentina para llegar al proceso de descentralización actual han evolucionado desde modelos más centralizados hacia modelos administrativos donde la autogestión y la delegación de responsabilidades hacia los niveles locales y regionales es la característica principal.

Dicha evolución permite una división temporal en los siguientes períodos:

Período previo a 1945. Se caracteriza por un modelo pluralista no planificado, donde existen servicios en diferentes jurisdicciones y de diferente naturaleza jurídica, que operan de manera superpuesta y poco organizada. El Estado no interviene como organismo planificador y regulador. La salud es entendida como un fenómeno de responsabilidad individual o asistida por la caridad pública. El Estado sólo se limita a controlar epidemias, higiene pública, sanidad de fronteras. La oferta de servicios era de diversa naturaleza jurídica: establecimientos estatales públicos, públicos caritativos, mutuales y privados. Era escaso el entrecruzamiento económico entre los sectores que componían el sistema.

Período de 1945 a 1955. Es una etapa de Planificación Estatal Centralizada, la cual se inserta en un fenómeno mundial de creciente injerencia estatal en la planificación y administración de servicios de salud, coincidente con la segunda Guerra Mundial y postguerra. En esta etapa es que se crea la Organización Mundial de la Salud imponiéndose el concepto de Salud Pública como expresión de la participación de los problemas sanitarios en las áreas de interés de los asuntos

públicos.

Prevalece la idea del Estado Prestador a la vez que planificador hegemónico de la totalidad de los servicios de salud. Se duplica la cantidad de camas en los hospitales públicos del país y todos los establecimientos públicos son nacionalizados, desplazándose a las sociedades de beneficencia.

Período de 1955 a 1970. Se impone el modelo Pluralista de Planificación Descentralizada. Luego de la ruptura político institucional que implica el derrocamiento del gobierno del General Perón en 1955, se profundiza la idea de descentralización en materia de salud, lo cual es un indicador de la fuerte influencia de tendencias ideológicas e intelectuales preminentes en los organismos sanitarios internacionales.

Esta etapa se caracteriza por la desconcentración de los centros de planificación de los servicios de salud, ya sea por delegación de competencias desde el Estado Nacional hasta los centros provinciales, o por el crecimiento de entidades de naturaleza no estatal que pasan a controlar una parte de las relaciones contractuales entre prestadores y prestatarios. Se afianza la modalidad pluralista de la oferta de servicios.

El proceso comienza con el informe técnico de la OPS en 1957, el que recomienda transferir la responsabilidad de los establecimientos públicos nacionales a las provincias. El proceso de descentralización presenta marchas y contramarchas, pero tiene una tendencia sostenida.

Como saldo de las actividades sanitarias del período militar y pese a la implementación de políticas unificadas por el poder central, puede identificarse una

clara transferencia de facultades hacia otros centros de decisión: gobiernos provinciales o municipales u organismos gremiales.

Período de 1970 a 1977. Se institucionaliza el modelo pluralista de Planificación Descentralizada. Se reflotan los programas de descentralización y transferencia de hospitales públicos a provincias y municipios y se profundiza la consolidación del sector privado. Se desarrollan obras sociales provinciales que complementan la extendida cobertura de las nacionales. La unificación arancelaria a través del nomeclador nacional facilita la planificación financiera.

Período de 1977 a 1990. Se produce una crisis del Modelo Pluralista Descentralizado, se pone en vigencia un nuevo nomenclador con apoyo de los prestadores, que perfecciona la desagregación de la atención médica en prestaciones sumables. La falta de poder de decisión del Estado para ordenar y regular lleva a que ese listado arancelario adquiera el papel de articulador y orientador de las inversiones.

Período comprendido entre 1991 y el momento actual. En la actualidad comienza un proceso de reorganización del sector salud tendiente a la reestructuración funcional de las jurisdicciones nación-provincia-municipio, avanzando en la transferencia de recursos, y responsabilidades desde el nivel central hacia las regiones, en el cual ambos niveles se fortalecen en sus funciones normativas, de gestión, fiscalización y evaluación.

Capítulo III.

La Descentralización.

Tal como lo señala la OMS en 1990 y Anne Mills ⁽²⁰⁾, la descentralización desde hace largo tiempo es un elemento clave para la administración pública y sin embargo se ha desatendido en el sector salud especialmente. La descentralización es definida como transferencia de autoridad o dispersión del poder, en la planificación, gestión y toma de decisiones en el sector público, pero es un término que no es unívoco, y sus posibilidades interpretativas son tan amplias que generan con frecuencia conflictos entre los miembros de las instituciones de salud, que no es otra cosa que divergencias en sus puntos de vista, de acuerdo a la posición de cada actor social, diría Bourdieu ⁽²¹⁾.

El análisis de Mills ⁽²²⁾ resulta interesante ya que los hospitales se encuentran frente a diferentes disyuntivas, en la cuestión de *devolución*, por un lado la salud implica gastos fijos y los niveles locales, como los municipios pueden tener una base impositiva limitada, por lo que la tendencia en países desarrollados tiende a retirar la financiación de los servicios de salud en los gobiernos locales. Por otra parte, la devolución puede complicar los esfuerzos por establecer una jerarquía lógica de los servicios de salud y crear redes regionales. En la cuestión de *delegación* la transferencia de responsabilidad administrativa a ciertas organizaciones

⁽²⁰⁾ Soler L. Las políticas de autogestión y descentralización hospitalaria. Revista Salud:Problema y Debate, 1995: 4-8.

⁽²¹⁾ Bourdieu P, Chamboredon J y Passeron J. El oficio del sociólogo. 2a. edición. Buenos Aires: Siglo XXI, 1987.

⁽²²⁾ Op. cit. Soler L. 1995: 4-8.

“paraestatales” que no pertenecen a la estructura gubernamental y que sólo son indirectamente controlados por ésta sería muy caro como modalidad de funcionamiento.

Por lo tanto, es obvio que hace falta una firme autoridad reglamentaria para vigilar la oferta y la calidad de los servicios de salud y de las industrias de suministro, como la farmacéutica. Según Soler⁽²³⁾ el hospital en este contexto debe cambiar, y esto constituye la médula del problema, porque existe una indisimulable ineficiencia (que pareciera genética) del sistema público de salud, la falta de camas, edificios obsoletos, métodos de gestión, desmotivación de los trabajadores de la salud, falta de respuestas oportunas, y principalmente burocratización. Estos rasgos son reconocidos también por la óptica oficial, lo que significa que el cambio es toda una noticia en materia de administración hospitalaria.

Esta necesidad de cambio y su planteo genera necesariamente una disputa entre los agentes de salud que Soler llama “paleolíticos” y los “modernos”, el que adhiere al cambio ingresa en el segundo equipo, pero el que se aferra a lo instituido ingresa en el primero, de esta manera se observa como cuando las mayorías son aquellas que corresponden al primer equipo, entonces las instituciones no entienden lo nuevo, el cambio.

Un problema subyacente a esta cuestión es el tema del nivel de productividad de los agentes de salud, que en general consideran desde su representación al trabajo público como una “especie de beca indefinida”, ya que trabajes bien o mal, nunca te hechan, según las palabras de los propios afectados, por lo tanto lo nuevo es lógico

⁽²³⁾ Op. cit. Soler L. 1995:4-8.

que genere ciertas resistencias, y no sólo porque psicológicamente sería lo desconocido, sino porque implica cambios sustantivos en materia de contratos por tiempo variable, incentivos a la productividad, menos vacaciones, es decir, implica un mayor compromiso y responsabilidad con el trabajo y una mayor capacidad de trabajo.

Ese cambio plantea lo que Campos Filho⁽²⁴⁾ enuncia como el imaginario de la exclusión al estudiar las representaciones sociales de los trabajadores frente a las nuevas relaciones de trabajo, que no están ajenas a la internalización o globalización del capital y sus efectos sobre la categoría trabajo, el supuesto del autor es que los actores sociales se comportan de manera extremadamente individualista y auto-interesada, intereses que responden a grupos cada vez más reducidos, y que implica una falta de inserción e integración con resto de la comunidad, en este caso la comunidad de salud mental.

Estos cambios generan nuevas relaciones de trabajo, las cuales generan nuevas representaciones donde los imaginarios en relación a las causas de su marginalización operan cognitivamente como posibilidades de inserción social, y el problema es que esa marginalización en el caso de los hospitales de la provincia de Buenos Aires generalmente las ven como escasos sueldos y falta de capacitación por parte del Ministerio de Salud, entendiendo a estas instituciones como “la gran madre nutricia y protectora”, y sin capacidad para tomar las decisiones y buscar capacitación afuera, esto también se ampara en una historia que remite a un Estado Benefactor.

⁽²⁴⁾ Filho Campos A. O imaginario da exclusão: representação social dos trabalhadores frente as novas formas e relações de trabalho. En: VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social: 1997, marzo 17-24. Buenos Aires.

La descentralización en tanto respuesta a una situación de centralización, consiste en un proceso global que combina el reconocimiento de tendencias objetivas con el voluntarismo político-administrativo. La forma de ser del Estado democrático es la articulación de poderes locales según el principio de que todo lo que pueda decidirse y gestionarse en un nivel inferior no debe hacerse en un nivel superior.

Supone por una parte, el reconocimiento de la existencia de un sujeto, una sociedad o colectividad de base territorial, capaz de asumir la gestión de intereses colectivos, y dotados a la vez de personalidad socio-cultural y político-administrativa, y por otra parte, la transferencia a éste sujeto de un conjunto de competencias y recursos financieros, humanos, materiales, que no tiene y que podrá gestionar autónomamente en el marco de la legalidad vigente.

Desde la perspectiva de Barrenechea la tendencia a la democratización de las sociedades en América Latina se basa entre otros principios en la equidad, participación, pluralismo, control social de la gestión estatal, revisión del papel del Estado, y en la descentralización-centralización. Este autor parte de entender a la descentralización-centralización como “un acto político que se plasma técnica y administrativamente, y que por lo tanto puede estar sujeto a interpretaciones particulares, pero que en sí no admite gradualismos”⁽²⁵⁾.

La descentralización y regionalización son distintas instancias de una misma decisión política, que implican esencialmente la transferencia de responsabilidades y recursos hacia niveles regionales y locales, acercando los niveles decisorios a los sitios

⁽²⁵⁾ Barrenechea J, Trujillo E., Chorny A. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud. Colombia: Universidad de Antioquía, 1990: 127.

donde realmente surgen las necesidades y propiciando nuevos espacios participativos con el objeto de mejorar la calidad, la eficiencia y la eficacia de las acciones sanitarias. No son objetivos en sí mismos, sino instrumentos de reorganización de los niveles regionales, municipales y del hospital público.

En este contexto se define la descentralización como un proceso político, administrativo y jurídico. Es político porque implica transferencia de capacidad decisoria y de recursos y por ende, representa una reestructuración participativa del poder. Es jurídico por cuanto es necesario adecuarse a las normas legales vigentes, para viabilizar y legitimar las acciones descentralizadas. Es administrativo porque tiene por objeto la transformación de los modelos de gestión de los diversos niveles: central y regional.

La descentralización no significa abandonar la responsabilidad final que el nivel central tiene sobre la tutela de la salud de la población, sino una jerarquización de las regiones a las que se otorga mayor grado de autonomía, aunque se preserva en todo momento la relación jerárquica funcional de los órganos descentralizados, respecto del nivel central, quien retiene y acrecienta su rol de formulador de política sanitaria, regulación, control, evaluación y apoyo técnico a los niveles operativos.

En este contexto, la descentralización constituye un elemento básico para los procesos de modernización del Estado, por cuanto requiere de un esfuerzo adicional para el incremento, y por su orientación, dirigida especialmente a mejorar la capacidad local de gestión.

La descentralización en salud tiene la potencialidad de actuar aumentando la transparencia social de las instituciones públicas, al involucrar más sectores de la

comunidad, en las funciones de gestión y control, contribuyendo con el objetivo de mejorar la calidad, eficacia y eficiencia.

La organización descentralizada supone el ejercicio de la autoridad a través de unidades dotadas de alto grado de autonomía relativa, las que reproducen, en principio, el todo de la organización y son proyectadas con base en los equipos de trabajo, con una disminución del poder jerárquico, con responsabilidades compartidas y con equilibrio del poder dinámico construido a lo largo del proceso de decisión, a lo que se suma una comunicación fluida ascendente y descendente.

Descentralizar significa poner la decisión lo más cerca posible del usuario y del lugar en donde la acción se lleva a cabo y en donde existen las informaciones requeridas para que las decisiones puedan ser tomadas. Esto permite reducir costos y acelerar el proceso de toma de decisiones, priorizando las más congruentes con las necesidades y demandas de los conjuntos locales. La congruencia surge porque quienes interactúan con los usuarios, al ganar el espacio para la decisión tienen condiciones favorables para la creatividad y la innovación, poder que al ser reconocido por el público, los lleva a contribuir en la mejora de las condiciones de la sociedad y ésta participa al reconocer el poder que tienen sus interlocutores.

Como está claro la descentralización tiene lugar en un contexto económico e histórico determinado, que lleva a los gobiernos a aplicar ideas diferentes y distintas estrategias. La misma ha sido adoptada por sociedades con diferentes grados de control estatal y privado sobre la salud y en países con diferentes características geográficas y demográficas. Es importante destacar que cada país utiliza el mismo concepto de descentralización pero que puede responder a diferentes formas de

entenderlo, lo que determinará diferentes cursos de acción sanitaria.

Las políticas de descentralización, en su mayoría, suelen emprenderse por iniciativa de los gobiernos centrales. Pero un análisis de la descentralización y su impacto, implica definir la centralización, ambos procesos funcionan simultáneamente y es falso hablar de uno sólo. Lo importante reside en el deseo de hallar el equilibrio relativo de poder y responsabilidad en las comunidades locales y alejarlo del gobierno central.

Entre *las ventajas de la descentralización* se encuentran ⁽²⁶⁾ :

- ♦ organización del servicio de salud de modo más racional y unificado según zonas geográficas y administrativas, tales como el distrito.

- ♦ facilita la participación en la gestión de su propia salud, lo que a su vez puede llevar a planes sanitarios más adaptados a las necesidades y problemas locales.

- ♦ puede contener y reducir los costos de los servicios, principalmente en los niveles secundario y terciario de la salud, para poder invertir mayor cantidad de recursos en el nivel de atención primaria.

- ♦ puede reducir las desigualdades de unas regiones con otras y entre zonas urbanas y rurales, tanto en la situación sanitaria como en la prestación de los servicios, mediante la reasignación selectiva de los recursos centrales.

- ♦ las organizaciones no gubernamentales y privadas pueden integrarse.

- ♦ se pueden aplicar programas de salud para mejorar el control centralizado sobre cuestiones administrativas locales.

⁽²⁶⁾ Hidalgo M. La descentralización. Boletín Informativo Hospitales Provinciales y Municipales. La Plata: Ministerio de Salud y Acción Social, 1996: 18.

- ♦ estimula la mayor financiación y control por parte de la comunidad sobre las instalaciones y personal de atención de salud.

- ♦ permite la coordinación intersectorial entre el sector salud y especialmente en el gobierno local y en las actividades de desarrollo rural.

- ♦ facilita la resolución de problemas y retrasos que pueden fundamentarse en largas distancias, deficiencias en comunicaciones y mal funcionamiento de los transportes por carretera y por aire.

Sin embargo, frecuentemente la descentralización también implica un cambio importante basado en la reorganización y fortalecimiento de la propia sede del ministerio, y principalmente la necesidad de mejorar la capacidad de planificación sanitaria.

Entre los problemas relativos al personal de salud que se relacionan con la descentralización se hallan:

- ♦ frecuentemente la descentralización aumenta el número total de personal de salud que se necesita principalmente en las funciones de gestión de los niveles intermedios, y puede presentarse falta de personal y falta de capacitación en ese personal.

- ♦ exige disponer de personal con nuevas capacidades, por lo tanto requiere cursos de formación prolongados y al alejarse al personal de su puesto de trabajo, se producen inconvenientes serios en el buen funcionamiento del hospital.

- ♦ un problema inherente a las relaciones entre el personal es que el hecho de colocar médicos y otros profesionales bajo las sugerencias e instrucciones de personal no médico, pero sí buenos administrativos, puede generar resistencia al cambio y a las

nuevas directivas, aumentando el ausentismo y la falta de productividad.

Por ello es recomendable introducir la descentralización por fases, es decir, gradualmente, de modo que el impacto en los diferentes sectores y en las funciones mejoren los resultados, o calidad del servicio y no afecten las relaciones entre el sujeto y el trabajo que realiza, principalmente porque el destinatario es otro ser humano.

Características de una organización descentralizada.

Entre las características de una organización descentralizada según Hidalgo ⁽²⁷⁾ se encuentran:

1. Autonomía.

La organización se estructura como un conjunto de módulos o unidades con objetivos específicos, con poder de decisión y capacidad de autogestión, con ello se obtiene mayor flexibilidad para adaptarse a los cambios que se producen en ese ámbito.

2. Redundancia.

La modulación y diferenciación por áreas y objetivos, llevará a la reconstrucción del todo en cada unidad.

3. Diferenciación por objetivos.

La estructura se constituye en una coalición de poder con un mínimo de intereses comunes entre quienes la componen. Por lo tanto, en el diseño estructural deben considerarse los objetivos y su división de acuerdo a criterios sustantivos en función de la misión de la organización. La división del trabajo en términos de

⁽²⁷⁾ Op. cit. Hidalgo M. 1996: 18.

objetivos favorece una mayor autonomía de decisión, descentralización y flexibilidad.

4. Integración por comunicaciones intensivas.

La interdependencia y la coordinación entre las partes se realizan mediante un amplio sistema de comunicación constante, en el que se enmarcan las modernas tecnologías de información.

Como es de suponer, la descentralización encuentra grupos que presentan una oposición directa y explícita, que en este trabajo se define como actitud negativa y otros grupos presentarán comportamientos que denotan aceptación de los cambios o nuevas normas, incluso ciertos integrantes pueden generar propuestas y no simplemente conformarse con lo impuesto, a esto se denomina actitud positiva. Mientras que existirán grupos con comportamientos ambiguos, debido a la incertidumbre y a la falta de información, estas actitudes se denominan actitudes ambiguas.

La descentralización en tanto proceso político implica el reconocimiento de la existencia de un sujeto y la transferencia a éste de un conjunto de competencias y recursos, a pesar que una parte importante de las mismas deben continuar centralizadas. Existen criterios que permiten determinar cuales pueden ser descentralizadas, entre ellos:

- ❖ Lo gestionable desde un nivel inferior.
- ❖ Funciones referidas a problemáticas generadas en ámbitos locales o que dan lugar a actuaciones de interés exclusivo o preferentemente a su población.
- ❖ Lo concerniente a la mejora de la calidad del servicio prestado.
- ❖ Funciones que potencian la participación, cooperación y la integración de

los ciudadanos.

El proceso descentralizador contribuye a desarrollar la participación política y social como también, la capacidad para innovar en ciertos aspectos organizacionales relevantes, tales como:

❖ **Comunicación.** Especialmente aquella referida a la relación gerente-empleado, en las dos direcciones, ya sea ascendente o descendente. Este aspecto es básico para vincular la descentralización con la participación.

❖ **Mecanismos de articulación** entre los órganos representativos y las organizaciones sociales, es decir, desarrollar la democracia de base que propicie la participación, teniendo en cuenta también los límites de esa participación de la población.

De acuerdo a Sousa Campos⁽²⁸⁾ es imperiosa la recuperación de la función social por parte del sistema público de salud, el que debería garantizar la universalidad y la equidad en cuanto a la distribución de los beneficios. El autor opina que se debe fragmentar la estructura tradicional, de características centralizadoras y anacrónicas, fundada en los principios de las escuelas de administración científica o clásica, recuperando la productividad y la eficiencia. Considera a la red jerarquizada como una camisa de fuerza, que actúa como factor limitante para la resolución de problemas, para las iniciativas como así también dispersa las responsabilidades de los diferentes equipos de trabajo.

Los equipos locales tendrían autonomía para organizarse de la manera que

⁽²⁸⁾ Sousa Campos G. La gestión como componentes estratégico para la implantación de un sistema público de salud. San Pablo: Cuadernos Médico Sociales, N° 54, 1990: 33-42.

consideren adecuada dentro del marco de la política vigente de salud.

La descentralización implica un cambio en la distribución y uso del poder, lo que exige una voluntad y un compromiso político que permite vacilación alguna.

En el marco de este cambio es esencial que la comunidad participe por medio de entablar relaciones de responsabilidad mutuas.

De este modo, la descentralización tiene por objetivo general la estructuración de un sistema de atención médica para brindar cobertura a los aspectos primordiales de la salud, basados en una distribución equitativa y racional de los recursos disponibles, para que los conocimientos médicos puedan ser aplicados en cantidad a la totalidad de la población. Esto se lograría a través de una adecuada racionalización del aparato administrativo según Hidalgo y Viale⁽²⁹⁾, con el desarrollo de una carrera para el personal de salud, con programas únicos de salud. Los autores consideran fundamental la creación de Consejos de Salud, como así también la formación de cuadros dirigentes.

También se debe comprender la extensión de programas de atención primaria de salud, campañas de vacunación, programas de detección y tratamiento de las enfermedades endémicas, acciones sanitarias orientadas a disminuir la morbi-mortalidad de la población materno-infantil. Todas estas acciones se encuadran en el marco del mejoramiento de las condiciones ambientales y la adecuación de coberturas de infraestructura edilicia.

Entre las funciones que deberían descentralizarse se consideran la de producción, compras, investigación operativa, confección de presupuestos y

⁽²⁹⁾ Hidalgo M. y Viale M. Boletín Informativo. Hospitales Provinciales -Municipales. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Marzo 1996:13.

organización interna.

En el análisis de este tema, es necesario integrar el sector salud con las variables macroeconómicas, pudiendo diferenciarse distintas fases histórico-evolutivas.

Aspectos Legales de la Descentralización y de la Autogestión.

Con respecto a los aspectos legales de la descentralización y de la autogestión, los objetivos básicos son los siguientes:

1. Impulsar el desarrollo de nuevos efectores especializados en las áreas sanitarias.
2. propiciar en el medida de su competencia, la integración operativa de las distintas redes en salud mental y la optimización de los recursos asistenciales existentes.
3. reformular los hospitales monovalentes delimitando sus funciones y objetivos asistenciales.
4. reducir o al menos, no incrementar, las camas de internación prolongada, discerniendo entre funciones de asistencia en salud mental y de servicios de acción social.
5. establecer programas de capacitación a la brevedad para profesionales que intervendrán en salud mental comunitaria.

