

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

ESCUELA DE ECONOMIA DE LA SALUD Y

ADMINISTRACION DE ORGANIZACIONES DE SALUD

“Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud”

TESIS DE POSTGRADO

**“MODELO DE GESTION EN ESTABLECIMIENTOS
DE ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CIUDAD DE SANTA FE, AÑO 2011”**

Maestrando: María Cecilia Matta

Profesión: Terapeuta Ocupacional

Directora de Tesis: Dra. Alicia Giraldo

JULIO DE 2012

AGRADECIMIENTOS

Podría decir que esta investigación es el producto de una serie de encuentros. Uno de los encuentros se produce al “identificar” la Maestría que me ayudaría a unir mi perfil profesional- el trayecto de algunos años de trabajo con personas con discapacidad y organizaciones que trabajan en la temática- con la economía y la administración de la Salud. Este encuentro estuvo marcado por una de las personas a la que quiero agradecer, mi hermano Andrés, que orientó mi elección de la Maestría, y me acompañó hasta el final de la investigación aportando bibliografía, opiniones y algunas reflexiones que me motivaron a continuar. También tengo que agradecer a mi hermana Inés, que siempre estuvo acompañándome con su amor incondicional y su infinita paciencia. A Graciela y Elías (mis padres) por haberme ayudado, escuchado, alentado y acompañado desde el principio de esta etapa de formación profesional/personal (no puedo verlas de forma escindida). Sin ellos, mi familia, no hubiera podido sostener todos estos años de estudio que además, fueron años atravesados por un sinnúmero de acontecimientos que influyeron en el ritmo y la continuidad de este trabajo. Gracias por el amor, el apoyo, el incentivo, y por reforzar en mí el valor por la superación, para ser mejor persona para los demás.

Gracias a Nico, porque su compañía y su confianza en mí, me impulsaron llegar al final del camino. Es un invaluable compañero de camino.

En esta instancia del “encuentro” tengo que agradecer desde lo más profundo del corazón a las personas con discapacidad, sus familias, y a las organizaciones que participaron de este trabajo, por abrirme las puertas, brindarme con generosidad su historia y compartir con confianza sus fortalezas y debilidades, como punto de partida para la innovación y el crecimiento. Gracias a todos sus miembros, Comisiones Directivas, Profesionales y voluntarios, por facilitarme el trabajo y por recordarme el compromiso que adquirí.

No quiero dejar de agradecer también a Luisma, que me enseñó que *todo* es posible.

Otro encuentro significativo se produjo con todas las personas que fueron y son parte de la Maestría: tengo que agradecer a mis compañeros, docentes, administrativos y directivos por todo lo compartido y por mostrarme una “economía humanizada”, que es instrumento para mejorar la calidad de vida y la salud de las personas.

En este punto debo hacer un agradecimiento especial a mi Directora de tesis, Alicia Giraldo, que me acompañó durante todos estos años brindándome generosamente su experiencia y su tiempo.

Héctor De Ponti y Florencia Pietroni, fueron para mí grandes compañeros de estudio. Gracias por sus aportes. Héctor me aportó su claridad, su experiencia y sus contactos, para poder entrevistar referentes claves de la administración de la salud. Florencia la generosidad sin límites, pasó a formar parte de mi vida personal y laboral. Confió en mí y en mi trabajo, iniciándome en el mundo de las Obras sociales y Agentes del Seguro de Salud, brindándome nuevas oportunidades impensadas tiempo atrás. Transitó conmigo cada ciclo de la tesis desde el año 2006 hasta hoy, alentándome en forma permanente.

Gracias a todos los miembros del Departamento de Servicios Sociales de Ciencias Económicas porque quizás sin saberlo, fueron una motivación y se constituyeron en un especial espacio de aprendizaje.

Luego los encuentros fueron multiplicándose: Gracias a Federico Castro y Sandra Bustamante por sus aportes desinteresados, sus análisis, opiniones y charlas esclarecedoras.

Gracias a todos mis amigos que durante años tuvieron que escucharme y tenerme infinita paciencia, además de “regalar” parte de nuestro tiempo compartido, para que pueda avanzar y concluir el trabajo.

Gracias a Leo, que además de ayudarme con la “tecnología” y aportar sus conocimientos me acompañó y alentó con su fidelidad y paciencia.

Gracias a Luli (Lucía Poletti) por su colaboración generosa y desinteresada.

Gracias a Tavo (Gustavo Papili) por todos sus aportes, la bibliografía compartida y los consejos brindados. Gracias por el aliento permanente y el cariño que me prodigaron junto con Silvia.

Gracias a Fer (Fernanda Deluca) por leer mis borradores, por ofrecerme generosamente sus experiencias, sus saberes, su amistad, por alentarme permanentemente y por compartir conmigo la pasión por lo que hacemos cotidianamente, más allá de tantas otras cosas que compartimos.

Sin todos ellos todo hubiera sido mucho más difícil y pesado.

Gracias infinitas a Mercedes (Memo) y su esposo Rubén. Los dos fueron mi impulso desde lo emocional y lo profesional. Mercedes transitando conmigo cada paso y abriéndome camino para el trabajo de campo. Rubén me acercó al “final de la meta” a través de sus contactos, sus aportes y su aliento permanente. Sin ellos (la familia Longhi), no hubiera podido concretar esta investigación.

Y porque los últimos serán los primeros...un GRACIAS muy especial a Silvia Visiglio. En ella encontré un mentor, un maestro y una amiga. Me alentó, me consoló en los momentos en que lo necesité, y sus aportes tanto académicos como espirituales fueron invaluable. Gracias por compartir conmigo la pasión del compromiso con los más vulnerables. Las palabras no alcanzan para expresar lo que significó para mí en este camino.