Los servicios de salud mental estructuran sus acciones en programas preventivo-asistenciales evaluables para lograr la mayor eficacia y una mayor

flexibilidad de recursos.

La reorganización programática regional comprende los siguientes módulos:

Módulo 1. El servicio cabecera es el Servicio de Salud Mental del Hospital Pena de Bahía Blanca, que incluye 16 partidos de la provincia de Buenos Aires, con una población total de 635.615 habitantes, 110 camas.

Módulo 2. El hospital cabecera es el Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, que incluye 15 partidos de la provincia de Buenos Aires, con una población de 966.023 habitantes, y con un número de camas de 116.

Módulo 3. El servicio de Salud Mental del Hospital de Junín es cabecera e incluye 14 partidos, con una población de 343.280 habitantes, y un número de camas de 28.

Módulo 4. El servicio cabecera es el del Hospital Pintos de Azul, que incluye 13 partidos, con una población total de 378.455 habitantes, y un número de camas total: 86.

Módulo 5. El Hospital Interzonal Alejandro Korn de Melchor Romero, incluye 20 partidos con una población total de 1.500.071 habitantes, y un número total de camas de 1944.

Módulo 6. El servicio de Salud Mental Hospital San José de Pergamino, que incluye 16 partidos, con 614.210 habitantes en total, y 55 camas.

Módulo 7. El Hospital Estéves de Temperley, que incluye 6 partidos con un submódulo compuesto por el servicio de salud mental del Hospital Paroissien de La Matanza, que incluye 5 partidos, para una población total de 4.772.738 habitantes, con un total de 1276 camas.

Módulo 8. El hospital cabecera es el Hospital D. Cabred de Open Door, que incluye 13 partidos, con un submódulo cuya cabecera es el servicio de salud mental hospital Castex de San Martín, que incluye 6 partidos, con una población de 3.395.324 habitantes, con un número total de camas de 1236.

Clasificación de los efectores en salud mental.

1. Efactor en salud mental.

Conjunto de recursos humanos y materiales que permiten realizar acciones específicas en el campo de la salud mental.

2. Unidad de Salud Mental.

Es un dispositivo asistencial que cuenta como recursos humanos mínimos con un psiquiatra y/o un psicólogo, y que realiza acciones específicas de baja complejidad en el primer nivel de atención ya sean preventivas o asistenciales específicas de salud mental.

3. Centro de Salud Mental.

Es un efector de salud mental integrado por los dispositivos hospital de día y consultorios externos, cuyos recursos humanos mínimos son personal de psiquiatría, psicología, trabajadores sociales, musicoterapia, terapia ocupacional, enfermería y maestranza.

4. Servicio de Salud Mental.

Es un efector integrado por los dispositivos de internación y consultorios externos cuyos recursos humanos indispensables deben ser el personal de psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y que realizan funciones de contención, recuperación, y rehabilitación, no descartándose en función de los objetivos a lograr la

inclusión del dispositivo hospital de día.

5. Hospital Monovalente.

De acuerdo a los tiempos de la implementación del Programa de Reforma Psiquiátrica y al lugar en la red de asistencia que ello implica, el hospital monovalente deberá ser reestructurado. En la actualidad, este efector intenta dar respuesta a todas las patologías de acuerdo a las diversas demandas de asistencia en salud mental, lo que conlleva una prestación de tipo indiscriminada con consecuencias deficitarias tanto en lo asistencial como en lo social. Por ello se impone las derivaciones adecuadas desde las otras instancias de la red. Este tipo de hospital debe dedicarse a la atención de intervenciones prolongadas e intermedias, dejando la atención de los casos agudos en el ámbito de los dispositivos asistenciales no asilares.

Aspectos Jurídicos: Ley N° 11.072 “De nuestro Hospital”. Decreto Reglamentario N° 2370/93. (Véase Anexo I).

En el marco de la ley citada correspondiente a la descentralización de los hospitales públicos, los mismos tienen las siguientes metas:

- Desarrollar acciones sanitarias de acuerdo con las necesidades de la población de su área de influencia.
- Fomentar una estructura organizacional de acuerdo con las políticas referenciales establecidas por el Ministerio de Salud, con el fin de contribuir a su inserción en el sistema prestador.
- Promover estrategias de personal, formulación de planteles y adecuación de estructuras con fin de su rendimiento y reconversión.

- Disponer del manejo de fondos a los efectos de cobros y pagos en relación a presupuestos formulados y aprobados por la autoridad ministerial.

- Favorecer la docencia e investigación, la capacitación permanente de su personal.

- Incorporar tecnología para lograr prestaciones de mayor calidad.

- Contratar servicios, obras y suministros con arreglo a las leyes pertinentes y normas del Ministerio de Salud.

Los hospitales descentralizados tienen como máximo nivel de conducción un Consejo de Administración integrado por representantes del Ministerio de Salud en forma mayoritaria, de los trabajadores profesionales y no profesionales y de la comunidad.

Dicho Consejo de Administración funciona como un organismo asesor para la ejecución de políticas de salud, dictado de normas y reglamentos internos del hospital, análisis contables, convenios con otras instituciones públicas o privadas, entre otras funciones.

♦ *Los factores básicos vinculados a la descentralización son:*

a. valoración de los hombres, su capacidad de delegar y asumir delegación de decisiones.

b. diversificación de productos y servicios.

c. envergaduras de la organización.

d. eficacia de las comunicaciones internas.

e. adecuado sistema de control de gestiones.

Existen funciones que deben centralizarse y otras que deben descentralizarse:

Cuadro 1. Funciones a centralizar y descentralizar según la Ley 11072/91.

<i>Funciones a Centralizarse</i>	<i>Funciones a Descentralizarse</i>
1. Fijación de Objetivos	1. Producción.
2. Decisiones Estratégicas.	2. Compras.
3. Designación de cuadros superiores.	3. Investigación Operativa.
4. Relaciones exteriores al sector.	4. Confección de presupuestos.
5. Control y supervisión.	5. Organización interna.

La descentralización está relacionada directamente con otro proceso, la regionalización y/o zonificación sanitaria es un proceso tendiente a la organización racional de recursos con criterio geográfico, los elementos básicos para la regionalización sanitaria son⁽²⁹⁾ :

- ♦ Población definida.
- ♦ Area geográfica delimitada.
- ♦ Plan de Salud.
- ♦ Organismo efector coordinado.
- ♦ Financiación oportuna y suficiente.

Entre las disposiciones básicas del Sistema de Descentralización se encuentran:

- Disminuye el número de funcionarios subordinados al Secretario de Estado.
- Aumentan los interlocutores directos del interior ante el Secretario de

⁽²⁹⁾ Op. cit. Hidalgo, 1996: 18.

Estado.

- Genera una conducción única para el área Asistencial.
- Divide las funciones ejecutivas y normativas.
- Establece una conducción única para el área normativa.
- Se establece la posibilidad de ejecución presupuestaria.
- Institucionaliza los Consejos Provinciales y Zonales de Salud.
- Establece unidad de mando.
- Deja abierta la subdelegación escalar a nivel de ejecución de área programática y área operativa.
- Deja establecida la zonificación de la provincia.
- Estructura los niveles inferiores operativos.

Uno de los aspectos fundamentales en la descentralización, a nivel del proceso administrativo y sus fases, es la etapa de planificación por la autonomía para la toma de decisiones y la etapa de control, teniendo en cuenta un control preventivo o anticipante, al cual autores como Goold⁽³⁰⁾ llama “control estratégico”, ya que entiende que el control presupuestario es control estratégico en la medida que privilegia las ganancias y otros objetivos financieros como el flujo de fondos, y se centra principalmente en el lapso inmediato de 12 meses. Dicho control estratégico ocupa un lugar privilegiado en el desarrollo administrativo basado en la descentralización hospitalaria, en la medida en que el gerente o director del servicio sanitario deberá buscar la negociación de los objetivos para cada unidad de la cartera de la corporación; el control de los resultados obtenidos; el seguimiento con

⁽³⁰⁾ Goold M. El control en la empresa descentralizada. Alta Gerencia 1995: 331-348.

aplicación de incentivos y sanciones a las gerencias de negocios; la intervención cuando ella es necesaria en procura de una mejor aplicación de sugerencias para el ajuste de planes y objetivos. No obstante, la diferencia con el control presupuestario, es que mediante el control estratégico se busca la aplicación exitosa de planes estratégicos, motiva a los gerentes para que se conduzcan de acuerdo a los planes mencionados, y además, permite la identificación de estrategias desacertadas, para corregir el rumbo y buscar nuevas alternativas.

Por lo tanto, el control estratégico implica retroalimentación y prealimentación, elementos básicos de todo control preventivo o anticipante.

Autogestión hospitalaria. Decreto 578/93 y 248/94. (Véase Anexo II).

El Hospital Público de Autogestión (H.P.A.) actuará como un organismo descentralizado de acuerdo a normas vigentes en cada jurisdicción, y con facultades legales que fueron asignadas por la autoridad competente en el marco de ciertas capacidades para realizar convenios con entidades de seguridad social, complementar servicios con otros establecimientos asistenciales, cobrar servicios que brinde a personas con capacidad de pago, integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales, y toda actividad que se encuentre inscrita en el marco de la descentralización. La atención brindada por H.P.A. será igualitaria e indiferenciada a toda la población estando obligado a brindar servicios a los pacientes carentes de recursos, en forma gratuita en todos su extensión.

Capítulo IV

Actitudes del Personal del Hospital.

En las ciencias sociales no son pocos los conceptos que aún producen notables discusiones entre los científicos respecto de sus definiciones teóricas o conceptuales, así es que las actitudes no escapan a esta situación. La psicología y la educación comparten la noción de actitudes y con ello el dudoso privilegio de recibir un intenso y generalizado tratamiento, que permite comparar el término con la definición de administración según Hermida ⁽³¹⁾, constituyen una gran Torre de Babel.

Al respecto Allport sostiene que el concepto de actitud es “probablemente el más distintivo e imprescindible en la psicología social”, dado que encierra poder predictor de ciertas conductas humanas³²⁾.

En términos generales Moscovici ⁽³³⁾ entiende que son posiciones individuales, pero también en cierto sentido son compartidas, ya que las actitudes se inscriben en la historia del individuo, pueden cambiar según las experiencias personales del mismo.

Las actitudes como concepto según Vivas ⁽³⁴⁾ oscilan entre un conjunto de intenciones que tratan de definir las y una falta de definición operativa o bien su insuficiencia, que hacen más difícil su estudio desde las pautas metodológicas, especialmente si los criterios derivan de las ciencias formales o naturales, donde lo

⁽³¹⁾ Hermida J, Serra R, Kastika E. Administración y estrategia. 4a. edición. Buenos Aires: Macchi, 1995. Cap. I.

⁽³²⁾ Barriga S, Cantero Sánchez F, León Rubio J. Actitudes: naturaleza, formación y cambio. En: Barriga S. Psicología Social. Madrid: Alianza, 1996: 123-136.

⁽³³⁾ Moscovici S. Psicología Social I. Buenos Aires: Paidós, 1985: 117-173.

⁽³⁴⁾ Vivas J. A propósito de las Actitudes. Mar del Plata. Revista Especializada en Psicología, 1994: 11.

social, subjetivo, debe buscar la objetividad que justamente no constituye su esencia, sólo así serán calificados de científicos, pero no lo serán en la medida en que no reflejan de ningún modo la realidad.

Existen dos grandes enfoques acerca del tema actitudes en Psicología Social, uno el unidimensional que entiende a las actitudes como disposiciones formadas por una sólo dimensión, así evalúan el objeto de la actitud en términos negativos o positivos. Mientras que el otro enfoque, llamado multidimensional, parte de concebir a la actitud como constituida por varios componentes, que implican respuestas de diferente índole, afectivas, cognitivas o conativas, en este enfoque se inscribe este trabajo de tesis.

♦ **Conceptualización de Actitud.**

La actitud puede ser definida de varias maneras, entre ellas se destacan las siguientes definiciones:

* “Estado predisponente que existe en un organismo, ubicado en un contexto ambiental y en un cierto tiempo, tendiente a promover un determinado comportamiento frente a un objeto real o simbólico, tal como es concebido por el sujeto”⁽³⁵⁾

“Disposición interna de carácter aprendido y duradera que sostiene las respuestas favorables o desfavorables del individuo hacia un objeto o una clase del mundo social, es el producto y el resumen de todas las experiencias de individuo, directas o socialmente mediatizadas, con dicho objeto o clases de objetos”⁽³⁶⁾.

⁽³⁵⁾ Op. cit. Vivas J.1994:11.

⁽³⁶⁾ Op. cit. Vivas J.1994:12.

Según estas definiciones se entiende que el componente motivacional tiene estrecha relación con las actitudes, en tanto orientaciones de la conducta hacia un objetivo, si la motivación no existiese, tampoco existiría la actitud.

De esta manera, la actitud implica un componente afectivo y una tendencia a la acción. Existen también un componente cognitivo y uno evaluativo.

Las manifestaciones verbales de las actitudes se denominan opiniones y expresan una posición del sujeto respecto de una persona, objeto o fenómeno.

Si bien las actitudes presentan un componente cognitivo, son diferentes de las cogniciones o creencias, en la medida en que presentan un componente afectivo, que las cogniciones carecen.

Las actitudes pueden considerarse una unidad de análisis de la Psicología Social según Allport, porque permiten integrar en forma sistemática algunos problemas inherentes a la interacción social.

Es un concepto que no pertenece a una corriente en especial, sino a todas, lo que lo convierte en popular dentro de la disciplina científica mencionada.

En 1918 los psicólogos Thomas y Znaniecki fueron quienes la definieron como “preparación mental o motriz para la acción”, hasta que comprendieron más el tema y la definieron como un proceso mental individual que determina reacciones concretas y potenciales en un medio social determinado.

La clarificación del concepto permitió distinguir también la actitud como proceso psicológico, mientras que éste último es un estado de alguien, la actitud es una actitud hacia algo, definición que gustó a las corrientes conductistas y comenzaron a estudiar el tema con mayor motivación.

Las actitudes son predisposiciones socialmente adquiridas que guían la conducta del sujeto en el mundo social. Esto implica procesos mentales de codificación del entorno, respuestas frente a objetos, fenómenos o personas.

Adorno ⁽³⁷⁾ en la *Personalidad Autoritaria* relacionó las actitudes con la socialización, en contextos familiares autoritarios. A través de diferentes investigaciones descubrió que la familia autoritaria prodiga a los sujetos un ambiente de aprendizaje de conductas y mecanismos defensivos que conducen al sujeto a percibir el mundo en términos de estructuras jerárquicas, sin matices, así para los sujetos autoritarios, todo es blanco o todo es negro. Por lo tanto, estos sujetos presentan predisposición al prejuicio social y a las ideologías totalitarias.

Para autores como Sherif y Sherif ⁽³⁸⁾ las actitudes son modos de conducta consistentes y selectivos orientados hacia o contra los objetos relevantes, personas o eventos.

Sin embargo, autores como Muchinick sostienen que las actitudes no son conductas, sino predisposiciones, esto significa que pueden ser inferidas a través de conductas reiteradas y que son observables. Las actitudes se expresan en conductas verbales o no verbales, como los gestos.

Al respecto también conviene clarificar su origen, las actitudes no son innatas, sino que se adquieren a lo largo de la historia de la vida individual, forman parte del *habitus* del que habla Bourdieu ⁽³⁹⁾, no están programadas genéticamente, ni implican

⁽³⁷⁾ Adorno T W, Frenkel-Brunswik E, Levinson D y Sanford R. *The Authoritarian Personality*. Nueva York: Harper and Row, 1965.

⁽³⁸⁾ Sherif M y Sherif C. *Social Psychology*. Nueva York: Harper and Row, 1969.

⁽³⁹⁾ Bourdieu P. *Les sans pratique*. París: Seuil, 1973. Introduction.

un sustrato heredado.

De esta manera, se puede hablar de actitudes producto de procesos de aprendizaje, mediante interacción humana, pero si bien tienen un anclaje motivacional importante, no son inmutables, de allí la posibilidad de un cambio actitudinal en las organizaciones.

Retomando el tema de la inmutabilidad, tampoco significa que son absolutamente cambiantes, sino que son estados temporarios del organismo y resultan relativamente estables. Esto implica que una vez que las actitudes han sido incorporadas, permiten cierta regulación de la conducta. Son conductas aprendidas el dar la mano al saludar, que luego se convirtió en norma y en hábito en la medida que se vuelve automático, pero no es una actitud. El por qué no es una actitud encuentra respuesta en que le faltan los componentes afectivos motivacionales y los objetos de orientación.

Lo anterior se entiende cuando se define la actitud como una orientación sujeto-objeto, con propiedades afectivo-motivacionales.

Estas actitudes se forman en relación a personas u objetos, que son identificables, pueden ser instituciones, organizaciones, ideologías, situaciones sociales, pero siempre deben tener un referente empírico en qué basarse.

De esta manera las actitudes no son actos, sino tendencias a operar de determinada manera, siempre frente a un objeto, fenómeno o sujeto. La dirección de la tendencia la imprime el objeto, que constituye una instancia organizadora, los juicios que el sujeto elabore se caracterizan porque constituyen opiniones cuando los manifiesta verbalmente.

Las actitudes frente al objeto, fenómeno o sujeto provienen de cierta experiencia previa del sujeto y de los condicionamientos afectivos y socioculturales que históricamente ha atravesado, en términos de Pierre Bourdieu⁽⁴⁰⁾, el habitus, ya que implica una internalización de esas experiencias como conjunto de disposiciones históricamente constituidas, y no un relato autobiográfico. Esto permite afirmar la importancia de la subjetividad en los procesos psicológicos y los comportamientos que en parte esa subjetividad determina.

Las actitudes se resignifican como residuos de nuestras relaciones con el medio social, que es sensible a las presiones sociales y culturales, haciendo la salvedad que las actitudes superan los hábitos porque involucran aspectos axiológicos y emocionales que los hábitos no presentan.

Es preciso generar un clima organizacional que propicie las actitudes flexibles, esto se define como:

a. disponibilidad por parte del sujeto cognitivo del más amplio repertorio de respuestas que puedan ser promovidas por el sujeto ante un objeto, fenómeno o sujeto. Ese repertorio queda almacenado en una memoria a corto y largo plazo y la ejecutora ante la resolución de problemas es la memoria operativa que combina los elementos suministrados por las dos anteriormente mencionadas⁽⁴¹⁾.

b. facilidad y dificultad relativa del sujeto para abandonar una actitud inicial y sustituirla por otras, en un proceso recursivo, hasta hallar o generar la respuesta más adecuada.

⁽⁴⁰⁾ Bourdieu P. Cosas dichas. 1a. edición. Buenos Aires: Siglo XXI, 1988.

⁽⁴¹⁾ Mayer R. Pensamiento, cognición y resolución de problemas. Buenos Aires: Paidós/Educador, 1978. Cap. 7.

Existen también transferencias de actitudes a determinados contextos de resolución de problemas, esto se denomina generalización de un sistema de respuestas a través de la transferencias actitudinal positiva. El proceso interviniente y subyacente es la producción de analogías, entre un objeto, fenómeno o sujeto fuente y un objeto, fenómeno o sujeto destino, transferencia que depende del grado de adaptación pero que también sirve como indicador del grado de rigidez del sujeto en cuanto a sus actitudes.

El proceso de formación de actitudes involucra un proceso de formación de categorías que agrupan un número pequeño o grande de ítems donde el sujeto clasifica y compara.

1. Componente Cognitivo (conocimientos y creencias)
2. Componente Afectivo (sentimientos y preferencias).
3. Componente Conductual o Conativo (acciones manifiestas y declaraciones de intenciones).

Diferentes son los supuestos que existen sobre las actitudes, Coll ⁽⁴²⁾ entiende que los supuestos más difundidos acerca de este tema son:

a. Las actitudes son experiencias subjetivas internalizadas. Esto significa que son procesos que experimenta cada sujeto en su conciencia y que existen diferentes factores de índole social que afectan dichas experiencias.

b. Las actitudes son experiencias de una cosa u objeto, una situación o persona. Los estados de ánimo y creencias no son actitudes, debe existir una referencia a algo o alguien para que puedan definirse como actitudes.

⁽⁴²⁾ Coll C, Sarabia R y Pozo J. Los contenidos en la Reforma. Barcelona: Santillana, 1992. Cap. 3.

c. Las actitudes implican una evaluación de la cosa u objeto, situación o persona. Es decir, que el sujeto, no tiene sólo una actitud hacia algo o alguien sino que se acompaña de una experiencia, y de una valoración, ya sea agradable o desagradable.

d. Las actitudes implican juicios evaluativos, esto requiere una comprensión conciente de ese objeto, persona o situación, es decir una organización de las creencias, reacciones o de la capacidad crítica.

e. Las actitudes se pueden expresar a través del lenguaje, verbal o no verbal, ya sea por gestos, silencios, la no participación o la retirada de una situación habla de opiniones y sentimientos de las personas que reaccionan de esa manera.

f. Las actitudes se transmiten, siguiendo a Eiser⁽⁴³⁾, las actitudes se transmiten porque son actos eminentemente sociales que presuponen una audiencia que puede entender esa expresión.

g. Las actitudes son predecible en relación con la conducta social.

♦ **Funciones de las Actitudes.**

Las funciones de las actitudes son diferentes, esto resultaría un análisis reduccionista si sólo se vieran las actitudes como reacciones ajenas al contexto en el que se producen. Por el contrario, toda actitud cobra su significado o sentido en el medio social en el que se genera, que la induce y tendrá además, ciertas consecuencias.

⁽⁴³⁾ Eiser J. Psicología social: actitudes, cogniciones y conducta social. Madrid: Pirámide, 1989: 25-89.

De esta manera, las actitudes pueden clasificarse según su función en aquellas que cumplen una:

1. Función defensiva. Esto concierne a hechos de la vida cotidiana que resultan desagradables, las actitudes funcionan como mecanismos defensivos. Entre esos mecanismos defensivos se encuentran la racionalización y la proyección.

2. Función adaptativa, instrumental o utilitaria. Las actitudes ayudan a alcanzar objetivos deseados, se busca la maximización de las recompensas y la minimización de los castigos o las penalidades.