Es innumerable la cantidad de personas que siento cerca en este ciclo de mi vida y que son responsables de que haya finalizado esta investigación. Pido perdón si olvidé mencionar a alguien y GRACIAS nuevamente a todos.

Cecilia

RESUMEN

En el transcurso de estos años, durante el desarrollo de la práctica profesional, se ha podido detectar una serie de problemas y debilidades en la “Gestión de las Organizaciones de Atención a Personas con Discapacidad”. Estos hallazgos buscaron ser confirmados y profundizados a través de la presente investigación, en la que se definió el Modelo de Gestión como objeto de estudio. A partir del análisis, la comprensión y el diseño de antecedentes escritos y el trabajo de campo, se pudieron formular recomendaciones para la construcción de un modelo de gestión superador, que consolide el cumplimiento de la Misión organizacional y mejore la calidad del servicio prestado.

En este sentido se propusieron como objetivos de la investigación, el estudio del Modelo de Gestión en sus aspectos teóricos y en el caso concreto de las organizaciones de la ciudad de Santa Fe enmarcadas en el ámbito de la salud que prestan servicios a personas con Discapacidad; y la formulación de propuestas para orientar un cambio o innovación en vistas a mejorar la gestión.

Luego de efectuar consultas a diferentes organismos/ referentes claves, realizar búsqueda y revisión amplia de la bibliografía, estudiar minuciosamente- de la mano de numerosos autores- los aspectos teóricos de la gestión en las organizaciones, examinar documentación y normativa, observar y analizar el comportamiento de las organizaciones locales, se complementa todo lo anterior con un estudio de casos, arribando a una construcción propia. En este marco, las bases conceptuales para el análisis de los establecimientos consideraron los siguientes aspectos: la economía como ciencia social cercana a las necesidades de la gente, la gestión como disciplina que involucra los procesos de planificación, administración y control, la integralidad y multiactorialidad en la gestión de las organizaciones, la historia de las organizaciones, los nuevos paradigmas y modelos sociales de la discapacidad, entre otros aspectos.

Como instrumento para analizar y formalizar el trabajo, se seleccionan tres dimensiones substanciales y sensibles del objeto de estudio: Misión-visión, Comunicación-Toma de decisiones y Gestión Económico-Financiera. Estas dimensiones fueron abordadas y analizadas en cada caso, focalizando en los aspectos facilitadores y obstaculizadores del cumplimiento de la misión organizacional.

En la conclusión se presentan los resultados de contrastar aspectos teóricos con la realidad de los casos estudiados y se efectúa la propuesta mencionada como aporte final de la tesis.

El estudio permitió identificar para estas organizaciones, el concepto de Modelo Tradicional, Modelo de Transición y Modelo de Gestión Integrada: El primero responde a un sujeto y a un modelo de gestión casi inexistente y con raíces en el paradigma médico. El segundo: “Modelo de transición”, contiene en sí mismo las tensiones entre “lo viejo” y “lo nuevo”, se debate entre permanecer aferrado a las viejas estructuras y formas de funcionamiento y dar un salto hacia las nuevas estructuras. Es un modelo no formal, intuitivo y que no integra aún las dimensiones clínicas con las organizacionales. Este modelo está más vinculado al Modelo Social de la discapacidad y comienza a instalar la temática de la gestión y la administración, observado claramente en las organizaciones estudiadas. El tercer modelo o “Modelo innovador” es el Modelo ideal, el que encarna las propuestas realizadas.

Por último, se dejan planteadas algunas inquietudes como aporte para futuras investigaciones vinculadas con el objeto de estudio, y en especial con el crecimiento y desarrollo de las organizaciones que prestan servicios a personas con discapacidad.

INDICE GENERAL

INTRODUCCION	7
CAPITULO I. EL ENTORNO	9
1. Escenario nacional y provincial	9
1.1 Estadísticas.....	9
1.2 Aspectos Normativos	11
1.3 Organismos vinculados con la discapacidad	12
2. Planteamiento del Problema	16
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	18
1. La Economía	18
1.1 Definiciones y enfoques.....	18
1.2 Economía de la Salud	19
1.3 Gestión y Administración. Evolución de los conceptos	20
1.4 Gestión y Administración de la Salud.	22
2. El Modelo de Gestión	24
2.1 Conceptos y Elementos.....	24
2.2 La Reconversión y el Modelo de Gestión.....	33
3. Las Organizaciones	35
3.1 Conceptos de Organización	35
3.2 Estructura de la Organización.....	37
4. La discapacidad	38
4.1 Concepción de la Discapacidad a través de la Historia	38
4.2 Discapacidad y participación	42
4.3 Discapacidad y Derechos Humanos	44
5. Bases conceptuales para el análisis de las organizaciones y la construcción de un Modelo de Gestión	45
CAPITULO III: LA GESTION DE INSTITUCIONES QUE ATIENDEN PERSONAS CON DISCAPACIDAD. ESTUDIO DE CASOS	47
1. Antecedentes	47
2. Hipótesis de trabajo	48
3. Objetivo General.....	48
4. Objetivos Específicos	48
5. Diseño Metodológico.....	49

6. Universo a Estudiar.....	49
7. Objeto de Estudio.....	51
8. Selección de los componentes del modelo de gestión en salud para el análisis de los establecimientos.....	51
9. Metodología.....	52
CAPITULO IV. TRABAJO DE CAMPO. RESULTADOS	53
1. Organización “A”	53
1.1 Descripción/caracterización de la Organización.....	53
1.2 Caracterización de la Población.....	54
1.3 Recursos Físicos y Financieros.....	54
1.4 Recursos Humanos	55
1.5 Análisis del Caso. Resultados.....	56
2. Organización “B”	68
2.1 Descripción/caracterización de la Organización.....	68
2.2 Caracterización de la Población.....	69
2.3 Recursos Físicos y Financieros.....	69
2.4 Recursos Humanos	70
2.5 Análisis del Caso. Resultados.....	71
CAPITULO V: CONCLUSIONES	85
Nuevo Modelo de Gestión Integrada en Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad.....	87
ANEXOS	94
BIBLIOGRAFIA	96

INTRODUCCION

El Problema de las Instituciones que atienden a personas con discapacidad presenta dos dimensiones. La dimensión clínica, que afecta el tratamiento y la recuperación de los usuarios, y la organizacional que dificulta la administración de los recursos impactando también en la primera.