3. Función expresiva de los valores. Implica la necesidad de expresar actitudes que reflejen valores relevantes acerca del mundo y sobre sí mismos. De esta manera, las actitudes ayudan a confirmar socialmente la validez del concepto que uno tiene de sí mismo y de los valores, lo que refleja su íntima relación con el autoconcepto o autoestima del sujeto.

4. Función cognoscitiva. Esta función apunta al ordenamiento, clarificación y estabilidad del concepto del mundo en el que vivimos. Esas actitudes son las que ayudan a categorizar y simplificar mejor ese mundo de apariencia caótica, pero que nuestros filtros cognitivos tratan de ordenar para poder otorgarle una significación coherente con la supervivencia humana.

El concepto de actitud encierra el de consistencia o coherencia actitudinal, que es una de las bases de la teoría de psicología social sobre actitudes. Cuando se habla de consistencia se hace referencia a la tendencia de las personas a organizar sus actitudes según estructuras internas consistentes. Los dos factores a considerar son la saliencia, es decir, la medida en que esa actitud es significativa para el sujeto y se

manifiesta en todos los contextos y la coherencia, porque el yo o ego del sujeto está altamente comprometido en cada actitud.

Lo explicado significa que las personas experimentan un estado de inconsistencia intentan pasar a otro estado de mayor coherencia en el que adoptarán una actitud consecuente con sus anteriores experiencias. Por lo tanto, el énfasis principal se halla en las estructuras cognitivas y afectivas. No obstante, está demostrado que el cambio de actitud requiere de modificaciones cognitivas, afectivas y aquellas relacionadas con la autoestima y autoconcepto, así como las relaciones con los demás y los factores situacionales que ponen en cuestionamiento la validez general de las teorías.

Según Vander Zanden⁽⁴⁴⁾ “ es una tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona, suceso y actuar en consonancia con dicha evaluación”. Al respecto, el mencionado autor para que un sujeto experimente disonancia cognitiva debe estar convencido de que es el responsable de los resultados de su elección. Por ello se dice que la responsabilidad del sujeto es sentida en función del rol que desempeña en las organizaciones, e incluso esto tiene especial importancia a nivel del cumplimiento de las órdenes y de las expectativas que cada sujeto tiene acerca de su función en la organización.

El deseo de consistencia de las actitudes en los seres humanos es producto de un modelo de la sociología, el modelo del orden, donde los sujetos que no respetan ese orden impuesto por la sociedad, pasan a calificarse como desviados. De esta manera los pacientes psiquiátricos son desde este modelo sociológico, pacientes que

⁽⁴⁴⁾ Vander Zanden J. Manual de Psicología Social. 3a. edición. Barcelona: Paidós, 1990: 199.

están fuera de la norma, una expresión humana de la anomia.

Pero la vida social, el mundo social en el que se vive, es complejo, y esa complejidad habla de múltiples facetas o escenarios que aportan al desarrollo de determinadas actitudes en desmedro de otras, por lo tanto, las actitudes, al igual que los pensamientos, sentimientos, y evaluaciones son cambiantes, tan cambiantes como el mundo social en que vivimos, pues el hombre necesita adaptarse al mismo, sino estaría condenado a morir.

Cambio Actitudinal.

Este tema es ampliamente tratado por aquellos teóricos de la administración que se ocupan del desarrollo organizacional, el cual se basa en un cambio actitudinal, al mismo tiempo el cambio actitudinal es un área fundamental de investigación en psicología social desde hace cuarenta años.

Dentro del enfoque tradicional de la psicología social⁽⁴⁵⁾, el cambio actitudinal es considerado como un problema inherente al procesamiento de la información el cual se basa en la comunicación persuasiva. De esta manera, el cambio actitudinal dependerá de la discrepancia entre la actitud original del receptor y la posición por la que aboga la fuente del mensaje.

Ahora bien, el cambio actitudinal se encuentra estimulado cuando el sujeto se encuentra en medio de una discrepancia producto de la confrontación entre una actitud suya y algún nuevo elemento de información. Las discrepancias pueden ser de tres formas:

⁽⁴⁵⁾ Barriga S. Material del Curso de Postgrado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Julio de 1996.

a. discrepancia entre la actitud que posee el individuo y cierta información nueva sobre la realidad.

b. discrepancia entre la actitud del sujeto y las actitudes de otras personas significativas.

c. discrepancia entre la actitud y la acción o acciones de uno. Esta modalidad recibe el nombre de contra-actitudinal, y numerosos autores la consideran la principal fuente para el cambio actitudinal.

Moscovici ⁽⁴⁶⁾ afirma que las actitudes cambian, ese cambio se define como las condiciones en las cuales las posiciones individuales o colectivas cambian de sentido o intensidad, este cambio exige una comunicación persuasiva, donde los factores fundamentales son el mensaje, la fuente o emisor y el receptor, además del canal que es el medio por el que se transmite el mensaje, esto hace referencia al cómo de la comunicación.

Al respecto, Moscovici entiende por cambio de actitud aquellas situaciones en las que “se ha dirigido una comunicación persuasiva a los participantes. Por comunicación persuasiva entendemos un mensaje, verbal en la casi totalidad de los casos, concebido y organizado para persuadir y dirigido a una o varias personas para hacerles adoptar un determinado punto de vista. Una comunicación persuasiva es en sentido único y generalmente argumentada”⁽⁴⁷⁾.

Moscovici ⁽⁴⁸⁾ hace referencia a la fuente que emite el mensaje, especialmente en el aspecto credibilidad del mismo, donde el mensaje tiene mayor impacto cuando

⁽⁴⁶⁾ Op. cit. Moscovici S. 1985: 119.

⁽⁴⁷⁾ Op. cit. Moscovici S. 1985: 119.

⁽⁴⁸⁾ Op. cit. Moscovici S. 1985: 119.

proviene de una fuente percibida como superior en conocimientos, en instrucción, en inteligencia, en éxito profesional, incluso cuando el receptor tan sólo cuenta con muy poca información o índices para juzgar esta competencia mencionada.

De este modo, el receptor del mensaje sólo otorgará confianza si la fuente le parece objetiva, desinteresada y sin intención de manipular o engañar. Cuando se habla de “desinteresada” se hace referencia a que la fuente que expresa una opinión no parece motivada por intereses personales. Al mismo tiempo, un mensaje proveniente de una fuente a la que se tiene simpatía provoca mayor impacto.

A modo de síntesis parcial, se puede afirmar que la herramienta básica para el cambio actitudinal es el mensaje concebido y fabricado para persuadir, pero entendiendo que el receptor no recibe pasivamente el mensaje, sino que lo recibe como procesador de información activo, esto implica que incluye un trabajo intelectual, el cual se hace más relevante todavía cuando su punto de vista no coincide con el del emisor del mensaje y se mantiene firme en ese punto de vista.

Entonces, el mensaje implica respuestas cognitivas, que sólo las puede elaborar un sujeto pensante, activo y no un simple receptor de estímulos verbales y no verbales.

Lo anterior es coincidente con las posiciones que cada individuo tendrá dentro del hospital, ya que su actitud dependerá del lugar que ocupe, desde el cual adoptará un punto de vista particular, ya que los puntos de vista son vistas desde un punto según Bourdieu⁽⁴⁹⁾.

Retomando el tema cambio actitudinal, se entiende que el mismo requiere una

⁽⁴⁹⁾ Gutiérrez A. Comunicación personal. Maestría en Gestión de Servicios de Salud. UNMDP. 1996.

atmósfera o clima propicio para el cambio, de esta manera si es agradable para el receptor su relación con el medio ambiente inmediato, esta impresión puede transferirse por condicionamiento. También el contexto social puede modificar el efecto del mensaje, existiendo otros factores de índole cognitiva como la atención y memoria que pueden inhibir o facilitar el cambio actitudinal. Al respecto Festinger⁽⁵⁰⁾ habla de disonancias cognitivas como una necesidad individual que plantea una falta de coherencia entre la conducta y la opinión, por ejemplo al recibir el sujeto una opinión contraria a la que él sostiene plantea un conflicto cognitivo, una desestructuración o desequilibrio⁽⁵¹⁾, lo que generará un esfuerzo por la reequilibración tendiente a un equilibrio mayorante o mejorante, que permita la solución al problema y un nuevo aprendizaje. El hecho concreto es que ese sujeto no puede cambiar su alegato o su acción, pues éstos ya han sucedido, ahora debe pensar en una nueva estrategia que le permita una acción saludable. Lo anterior cobra sentido cuando se conceptualiza a las actitudes como predictoras de las conductas, de esta manera si se desean cambiar las conductas es necesario cambiar las actitudes.

Se piensa entonces que las actitudes cambian durante el curso de acción, y la acción se compone de contexto, la acción en sí misma y las consecuencias de dicha acción.

De este modo, las actitudes guían los procesos perceptivos y cognitivos, esto permite hablar de aprender conductas nuevas, en el marco de un nuevo modelo de gestión administrativa y también implica, modos de ver esa realidad, en este caso el

⁽⁵⁰⁾ Eiser J. Psicología Social: actitudes, cogniciones y conducta social. Madrid: Pirámide, 1989: 25-89.

⁽⁵¹⁾ Piaget J. La equilibración de las estructuras cognoscitivas. Buenos Aires: Siglo XXI, 1978: 24-75.

proceso administrativo, jurídico y político de la descentralización.

Las actitudes serían entonces, un matiz de sentimiento dirigido hacia una persona, un objeto o una idea. Las actitudes tienen componentes conductuales, cognoscitivos y afectivos. El primero de ellos se pone de manifiesto por la tendencia a actuar de la persona, reflejando la disposición del sujeto a actuar como consecuencia de una actitud determinada y propia.

El componente cognoscitivo incluye las opiniones y la información relacionada con la actitud, esto implica el procesamiento de esa información a través de transductores que transforman los estímulos en señales o símbolos capaces de ser comprendidos por el sistema cognitivo, luego se ponen en funcionamiento los sistemas de entrada que transforman esa información en símbolos más procesados de modo que puedan ser utilizados por los procesos centrales. Finalmente los procesos centrales son aquellos que toman esa información y permiten la resolución de problemas de diferente índole, este modelo del sistema o aparato cognitivo es desarrollado por Jerry Fodor⁽⁵²⁾ en Harvard y es el que permite sostener que los procesos centrales en tanto encargados de trabajar con información compleja, son los que fijan las creencias. Lo anterior cobra mayor valor cuando se estudia el sustrato que subyace a cada actitud, y se encuentran las representaciones y creencias, que el sujeto tiene de ese objeto, fenómeno o sujeto, de esta manera, el sujeto puede funcionar según dos leyes básicas: el isotropismo y el quineanismo. El primero de ellos hace referencia al tipo de procesamiento mediante una hipótesis que puede relacionarse con cualquier tipo de conocimiento retenido por el sujeto y asimilado,

⁽⁵²⁾ Fodor J. La modularidad de la mente. Madrid: Morata, 1987. Parte 4.

cualquier conocimiento puede tener relación, todos en la misma medida; mientras que el quineanismo implica la necesidad de coherencia entre las creencias previas y las que aparecen como nuevas, lo que generará en el sujeto ciertas resistencias al cambio, por lo tanto el cambio actitudinal implica un cambio cognitivo que no es ajeno al cambio afectivo.

El componente afectivo es muy importante, pues el sentimiento está relacionado con la opinión, con el conocimiento y el objetivo de la actitud. Los sentimientos varían de una persona a otra, al igual que las cogniciones y los comportamientos.

Al mismo tiempo es menester considerar la influencia de las características del receptor en el cambio de actitud, sin embargo según Barriga⁽⁵³⁾ no existen pruebas concluyentes acerca de la existencia de un sólo factor general de susceptibilidad que podría ser afectado por los siguientes factores:

- ♦ la apreciación y el reconocimiento. Cuanto mayor sea la autoestima, menos susceptible al cambio e influencias será el sujeto.

- ♦ la manifestación pública de las opiniones y conductas cuando sea adecuado.

- ♦ elegir según las alternativas, elegir después de considerar las consecuencias, elegir libremente.

- ♦ tipo de orientación vital. Aquellos sujetos que presentan valores más compatibles con la adaptación y conformidad son más susceptibles a la persuasión que aquellos que sus valores privilegian la independencia y el establecimiento de objetivos y patrones personales.

⁽⁵³⁾ Barriga S. Psicología Social. 1a. edición. Madrid: Alianza, 1996:123-137.

- ♦ actuar, actuar con modelos, conciente y en forma reiterada.
- ♦ autoritarismo. Aquellas personas autoritarias son muy susceptibles a ser influenciadas por las comunicaciones que provienen de sujetos prestigiosos o jerárquicos.
- ♦ mayor o menor riqueza de fantasías. Las personas que tienden a las fantasías son más susceptibles a la persuasión.
- ♦ aislamiento social. El aislamiento social genera mayor dependencia de la aprobación por parte de los demás, y eso hace que el sujeto sea más susceptible a la influencia.

Por lo tanto, el cambio actitudinal encuentra explicación en principio en la comunicación persuasiva, la cual según Barriga⁽⁵⁴⁾ implica doce etapas, exposición, atención, interés, comprensión, generación de cogniciones relacionadas, adquisición de habilidades relevantes, aceptación, memorización, recuperación, toma de decisión, actuación y consolidación post-acción.

Todos los sujetos, más allá de su profesión u ocupación, poseen un conjunto personal de valores, constituido por aquellos que influyen en la persona. Esos valores son incorporados en sus vidas mediante la observación y la interacción con ambientes sociales, culturales y religiosos, su conjunto es parte del habitus, que también tendrá diferencias según la clase social de la que sea parte el sujeto social. Los valores personales también reflejan las experiencias y la inteligencia de la persona.

De esta manera, se entiende que los valores ligados directamente al proceso de socialización que comienza desde el nacimiento del sujeto y se especializa con su

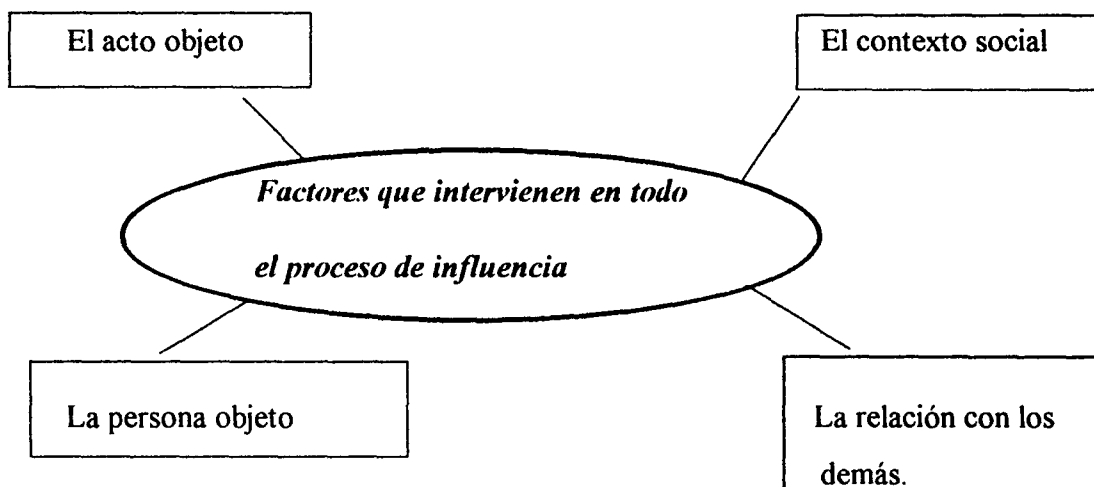
⁽⁵⁴⁾ Op. cit. Barriga S. 1996: 123-137.

disciplina o formación profesional.

Las actitudes según Moscovici⁽⁵⁵⁾ se caracterizan por una orientación de la actividad perceptiva, las causas de esas orientaciones pueden clasificarse en tres:

1. la actitud es engendrada por la secuencia misma de estimulaciones.
2. pueden originarse de nuestro estado psicossomático o de nuestras necesidades.
3. dependen de órdenes o de normas implícitas o explícitas cuando se trata de caracterizar la acción de nuestros grupos sociales.

Cuadro N°2. Factores intervinientes en el proceso de influencia social.



⁽⁵⁵⁾ Moscovici S. Psicología Social 1. Buenos Aires: Paidós, 1985: 117-173.

Los problemas que plantean las actitudes:

1. Componente cognitivo-----¿Cómo se hace inteligible el significado de la actitud?
2. Componente afectivo-----¿Qué atributo del sentir se asocia con el significado de la actitud?
3. Componente conductual-----¿Qué clase de acción acompaña al significado de la actitud?

Las actitudes y representaciones sociales.

Las actitudes de unos hacia otros están avaladas por las normas vigentes y esta conducta posee por detrás una definición de la realidad en la que están implicados necesariamente los sistemas representacionales, así por ejemplo la representación del médico, de la enfermera, de la institución psiquiátrica generan ciertas actitudes, que son tan únicas e irrepetibles como cada sujeto.

Cada sujeto posee representaciones de la realidad, de su cuerpo, de la sociedad en que viven, de la salud y enfermedad, de la locura. Estas representaciones sociales son construcciones y no reproducciones, el sujeto refleja en ellas la realidad, pero no la reproduce.

El re-presentar significa hacer presente en la mente, en la conciencia aparecen ciertos contenidos asociados a algo o a alguien, proceso en el que entran en juego la experiencia colectiva y la experiencia individual, es así como incluye un proceso constante de interpretación.

De este modo, las actitudes funcionan con un componente cognitivo y

afectivo, que está en íntima relación con las representaciones mentales y sociales que el sujeto tiene de su entorno social, pero estas representaciones en tanto actos mentales, trascienden las opiniones, las imágenes y las actitudes.

Ya que las actitudes operan o funcionan como parte o componentes de un sistema de representaciones de la realidad, si se aísla el sujeto-objeto del contexto, se cae en una simplificación donde el interés científico cae con ella, porque no está reflejando la realidad, aunque metodológicamente sea mucho más sencillo, el estudio carece de valor. El problema es cómo rescatar la subjetividad en cada acto humano frente al proceso de descentralización de una institución psiquiátrica.

Esto depende directamente del clima organizacional que se genere, ya que una institución que no informe acerca del cambio, no puede esperar actitudes positivas, sino aquellas amparadas en el temor, desobediencia, incertidumbre y boicot. Esto es riesgoso en la medida que conduce a la aparición de estereotipos organizacionales, tales como el cobarde, el gordo, el chupamedias, imágenes cristalizadas mediante las cuales se cataloga a los miembros del otro grupo o servicio o del propio.

Definición Conceptual de la variable Actitud.

Predisposición del individuo a actuar de una manera particular, incluyendo aspectos conductuales, cognoscitivos y afectivos.

Definición Operacional de la variable Actitud.

Se entiende la actitud como predisposición que se compone de aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, en función de ello se determinan los siguientes reactivos convergentes con los indicadores de la variable actitud:

- rechazo-aceptación.
- lentitud en la toma de decisiones-rapidez en la toma de decisiones.
- pasividad-participación.
- capacidad de adaptación al cambio.
- control.
- motivación para el aprendizaje.
- predisposición para el progreso científico.
- predisposición para la transferencia.
- aislamiento-integración.
- predisposición para la apertura de los servicios en cuanto a las prestaciones de los mismos.
- sentimientos, prejuicios o ideas previas acerca de la descentralización.

Las **actitudes positivas** son aquellas en las cuales los sujetos obtienen puntajes superiores a la media estadística; mientras que las **actitudes negativas** son aquellas en las cuales los sujetos obtienen puntajes inferiores a la media estadística.

De este modo se consideran los tres componentes de las actitudes, esto es, el componente cognitivo, afectivo y comportamental.

♦Cambio Actitudinal.

Según Crozier⁽⁵⁶⁾ las actitudes implican todo un método de evaluación, desde la perspectiva estratégica la utilización frente a ciertos hechos de determinadas actitudes, implica en efecto que los sujetos desarrollen comportamientos en función de su pasado (esto es, la socialización, las experiencias pasadas como agentes de salud), pero pensando en aquello que puede devenir, y principalmente teniendo en cuenta las oportunidades presentes y futuras que tienen en ese lugar y desde esa posición social.

Las actitudes comenzaron a aparecer en el vocabulario de la psicología experimental y se asimiló en principio el concepto a las corrientes neuropsicológicas que facilitaban las acciones del sujeto. Luego sí, comenzaron a desarrollarse las concepciones más sociológicas relativas a los procesos mentales, y pasó a ser definida conceptualmente como juicio espiritual, proceso de atención, generando conciencia en la comunidad científica que la necesidad residía en una definición acorde al fenómeno que se veía en la realidad. Hecho éste que ha llevado a numerosas discusiones, pero que todas confluyen en que las actitudes no son observadas directamente, sino a través de instrumentos de medición que revisten alguna complejidad en su análisis, y que pueden dar cuenta de la realidad social, aunque muchas veces, en forma bastante limitada. Por otra parte, lo importante reside en el énfasis en el cambio de actitudes, a partir del “foment et se tranforment” según Crozier⁽⁵⁷⁾, donde el cambio de actitud de un actor social estriba fundamentalmente en la óptica desde donde observa el

⁽⁵⁶⁾ Crozier M. L'acteur et le systeme. 1a. edición. París: Seuil, 1977: 460-478.

⁽⁵⁷⁾ Op. cit. Crozier, 1977: 460-478.

problema o situación social, el lugar en la estructura y los roles del individuo, principalmente aquellos que ha cumplido en experiencias sociales significativas y en términos de aprendizaje social, ya que las actitudes son producto de aprendizajes propios de determinados medios sociales, tales como la familia, la escuela, la empresa, el sindicato, el hospital, etc.

El problema entonces es determinar qué mecanismos se deberían tener en cuenta a la hora de diseñar propuestas de intervención tendientes al cambio de actitudes, que comprendan ineludiblemente la expresión de la motivación y la orientación del comportamiento consecuente. Este planteo conduce a otro problema, cómo generar cambios de actitudes como modificación producto de una acción colectiva, caso de la institución de salud.

Lo anterior, no puede dejar de inscribirse en el marco que define a la actitud como producto de un aprendizaje social, por lo tanto es también producto de una matriz de la sociedad determinada, de una estructura social determinada y de la formación de la personalidad y sus experiencias sociales significativas como sujetos, lo que va a condicionar y determinar diferentes opiniones o puntos de vista.

El cambio de actitud se inscribe entonces en la dimensión estratégica de lo social, que permite una evaluación de las posibilidades de acción, capacidad anticipatoria, y ésto no deja de basarse en un análisis de la realidad social en la que están insertas las diferentes partes, que bien puede llamarse el hospital público.

Crozier sostiene que a mayor grado de libertad de acción de los actores sociales entonces mayor capacidad de poder opinar frente al cambio y a las diferentes alternativas que éste presenta. El problema radicaría entonces en cómo integrar los

diferentes puntos de vista de los diferentes actores sociales, ya que cada uno de ellos encierra un punto de vista, desde una subjetividad particular, diferente, esto conduce a hablar de “cambio de actitudes” como cambio estratégico, pudiéndose preguntar quien investiga qué de estratégico tiene el impacto en las actitudes de los agentes de salud de ciertos cambios políticos administrativos como es el caso de la descentralización hospitalaria.

Metodología.

Esta investigación presenta un diseño metodológico descriptivo simple cuyo objetivo principal consiste en identificar y describir la variable actitudes frente a la descentralización hospitalaria del personal del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli frente al nuevo modelo de gestión.

En una primera fase se desarrolló la caracterización del hospital de acuerdo a un eje básico que constituye las condiciones sociales objetivas en el que está inserto, las normativas, más concretamente, el marco legal y el funcionamiento de acuerdo a la descentralización.

Este esquema de investigación incluye el diseño de un instrumento de recolección de datos del tipo escala de diferencial semántico de Osgood y Tannenbaum⁽⁵⁸⁾ la cual es útil para medir el significado connotativo de un concepto o un suceso, o como en este trabajo, un proceso administrativo.

En este tipo de escala el individuo debe responder calificando el concepto o suceso evaluado en una serie de ítems bipolares, ya que opera con pares de opuestos y un sistema de calificación entre los mismos, lo que permite el cálculo mediante una sumatoria del total de los puntajes de cada uno de los reactivos o ítems. De esta manera, el componente actitudinal comportamental implica los ítem 10, 12,14,15,17; el componente actitudinal cognitivo implica los ítems 9-11-13 y 14; mientras que el componente afectivo incluye los ítems 8 y 16, además de una pregunta abierta que permite un análisis diferente, de tipo cualitativo y que complementa a la escala

⁽⁵⁸⁾ Osgood C y Tannenbaum P. The principle of congruity in the prediction of attitude change. *Psychological Review*, 1955: 62: 42-55.

diseñada. (Véase Anexo 3. Escala).

Dicho puntaje total se divide en cuartiles que determinarán según una escala de cuatro niveles construída a tales fines, qué tipos de actitudes presentan los sujetos de la investigación y en qué categoría se ubican las mismas, esto es:

- El mínimo valor de la sumatoria total es 10 y el máximo es 100.

-Para aquellos sujetos en los que la sumatoria total de respuestas oscila entre es 10 y 25 se califica como una actitud de **disconformidad o rechazo** ante la descentralización.

-Para aquellos sujetos en los que la sumatoria total de respuestas oscila entre es 26 y 50 se califica como una actitud de **inseguridad pero apertura** ante la descentralización.

-Para aquellos sujetos en los que la sumatoria total de respuestas oscila entre es 51 y 75 se califica como una actitud de **aceptación** de la descentralización.

-Para aquellos sujetos en los que la sumatoria total de respuestas oscila entre es 76 a 100 se califica como una actitud de **plena aceptación** de la descentralización.

El instrumento incluye además una pregunta lo suficientemente abierta como para que el sujeto pueda expresar sus sentimientos, prejuicios, pensamientos e incluso temores frente al cambio político-administrativo implmentado en el hospital:

Consigna. Indique cualquier opinión que Ud. tenga, prejuicio, sentimiento, pensamiento frente a la descentralización, en tanto cambio político-administrativo de este hospital.

Las respuestas a este interrogante son analizadas cualitativamente y cuantitativamente, de modo que expresiones porcentuales resulten representativas de

las opiniones del personal del centro asistencial, haciendo hincapié en el nivel manifiesto y subyacente de las expresiones, lo cual se acompaña del registro escrito de los gestos que el sujeto produce cuando se le administró el instrumento y si existe una adecuación entre el mensaje verbal emitido y el no verbal, teniendo vital importancia las técnicas de observación participante y no participante.

El tipo de muestreo es probabilístico, al azar estratificado proporcional, tomándose 36 unidades de observación, siendo el total del personal del hospital 106 personas. El tamaño muestral se calculó a partir de una prueba piloto con dicha escala de actitudes en el mismo hospital, tomando 15 personas, al calcular el desvío standard del instrumento (41.93) fue necesario ajustarlo hasta llegar a este modelo definitivo que presenta un desvío standard de 21.69 puntos, también para 15 personas a las que fue administrado, tomando como margen de error 5 puntos sobre un total de 100 como extremo máximo de la escala y con una confiabilidad del 95%.

La muestra quedó constituida por 6 directivos, 1 terapeuta ocupacional, 1 asistente social, 1 psicólogo, 2 psiquiatras, 2 médicos clínicos, 2 médicos neurólogos, 2 residentes de psicología, 2 enfermeras de terapia ocupacional, 2 becarios de enfermería, 1 personal obrero, 5 personal de servicio, 6 personal administrativo, 3 técnicos.

La escala diseñada de acuerdo a los ajustes mencionados, se caracteriza por elevada confiabilidad y validez, de acuerdo a la prueba alfa de Cronbach y Spearman-Brown, la primera 0.9025; la segunda 0.8936; en ambos casos, como se observa es un valor sumamente alto para el tipo de escala psicosocial que se ha utilizado.

El tratamiento de los datos a nivel estadístico se realiza con el programa SPSS

5.0 PC+, que facilitó el procesamiento de los datos obtenidos para cada unidad de análisis, previa confección de una matriz de datos.

Resultados.

Los resultados obtenidos en esta investigación permitieron un análisis de tipo cuali-cuantitativo, en primer término se procedió a la caracterización del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, tomando como aspectos relevantes, su ubicación geográfica, zona de influencia, estilo de edificación, creación, aspectos legales, modelo de atención e indicadores tales como la cantidad de camas, cantidad de enfermeras por médico, total de pacientes internos y distribución de las patologías psiquiátricas según la clasificación psicosis, neurosis y adicciones.

En segundo término se analizaron los datos obtenidos mediante un instrumento de recolección que es una Escala de Actitudes del personal del Hospital frente al Proceso de Descentralización.

1.-Caracterización del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli.

El hospital se encuentra ubicado en el partido de Necochea, que ocupa la región centro-este de la provincia de Buenos Aires, con unos 89.000 habitantes aproximadamente. Se halla en un predio cercano al mayor accidente hidrográfico de la zona que es el río Quequén Grande.

El hospital se encuentra enclavado en una zona especialmente dedicada a la agricultura y ganadería, principalmente al acopio de cereales, dado que tiene silos importantes y un puerto de aguas profundas que permite el acceso mediante barcos de gran porte.

La ubicación exacta del hospital es calle 49 N° 1868, Necochea. Dispone de

un terreno de 10.000 m² y siete hectáreas que corresponden a una Granja Protegida, siendo ésta un parte importante en la recuperación de los enfermos, la misma se encuentra ubicada en avenida 75 y calle 114, también de la ciudad de Necochea.

Actualmente el edificio se encuentra en plena refacción, la cual se realiza en tres etapas, encontrándose en este momento cumplidas las dos primeras.

La edificación si bien es antigua se encuentra en perfecto estado de mantención, carece de rejas que evitan una de las principales características de las instituciones totales⁽⁵⁹⁾. La gran cantidad de aberturas, sean puertas o ventanas coincide con el modelo comunitario y de puertas abiertas que desarrolla el hospital como modelo de atención al sufriente psiquiátrico.

Este hospital es provincial y pertenece a la Región Sanitaria VIII, es un hospital que abarca toda la zona sudeste de la provincia de Buenos Aires y único en su especialidad. Sin embargo, en la localidad de Necochea se dispone de otros dos hospitales, pero generales y municipales, ellos son el Hospital General Irurzun (Quequén) y el Hospital General Emilio Ferreyra (Necochea), con los cuales comparte algunos recursos humanos y actividades el hospital neuropsiquiátrico.

Con respecto a la población de Necochea, la mayor concentración se registra en los dos centros que presenta la ciudad, el antiguo y el moderno; mientras que es mucho menor la población que vive en la zona de quintas y campo que rodea a la ciudad.

El hospital Neuropsiquiátrico Taraborelli fue creado el 12 de diciembre de 1969, el mismo día de creación de la ciudad de Necochea, previamente fue un hospital

⁽⁵⁹⁾ Goffman I. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. 1a. edición. Buenos Aires: Amorrortu, 1961.

general que atendía enfermos de tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, su nombre era Hospital Díaz Vélez.

El día de creación del hospital se cumplía el 88° aniversario de la localidad, tuvo diferentes directores, todos ellos médicos psiquiatras o neurólogos, actualmente la dirección ejecutiva está a cargo de una médica psiquiatra y el cargo de director asociado lo ocupa un licenciado en psicología.

El modelo asistencial que constituyó el punto de partida de este hospital es de puertas abiertas, siendo el objetivo principal el desarrollo de un programa de tipo comunitario para rehabilitar a las personas que sufren enfermedades psiquiátricas, por lo tanto muy lejos del objetivo del hospital está el control social.

Dispone de una capacidad de 64 camas, las cuales están totalmente ocupadas, teniendo en cuenta que el giro-cama en este tipo de hospitales es muy lento, ya que son trastornos en muchos casos crónicos, que requieren meses y hasta años de internación.

El hospital cuenta con un hospital de día, servicios de docencia e investigación, servicio de psiquiatría infanto-juvenil, terapia ocupacional, servicio social, grupo de atención en crisis, y de neurología.

A los efectos de este trabajo de investigación es fundamental el aspecto relacionado con las normas o marco jurídico de funcionamiento actual del hospital, cobrando importancia la ley de descentralización "Ley de Nuestro Hospital", 11072/91 y el Decreto 578/93 Hospital de Autogestión.

En esta ley se establecen los principios bajo los cuales se prevee el funcionamiento del hospital, basado en un perfil producto de la delegación de

funciones y potestades que contribuyan a desburocratizar el funcionamiento del hospital.

Entre los principios básicos se encuentran la equidad y eficacia social, la jerarquización de la prevención, la participación de diferentes actores sociales ya sea que pertenezcan al hospital o no, ya que se busca la incorporación de la población a las actividades del hospital, calificando así el funcionamiento del mismo en el marco del quehacer comunitario.

No obstante, los hospitales descentralizados desarrollan su actividad de acuerdo a programas preventivo asistenciales determinados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

En cuanto al decreto 578/93 acerca de los hospitales de autogestión, se hace referencia al funcionamiento de los mismos como organismos descentralizados que pueden realizar sus gestiones, por ejemplo convenios con entidades de seguridad social y cobrar los servicios prestados a personas que tienen capacidad de pago, por ello el hospital Taraborelli en los últimos meses acentuó el control desde estadística y servicio social acerca de la identificación de pacientes con obras sociales o con capacidad económica para el pago de las prestaciones, tarea de la que participa intensamente el área Control de Gestión. Esta última área ha sido creada en el marco de las transformaciones político-administrativas reglamentadas en la ley y decreto expuestos con anterioridad, que permite desarrollar un modelo de gestión no sólo basado en la descentralización, sino adoptando en este caso, un modelo de gerenciamiento estratégico. Con respecto al personal del Hospital Neuropsiquiátrico de Necochea, lo integran 106 personas, estando abocados a funciones jerárquicas y de

asistencias 9 profesionales. La cantidad de enfermeras por médico es 1.38, existen 13 médicos en planta permanente, también se ocupa de la formación de recursos humanos, tanto en psiquiatría como en psicología y enfermería, contando con residentes y becarios.

El total de internos es 64, el 30% de los mismos presentan patologías psiquiátricas que los califican como pacientes crónicos. Considerando las patologías, se distribuyen del modo siguiente el 44% psicosis, el 42% neurosis y el 7% alcoholismo, con respecto a ésta en los últimos tiempos se han incrementado las adicciones, ya sea al alcohol como a las drogas, lo que determina de algún modo una íntima relación con problemas de índole socioeconómica, más precisamente el desempleo que afecta a toda la región de la que forma parte el hospital.

2.-ESCALA DE ACTITUDES DEL PERSONAL DEL HOSPITAL FRENTE AL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN.

A partir de la escala de actitudes frente a la descentralización diseñada para este proyecto de tesis, la media estadística obtenida en los puntajes de la muestra evaluada es 60.39, las tablas además, permiten sostener que la muestra tomada del personal del hospital presenta actitudes de aceptación de la descentralización como cambio político-administrativo del hospital, según la escala construída, expuesta en el Anexo III.

Tablas (Ver Gráficos en Anexo IV)

Tabla I. Actitudes frente a la descentralización según cargo jerárquico y no jerárquico en personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Período 12-96 al 02-97.

Cargo-Jerarquía	Actitudes frente a la descentralización.					
	Actitudes Negativas		Actitudes Positivas		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Jerárquico	0	0	6	100	6	100
No Jerarquico	9	30	21	70	30	100
TOTAL	9	25	27	75	36	100

Se calculó la prueba estadística JI2, obteniéndose el valor 2.4, siendo superior al valor crítico para un grado de libertad y 95% de confiabilidad (para el 95% 0.352 es el valor teórico de la tabla de distribución de JI2), siendo para tres grados de libertad al 90% 0.584, lo que implica que se ha verificado una diferencia estadísticamente importante entre los grupos de sujetos estudiados, por cuanto es poco probable que esa diferencia se deba al azar y que en realidad el personal jerárquico apoye con actitudes positivas desde el conocimiento sobre la descentralización, mientras que el no jerárquico presenta actitudes con mayor negatividad o rechazo a la descentralización.

El personal del hospital según su cargo jerárquico o no jerárquico opina en un porcentaje significativo a favor de la descentralización (75%), el jerárquico, en el 100% de los casos, mantiene una actitud positiva respecto a la transformación político-administrativo, mientras que el no jerárquico se muestra a favor en un 70%, lo que permite hipotetizar, según las observaciones y diálogos mantenidos con el personal, que esto se debe a que carecen de información suficiente acerca de estos cambios; en realidad se podría afirmar que el contenido profundo de esas

verbalizaciones apunta a la falta de adaptación y manejo en contextos de incertidumbre o que requieren actitudes estratégicas de los actores sociales.

Tabla II. Actitudes frente a la descentralización según edad del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Período 12-96 al 02-97.

Edad	Actitudes frente a la descentralización.					
	Actitudes Negativas		Actitudes Positivas		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menores de 33 años	7	63.63	4	36.37	11	100
Mayores de 33 años	9	36	16	64	25	100
TOTAL	16	44.44	20	55.56	36	100

De acuerdo a la variable edad, las actitudes a favor de la descentralización predominan en el personal mayor a la media estadística en esta variable, esto es 31 años, mientras que en el personal más joven aparece una fuerte resistencia a los cambios. Esto daría cuenta de una relación inversa entre las variables: a menor edad del agente de salud, mayor resistencia al cambio administrativo y político.

Tabla III. Actitudes frente a la descentralización según sexo del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Período 12-96 al 02-97.

Sexo	Actitudes frente a la descentralización.					
	Actitudes Negativas		Actitudes Positivas		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino	3	27.27	8	72.73	11	100
Femenino	12	48	13	52	25	100
TOTAL	15	41.66	21	58.34	36	100

Según el sexo del personal, se interpreta que los hombres, en su mayoría, están conformes con la descentralización, mientras que en las mujeres la diferencia porcentual no es tan significativa, sino que se comporta ligeramente a favor de la

descentralización (52%).

Tabla IV. Actitudes frente a la descentralización según profesión del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Periodo 12-96 al 02-97.

Profesión	Actitudes frente a la descentralización.					
	Actitudes Negativas		Actitudes Positivas		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%
Médicos	3	33.33	9	66.67	12	100
Asistentes Sociales.	1	33.33	2	66.67	3	100
Enfermeros	4	66.67	2	33.33	6	100
Técnicos/Obreros	6	66.67	3	33.33	9	100
Administrativos	1	16.66	5	83.34	6	100
TOTAL	15	41.66	21	58.34	36	100

De acuerdo a la variable profesión, los enfermeros y técnicos/obreros presentan mayor tendencia a las actitudes definidas como negativas (66,67%), mientras que en los médicos y Asistentes Sociales se da el comportamiento inverso: el mismo porcentaje (66,67%) de sujetos con actitudes positivas frente al cambio operado en la institución. Es notable la diferencia en el personal administrativo que propicia la descentralización. En este aspecto, es interesante destacar que sólo un agente presenta la mayor resistencia hacia el cambio administrativo, dado que anteriormente tenía un manejo reconocido por todo el personal del hospital como altamente eficaz, sin embargo, las nuevas normas y leyes implican transformaciones en el aspecto administrativo y jurídico, generando por lo tanto espacios de incertidumbre o falta de conocimiento, que como se sostenía a nivel teórico, ofrecen lugar para la generación de fantasías, principalmente de desempleo, y mitos, tales como la búsqueda de un “responsable o culpable” de ese cambio, generalmente depositado en la Dirección del Hospital anterior y actual.

Tabla V. Actitudes frente a la descentralización según estado civil del personal del

Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Período 12-96 al 02-97.

Estado Civil	Actitudes frente a la descentralización.					
	Actitudes Negativas		Actitudes Positivas		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%
Solteros	2	25	6	75	9	100
Casados	1	14.28	6	85.72	7	100
Separados	8	66.67	4	33.33	12	100
Divorciados	5	62.5	3	37.5	8	100
TOTAL	16	44.44	20	55.56	36	100

Los solteros se encuentran a favor en su mayoría del cambio, mientras que los separados y divorciados significativamente en contra de la descentralización, según las desventajas que observan. Esto podría merecer el estudio sociopsicológico acerca de qué ocurre con el punto de vista del actor social frente a los cambios en el trabajo de acuerdo a su estado civil, ya que según estos datos podría suponerse que los divorciados y separados tienen un punto de vista más negativista acerca de los cambios en el medio laboral por falta de apoyo emocional y canalizar todos sus deseos y realizaciones en el trabajo, pero esto merecerá un estudio mucho más profundo y amplio.

Tabla VI. Actitudes frente a la descentralización según experiencias laborales anteriores del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Período 12-96 al 02-97.

Experiencias Laborales anteriores.	Actitudes frente a la descentralización.					
	Actitudes Negativas		Actitudes Positivas		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hospital Psiquiátrico	1	11.11	8	88.89	9	100
Hospital General	2	28.57	5	71.42	7	100
No en Serv. Salud	2	40	3	60	5	100
Ninguna otra exp.	3	20	12	80	15	100
TOTAL	8	22.22	28	77.77	36	100

Tomando en cuenta la variable Experiencias laborales anteriores, se registra una mayor predisposición al cambio en los agentes de salud que se han desempeñado en Hospitales Psiquiátricos (88,89%) y en los que no han tenido ninguna otra experiencia laboral (80%), en tanto si bien aquellos que han cumplido tareas en otras instituciones de salud (Hospitales generales) o con experiencias laborales ajenas al sistema sanitario, entienden al cambio como positivo en su mayoría, registra guarismos más bajos (71.42%) y (80%) respectivamente.

Tabla VII. Actitudes frente a la descentralización según nivel educativo del personal del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Taraborelli, Necochea. Período 12-96 al 02-97.

Nivel Educativo	Actitudes frente a la descentralización.					
	Actitudes Negativas		Actitudes Positivas		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primario	0	0	4	100	4	100
Secundario	2	25	6	75	8	100
Terciario No Univ.	5	83.34	1	16.66	6	100
Universitario	7	38.89	11	61.11	18	100
TOTAL	14	38.89	22	61.11	36	100

Se observa que aquellos agentes de salud que mayor preparación científica o específica tienen, presentan mayor resistencia al cambio administrativo, siendo inversa la opinión en los agentes de nivel educativo primario y secundario. Se podría hipotetizar que el mayor conocimiento específico implica mayor cuota de poder informacional y del experto, y la descentralización funcionaría como amenaza a la pérdida de ese poder en la institución, que reviste al personal de una aureola de autoridad científica y técnica.

De acuerdo a la matriz de correlaciones **r de Pearson**, según correlaciones simples no rotadas, las asociaciones entre las dimensiones de la variable actitudes y el

puntaje total de la misma, son las siguientes:

-Con el reactivo agresividad-aceptación, la asociación es positiva y fuerte, 0.6454 $p < 0.05$.

-Con el reactivo lentitud-rapidez en la toma de decisiones, la asociación es fuerte y positiva, 0.8060 $p < 0.05$.

-Con el reactivo rigidez-flexibilidad, la asociación es positiva, pero débil, 0.1993 $p < 0.05$.

-Con el reactivo capacitación, la asociación es positiva y muy fuerte, 0.8028 $p < 0.05$.

-Con el reactivo control, la asociación también es positiva y fuerte 0.7559 $p < 0.05$.

-Con el reactivo pasividad-actividad, la asociación es positiva y muy fuerte, 0.8428 $p < 0.05$.

-Con el reactivo investigación-sin investigación, la asociación es positiva, pero significativamente más débil que las anteriores, 0.6997 $p < 0.05$.

-Con el reactivo transferencia se observa una asociación semejante al reactivo anterior, 0.6146 $p < 0.05$.

-Con el ítem trabajo solo o en equipo, la asociación es positiva y media 0.6478 $p < 0.05$.

-Con el reactivo intra e interhospitalario, la asociación es +0.6697 $p < 0.05$.

Así, se pueden establecer relaciones de asociación entre los reactivos según los componentes actitudinales que representen. De esta manera, los componentes

actitudinales incluyen los siguientes reactivos:

- Componente Comportamental.

Reactivos:

-pasividad-actividad.

-control rígido-control flexible.

-sin investigación-con investigación.

-resultados de investigación compartidos-resultados de investigación sin compartir.

-Trabajo intrahospitalario-trabajo interhospitalario.

- Componente Cognitivo:

-Lentitud y rapidez en la toma de decisiones.

-Rigidez de la organizaicón -flexibilidad de la organización.

-Sin capacitación-con capacitación.

-Sin investigación-con investigación.