En lo que respecta a la segunda dimensión, se formulan los objetivos de describir el Modelo de Gestión de organizaciones que prestan servicios a personas con discapacidad en la ciudad de Santa Fe, se analizan las fortalezas /debilidades de las mismas, y proponen algunas recomendaciones que superan las particularidades de las instituciones y las características diferenciales de cada Organización, con vistas a perfilar una propuesta de solución a la problemática en estudio, de manera que redunde positivamente frente a las actuales dificultades que presentan estas organizaciones en el campo de la administración y gestión.

Antes de iniciar el desarrollo formal de la tesis, se presenta una conclusión importante. El camino recorrido desde una hipótesis de trabajo formulada por una Terapeuta Ocupacional, formada profesionalmente en el abordaje clínico, permitió descubrir miradas alternativas y complementarias desde la gestión para diseñar una propuesta de Modelo de Gestión. Se espera que la propuesta formulada se pueda aplicar, y colabore en la solución de algunos problemas de los Directivos y de las Organizaciones que atienden a personas con discapacidad.

La metodología utilizada para el abordaje del problema comprendió:

- a- Identificación del Marco Teórico
- b- Revisión bibliográfica
- c- Observación de la realidad: el contexto y las instituciones
- d- Diseño de una forma de aproximación al caso operativo con un estudio de casos con dos instrumentos que son la entrevista personal y el análisis de documentos o fuentes secundarias.

Se puede decir, que por la metodología implementada, ésta investigación tuvo cierta repercusión en la vida de las organizaciones, dado que durante el trabajo de campo se generaron algunas reflexiones de parte de sus miembros que indican este efecto (Investigación-acción)

Para centrar el trabajo de campo en torno a los aspectos más sensibles a la naturaleza del objeto de la investigación, el análisis se concentró en tres dimensiones amplias del Modelo de gestión: Misión-visión, Comunicación y toma de decisiones, y Gestión económico-financiera, y en algunas sub-dimensiones que fueron revelándose en el trabajo de campo.

El trabajo se organiza en cuatro capítulos:

Un primer capítulo que aborda el análisis del entorno y plantea el escenario nacional, provincial y local donde se sitúa al objeto de estudio, ligado a los problemas claves identificados, desde la mirada de diferentes autores y organismos. Esto permite introducirse en la temática y orienta al lector.

Un segundo capítulo: Marco Teórico, compuesto por cuatro secciones, donde se plantean nociones y conceptos de economía y economía de la salud, planteando los diferentes enfoques y corrientes contemporáneas. Luego se conceptualiza la gestión desde algunos autores y se analizan brevemente algunos conceptos de gestión y administración considerando su evolución en el tiempo, como marco para abordar los casos de la realidad el objeto de estudio. Sumado a esto se exponen definiciones vinculadas al objeto de estudio “Modelo de Gestión”, mostrando

las diferencias existentes en las conceptualizaciones actuales por parte de diferentes autores, seleccionando las que aportan mayor claridad para el estudio del objeto, y describiendo los elementos que componen el Modelo. Al final de la sección se establecen y describen las dimensiones, subdimensiones a analizar en cada organización y se hace mención a los procesos de reconversión vinculados al Modelo de Gestión de las organizaciones de salud. En el tercer apartado se conceptualiza la “Organización” y se hace una breve alusión a la estructura de la organización. Por último, considerando la particularidad de las organizaciones que se analizan y la población usuaria a la que dirigen y orientan sus servicios, se conceptualiza la discapacidad y se incorpora el concepto de la participación, como uno de los aspectos más sobresalientes del paradigma actual: el modelo social y de los derechos humanos. En este punto, se realiza una vinculación de la temática de la discapacidad con la economía, tomando como referencia el enfoque de Amartya Sen desde la mirada de autores que acercan y vinculan estos conceptos, disminuyendo la brecha que entre ellos existió históricamente. Este último punto intenta por un lado situar al usuario en el centro de la problemática analizada, y por otro poner de manifiesto la correspondencia y vinculación de esta tesis con la práctica profesional de Terapia Ocupacional.

El capítulo cuarto se ocupa en primer lugar del estado del arte, donde se vuelcan los hallazgos de antecedentes vinculados al objeto de estudio. En segundo lugar a la investigación operativa en el estudio de casos: Objetivos, diseño metodológico, el universo estudiado y selección de las dimensiones/sub-dimensiones del Modelo de Gestión para el análisis de los establecimientos seleccionados.

El capítulo cinco, presenta los resultados del trabajo de campo integrando el enfoque clínico y el de la administración de los recursos. Finalmente se presenta una propuesta que, como aporte personal y en caso de ser aplicada, permitirán mejorar la gestión de estas organizaciones para el cumplimiento de su Misión.

CAPITULO I. EL ENTORNO

“No se debe aislar el problema de su contexto, sus antecedentes y su devenir”. Edgar Morín

1. Escenario nacional y provincial

1.1 Estadísticas

Los cambios producidos en los últimos años a nivel mundial como el fenómeno de la globalización, los cambios acaecidos en materia de Economía en Latinoamérica y nuestro país, y la crisis política e institucional de los últimos años, han influido de particular manera en el ámbito de la Salud.