- Componente Afectivo:

-Agresividad-Aceptación.

-Trabaja solo el personal del hospital-Incorpora a la comunidad construyendo redes sociales fuertes.

Las mayores asociaciones se observan entre el componente comportamental y el cognitivo, especialmente entre pasividad-actividad y lentitud-rapidez en la toma de decisiones ($r=+0.70$ $p<0.05$); entre control rígido-control anticipante preventivo y pasividad-actividad ($r=+0.6709$ $p<0.05$) y entre sin investigación-con investigación y

sin capacitación-con capacitación ($r=+0.6328$ $p<0.05$).

Mientras que las asociaciones entre los componentes cognitivos y comportamental y el afectivo son negativas en su mayoría y débiles.

Dicho componente fue evaluado mediante una pregunta abierta que determinó un análisis cualitativo de las expresiones del personal estudiado, indicando los resultados los siguientes puntos convergentes:

- creencia subyacente que se traduce en un concepto erróneo producto de información informal que obtura el buen desempeño del personal, produciendo menor motivación para el trabajo, y se refiere a que “el proceso de descentralización contribuye a despidos masivos en el personal sanitario”.

- creencia subyacente que implica una atribución causal externa en la figura de autoridad superior, el ministro de salud, a través de verbalizaciones tales como: “esto no va a cambiar nada, lo hacen para sacar rédito político”.

-creencia subyacente que implica una atribución causal interna, (hacia sí mismos), “es que nosotros mucho en realidad no hacemos por informarnos sobre esto de la descentralización, así que poco podemos hablar”.

-aparece un problema que plantea el personal producto de una interpretación inadecuada de la descentralización, que es la siguiente: “si nosotros estamos en un hospital descentralizado, **dijeron** que nos pueden hacer rotar por diferentes hospitales siempre provinciales, entonces tendríamos que ir a Mar del Plata, sabés lo que sería esto?”. Este planteo, además de enunciar incomodidades por el lugar geográfico donde viven y el tema traslados desde el nivel de la expresión verbal, en el nivel más profundo implica un “gran sentido de pertenencia” del personal al hospital, y

compromiso con todo tipo de tareas o cambio que en la institución se opere.

Según el análisis factorial existen dos factores subyacentes principales que explican el 63.4% de la variancia, seguidos por otros 9 factores que resultan ser secundarios, por el criterio de corte aplicado, que implica una explicación de la variancia menor al 5%.

El factor 1, pasa a definirse según la interpretación de estos resultados como “comportamientos organizacionales”, dado que presenta relaciones altas y positivas con todos los reactivos, esto es entre +0.6039 a 0.86442 $p < 0.005$; a excepción del reactivo rigidez-flexibilidad, que presenta una correlación baja.

Sin embargo, ese reactivo mencionado presenta correlación positiva y alta, y es la única en esas condiciones en el factor 2, por lo tanto pasa a definirse como “apertura organizacional” como componente cognitivo actitudinal, en la medida que los sujetos conforman un sistema organizacional en el que predomina independencia de campo y capacidad de reestructuración.

De esta manera esa capacidad de reestructuración involucrada en la apertura organizacional se apoya en la toma de decisiones y planeamiento como etapas del proceso administrativo que mayor diseminación de la información requieren, esa información diseminada, en realidad es información que algunos servicios saben “ganar” y otros no, esto se observa en el personal de enfermería, que presentan una mayor participación y sentimiento de pertenencia a la institución, lo que también redundará en una mayor información sobre el funcionamiento del sistema de administración y control de gestión, eludiendo el rumor y preguntando directamente al personal afectado a funciones administrativas y a la dirección del hospital

cuestiones inherentes a los cambios administrativos actuales.

En el componente comportamental se destaca una de las características fundamentales respecto de la descentralización y la constitución de un consejo de administración del hospital en el cual participan miembros de la comunidad, lo que redundaría en actitudes relativas al componente comportamental basadas en la apertura hacia la comunidad, entendiendo a los agentes comunitarios como representantes valiosos de la comunidad a la que se prestan los servicios. El sentimiento de exclusión se basa en el reclamo de mayor información sobre la descentralización hospitalaria y los hospitales de autogestión, el reclamo es directamente hacia la dirección del hospital. A lo anterior subyace una toma de conciencia de que el modelo de gestión debe cambiar en el contexto actual en el que el hospital no deja de estar inserto, además de que esa dirección funciona desde el planeamiento estratégico, construyendo proyectos de los cuales todos pueden participar, favoreciendo la participación del personal en forma informal y también de la comunidad, desde ideas u opiniones que son consideradas. El problema a nivel diagnóstico podría entenderse que la demanda no consiste en pedir información, en realidad lo que el personal reclama es formación, educación para manejarse en un modelo de gestión descentralizado, hospitalario. Esa información a la que subyace la formación, implica capacitación para procesos de decisión en el marco de la descentralización, siendo identificados como base para esa formación los siguientes puntos relevantes, que resultan coincidentes con lo expuesto en el marco teórico relativo a la descentralización en servicios de salud: autonomía, responsabilidad de grupo de trabajo, responsabilidad comunitaria, administración, control preventivo, identidad

organizacional y clima organizacional.

Considerando las actitudes positivas, negativas y ambiguas, según el servicio en el que desempeñan funciones los agentes, las actitudes positivas se observan en su mayoría en el área control de gestión, terapia ocupacional y asistencia social, que coinciden con grupos que funcionan tal como lo señala Crozier, como actores que constituyen un colectivo orientado hacia la acción, acción que busca permanentemente el progreso de la Institución. Esta clase de individuos se caracteriza por sus comportamientos independientes, autónomos y con gran reactancia psicológica, es decir, prefieren la participación en la toma de decisiones y aceptan de buen grado la responsabilidad “de ser parte activa del cambio organizacional”.

No se detectaron casos de ambigüedad en sus actitudes, sino casos extremos, ya sea por falta de información o por temor a despidos masivos ante este nuevo cambio administrativo.

Las actitudes negativas se observan en sujetos que presentan mayor resistencia al cambio, y se caracterizan por ser dependientes de la norma. Al ser la descentralización un proceso que involucra la delegación de responsabilidades y la mayor participación en la toma de decisiones de los subordinados, los sujetos más conformistas manifiestan mayor descontento ante el nuevo manejo administrativo.

Discusión.

Los resultados a los que se arribó son los siguientes y permiten algunas hipótesis y revisiones metodológicas de evaluación y contrastación con el marco teórico:

-El personal jerárquico se encuentra notablemente a favor del cambio administrativo, mientras que el no jerárquico en su mayoría (70%) se encuentra a favor, pero existe un porcentaje significativo en contra. Esto permite demostrar aquello que en teoría Bourdieu llama “puntos de vista” de los agentes sociales.

-El personal de edad superior a la media (31 años) se encuentra a favor de la descentralización, mientras que el personal más joven se encuentra significativamente en contra (63.63%), lo que permitiría hipotetizar que el sentido de pertenencia a la institución condiciona actitudes frente a los cambios en la misma, siendo aquellos más jóvenes los que menos sentido de pertenencia tienen, dado que han compartido menos experiencias en ese entorno institucional y presentarían entonces, mayor poder de crítica.

-Es notable la diferencia entre mujeres y varones respecto a la descentralización, mientras las mujeres apenas están a favor (52%), los hombres en su mayoría se encuentran a favor (72.73%).

-En cuanto a la profesión, la mayor parte de los profesionales se hallan a favor, mientras que no ocurre lo mismo con el personal de enfermería y los técnicos, en ambos casos el 66.67% se hallan en contra. Se podría sostener que la menor información que reciben el personal de enfermería y técnico condiciona actitudes de

rechazo ante el nuevo cambio o modelo de gestión, corroborando desde la teoría que el cambio actitudinal implica a la comunicación, más concretamente a la comunicación persuasiva. Además, también puede hipotetizarse que el hecho de que el personal jerárquico esté mayoritariamente de acuerdo con la descentralización puede obedecer a que ellos son parte u ocupan un lugar dentro del sistema político administrativo del hospital, mientras que el resto del personal son subordinados.

-Con respecto al estado civil se observa cómo los solteros y casados presentan actitudes positivas hacia el cambio, mientras que los separados y divorciados, excepto aquellos que corresponden al nivel jerárquico, presentan actitudes negativas hacia el cambio. La cuestión parece ser aquí mucho más profunda y requeriría un estudio cualitativo del tema, pues puede ocurrir que el filtro cognitivo por donde analizan la información presente mayor nivel de frustración, lo que genera una visión pesimista de la situación, especialmente de todo aquello que implica cambio laboral. Esto último amparado en que esas personas generalmente viven solos y encuentran en el trabajo el hogar constituido que no pudieron mantener o conservar, por lo tanto canalizan toda su energía en lo laboral, y cualquier cambio lo entienden como amenazante. Al exponer esto queda claro que la visión o el impacto que produce la descentralización no sólo implica cuestiones vinculadas con lo estrictamente profesional, sino con lo personal, ya que los individuos que responden antes de ser objetos de investigación son sujetos, y por lo tanto responden desde esa integración entre lo subjetivo y objetivo.

-Las experiencias laborales previas no resultan una variable que actúe significativamente en las opiniones y actitudes del personal del hospital.

- En el nivel educativo existe una leve tendencia a favor de la siguiente relación: a menor nivel educativo mayor nivel de conformidad con los cambios administrativos. Se podría trabajar a futuro esta relación como hipótesis de otras investigaciones, ya que implicaría que aquellos que tienen menor nivel educativo presentan mayor resistencia al cambio, lo que permitiría plantear algunas cuestiones de índole educativa, concretamente, el estilo de aprendizaje con el que fueron enseñados y el proceso de socialización del que fueron objeto en su infancia.

El tratamiento de los ítems de la escala mediante correlaciones y análisis factorial, permitió denotar los componentes comportamental o conativo, cognitivo y afectivo como dimensiones de las actitudes, no obstante, sería conveniente realizar un trabajo de investigación del tipo estudio de casos, donde trabajando con menor cantidad de sujetos pudieran realizarse observaciones participantes y no participantes, historia de vida y entrevistas en profundidad, que mediante un tratamiento cualitativo, del tipo análisis de contenido pudieran observarse y explicarse las razones de existencia e influencia de esas dimensiones e incluso descubrir relaciones entre las mismas que tuvieran carácter explicativo.

Mediante el análisis factorial se detectaron dos factores, el primero, definido como “comportamientos organizacionales”, permitirá generar a futuro nuevas investigaciones sobre las dimensiones de ese comportamiento y las posibilidades de cambio a partir de la circulación de la información en el hospital, lo que no deja de presentar relación con el segundo factor “apertura organizacional”. Esto confirma el marco teórico desde donde se partió para la realización de este trabajo, pero al mismo tiempo permite generar interrogantes como éstos:

¿son las actitudes disposiciones internas producto de la circulación de la información en el sistema?

¿qué procesos sociales y cognitivos predominan en los individuos con actitudes positivas hacia la descentralización y cuáles en los individuos que presentan actitudes negativas?

¿la socialización y el nivel educativo condicionan las actitudes en el medio laboral hacia los cambios de gestión?

¿qué ocurre con el autoritarismo y el cambio actitudinal?

¿qué relación existe entre cambio de actitudes en el personal del hospital y tendencia al cambio organizacional?

¿cuáles son las escalas sociométricas más adecuadas para el desarrollo de una investigación sobre actitudes?

Todos estos interrogantes generan posibles futuras investigaciones, propias de este tesista, pero se aspira especialmente a que sirvan como de estímulo para la generación de trabajos por parte de otros tesistas o investigadores en materia de organizaciones sanitarias.

Conclusiones

Para hacer efectivas las políticas de salud y de servicios, es necesario disponer una reestructuración funcional que implica avanzar sobre la transferencia de recursos y responsabilidades desde el nivel central hacia las regiones sanitarias, en el cual ambos niveles se fortalecen en sus funciones normativas, de gestión, fiscalización y evaluación.

En este contexto, la descentralización es entendida como un proceso político, administrativo y jurídico por medio del cual se transfieren poder de decisión, funciones, facultades, programas y recursos desde el Nivel Ministerial Central hacia las Regiones Sanitarias y Hospitales Provincial

Las transferencias que se operan en la descentralización provocan sin duda una jerarquización de los Hospitales, dado que, aunque se preserva la relación orgánica funcional de los órganos descentralizados respecto del nivel ministerial, les otorga mayor grado de autonomía al acercar los niveles decisorios al lugar donde realmente surgen las necesidades y aumenta su transparencia social propiciando nuevos espacios participativos, contribuyendo al objetivo de mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de las acciones sanitarias.

No obstante ello, el impacto de la reestructuración genera en los agentes del servicio de salud, una multiplicidad de expectativas que se traducen en actitudes diversas. Esto es así debido a que todo proceso de transformación implica una necesaria tensión entre la realidad y una perspectiva futura, lo que, por un lado, puede producir miedo y angustia, y, por otro, puede conducir al desarrollo de una “tensión

creativa”, planteando interrogantes y propuestas que posibilitan la creación de los escenarios de la transición.

Las actitudes, en tanto tendencias o predisposiciones adquiridas y relativamente duraderas a evaluar de determinado modo a la Institución sanitaria que generan una acción en consonancia con dicha evaluación, constituyen una orientación social, o sea, una inclinación subyacente a responder de manera favorable o desfavorable a los programas de cambio implementados en salud.

Al evaluar el impacto de la descentralización en el personal del Hospital Neuropsiquiátrico de Necochea, se tuvo en cuenta que las actitudes no solamente tienen como condicionante el contexto global, sino también el colectivo particular y los rasgos individuales, entrando en juego las creencias y opiniones acerca del cambio organizacional y la valoración del mismo.

El análisis de los diferentes puntos de vista de los profesionales de todos los niveles de la estructura sanitaria implica imbuirse en sus problemáticas y conocer sus representaciones sobre el funcionamiento del nosocomio. La evaluación de estos aspectos debe formar parte del diagnóstico que subyace a todo proceso de planificación y gestión en salud, teniendo en cuenta que los cambios organizacionales sólo se verán consustanciados a partir de los cambios actitudinales del personal. Una transformación se hará efectiva en tanto y en cuanto el personal presente un cambio actitudinal proclive a su aceptación .

La investigación efectuada permite establecer que en tanto un 41.66 % de los efectores de salud evidencia actitudes opuestas a la descentralización, la mayor parte del personal del hospital, el 58.34 % presenta actitudes positivas hacia el cambio

político-administrativo-jurídico implementado.

Esto implica modificaciones actitudinales inherentes a los factores apertura organizacional y comportamientos organizativos, para los que se requieren estudios cuyos diseños sean descriptivos-explicativos, siendo éste un trabajo exploratorio, lo que significa que puede operar como antecedente de esta línea de investigación.

La prevalencia de actitudes favorables hacia la descentralización, registrada por los resultados obtenidos, brindaría las condiciones necesarias para consensuar entre los profesionales, protocolos de diagnóstico y tratamiento en salud mental, flujograma de derivaciones, criterios comunes básicos de internación y externación, así como nuevas modalidades de atención de los pacientes con trastornos mentales, lo que es congruente con un incremento de la capacidad gerencial.

A partir de la transformación, se enfatiza la autonomía institucional, modificándose las características de la organización y la gestión. Los Directivos, como conductores naturales de los hospitales, tienen la facultad para generar cambios políticos en los elementos de la organización, mediante una gestión más abierta, eficiente e innovadora. De este modo, es posible concretar iniciativas que permitan abandonar el modelo burocrático y consolidar una labor institucional transformadora que contemple espacios para la flexibilización de los elementos organizacionales, como resultado de una gestión que integre esos elementos de manera coherente y dinámica.

El impacto de la toma de decisiones en un marco complejo, en el cual es necesario que las respuestas sean ágiles y adecuadas, como es el caso de un Hospital

de Salud Mental, debiera estar sometido a una evaluación permanente, no sólo para monitorear las acciones que se van desarrollando, sino también para adaptar sus propuestas de planificación, gestión y distribución de recursos, con el fin de asegurar un buen producto frente a una realidad tan cambiante como la salud.

Bibliografía.

1. Alvarez, H. Administración. 1a. edición. Córdoba: SEPA, 1985.
2. Barrenechea J, Trujillo E, Chorny A. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud. 1a.ed. Colombia: Universidad de Antioquía, 1990.
3. Barriga S. Psicología social. 1a. edición. Madrid: Alianza, 1996: 123-137.
4. Borja J. Perdigó J. Palomar Llovet M. Botella M. y Castells M. Organización y descentralización municipal. 1a. edición. Eudeba, 1987.
5. Boss Wayne R. Desarrollo organizacional en los servicios de salud. Delaware: Addison Wesley Iberoamericana, 1991.
6. Bourdieu P , Chamboredon J, Passeron J. El oficio del sociólogo. 2a. edición. Buenos Aires: Siglo XXI, 1987.
7. Brocato F. Restructuring school: site-based management. Rural Educator 1991: 16-31.
8. Cohen H, Natella G. Trabajar en salud mental. La desmanicomialización en Río Negro. 1a. edición. Buenos Aires: Lugar, 1996.
9. Collins CD. Decentralisation and the need for political and critical analysis. Health Policy Planning 1989: 168-171.
10. Cooper D. Psiquiatría y Antipsiquiatría. 1a. edición. Buenos Aires: Paidós, 1971.
11. Crozier M, Erhard F. L'acteur et le système. 1a. edición. París: Seuil, 1977: 460-478.

12. Dimauro M. Salud mental y sociedad. 1a. edición. Buenos Aires: El Ateneo, 1995.
13. Eiser J. Psicología social: actitudes, cogniciones y conducta social. Madrid: Pirámide, 1989: 25-89.
14. Etkin J, Schvarstein L. Identidad de las organizaciones. Invariancia y cambio. 1a. edición Buenos Aires: Paidós, 1994.
15. Ferro R. La salud mental en la cuenca del Plata. En: Conferencia Seminario Internacional de Saúde Mental: 1991; Porto Alegre; Brasil.
16. Filho Campos A. O imaginário da exclusão: representacao social dos trabalhadores frente as novas formas e relaciones de trabalho. En: VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social: 1997, marzo 17-24; Buenos Aires.
17. Fitz J. Grand-Maintained status: school autonomy or state control. En: Annual Meeting of the American Educational Research Association: 1994 abril 20-25; New Orleans.
18. Furniss N. The practical significance of decentralization. J. Polit. 1974: 36:958-982.
19. Giles C. Marketing, parental choice and strategic planning: an opportunity or dilemma for UK schools? En: II Conferencia Internacional de Programas Interdisciplinarios: 1994 mayo 1-3; Buffalo, NY.
20. Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. 1a. edición. Buenos Aires: Amorrortu, 1961.
21. Good M. El control en la empresa descentralizada. Alta Gerencia 1995: 331-348.
22. Goode W, Hatt P. Método de la investigación social. 3a. ed. Mexico: Trillas, 1979.
23. Green A. Decentralization and primary health care: some negative implications in

- developing countries. *International Journal of Health Services* 1994, 24:459-474.
24. Gutiérrez A. Comunicación personal, 1996.
25. Hanson E, Ulrich C. Democracy, decentralization and school-based management in Spain. *Reports Research Educative* 1996; 14:232-35.
26. Hermida J, Serra R, Kastika E. *Administración y estrategia*. 4a. edición. Buenos Aires: Macchi, 1995.
27. Kerlinger F. *Investigación del comportamiento*. 2a. edición. Buenos Aires: Interamericana, 1982.
28. Kohan N. *Estadística para Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Eudeba, 1994.
29. Malvárez S. *Construyendo un nuevo paradigma en salud mental: la experiencia argentina*. OPS. En prensa.
30. Malvárez, S. *Salud Mental y Fin de siglo. Aportes para el análisis estratégico*. Documento base Proyecto Iberoamericano de Promoción de la Salud Mental y Prevención del uso indebido de drogas. En prensa.
31. Moscovici S. *Psicología Social I*. Buenos Aires: Paidós, 1985: 117-173.
32. OMS. *Descentralización de los Sistemas de Salud. Conceptos, aspectos y experiencias nacionales*. Ginebra: OPS, 1990.
33. Piaget J. *La equilibración de la estructuras cognoscitivas*. Buenos Aires: Siglo XXI, 1978: 24-75.
34. Pineda E, Canales F, Alvarado E. *Metodología de la Investigación*. Washington: OPS/OMS. PALTEX, 1994.
35. Polit D, Hungler B. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 1a. edición. Buenos Aires: Interamericana, 1990.

36. Rotelli T, Leonardis O. Desinstitucionalización: la otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los países avanzados). Revista de la Asociación Europea de Neuropsiquiatría, 1987.
37. Sabulsky J. Investigación en ciencias de la salud. Córdoba: Facultad de Ciencias Médicas, 1995.
38. Saidón O. La salud mental en los tiempos de ajuste. En Saidón O, Troianovski P. Políticas en salud mental. 1a. edición. Buenos Aires: Lugar, 1994:13-23.
39. Servantie A, Becut M, Bernard A. Lo normal y lo patológico. Madrid: Fundamentos, 1972.
40. Soler L. La políticas de autogestión y descentralización hospitalaria. Revista Salud: Problema y Debate, 1995:4-8.
41. Stolkiner A. Tiempos posmodernos: ajuste y salud mental. En Saidón O, Troianovski P. Políticas en salud mental. 1a. edición. Buenos Aires: Lugar, 1994:25-53.
42. Testa M. El hospital. Revista Salud: Problema y Debate 1993:31-37.
43. Thomas G, Levacic R. Centralizing in order to decentralize? Journal of Education Policy 1996:401-16.
44. Vander Zanden J.W. Manual de Psicología Social. Barcelona. Paidós. 1990:199-232.
45. Wagner de Sousa Campos G. La gestión como componente estratégico para la implantación de un sistema público de salud. San Pablo: Cuadernos Médico Sociales, Nº 54, 1990:33-42.
46. Wohlstetter P. Experimenting with decentralization: The politics of change.

Reports Research 1990: 54-58.

Anexo I. Ley de Descentralización de Hospitales N° 11072.

Anexo II. Decreto 578/93. Hospitales de Autogestión.

Anexo 3.

Escala de actitudes del personal del hospital frente a la descentralización.

Edad.