Así mismo la Innovación Tecnológica, los avances en el campo de la investigación en salud, genética; las nuevas técnicas quirúrgicas, procedimientos diagnósticos; y los avances en farmacología, entre otros, generan un incremento de la expectativa de vida con lo cual la población presenta nuevas necesidades, aumentando la demanda de servicios en el área de la salud ¹ y en especial en lo que respecta a rehabilitación y discapacidad.

Las personas con Discapacidad conforman un grupo vulnerable y numeroso. El 10 % de la población mundial, tiene algún tipo de Discapacidad según manifestó la OMS. En el Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad ² se hace referencia a que, según los resultados de encuestas a segmentos de población, unidos a las observaciones de investigadores experimentados, la cifra estimada de 500 millones de personas con discapacidad a nivel mundial se ve confirmada. En la mayoría de los países, por lo menos una de cada diez personas tiene una deficiencia física, mental o sensorial, y la presencia de la discapacidad repercute de modo adverso en, al menos, el 25 por ciento de toda la población.

Los primeros resultados de la ENDI³ indican que en la República Argentina la población afectada por algún tipo de discapacidad alcanza al **7,1%** de la población total. En números absolutos representa a **2.176.123** personas (1.010.572 varones y 1.165.551 mujeres), siendo el **38,4%** (**835.643** personas) carentes de cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual y pertenecientes a los estratos más desfavorecidos que habitan preponderantemente áreas periurbanas marginales y zonas rurales. El 48,5 % de la población mencionada tiene edades entre 15 y 64 años, el 40 % entre 65 y más años y un poco más del 10 % entre 0 y 14 años.

Del total de personas con discapacidad, casi las tres cuartas partes (el 73,9 %) están afectadas por una sola discapacidad, la quinta parte (20,2 %) por dos, y una menor proporción (5,9 %) por tres y más. La gran mayoría de las personas con discapacidad no poseen Certificado de Discapacidad (82 %). El 84,2 % de las personas con discapacidad adquirieron una discapacidad producto de accidentes, hechos violentos, desastres naturales o por enfermedad y vejez. Solamente el 15,8 % de los argentinos nacen con una discapacidad por causas genéticas, por problemas en el parto o por enfermedad de la madre durante el embarazo. En uno de cada 5 hogares habita una persona con discapacidad.

¹ Salud como el estado de perfecto bienestar biopsicosocial y espiritual. Organización Mundial de la Salud. Constitución de 1946

² Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 37/52, 1982.

³ INDEC. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 complementaria del censo 2001 .Argentina. Desafortunadamente no hay estudios generales posteriores a esta encuesta.

REGION	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN con DISCAPACIDAD	POBLACIÓN con DISCAPACIDAD SIN COBERTURA
Gran Buenos Aires	11.322.344	677.033	259.981
Pampeana	10.434.902	823.326	316.157
NOA	3.246.614	245.223	94.166
NEA	2.352.628	155.560	59.735
Cuyo	1.975.414	176.477	67.767
Patagonia	1.425.726	98.534	37.837
Totales	30.757.628	2.176.153	835.643
% Discapacidad a Nivel Nacional	7,1% de la población total		




Gráfico. Total del país y regiones. Población total por región. Población con Discapacidad por cada región y Población con Discapacidad sin cobertura por cada región. Datos año 2002-2003

Fuente: INDEC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 - Complementaria del Censo 2001. La población con discapacidad en Argentina. Revista Informativa del Censo 2001-Número 14 - Diciembre 2004

En la Provincia de Santa Fe de acuerdo al censo del 2001, viven 33.000 personas con discapacidad. Casi un 10 % de la población total. Si bien no existen datos oficiales a nivel provincial y municipal, se cree que este porcentaje de la población con alguna discapacidad, oscila entre los 16 y 65 años de edad, considerando que los resultados presentan un porcentaje en ascenso a medida que se avanza en edad. En los últimos años un porcentaje importante de la discapacidad se diagnostica en edades tempranas, cuando los niños inician su vida escolar, aunque las estadísticas globales no lo señalen todavía. De acuerdo a datos brindados por personal de la Subsecretaría de Inclusión, Santa Fe ha emitido hasta el año 2008, 30.962 certificados únicos de Discapacidad.

Las Políticas públicas a nivel mundial, intentan poner de relieve la necesidad de establecer estrategias e implementar acciones para mejorar los servicios dirigidos a este sector. Por esto mismo la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas han elaborado y puesto en marcha una serie de planes/programas a lo largo de los años, atendiendo a estos objetivos.⁴ En nuestro país, el Plan Federal de Salud en su propuesta 2004 / 2007 orienta algunas de sus acciones a las personas con discapacidad.⁵

Según menciona Alcira Dagametti,⁶ “si se analiza el sistema de salud argentino, así como también el santafesino, puede observarse que presentan un carácter segmentado ya que existen diferentes subsectores: seguridad social, público y privado, sin coordinación ni articulación alguna entre ellos en lo que respecta a la provisión de servicios, a la obtención de recursos y a su asignación”. Y continúa haciendo mención al concepto de segmentación de la

⁴ Organización Mundial de la Salud. Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad. Resolución 37/52. Diciembre de 1982. Asamblea General de las Naciones Unidas. Plan de Acción 2006/2011.

⁵ Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007: “Implementar la rehabilitación como un componente de atención primaria de la salud. Implementar y difundir estrategias de la rehabilitación con base comunitaria. Desarrollar una red de servicios que incluya por lo menos una unidad de rehabilitación cada cien mil habitantes de tercer nivel de atención. Transferir a las familias los conocimientos asistenciales que promuevan la atención y el apoyo familiar. Propiciar la coordinación entre los niveles asistenciales y la articulación de estos con los servicios sociales y el sector educativo”.