Sexo:

Lugar de Nacimiento:

Profesión:

Estado Civil:

Actividades actuales- Ocupación:

Actividades anteriores-cargos:

Consigna: Dados pares de opuestos, sírvase marcar con una X un casillero de la escala de 1 a 10 según sea su opinión.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Agresividad											Aceptación
Lentitud en la Toma de decisiones.											Rapidez en la toma de decisiones
Pasividad											Participación
Rigidez de la Organización.											Flexibilidad de la organización
Control Rígido											Control anticipante preventivo
Sin capacitación											Capacitación exhaustiva
Sin investigación											Investigación
Resultados de la investigación obtenidos sólo para la institución.											Transferencia de resultados de investigación a otras instituciones.
Trabaja sólo el personal del hospital											Incorpora a la comunidad
Intrahospitalario (prestación de servicios asistenciales solamente)											Intrasectorial (integración de servicios con educación, seguridad, etc.)

Anexo IV. Gráficos

Anexo I. Ley de Descentralización de Hospitales N° 11072.

LEY N°11.072

“De nuestro hospital”

Decreto Reglamentario N°2370/93

Art. 1° Facúltase al Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires a ejecutar la reestructuración técnico-administrativa de los hospitales de su jurisdicción y de los que adhieran a la presente Ley, transformándolos en entes descentralizados sin fines de lucro, con participación de los trabajadores del equipo de salud así como de la comunidad en su conducción.

Art. 2° El Ministerio de Salud, garantizando la pertenencia Estatal de los hospitales, determinará las atribuciones en cuanto a formulación de programas y pautas de funcionamiento así como las políticas referenciales para el desempeño del Ente Descentralizado, a través de la reglamentación de la presente Ley. Cumplirá asimismo funciones propias e indelegables de fiscalización, supervisión y evaluación de la gestión del ente a través de mecanismos específicos de control.

Art. 3° Los hospitales incorporados al proceso de descentralización tendrán como objetivo desarrollar las actividades de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud que aseguren, en forma coordinada con los representantes efectores sanitarios de distinta complejidad y dependencia, la atención sanitaria de la población conforme a las políticas que sobre la misma elabore el Gobierno Provincial y a las disposiciones emergentes de la presente ley.

Art. 4° Deberán regirse por los principios básicos de la universalidad y equidad en las prestaciones. La accesibilidad y gratuidad estará garantizada para las personas debidamente identificadas que no posean cobertura social y/o medios para afrontar el costo de atención, dándose prioridad a éstos en la asignación de recursos que el hospital disponga.

Art. 5° Será responsabilidad del Hospital Público a partir de su descentralización :

- a) Desarrollar acciones sanitarias de acuerdo con las necesidades de la población de su área de influencia.

- b) Fomentar una estructura organizacional de acuerdo con las políticas referenciales establecidas por el Ministerio de Salud, con el fin de contribuir a su inserción en el sistema prestador.
- c) Promover estrategias de personal, formulación de planteles y adecuación de estructuras con el fin de su redimensionamiento y reconversión.
- d) disponer del manejo de fondos a los efectos de cobros y pagos en relación a presupuestos formulados y aprobados por la autoridad ministerial.
- e) Favorecer la docencia y la investigación, así como la capacitación permanente del plantel de personal, desarrollando programas de educación continua y auditoría de recursos humanos.
- f) Proponer la incorporación de tecnología asegurando el cumplimiento de los objetivos asignados, en el marco de las normativas que establezca el organismo ministerial.
- g) Asegurar la eficacia final en las distintas prestaciones, adecuando los costos a los presupuestos fijados.
- h) Estructurar un mecanismo apto para sistematizar y procesar la atención del paciente y su consecuencia administrativa, en cuanto a procedimientos, producción de información, control de gestión y realización presupuestaria y financiera que permita la identificación de la demanda y el cobro a la Seguridad Social.
- i) Instrumentar mecanismos que posibiliten el aprovechamiento intensivo de los recursos instalados, incrementando los niveles de producción y calidad de los servicios.
- j) Contratar servicios, obras y suministros con arreglo a las leyes pertinentes y normas de Ministerio de Salud.

Art. 6°. El Hospital Descentralizado tendrá como nivel máximo de conducción un Consejo de Administración integrado por representantes del Ministerio de Salud en forma mayoritaria, de los trabajadores profesionales y no profesionales y de la comunidad. La composición, cantidad y permanencia de los miembros del Consejo así como sus características se determinará en la reglamentación de la ley. La Presidencia será ejercida por un representante del Ministerio de Salud.

Art. 7°. El Consejo de Administración tendrá como organismo asesor una Comisión integrada por las instituciones representativas de la comunidad de su área de influencia.

Art. 8°. Constituyen atribuciones y deberes del Consejo de Administración:

- a) Ejecutar la política de salud, conforme a las pautas emanadas del Gobierno Provincial.
- b) Dictar la normatización y reglamento interno del Ente.
- c) Elevar al Ministerio de Salud el proyecto anual del cálculo de recursos y presupuesto de gastos e inversiones, en tiempo y forma para su aprobación correspondiente.
- d) Analizar e informar trimestralmente los resultados contables y de producción, de acuerdo con las normas ministeriales de control de gestión.
- e) Solicitar la aprobación de créditos suplementarios y transferencias de partidas presupuestarias.
- f) Presentar anualmente ante el Ministerio de Salud la rendición de cuentas sobre la percepción e inversión de los fondos del Ente Descentralizado, según la Legislación Contable Provincial.
- g) Ejercer las facultades delegadas por el Poder Ejecutivo Provincial al señor Ministro de Salud en lo atinente al Sistema de Administración del Personal, sin perjuicio del ejercicio directo.

potestad de control de las mismas por parte del titular de dicha Secretaría de Estado.

- h) Aceptar el Inventario General de Bienes, Créditos y Deudas a efectos de su administración y explotación en el momento de su constitución.
- i) Formalizar convenios con instituciones de derecho público o privado, tendientes a la complementación de servicios asistenciales, "ad-referendum" de su convalidación por el Ministerio de Salud, en las condiciones que fije la reglamentación de la Ley.
- j) Someter a consideración del Ministerio de Salud para su aprobación, los programas operativos del Hospital a su cargo.
- k) Arrendar y enajenar bienes muebles e inmuebles de toda clase con ajuste a los Decretos-Leyes 7764/71 y Decreto-Ley 9533/80, previa autorización del Ministerio de Salud.

Art. 9°. El Consejo de Administración asignará, como responsable ejecutivo de la conducción del Hospital, un Director Ejecutivo cuyas misiones y funciones se determinarán en la reglamentación de la presente Ley.

Art. 10°. Los recursos con que contará el Ente estarán constituidos por:

- a) Un presupuesto avalado por el Ministerio de Salud a pedido del Consejo de Administración.
- b) El cobro de las prestaciones a Obras Sociales, mutuales o cualquier otra forma de cobertura oficialmente reconocida, conforme a las normas que se establezcan al efecto.
- c) La percepción de pagos por servicios a empresas, entidades civiles, gremiales o particulares.

- d) Donaciones, Legados, subsidios y demás ingresos a título gratuito proveniente de personas del derecho público o privado, y organismos internacionales.
- e) Los fondos que se acuerden por leyes o decretos especiales.
- f) Los fondos que le transfieran los Ministerios o Reparticiones Públicas.
- g) El producido de la venta de los bienes en desuso y desafectación de su patrimonio y de su producción con información y aprobación del Ministerio de Salud.
- h) Los intereses, rentas u otros beneficios producidos o los que administre el Ente con aprobación del Ministerio de Salud.
- i) Los montos provenientes del fondo de reserva, de carácter acumulativo, que se integrará con los saldos no comprometidos al fin de cada ejercicio.
- j) Otros recursos que determine el Poder Ejecutivo.

Art. 11°. A los efectos de la libre disposición de los recursos, los mismos serán asignados a la Cuenta Especial Sistemas de Asistencia Médica Organizada S.A.M.O., Decreto-Ley 8801/77, de cada establecimiento asistencial.

Art. 12°. Facúltase al Ministerio de Salud a incorporar al Hospital Descentralizado, -para una mayor integración de todos sus niveles, a los centros de salud o asistenciales que funcionan en el área programática de aquél.

Art. 13°. Las facultades, deberes y prohibiciones del Ente -no previstas en la presente Ley- se regularán por las disposiciones legales vigentes en ésta Provincia.

Art. 14°. Autorízase al Poder Ejecutivo a realizar las modificaciones presupuestarias necesarias para el cumplimiento de la presente Ley.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Art. 15°. Autorízase al Ministerio de Salud para que, en forma paulatina y progresiva y mediante un plan piloto determine la aplicación de la presente Ley a todos los efectores de la jurisdicción.

Art. 16°. El Poder Ejecutivo dictará el Decreto reglamentario de la presente, el que contendrá las normas que regulen el funcionamiento de los distintos aspectos de los Hospitales Públicos, como así también determinará las causales, motivos de remoción e intervención de las autoridades correspondientes.

Art. 17°. Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires en la ciudad de La Plata a los veintiún días del mes de marzo de mil novecientos noventa y uno.

LA PLATA, 31 DE JULIO DE 1991

Visto el expte. n° 2900-36.771/91 del registro del Ministerio de Salud por el cual se gestiona la promulgación de la Ley 11.072 de Hospitales de la Provincia de Buenos Aires, denominada "Ley de Nuestro Hospital" por la que se faculta al Ministerio de Salud para la reestructuración técnico-administrativa de sus establecimientos Asistenciales y de los que se adhieran a la misma, y
CONSIDERANDO:

Que de ello deviene la necesidad de poner en funcionamiento a la brevedad el procedimiento al cual faculta la Ley, a fin de transformar a la estructura hospitalaria en un modelo de atención con eficiencia y eficacia social;

Que la misma otorga capacidad de gestión y celeridad de la misma, evitando las trabas burocráticas que históricamente dificultaron la toma de decisiones en el momento oportuno permitiendo la administración eficaz de los recursos de salud;

Que la institucionalización de la participación y el protagonismo de los trabajadores del equipo de salud y de la comunidad en la programación, ejecución y control de gestión de las acciones sanitarias, es una de las premisas de Gobierno del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires para el área de salud;

Que la desconcentración burocrática obtenida permite al referido Ministerio, retomar su objetivo normatizador y asegurador de la integridad de los objetivos sanitarios a cumplir por parte de los efectores, en el marco de los lineamientos políticos de la acción de gobierno;

Por ello,

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DECRETA :

Art. 1° Apruébase la reglamentación de la Ley 11.072 de Descentralización de Establecimientos Asistenciales Oficiales, que como anexo 1 pasa a formar parte del presente decreto.

Art. 2° El presente decreto será refrendado por el señor Ministro Secretario en el departamento de salud.

Art. 3° Regístrese, comuníquese, publíquese, dese al boletín oficial y pase al Ministerio de Salud (dirección de despacho) a sus efectos.

ANEXO 1

Reglamentación de la Ley 11.072 de "Nuestro Hospital".

Art. 1° De la reestructuración técnica-administrativa y del Ente descentralizado

Inciso 1: Se entiende por reestructuración técnica-administrativa del Hospital Público en Ente Descentralizado, al proceso de transferencia de competencias a los servicios hospitalarios que incrementen su capacidad de gestión y de resolución de acciones sanitarias sobre la población del área programática, acompañado de los correspondientes recursos que permitan ejercerlas.

El Ente Descentralizado como instrumento de gestión tendrá como objetivos:

- a) La eficiencia y eficacia social en las prestaciones de salud.
- b) La optimización de la calidad de los servicios asistenciales.
- c) La institucionalización de la participación y el protagonismo de los trabajadores del equipo de salud y de la comunidad en la programación, ejecución y control de gestión de las acciones sanitarias integrales que se desarrollen en el área de influencia.

Inciso 2: En ningún caso la reestructuración técnico administrativa podrá importar que la generación de recursos genuinos que ocasione la descentralización hospitalaria, implique finalidad de lucro, ni dará lugar bajo ningún concepto a la disminución de los créditos oficiales asignados en función de presupuestos avalados.

por el Ministerio de Salud, ni de discriminación alguna en la atención de los pacientes.

Art. 2° Los hospitales incorporados a la presente ley desarrollaran su actividad en el marco de los programas preventivo asistenciales que determine el Ministerio de Salud, adaptándolos a su realidad local y regional, y con el objetivo de garantizar acciones integrales de salud a toda su población bajo programa, tendiendo a la extensión de cobertura y al logro de equidad mediante la priorización de las acciones dirigidas hacia la población en riesgo.

Enmarcarán su organización y reglamentación interna sobre las siguientes pautas generales:

a) Extensión de los servicios brindados tanto en régimen horario como en actividades extrahospitalarias dentro de su área programática.

Programación del funcionamiento asistencial matutino y vespertino de todas las áreas de diagnóstico y tratamiento.

b) Organización de los servicios en función de características, calidad y cantidad de cuidados requeridos por los pacientes internados. Concepción de funcionamiento como cuidados progresivos, en sustitución del criterio de internación por especialidades.

c) Desarrollo asistencial y organizacional de la consulta ambulatoria en el área programática del efector, que incluya las unidades de primer nivel de atención, tanto en la consulta externa como en toda otra modalidad de atención.

d) Conformación de equipos interdisciplinarios de salud.

e) Elaboración y actualización de normas de admisión, egreso, permanencia, procedimientos diagnósticos, modalidades terapéuticas y de todo otro instrumento que permita la optimización y el uso racional de la totalidad de los recursos, en el marco, de las normativas generales que para tal fin determine el área específica del Ministerio de Salud.

- f) Utilización obligatoria del Listado Terapéutico para establecimientos oficiales del Ministerio de Salud, como mecanismo apto para el uso racional del medicamento genérico, tanto en la adquisición hospitalaria como en la prescripción del mismo.
- g) Prohibición absoluta de todo mecanismo discriminatorio hacia la población sin cobertura social. Priorización de la atención a la población en riesgo.
- h) El Consejo de Administración elevará a través de la Dirección de Medicina Asistencial o a la que la reemplace en el futuro a los efectos de su estudio y aprobación, los programas propios que elabore para dar prevención y atención a su población objetivo, incluyendo recursos humanos y físico necesarios para tal fin.

El Ministerio de Salud, a través del área normativa correspondiente y a propuesta del Consejo de Administración, aprobará el perfil y estructura del Ente Descentralizado.

El Ministerio de Salud dispondrá los mecanismos necesarios para evaluar en forma permanente la gestión del Ente, tanto en lo administrativo-contable, como en el cumplimiento de los programas referenciales de atención de salud que elabore a tales efectos.

Art. 3° Sin reglamentar.

Art. 4° La accesibilidad y asignación de recursos que el hospital disponga estará garantizada en forma prioritaria para quienes no posean cobertura social. En ningún caso se exigirá comprobante o certificación referida a la condición económico-social de los pacientes a los efectos de su atención por parte del Ente.

Inciso 1: Son derechos de los pacientes:

- a) El respeto a su persona, a su dignidad humana e identidad.

- b) La ausencia de condicionantes para su atención resultantes de limitaciones económicas individuales.
- c) No discriminación de orden religioso, racial, económico, sexual o de cualquier otro orden.
- d) Al secreto profesional en todo lo atinente a su proceso de salud-enfermedad.
- e) A la información continua y correcta dada a él o a sus familiares sobre su proceso salud-enfermedad.
- f) A la asignación de un médico de cabecera que será su interlocutor principal con el equipo de salud.
- g) A la libertad de elección o de negativa frente a las opciones diagnósticas o terapéuticas que se le planteen, requiriendo su consentimiento para la realización de cualquier intervención, excepto:
 - Cuando de la no intervención devenga riesgo para la salud pública.
 - Ante la imposibilidad del paciente de tomar decisiones, en cuyo caso lo harán sus familiares o representantes legales o autoridad judicial.
 - Cuando por la característica del caso se presuma lesión irreversible o riesgo inminente de muerte ante la no intervención
- h) A la agilidad y sencillez de los procedimientos administrativos, en especial lo relacionado con consulta o internación.
- i) A la internación del binomio madre-hijo en forma conjunta.

Inciso 2: Son atribuciones de los Servicios Asistenciales en relación a los usuarios:

- a) Hacer firmar el documento de alta voluntaria en caso de no aceptación de indicaciones diagnósticas o terapéuticas por parte del paciente.
- b) Determinar el alta institucional ante el no cumplimiento del inciso precedente.

- c) Disponer la necropsia y todo estudio post-mortem cuando razones de duda diagnóstica, o sospecha o evidencia de enfermedad de riesgo para la salud pública así lo justificaren.
- d) Ejercer el poder de policía sanitaria frente a causales de peligro para la salud pública o ante la emergencia sanitaria.
- e) Promover la donación de órganos y ejercer las facultades que otorga la Ley 10.586

Art. 5° El hospital público, transformado en Ente Descentralizado, tendrá como responsabilidades a asumir por parte del Consejo de Administración a que se refiere el Art. 6°, las siguientes acciones:

- a) Planificar, programar y ejecutar las acciones sanitarias, en el marco de las políticas dispuestas por el Ministerio de Salud para la prevención, recuperación y rehabilitación de la población a asistir, conforme a sus necesidades.
- b) Elevar el área normativa correspondiente del Ministerio para la aprobación, y a propuesta del Director Ejecutivo, un organigrama de funcionamiento de los diferentes sectores y servicios de diagnóstico y tratamiento, así como un redimensionamiento readministración de las áreas técnico-administrativas, de acuerdo al perfil del establecimiento, complejidad y a la red de servicios de salud con que cuenta su área de influencia, tanto del subsector público como privado .
- c) Formular el plantel básico del efector, de acuerdo a las normativas que imparte el Ministerio y en función de los objetivos asistenciales del Ente, sin alterar o modificar los derechos adquiridos de los agentes.

Toda modificación que incremente el mismo, deberá preverse en la elaboración del anteproyecto de presupuesto para el siguiente ejercicio.

A los fines de descentralizar administrativamente las tareas inherentes al área personal, el Ministerio de Salud, deberá remitir al efector correspondiente

copia autenticada de los legajo de cada uno de los agentes, para su procesamiento y/o guarda de antecedentes que permita a los establecimientos cumplir con las funciones a que la presente ley les faculta.

- d) Arbitrar los mecanismos para el manejo de fondos con ajuste a la Ley de Contabilidad y Decreto Reglamentario N°3300/72 para recaudación y pagos, con la Jerarquía de Director General de Administración. Presentar mensualmente a los organismos de control externo y la rendición del estado contable correspondiente.
- e) Presentar anualmente los planes de capacitación continua para el personal de las distintas áreas o servicios que contarán con el apoyo correspondiente del Ministerio. Elaborar programas de Docencia de post-grado e Investigación Aplicada, los que serán elevados al área normativa correspondiente, quien procederá a su evaluación y aprobación.
- f) Proponer la incorporación de tecnología aplicada, en el marco del perfil y complejidad definidas para el funcionamiento del Ente, y en referencia a los programas asistenciales que a tal efecto se elaboren.
En el caso de tecnología considerada de alta complejidad, requerirá de la correspondiente autorización Ministerial a posteriori de la evaluación del programa específico a desarrollar.
- g) Sin reglamentar.
- h) Formular y ejecutar un modelo de gestión de administración y procesamiento de atención al paciente, que permita obtener información exacta y oportuna de oferta de servicios, demanda, disponibilidad, ingresos y egresos, así como identificación de población beneficiaria de la seguridad social a los efectos de facturación y cobro, de acuerdo a los sistemas vigentes o aprobados por el Ministerio de Salud.
- i) Las atribuciones y deberes a que se refiere este inciso, serán determinadas de acuerdo a la legislación que al respecto rige en la materia.

j) Se excluyen del presente inciso las contrataciones referidas a servicios asistenciales en áreas de diagnóstico y tratamiento, sin perjuicio de lo dispuesto en el Art. 26° inciso h) de la Ley de Contabilidad en todos sus términos.

Art. 6° De la composición del Consejo de Administración.

Quedará constituido mediante Resolución Ministerial y se integrará de la siguiente manera:

- a) Cuatro consejeros representantes por el Ministerio de Salud designados por el titular del mismo.
- b) Un consejero en representación del personal profesional del Hospital.
- c) Un consejero en representación del personal no profesional del hospital.
- d) Un consejero en representación de la comunidad.

Los consejeros tendrán voz y voto en las decisiones.

La presidencia del Consejo será definida entre los representantes del Estado por el Señor Ministro de Salud. El Presidente tendrá doble voto en caso de empate.

Los representantes mencionados en los puntos b, c y d serán elegidos por mecanismo a reglamentar por Resolución Ministerial.

Los miembros del Consejo de Administración tendrán una duración en función de cuatro (4) años. Se podrán reelegir por un segundo período, una sola vez.

Las funciones de los Miembros del Consejo de Administración serán de carácter "Ad-Honorem". Quienes posean cargos estatales, provinciales, nacionales y/o municipales deberán tramitar una Comisión de Servicios o Adscripción a sus nuevas tareas mientras permanezcan en ellas.

Para sesionar, el Consejo de Administración deberá contar la mitad más uno de sus miembros presentes al momento del inicio de la sesión.

Art. 7° De la composición de la Comisión Asesora.

Estará conformada como mínimo por cinco (5) miembros, correspondientes a Instituciones Educativas, Fabriles Bancarias, Comerciales, Gremiales, Deportivo-Sociales y de Servicio, representativas de la comunidad.

Para la elección de los Miembros que la conformarán, el Consejo de Administración cursará invitaciones a dichas entidades debiendo realizarse una Asamblea en el Hospital que constará de:

- a) Información por parte de personal autorizado del Ministerio de Salud, donde se explicará las características del Ente, funciones a ejercer por el Consejo de Administración y rol de la Comisión Asesora y la importancia de la participación y el control estatario.
- b) Formalización de la integración de la Comisión Asesora, por parte de los representantes acreditados de todas las entidades participantes.

Art. 8° De las atribuciones y deberes del Consejo de Administración:

Inciso a) Sin reglamentar.

Inciso b) Deberá dictar la normatización y el reglamento interno del Ente, el que además de las acciones que hagan al propio y correcto desenvolvimiento del mismo, contendrá:

1. Misiones y funciones del Consejo de Administración.
2. Sistematización del llamado a sesiones, como asimismo su funcionamiento en Extraordinarias a pedido del Director Ejecutivo y/o por dos (2) miembros del Consejo, ante la existencia de un fin determinado para su llamado.

Dispondrá además de la facultad de aprobar el Reglamento de Funcionamiento de la Comisión Asesora del Consejo, con sus misiones y funciones.

Inciso c) Sin reglamentar.

Inciso d) Elevará mensualmente a efectos del control de gestión de la ejecución presupuestaria, el informe sobre el gasto realizado en función del monto asignado por el mes correspondiente sobre el total presupuestado anual.

Incisos e) y f) Sin reglamentar.

Inciso g) Procederá a designar al personal interino de la Ley 10.471 y pondrá en posesión a los agentes de la Ley 10.430 según lo establecido por el Decreto n° 6607/88 en las vacantes disponibles del plantel básico del efector, observando el cumplimiento de los regímenes laborales vigentes. Dispondrá los mecanismos de control de personal, ajustándose en un todo a la Ley laboral vigente.

Las designaciones de personal profesional se efectuarán con la consideración "horario matutino - vespertino" y "área programática".

Inciso h) Sin reglamentar.

Inciso i) Formalizará convenios con instituciones para complementación de servicios asistenciales, en los casos en que la red regional del subsector público no dispusiere de la tecnología adecuada o apropiada para asegurar la atención completa de la población.

Firmará todo tipo de convenios de prestación de servicios con entes de la seguridad social, en el marco de las normas dispuestas por el Ministerio.

Incisos j) y k) Sin reglamentar.

Art. 9° Del Director Ejecutivo.

Será nominado y removido a propuesta del Consejo de Administración por el voto de los dos tercios (2/3) del total de sus integrantes y su designación o cese se efectuará por Resolución Ministerial.

El régimen laboral será de disposición permanente.

En los Hospitales de Perfil D incluirá bloqueo de título, el que quedará en los restantes Hospitales a propuesta del Consejo de Administración o a decisión de la Autoridad Ministerial.

Como única y exclusiva remuneración el Director Ejecutivo percibirá una retribución por todo concepto equivalente a la del Director del Hospital Perfil D liquidada sobre el cargo de profesional de Hospital A, con más una bonificación.

especial del noventa (90) por ciento sobre la misma, y en el caso de bloqueo de título igual al doscientos (200) por ciento de dicha retribución básica.

Se regirá en cuanto a sus derechos y obligaciones por la actual categoría de Director de Hospital de la Ley 10.471 y sus modificatorias, en sus distintos perfiles, en todo lo no contemplado por el presente Reglamento.

MISIONES: Ejecutar las acciones inherentes a la conducción del Ente Descentralizado, a través del cumplimiento de los planes y programas elaborados, así como a directivas emanadas del Consejo de Administración.

FUNCIONES:

- Participar de las reuniones del Consejo de Administración, con voz pero sin voto.
- Ejecutar los programas preventivo-asistenciales elaborados al efecto, en el área programática asignada.
- Coordinar el funcionamiento del efector.
- Programar las actividades de los diferentes servicios conjuntamente con sus responsables.
- Supervisar la gestión asistencial, técnica y administrativa del Ente a su cargo.
- Responder a las inquietudes que realicen los pacientes o sus familiares en cuanto a reclamos o sugerencias.
- Informar al Consejo de Administración respecto al funcionamiento hospitalario, producción de los servicios así como de circunstancias de excepción que lo justifiquen.
- Formular la política de recursos humanos del establecimiento, así como los programas de Docencia e Investigación aplicada, los que serán elevados al Consejo de Administración para su estudio correspondiente.

- Desarrollar reuniones periódicas con los responsables de distintas áreas, a efectos de supervisión de funcionamiento, evaluación de necesidades y resolución de las mismas.
- Comunicar por intermedio de quien corresponda al Registro Civil los movimientos de altas y bajas (nacimientos y defunciones).

Art. 10° Anualmente y antes del 30 de Junio de cada año, el Consejo de Administración elevará al Ministerio de Salud un anteproyecto de presupuesto a efectos de su evaluación y aval. El mismo reflejará las necesidades financieras del Ente en función del desarrollo de sus programas preventivo-asistenciales.

El Ministerio efectuará las observaciones que juzgue pertinentes antes del 30 de Septiembre de cada año. Se obliga una vez aprobado el presupuesto, a garantizar la continuidad de la actividad asistencial, a cuyo efecto asegurará la provisión de los recursos necesarios para ello.

Art. 11° La Cuenta Especial SAMO - Sistema de Atención Médica Organizada - Decreto Ley 8801/77 y las imposiciones e inversiones de carácter financiero girarán a la orden conjunta de: Dirección Ejecutiva y Administración del Ente Descentralizado.

Art. 12° La integración funcional de los efectores de primer nivel para conformar el área programática se propondrá a través del Consejo de Administración.

Art. 13° Sin reglamentar.

Art. 14° Sin reglamentar.

Art. 15° Sin reglamentar.

Art. 16° Se determinan como causales de remoción del o los miembros del Consejo de Administración:

- Incumplimiento de los deberes y obligaciones establecidos en la Ley de Hospitales y su reglamentación.
- Estar bajo proceso penal o haber sido condenado en causa criminal por hecho doloso no rehabilitado judicialmente.
- El fallido o concursado civilmente.
- Inconducta notoria que desprestigie la función asignada y la del Consejo de Administración.
- Cualquier otro causal que provoque la interrupción del funcionamiento del Consejo de Administración y del establecimiento.

Ante la posibilidad de que algún miembro del Consejo se encontrare incurso en las causales consignadas precedentemente, el referido Consejo, en sesión extraordinaria y contando con la participación de las dos terceras (2/3) partes de sus miembros se encuentra facultado a evaluar la situación y decidir su alejamiento, por mayoría simple de votos efectuando las comunicaciones respectivas al Ministerio de Salud y/o entidades representativas, para su ulterior reemplazo.

En casos de extrema gravedad, la facultad de remoción será de atribución del Señor Ministro de Salud, pudiendo disponer la intervención del Ente por el tiempo que demande la reorganización de su funcionamiento, sin perjuicio de las facultades establecidas por las Leyes 10.430 y 10.471 y modificatorias.

Anexo II. Decreto 578/93. Hospitales de Autogestión.

AUTOGESTIÓN HOSPITALARIA

- Decreto N° 578/93

- Decreto N° 248/94

BUENOS AIRES 1º DE ABRIL 1993

VISTO el Decreto Nº 1269 del 20 de Julio de 1992 por el cual se aprobaron las Políticas Sustantivas e Instrumentales de la Secretaria de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social; y

CONSIDERANDO:

Que una de las políticas sustantivas establece el mejorar la accesibilidad, eficiencia y cálida de la atención médica mediante la efectiva extensión de cobertura a toda la población.

Que para ello corresponde diseñar un sistema de atención médica que garantice la equidad, eficacia y eficiencia poniendo especial énfasis en la optimización de los recursos disponibles.

Que consecuentemente se hace necesario definir el rol del Hospital Público, dentro del sistema de atención médica, los efectos de que a través de su recuperación cumpla acabadamente con las funciones de promoción, prevención, asistencia, docencia e investigación que le son propias.

Que se hace necesario también, promover, desarrollar, apoyar la estrategia de la atención primaria como componente fundamental de la extensión de cobertura y de accesibilidad al sistema.

Que para ello se entiende necesario establecer mecanismos que permitan la Financiación y Transformación del Hospital Público.

Que la presente medida se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 86, inciso 1) de la Constitución Nacional.

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACIÓN ARGENTINA

DECRETA:

Art. 1º Los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, al que hace referencia el Art. 1º del Decreto 9/93 están obligados a pagar, según el sistema automático establecido en éste Decreto, las prestaciones que sus beneficiarios.

demanden a los Hospitales Públicos que cumplan con lo prescrito en la presente normativa estén inscriptos en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (H.P.A.).

Art. 2° Créase dependiente de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social el REGISTRO NACIONAL HOSPITALES PÚBLICOS DE AUTOGESTIÓN (H.P.A.).

Art. 3° Las jurisdicciones (nacional, provincial y/o municipal) podrán inscribir en dicho Registro todos los hospitales públicos de su dependencia que cumplan con la presente normativa.

Art. 4° El Hospital Público de Autogestión (H.P.A.) actuará como organismo descentralizado de acuerdo con las normas vigentes en cada jurisdicción y con las facultades legales que le asignó la autoridad competente en el marco de dichas normas, con capacidad para:

- a) Realizar convenios con entidades de Seguridad Social comprendidas en las normas vigentes y las que se dicten en relación con las prestaciones que los mismos estén obligados a brindar a sus beneficiarios.
- b) Complementar servicios con otros establecimientos asistenciales.
- c) Cobrar los servicios que brinde a personas con capacidad de pago o terceros pagadores que cubran las prestaciones del usuario de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, seguro de accidentes, medicina laboral u otros similares que estén obligados por las normas vigentes dentro de los límites de cobertura oportunamente contratada por el usuario.
- d) Integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos o privados debidamente autorizados por autoridad competente, previa autorización de la autoridad jurisdiccional.
- e) Toda otra actividad que resulte necesaria para el cumplimiento de los fines y objetivos establecidos en el acto formal de descentralización.

Art. 5°. El accionar de dichos establecimientos deberá reunir los siguientes requisitos:

- a) Contribuir a la extensión de cobertura de la atención médica.
- b) Brindar el mejor nivel de calidad independientemente de su nivel de complejidad.
- c) Contar con un proceso técnico administrativo de gestión ágil y eficiente que asegure la optimización y el uso racional de los recursos y la adecuada producción y rendimiento institucional.
- d) Desarrollar además de las actividades asistenciales de docencia e investigación que le asigne la autoridad correspondiente, acciones de promoción y protección de la salud y de prevención de la enfermedad en las áreas programáticas y en la red de servicios que pueda integrar.
- e) Implementar el programa médico asistencial en base a la estrategia de Atención Primaria de la Salud sobre la cual está basado el nuevo modelo de atención médica.
- f) Promover y desarrollar la capacitación de personal, la educación continua y la capacitación en servicio.
- g) Disponer de un área de Servicio Social, que posibilite entre sus funciones establecer la situación socio-económica y el tipo de cobertura de la población que demande servicios.
- h) Cumplir con los requisitos básicos que establezca el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA elaborado por la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.
- i) Estar habilitados y categorizados por autoridad competente en el marco de dicho Programa.
- j) Alcanzar los indicadores mínimos de producción, rendimiento y calidad que el Programa establezca para cada categoría.

k) Aprobar la evaluación periódica de control de eficiencia y calidad que defina la autoridad competente.

Art. 6° El Hospital Público de Autogestión (H.P.A.), en el marco normativo de su jurisdicción, estará sujeto a las siguientes atribuciones y obligaciones:

- a) Elaborar y elevar a la autoridad jurisdiccional, para su aprobación, el programa anual operativo y el cálculo de gastos y recursos genuinos.
- b) Elaborar las normas de funcionamiento y los manuales de procedimientos técnicos y administrativos necesarios para el cumplimiento de sus objetivos.
- c) Diseñar y proponer a la autoridad jurisdiccional la constitución o implementación de nuevos servicios y programas que favorezcan el desarrollo institucional y la extensión de cobertura.
- d) Designar, promover y reubicar dentro de la estructura aprobada y sancionar al personal en todos sus niveles y categorías, conforme a normas vigentes en la jurisdicción, como asimismo aceptar las bajas por cualquier concepto.
- e) Disponer sobre la ejecución del presupuesto y sobre los recursos generados por el propio hospital.
- f) Elaborar su propio Reglamento Interno y constituir comisiones y/o comités técnicos asesores.
- g) Extender los horarios de atención de sus servicios brindando asistencia entre la 8:00 horas, a excepción del servicio de emergencia.

Art. 7° El Hospital Público de Autogestión (H.P.A.) brindará atención médica en forma igualitaria e indiferenciada a toda la población estando obligado a prestar asistencia a los pacientes carentes de recursos, en forma gratuita en todos sus servicios.

Art. 8° La Dirección del Establecimiento deberá contar con personal con capacitación y experiencia en Administración sanitaria. La composición, funciones y atribuciones de la misma serán definidas en la estructura orgánico-funcional que

establezca el acto formal de descentralización del hospital por parte de la autoridad jurisdiccional.

Art. 9° En los establecimientos de mediana y alta complejidad, la Dirección deberá estar secundada por un Consejo Asesor Técnico y por un Consejo de Administración con capacitación social cuyas constituciones, atribuciones, obligaciones e integraciones serán definidas en cada caso, por la autoridad sanitaria jurisdiccional.

Art. 10° El Hospital Público de Autogestión (H.P.A.) continuará recibiendo los aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción para el habitual funcionamiento del mismo de acuerdo con la producción, rendimiento y tipo de población que asiste tendiendo a reemplazar progresivamente el concepto de subsidio a la oferta, por el de subsidio a la demanda.

Art. 11° Los ingresos que perciba el Hospital Público de Autogestión (H.P.A.) por el cobro de prestaciones serán administrados directamente por el mismo, debiendo establecer la autoridad sanitaria jurisdiccional el porcentaje a distribuir entre:

- a) El fondo de redistribución solidaria, asignado por el nivel central, con destino al desarrollo de acciones de atención de salud en áreas prioritarias.
- b) El fondo para inversiones, funcionamiento y mantenimiento del hospital administrado por las autoridades del establecimiento.
- c) El fondo para distribución mensual entre todo el personal del hospital sin distinción de categorías y funciones, de acuerdo con las pautas y en los porcentajes que la autoridad jurisdiccional determine en base a criterios de productividad y eficiencia del establecimiento.

Art. 12° La Secretaría de Salud de la Nación elaborará modelos alternativos de autogestión brindando apoyo y cooperación técnica a las jurisdicciones para implementación y desarrollo del Hospital Público de Autogestión (H.P.A.) y para formación y capacitación del recurso humano necesario.

Art. 13° Los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud podrán convenir la atención de sus beneficiarios libremente con dichos hospitales preferentemente en base a contratos de riesgo con la modalidad de capitación o cartera fija.

Art. 14° Cuando no exista convenio previo, el Hospital Público de Autogestión (H.P.A.) podrá facturar al agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud correspondiente, las prestaciones que brinde, de acuerdo con los valores vigentes que establezca la Secretaría de Salud de la Nación en base a la modalidad de arancel globalizado.

Art. 15° Los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud están obligados a saldar el pago de lo facturado por el Hospital Público de Autogestión (H.P.A.) dentro de los treinta (30) días corridos de presentada la liquidación mensual, del 1 al 5 del mes siguiente a la prestación.

Art. 16° Vencido dicho plazo y de no mediar acuerdo entre las partes, el Hospital Público de Autogestión (H.P.A.) podrá reclamar el pago al ANSSAL, quien procederá automáticamente al débito de lo facturado de la cuenta del agente del Sistema Nacional de Seguro de Salud que correspondiente y al pago de la misma dentro de los quince (15) días hábiles de efectuada dicha retención. En caso de discrepancias en los montos de la facturación entre el Hospital Público de Autogestión (H.P.A.) y el agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud, el ANSSAL elevará su opinión a la Secretaría de Salud cuya decisión será definitiva.

Art. 17° La Secretaría de Salud de la Nación de común acuerdo con la jurisdicción respectiva podrá incluir en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (H.P.A.) a los establecimientos asistenciales que por su localización geográfica, nivel de complejidad y características locales no cumplimenten totalmente los requisitos de la presente normativa.

Art. 18° (Transitorio) A los efectos de la puesta en marcha del Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (H.P.A.), las jurisdicciones podrán inscribir, por única vez, a todos los hospitales de su dependencia que adhieren al

sistema, con la sola presentación de una carta intención donde se comprometen a adecuar a dichos establecimientos asistenciales a la normativa del presente Decreto en los plazos que convengan la Secretaría de Salud de la Nación con la autoridad sanitaria de la respectiva jurisdicción.

Art. 19° El Ministerio de Salud y Acción Social, a través de la Secretaria de Salud, será el organismo de aplicación del presente Decreto y como tal queda facultada para dictar todas las normas complementarias que hagan al cumplimiento del mismo.

Art. 20° Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

DECRETO N° 578

BUENOS AIRES 5 DE AGOSTO DE 1994

VISTO la solicitud emitida por el señor Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires y

CONSIDERANDO:

Que la misma se informó con el Decreto nº578 del 1º de Abril de 1993 por el que se creó el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (H.P.A.)

Que los Hospitales en los que la autoridad jurisdiccional que se menciona en el visto de la presente ha dado cumplimiento a los requisitos establecidos en la Resolución Nº131 del 5 de julio de 1993 del Registro de Secretaría de Salud.

Que la Dirección Nacional de Atención médica se ha expedido a favor de la aprobación para la inscripción de dichos efectores como Hospitales Públicos de Autogestión (H.P.A.)

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa de acuerdo con lo establecido en Artículos 17 y 19 del Decreto Nº578/93

Por ello:

EI SECRETARIO DE SALUD

RESUELVE:

Art. 1º Inscribese en forma individual en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (H.P.A.) creado por Decreto Nº578 del 1º de Abril de 1993 a los efectos asistenciales que en Anexo de la presente se mencionan, los que se identificarán con el número de código autogenerado que cada caso se consigna.

Art. 2º Dentro de los treinta (30) días a contar de la fecha de emisión de la Resolución la Jurisdicción solicitante remitirá la información vinculada con lo establecido en el Anexo del Decreto Nº578/93.

Art. 3° Los hospitales a los que se refiere el Artículo 1° de la presente ajustarán los valores de las prestaciones que brinde a los pacientes comprendidos en el Sistema Nacional del Seguro de Salud a los valores establecidos en la Resolución N°282 del 21 de Septiembre de 1993 del Registro de la SECRETARIA DE SALUD, de acuerdo con lo prescripto en el artículo 14° del Decreto N°578/93.

Art. 4° La autoridad jurisdiccional convendrá con esta Secretaría los plazos a que se refiere el Artículo 1° de la presente refiriéndose a lo establecido en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica de acuerdo con el inciso b) del Artículo 5° del Decreto N°578/93.

Art. 5° Regístrese, comuníquese y archívese.

La Plata, Marzo 1996

Anexo 3. Escala de actitudes del personal del hospital frente a la descentralización.

Edad.

Sexo:

Lugar de Nacimiento:

Profesión:

Estado Civil:

Actividades actuales- Ocupación:

Actividades anteriores-cargos:

Consigna: Dados pares de opuestos, sírvase marcar con una X un casillero de la escala de 1 a 10 según sea su opinión.

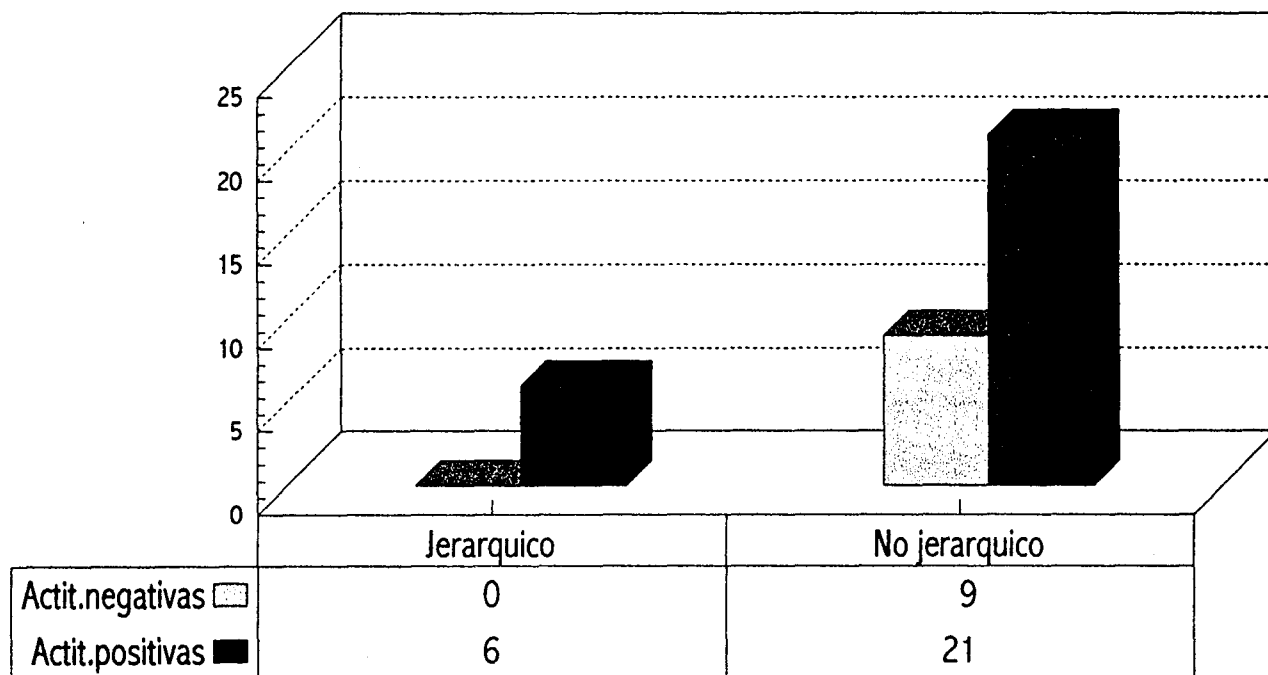
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Agresividad											Aceptación
Lentitud en la Toma de decisiones.											Rapidez en la toma de decisiones
Pasividad											Participación
Rigidez de la Organización.											Flexibilidad de la organización
Control Rígido											Control anticipante

												preventivo
Sin capacitación												Capacitación exhaustiva
Sin investigación												Investigación
Resultados de la investigación obtenidos sólo para la institución.												Transferencia de resultados de investigación a otras instituciones.
Trabaja sólo el personal del hospital												Incorpora a la comunidad
Intrahospitalario (prestación de servicios asistenciales solamente)												Intrasectorial (integración de servicios con educación, seguridad, etc.)

Anexo IV. Gráficos.