⁶ Dagametti, Alcira. CPN. Una Política Pública en Salud para la Población Excluida: Análisis de la Implementación del Seguro en la Provincia de Santa Fe. Tesis de Posgrado. Maestría de Administración Pública. Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe, 2003, p.16.

Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2002) que dice que existe segmentación cuando se hacen presentes dentro del sistema de salud de un Estado, varios subsistemas, con diferencias en el financiamiento, afiliación y prestaciones. Finaliza diciendo que la característica segmentada del sistema, no permite que los recursos que se afecten a la salud, se usen eficientemente, ni tampoco posibilita que exista *equidad en salud*, si bien existen organismos estatales que tienen por misión garantizarla.

1.2 Aspectos Normativos

En el plano legislativo, si bien Argentina tuvo algunos avances, las políticas Nacionales, provinciales y municipales, responden solo parcialmente a las necesidades de esta población y no se alinean por completo entre ellas mismas. En la práctica cotidiana se puede divisar la presencia de grandes “lagunas” o “agujeros negros” que impiden la integración, dejando librado al análisis y criterios particulares, una serie de temas de gran relevancia vinculados a la salud y la discapacidad. Las siguientes son algunas de las principales normativas Internacionales y nacionales que rigen en el ámbito de la Discapacidad, la Salud, y las Organizaciones estudiadas, agrupadas en los planos de la macro, meso y micro gestión:

	MACROGESTION	MESOGESTION	MICROGESTION
MARCO LEGAL	-Pacto de San José de Costa Rica. Convención Americana sobre Derechos Humanos. Año 1969 -Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Asamblea General de las Naciones Unidas. Año 2006 -Constitución Nacional Argentina. Año 1853 y 1994 (última reforma) - Ley Nacional N° 22.431. Protección integral de Personas Discapacitadas. Año 1981 -Ley 24.657. Creación del Consejo Federal de Discapacidad. Año 1996 -Ley Nacional N° 24.754. Equiparación de las Medicinas Prepagas con las Obras Sociales. Año 1996 -Ley Nacional N° 24.901 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad. Año 1997 -Ley Nacional N° 23660 y 23.661. Agentes del Seguro de Salud. Año 1988 -Decreto 1193/1998 Reglamentario de la Ley No 24.901. Año 1998 -Resolución APE N° 428/99. Nomenclador de Prestaciones Básicas. Año 1999 -Programa Médico Obligatorio (PMO) Resolución N° 939/00 -Ley Nacional N° 25.504. Expedición del Certificado de Discapacidad: Ministerio de Salud de la Nación. Año 2011	-Ley Provincial de Discapacidad N° 9325. Año 1997 -Regulaciones de Auditoría Médica Provincial y Subsecretaría de Inclusión para Personas con discapacidad (Junta de categorización y habilitación provincial) -Regulaciones provinciales y adhesiones a las leyes nacionales -Leyes y reglamentaciones de los Colegios Profesionales -Convenios colectivos de trabajo (gremios vinculados a estas organizaciones: UTEDYC Y ATSA)	-Estatutos de las Organizaciones -Reglamentos internos de los servicios -Contratos

	MACROGESTION	MESOGESTION	MICROGESTION
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> - Ley Nacional N° 25.730. Ley de cheques. Fondos destinados para la aplicación de programas y proyectos a favor de personas con discapacidad. Año 2003 -Resolución /1328 Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad. Año 2006. -Ley 26378. Ratificación de la Nación Argentina de la Convención Internacional. Año 2008 - Resolución 675/2009. Modelo Único de Discapacidad y el Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad. Año 2009 -Ley de salud mental 26.657/2010 		

Algunos de los problemas detectados, radican en el incumplimiento de esta normativa, en la inexistencia o mal funcionamiento de los órganos de control y en la falta de previsión presupuestaria para garantizar su efectividad. Esto mismo se replica en los niveles provinciales y locales. Nuestro país, reconociendo los derechos de las personas con discapacidad y los señalamientos de organismos internacionales sobre las personas con discapacidad, ha establecido un Sistema Único de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad, regulado por la Ley 24.901 “Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad” y sus decretos reglamentarios. El Sistema Único de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad viene a producir, por tanto, un cambio importante dentro del sistema prestacional, al asegurar la universalidad de la atención de las personas con discapacidad, mediante la integración de políticas y de recursos institucionales y económicos afectados a la temática.

1.3 Organismos vinculados con la discapacidad

Como parte de este complejo y desarticulado “universo” y dentro del subsistema estatal, encontramos organismos encargados de la planificación, regulación, habilitación, categorización y financiación de prestaciones para la población con discapacidad:

	NACIONALES	PROVINCIALES	MUNICIPALES
ORGANISMOS VINCULADOS A LA TEMÁTICA	-Comisión Nacional Asesora para la integración de personas con discapacidad (CONADIS) -Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) -Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) -Administración Nacional de Programas Especiales (APE)	-Subsecretaría de Inclusión para personas con discapacidad. Junta de Habilitación y Categorización Provincial -Dirección General de Auditoría Médica	-Secretaría de Desarrollo Social. Programa de Igualdad en la diversidad

A continuación y dado que puede ayudar a la comprensión del estudio, se mencionan las funciones, misiones y objetivos de las mismas, de acuerdo a lo referido en los sitios web y en el material oficial obtenido:

La *Comisión Nacional Asesora para la integración de personas discapacitadas (CONADIS)*⁷, es el organismo gubernamental encargado de las cuestiones relativas a la aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, ratificada por la Ley N° 26.378 del año 2008. Depende directamente del consejo nacional de coordinación de políticas sociales de presidencia de la nación. Tiene entre sus funciones la de requerir de los Organismos Gubernamentales la información necesaria para el cumplimiento de su misión; impulsar la constitución de fondos especiales con el fin de atender la integración de personas con discapacidad y desarrollar, a tal efecto, acciones entre organizaciones y entidades gubernamentales y no gubernamentales; participar con los organismos correspondientes en el estudio de las necesidades de recursos humanos especializados en la asistencia de las personas con discapacidad y formular pautas para su formación y perfeccionamiento; articular el desarrollo de la temática de las personas con discapacidad, con otros programas de bienestar o desarrollo de la comunidad; fomentar y desarrollar campañas permanentes de información, concientización y motivación comunitaria, propias o conjuntas; estimular, apoyar y facilitar proyectos y trabajos de investigación relacionados con el área, etc. La Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas es quien normatiza, coordina, asesora y supervisa la implementación y preside el Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad. La CONADIS, además tiene la función de establecer, organizar y poner en funcionamiento el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad, gremios e instituciones de/o para personas con discapacidad, instituciones de servicios, profesionales, docentes y técnicos que tengan relación con el universo de la persona con discapacidad Sin embargo este registro está aún en elaboración por lo cual dicha información aún se presenta fragmentada e incompleta para quienes la demanden.

El *Servicio Nacional de Rehabilitación* es un organismo descentralizado dependiente del Ministerio de Salud de la Nación y tiene como objetivo propiciar la rehabilitación e integración de las personas con discapacidad. En la actualidad funciona como un organismo descentralizado dependiente de la Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales de la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos del Ministerio de Salud de la Nación. Su Misión es la de:

⁷ Consejo Nacional de Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS) Órgano de consulta y asesoramiento para la aplicación de las políticas en el área, con representación de cada región a nivel provincial

promover y facilitar la efectiva implementación de programas que fomenten la prevención, rehabilitación e integración de la persona con discapacidad, atendiendo a la disminución del impacto de la secuela y a lograr una mejor integración al medio social; diseño de políticas tendientes a la disminución del riesgo de accidentes y de la incidencia de patologías discapacitantes; brindar asistencia técnica a las Jurisdiccionales provinciales, municipales y Organizaciones No Gubernamentales, para asegurar el funcionamiento de los servicios de rehabilitación basados en la comunidad y una adecuada red de derivación; promover la educación permanente de recursos humanos específicos e idóneos en todo el país y la investigación de los aspectos epidemiológicos, y en los relativos a la prevención e integración social. Respecto a la visión de estos organismos, ejerce un rol rector e indelegable, en el ámbito de la salud, en lo referente a la normatización y ejecución de las políticas en rehabilitación.

El Servicio Nacional de Rehabilitación tiene a su cargo la inscripción, permanencia y baja de las instituciones que brinden prestaciones a personas con discapacidad, tanto en servicios de atención como de rehabilitación. Asimismo, constan en él las re-categorizaciones o modificaciones de cupo otorgado a los prestadores. El agrupamiento de efectores por categorías relacionadas con su capacidad para la resolución de problemas de las personas con discapacidad, busca racionalizar y adecuar la oferta de servicios a las necesidades de los usuarios por medio de, precisamente, dicho ordenamiento.

La *Superintendencia de Servicios de Salud*, organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, en jurisdicción del Ministerio de Salud de la Nación, es el órgano de supervisión, fiscalización, control y regulación de los agentes del sistema, orientado a garantizar la efectiva realización del derecho a recibir prestaciones igualitarias, integrales y humanizadas. Su misión tiende a asegurar el cumplimiento de las políticas del área, para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar de las prestaciones de salud establecidas en la legislación.⁸ En el marco de su misión, y entre otras acciones, registra a los establecimientos prestadores acorde a la habilitación y categorización efectuada por los organismos antes mencionados para posibilitar que sean financiados por los agentes del seguro de salud. A su vez son los encargados del RNOS (registro nacional de obras sociales)

La *Administración de Programas Especiales* (APE), era hasta mayo del 2012, un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, en jurisdicción del Ministerio de Salud, con personería jurídica propia y un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera. Su principal objetivo es la implementación y administración de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución afectados presupuestariamente a programas especiales de salud, para la cobertura de patologías de baja incidencia y alto impacto, económico, las prestaciones de discapacidad, así como otras de largo tratamiento, destinado a los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, conforme a la Ley 23661. Asegurar a todos los beneficiarios del Sistema del Seguro de Salud al acceso a prestaciones de alto impacto económico, administrando en forma equitativa y justa de los fondos provenientes del aporte solidario de las Obras Sociales.

El objetivo del organismo radica en satisfacer, en tiempo y forma, los pedidos de los Agentes del Seguro de Salud, a fin de reintegrar el gasto generado por la cobertura. Anteriormente se daba el subsidio para poder otorgar la prestación.

La Junta de Habilitación y Categorización Provincial de la “*Subsecretaría de Inclusión para personas con discapacidad*”⁹, es el organismo encargado de habilitar y categorizar las

⁸ Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). Ministerio de Salud de la Nación. Manual del beneficiario de obras sociales. Buenos Aires. Argentina, 2011, p. 7.

⁹ Dependiente de la Secretaría de Salud (Ministerio de Salud de la Provincia) está conformada por un subsecretario de Inclusión para Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud, y un Comité Técnico, compuesto de

prestaciones para personas con discapacidad. En los ámbitos provinciales donde no existen comisiones evaluadoras, la función es realizada por el del Servicio Nacional de Rehabilitación. En la práctica, esta entidad del ámbito provincial, funciona sosteniendo algunos criterios claramente dispares a los del organismo nacional. Este aspecto observado en la práctica profesional, emerge y se confirma en el trabajo de campo mencionándose mas adelante como “desalineación” entre los diferentes organismos que abordan esta temática.