ACTITUDES FRENTE A LA DESCENTRALIZACION SEGUN CARGOS

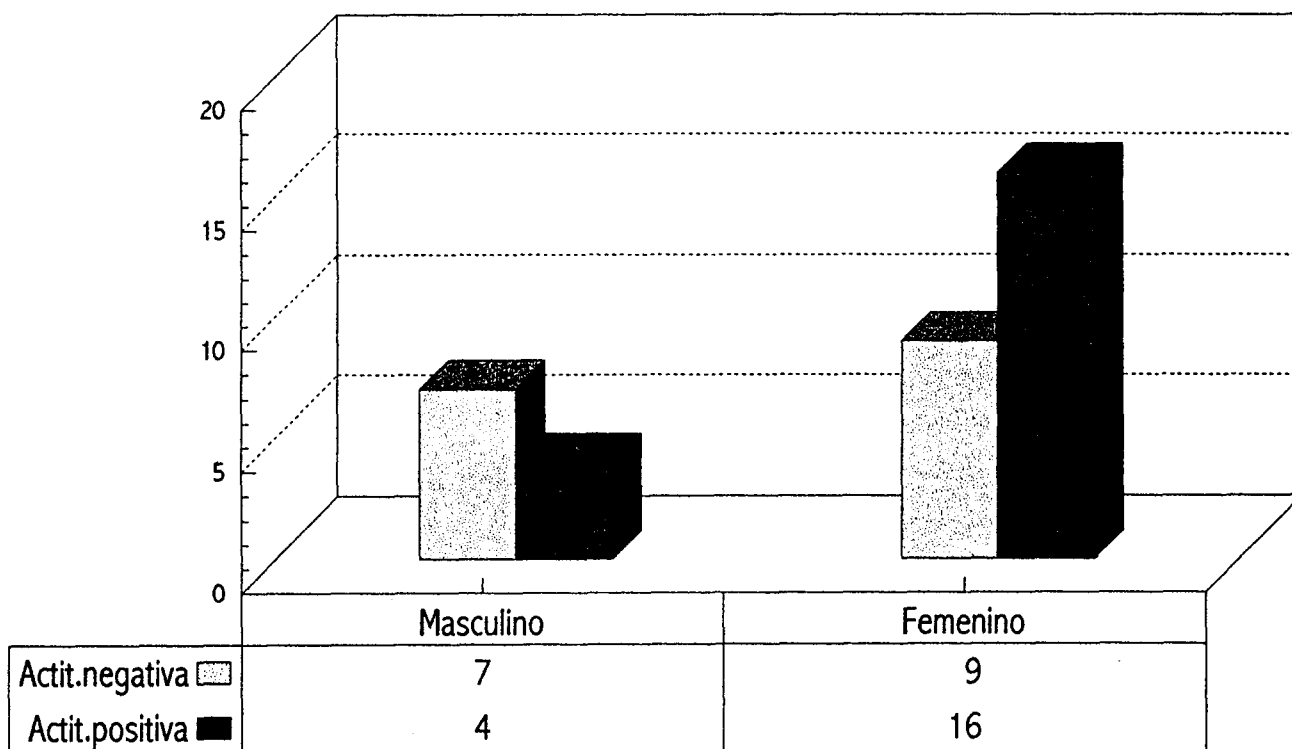
Periodo : 12/96 a 02/97 - Grafico nro.1



Fuente: Hospital Neurop. Dr. Taraborelli de Necochea

ACTITUDES FRENTE A LA DESCENTRALIZACION SEGUN EDAD

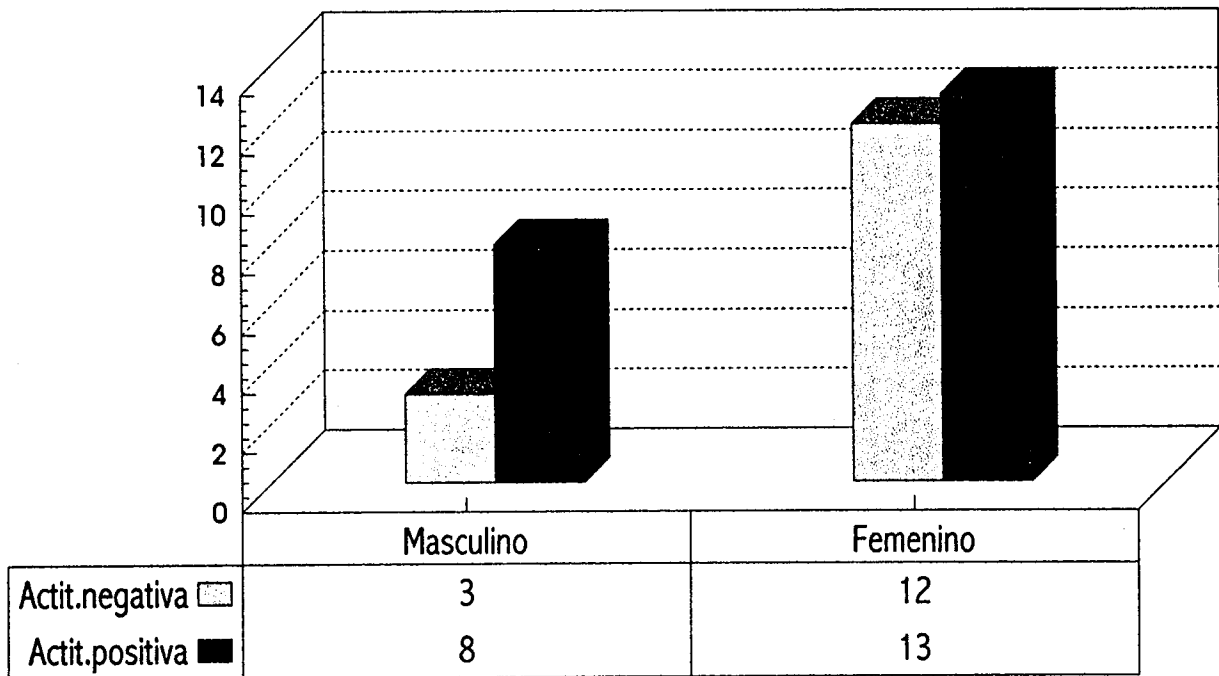
Periodo: 12/96 a 02/97 - Grafico nro. 2



Fuente: Hosp.Neuropsiquiatrico de Necochea

ACTITUDES FRENTE A LA DESCENTRALIZACION SEGUN SEXO

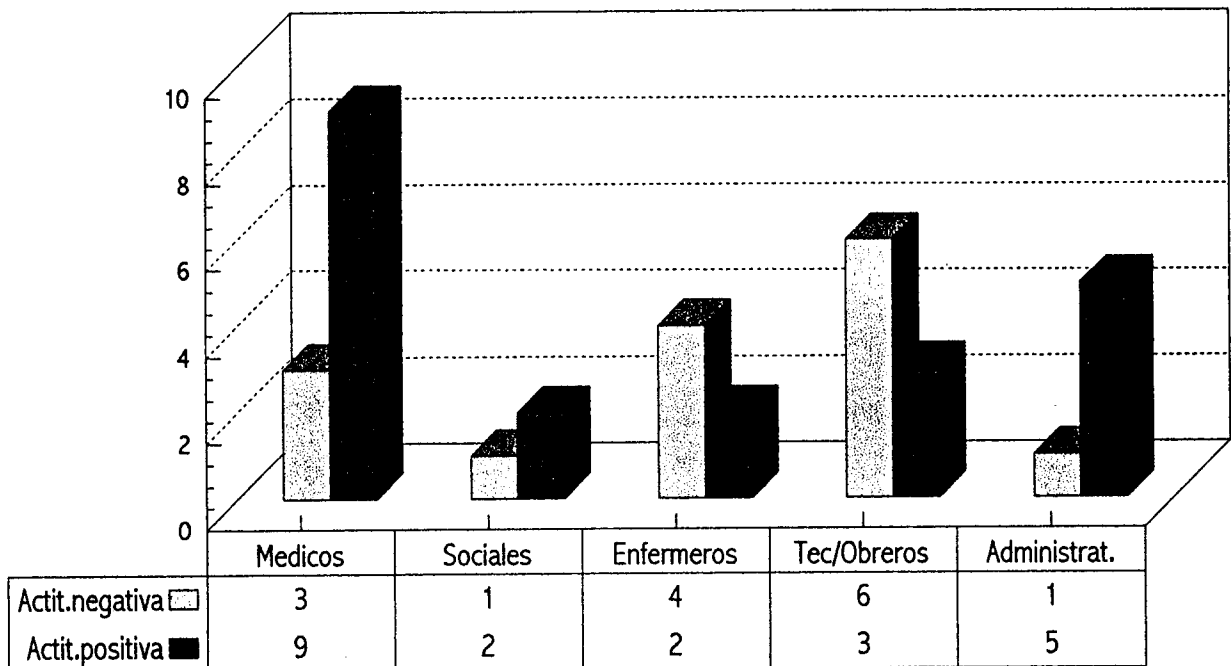
Periodo: 12/96 a 02/97 - Grafico nro. 3



Fuente: Hosp. Neuropsiquiatrico de Necochea

ACTITUDES FRENTE A LA DESCENTRALIZACION SEGUN PROFESION

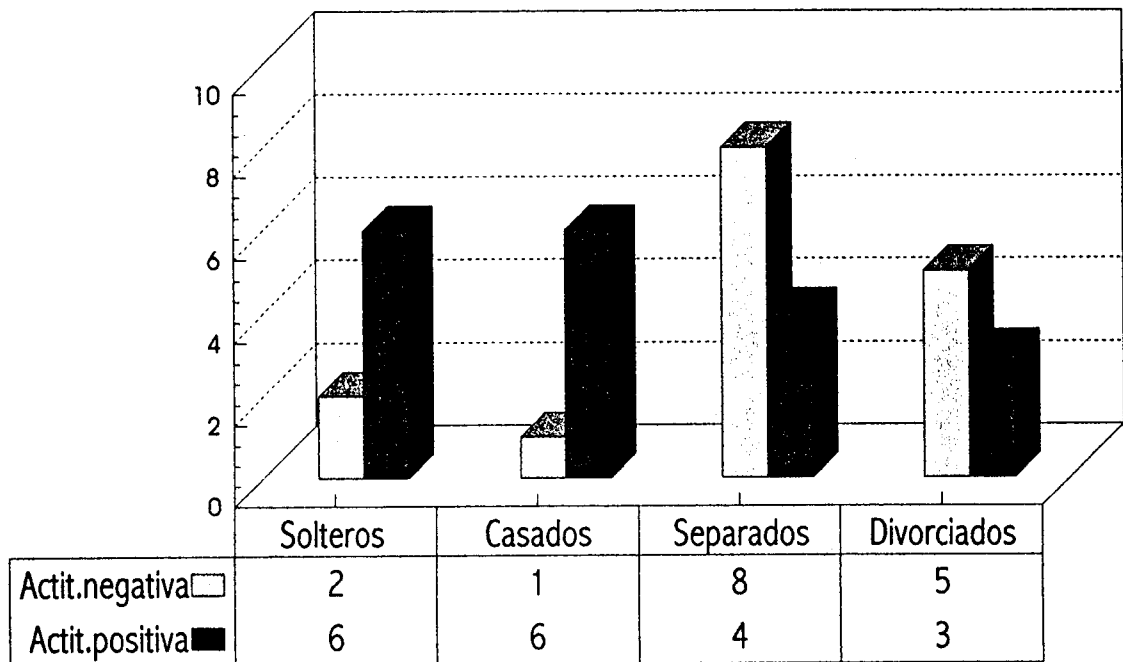
Periodo: 12/96 a 02/97 - Grafico nro. 4



Fuente: Hosp. Neuropsiquiatrico de Necochea

ACTITUDES FRENTE A LA DESCENTRALIZACION SEGUN ESTADO CIVIL

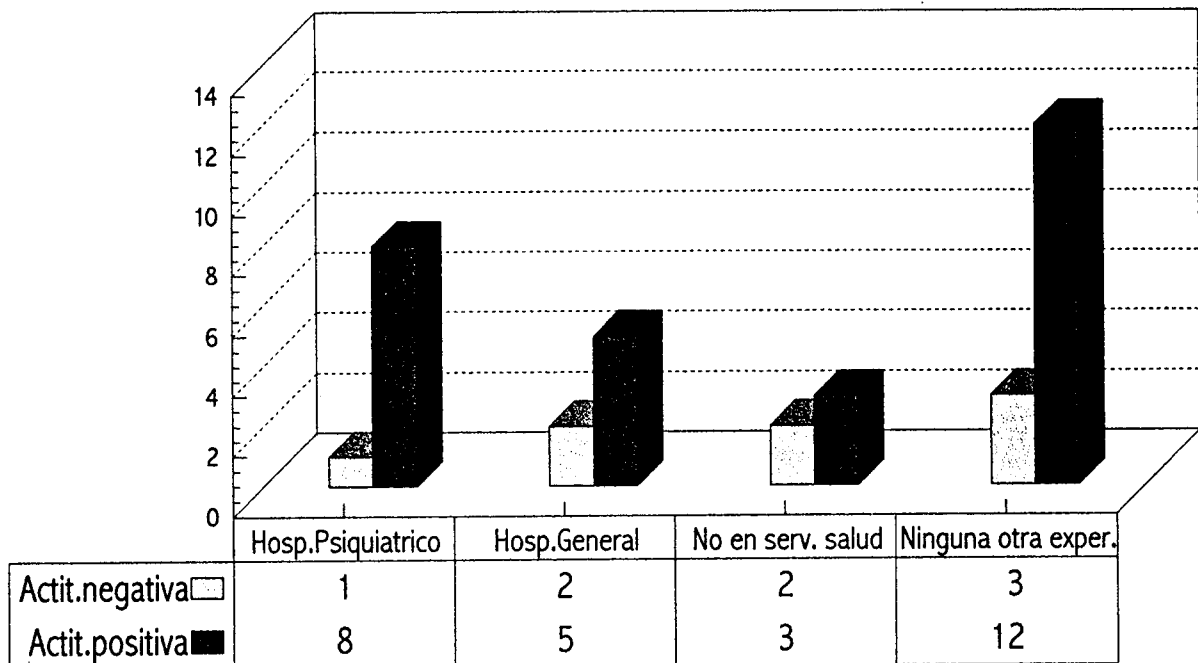
Periodo : 12/96 a 02/97 - Grafico nro.5



Fuente: Hospital Neurop. Dr. Taraborelli de Necochea

ACTITUDES FRENTE A LA DESCENTRALIZACION SEGUN EXPER.LABORALES ANTERIORES

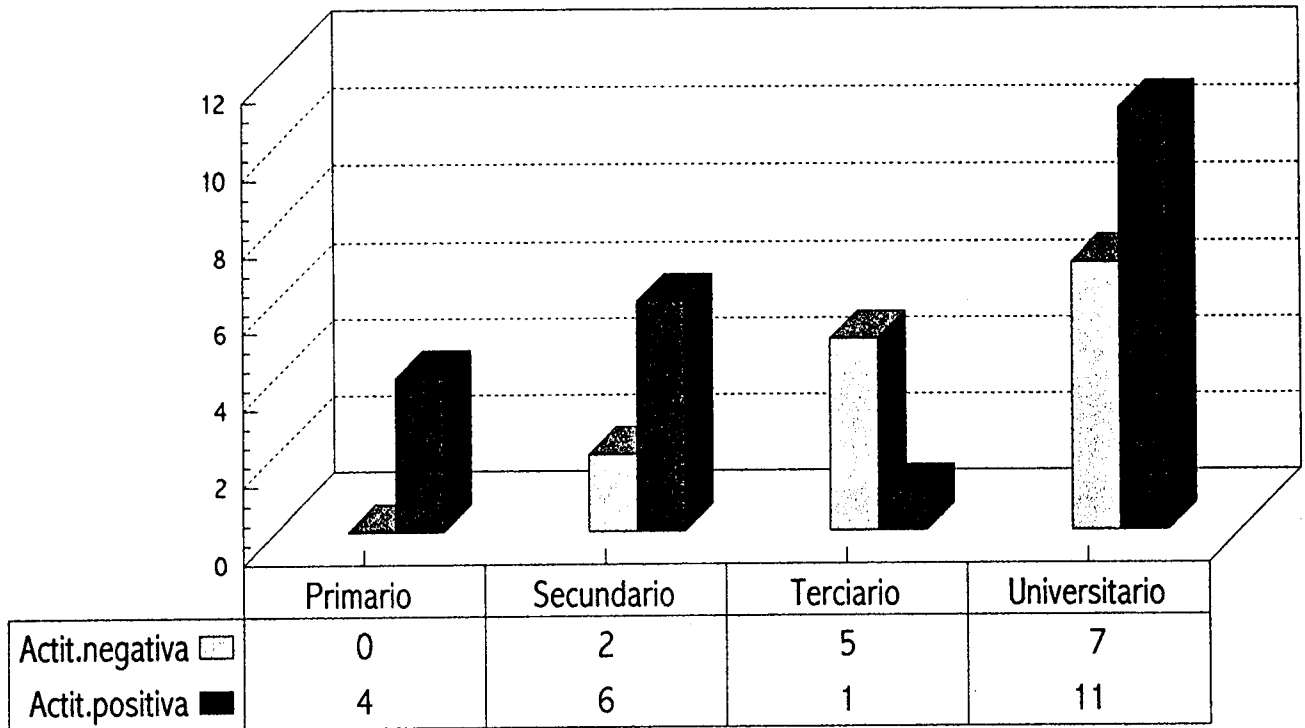
Periodo: 12/96 a 02/97 - Grafico nro. 6



Fuente: Hospital Neurop. Dr. Taraborelli de Necochea

ACTITUDES FRENTE A LA DESCENTRALIZACION SEGUN NIVEL EDUCATIVO

Periodo: 12/96 a 02/97 - Grafico nro. 7

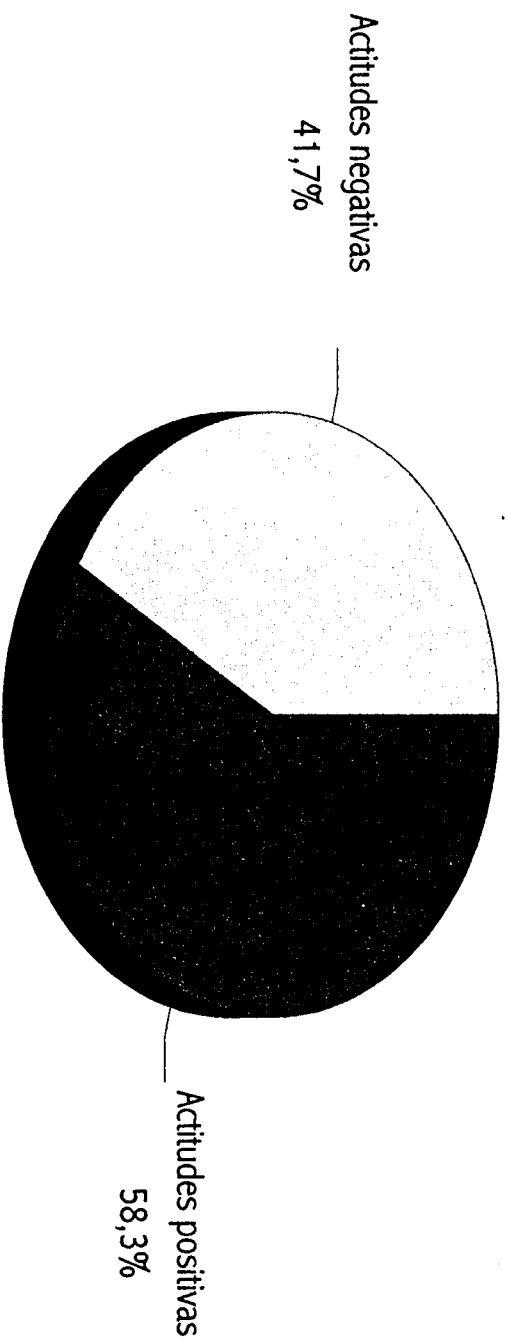


Fuente: Hosp.Neuropsiquiatrico de Necochea

EVALUACION DE ACTITUDES FRENTE A LA DESCENTRALIZACION SEGUN NIVEL

EDUCATIVO

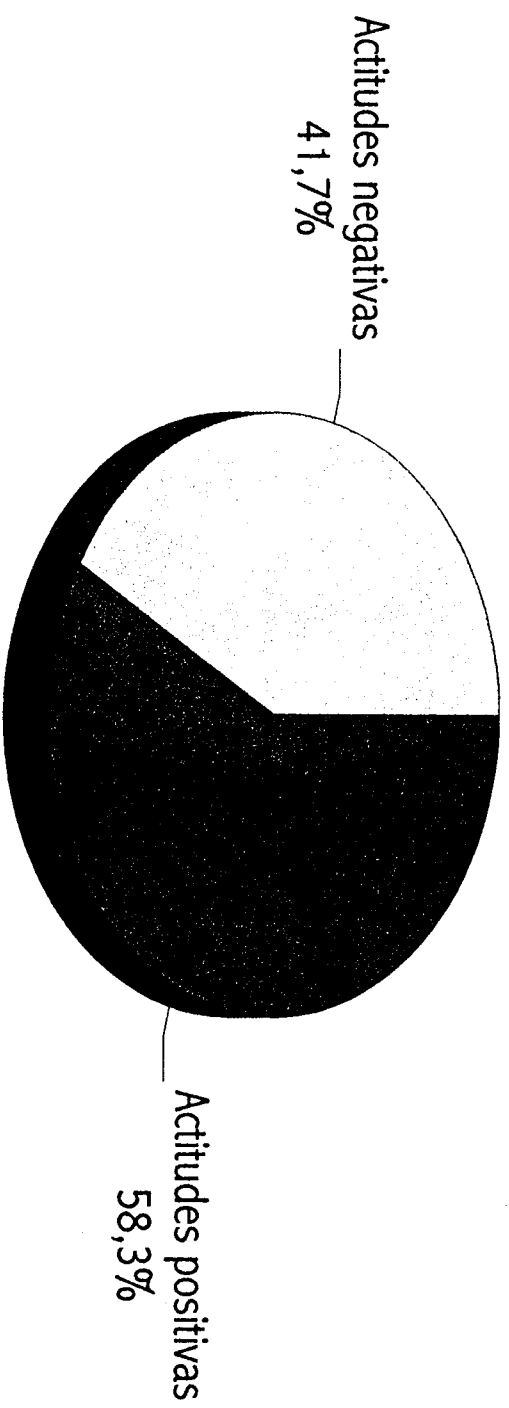
Periodo: 12/96 a 02/97 - Grafico nro. 8



Fuente: Hosp. Neuropsiquiatrico de Necochea

EVALUACION DE ACTITUDES FRENTE A LA DESCENTRALIZACION DEL PERSONAL DEL HOSPITAL

Periodo: 12/96 a 02/97 - Grafico nro. 8



Fuente: Hosp. Neuropsiquiatrico de Necochea