La *Dirección General de Auditoría Médica*, a nivel provincial, se encarga de la habilitación de establecimientos privados de salud con internación; la jerarquización, acreditación de las acciones de promoción y prevención; la auditoría de las prestaciones solicitadas al sector privado por parte de los efectores públicos; la mejora de la calidad de los servicios de salud de acuerdo a los establecido por el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica; el fortalecimiento de los Hospitales Públicos a través de la creación de los Comités de Auditoría; la identificación de los prestadores capaces de satisfacer la demanda de la población nominada bajo su responsabilidad, en tiempo y forma y la adhesión al Programa Federal sobre cobertura y acceso a los servicios de salud.

La *Secretaría de Desarrollo Social* a través del *Programa de Igualdad en la diversidad* es la dependencia que aborda todo lo relativo a la discapacidad en el ámbito municipal. No fue posible obtener mayor información acerca de la Misión, objetivos y modalidad de trabajo de dicha secretaría

Las *Obras Sociales*¹⁰/*Pre-pagas/Mutuales* y Departamentos de Servicios sociales de los Colegios Profesionales (todos ellos englobados bajo la denominación de agentes del seguro de salud) trabajan en la mayoría de los casos, escindidos de dichos Organismos, sumando más confusión a la mencionada, en el ámbito de la gestión de estos servicios¹¹.

A este nutrido y complejo escenario se suman las características y problemáticas particulares de los establecimientos de atención a personas con discapacidad (prestadores de salud), que en su mayoría, se constituyen, como parte de las Organizaciones de la Sociedad civil, en ONG (Organizaciones del Tercer Sector),¹² incorporadas al subsector privado del Sistema de Salud Argentino.

La búsqueda de financiación- a través del apoyo de Fundaciones Nacionales e internacionales- es una constante en este sector, sumado a la situación actual de desconocimiento

representantes gubernamentales de los Ministerios de Desarrollo Social, Salud, Innovación y Cultura, Obras Públicas. y Vivienda, Aguas, Servicios. Públicos y Medio Ambiente, Justicia y Derechos Humanos, Trabajo y Seguridad Social. La Subsecretaría entiende en la concepción y gestión de políticas públicas inclusivas, preventivas y de rehabilitación, orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y garantizar el acceso a sus derechos en el ámbito de la provincia, en congruencia con el proyecto sanitario del Ministerio de Salud. Tiene a su cargo la presidencia de la Comisión Provincial para Personas con Discapacidad y es representante de la Provincia de Santa Fe en el Consejo Federal de Discapacidad.

¹⁰ Un aporte relevante de Dagametti, Alcira en su tesis respecto de la realidad local, es que “En el ámbito de la *Provincia de Santa Fe* existen dos obras sociales oficiales que cuentan con los padrones afiliatorios más numerosos y que cubren las prestaciones de discapacidad contempladas en el Marco Básico. Estas son el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (I.N.S.S.J. y P. - PAMI), que posee 372.000 afiliados, y el Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (I.A.P.O.S.), que alcanza 453.500 afiliados, datos éstos censados para el año 2001. Cabe agregar que entre ambas obras sociales oficiales, cubren el 30% de la población santafesina”.

¹¹ Un dato importante en el marco de la presencia del Estado en este contexto, es que en estos últimos años, la Subsecretaría de Inclusión para personas con Discapacidad como así también el Ministerio de Trabajo de la Nación a través de las Gerencias de Empleo Provinciales contemplan como parte de sus políticas, el apoyo financiero a las Organizaciones que trabajan en materia de Discapacidad ya sea fortaleciendo su estructura edilicia, apoyando con equipamiento necesario para ejecutar sus proyectos, o brindando algunas líneas de financiamiento para la promoción del empleo de esta población.

¹² McKinsey & Company y Ashoka. *Emprendimientos Sociales Sostenibles. Cómo elaborar un Plan de Negocios para organizaciones sociales.* Sao Paulo. Editorial Peirópolis, 2004, Cap.1, 13-16

de costos reales en salud. Todo esto pone de manifiesto la debilidad de nuestro sistema para hacer frente a las necesidades de este grupo vulnerable y numeroso.

Si bien en el año 1991 aparecen expresiones como la reconversión de las organizaciones - que también alcanzan al sector salud- y dan a entender la necesidad de solucionar los problemas de financiamiento y falta de competitividad de las Instituciones de este Sector, considerando los objetivos de promover, recuperar la salud y prevenir la enfermedad, las Organizaciones que se describirán, y que se analizan en detalle en el estudio de casos, en su mayoría presentan dificultades para adaptarse a los cambios producidos en los últimos años.

En su mayoría conducidas por Comisiones directivas -conformadas por miembros voluntarios, y familiares de personas con discapacidad- sin suficiente conocimiento en los aspectos tanto clínicos como de gestión, ponen el acento en el área clínica considerando solo algunos aspectos de la planificación, la administración y el control. Las dificultades se van resolviendo de manera intuitiva y espontánea, y esta ausencia o debilidad de un Modelo de Gestión integrada, pone en peligro, en ocasiones, la sustentabilidad de las Organizaciones y la calidad del servicio que se brinda.

2. Planteamiento del Problema

Algunos de los problemas identificados en las organizaciones en el marco del ejercicio profesional, y confrontados con los casos estudiados son:

- Dificultad para identificar la necesidad de constituir y/o fortalecer un Modelo de Gestión Organizacional.
- Gestión reactiva. Se ubica el acento en la urgencia y se van afrontando las situaciones a medida que se presentan
- No se asignan recursos para mejorar la Gestión Institucional.
- Escisión entre las dimensión clínica y organizacional, que dificulta la administración e los recursos y el cumplimiento de la misión.
- Desprofesionalización¹³ y escasa valorización del Recurso Humano, traducido entre otras cosas, en la escasez de incentivos y la ausencia de acciones de formación/capacitación¹⁴ sistemáticas.

¹³ Calvo, Héctor. Introducción al Módulo de Planeamiento Estratégico en la Gestión Sanitaria: Reflexiones. Maestría en Economía de la Salud y administración de Organizaciones de Salud. UNLP. Argentina, 2006, p. 4.

¹⁴ Hidalgo Jara, Luisa. Gestión de la capacitación en las organizaciones. Complicación. Conceptos básicos. Ministerio de Salud. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Área de Capacitación y Apoyo a la Gestión. Lima. Perú, 1998: "Formación entendida como un proceso de desarrollo y de estructuración de la persona que lo lleva a cabo bajo el doble efecto de la maduración interna y de posibilidades de aprendizajes, de reencuentros y de experiencias durante toda su vida. Formación que implica, tanto una actitud personal tendiente a adquirir o perfeccionar capacidades, como institucional, entendiendo institución como un dispositivo organizacional compuesto por hecho de programas, planes de estudio, certificaciones, construcciones.

Formación profesional: "Actividades que tienden a proporcionar la capacidad práctica, el saber y las actitudes necesarias para el trabajo en una ocupación o grupo de ocupaciones en cualquier rama de la actividad económica". (Concepto definido por la Organización Internacional del Trabajo - OIT)

Formación continúa: Proceso que permite a las personas revertir insuficiencias del sistema educacional y de capacitación, atendiendo requerimientos de equidad y progreso social, de formación de competencias para el trabajo y de satisfacción de las necesidades de movilidad laboral. Provee de mecanismos e instrumentos que permiten a las personas evaluar sus competencias laborales y desarrollar itinerarios de formación técnica permanentes a lo largo de la vida laboral de las persona".

- Ausencia de políticas, principios claros y métodos sistemáticos para la Captación y Asignación de Recursos
- Ausencia de acciones de control de gestión, sistematizadas y prolongadas en el tiempo

Frente a este escenario podemos decir que el Problema central sería la ausencia de un Modelo de Gestión,¹⁵ o como opina otro autor, la presencia de Modelos Incompletos¹⁶ que consideren las necesidades clínicas y administren adecuadamente los recursos económicos, para el cumplimiento de la Misión Institucional.

¹⁵Calvo, Héctor. Introducción al Módulo de Planeamiento Estratégico en la Gestión Sanitaria: Reflexiones. Maestría en Economía de la Salud y administración de Organizaciones de Salud. UNLP. Argentina, 2006, p. 4:“Existen evidencias concretas de la inexistencia de un modelo de gestión aplicables a la Organización de servicios de salud. Sobre todo a las que corresponden al segmento de organizaciones privadas y que atienden casi la mitad de los requerimientos de servicios de salud...Se generaron sobre una taxonomía organizacional espontánea y por agregación de servicios sin aplicar teorías organizacionales, de sistemas, análisis económico financiero...”

¹⁶ Tobar, Federico. Modelos de Gestión en Salud. Tesis de Postgrado. Buenos Aires. Argentina, 2002, <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-138.pdf>

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

1. La Economía

“La evolución de la Economía en sus orígenes formales con Adam Smith y en pleno desarrollo en el Siglo XX con el genial Keynes, aparece como una disciplina realizada con humanismo, cercana a las necesidades de la gente, interesada en comprender los problemas económicos para aportar soluciones. ¿Nos hemos alejado de esta concepción?”.

Alicia Giraldo

Como se mencionó anteriormente y a fin de brindar sustento al trabajo, se exponen algunas definiciones y enfoques claves para esta investigación: Economía, Gestión, Administración, Modelo de gestión, Organizaciones y discapacidad. Junto con estas conceptualizaciones se presenta la evolución de algunos de estos conceptos, para poder evaluar la progresión de los mismos y una comprensión más acabada del objeto de estudio, a la luz de la historia y la experiencia que otros han transitado. Encontrar las definiciones más claras, completas y significativas, y construir a partir de allí algunas definiciones propias o adherir a otras, demandó un extenso recorrido que estuvo marcado por idas y vueltas de la teoría a la práctica y viceversa. Ciertamente fue una construcción que interpela la práctica profesional de quien presenta esta tesis, y sienta las bases para futuras investigaciones.

1.1 Definiciones y enfoques

La **Economía**,¹⁷ es una ciencia social que estudia los procesos de producción, intercambio, distribución y consumo de bienes y servicios. Según otra de las definiciones más aceptadas, propia de las corrientes subjetivas, la ciencia económica analiza el comportamiento humano como una relación entre fines dados y medios escasos que tienen usos alternativos. Busca explicar problemas para solucionarlos y predecir algunas situaciones para anticiparse a ellas. Es importante mencionar también como parte del concepto de economía, que existen tres interrogantes clásicos: Qué bienes o servicios producir, cómo hacerlo y cómo distribuirlos. La respuesta a estos interrogantes puede darse de diversas maneras si bien, en nuestro país, en la actualidad, la asignación de recursos a través del mercado se presenta como mecanismo, inclusive en el Sector Salud.

Llama la atención que algunos autores consideran que en la actualidad, la economía no representa soluciones para la humanidad y en este sentido, estamos lejos de Adam Smith para quien la economía era fundamentalmente un acto humano sujeto a las alternativas humanas. Frente a estos dichos se encuentra un amplio abanico de respuestas que de algún modo, ponen de manifiesto las tensiones actuales existentes entre las diversas “escuelas” de las ciencias económicas.

¹⁷ Economía: oikos-casay nemo, administrar

Dentro de las corrientes de la ciencia y específicamente en la económica contemporánea, encontramos dos posturas bien marcadas, los científicos dominados por la posición metodológica positivista¹⁸ y los que sostienen posiciones humanistas.

El primer enfoque o postura, intenta aportar soluciones a los problemas de los servicios de salud, desde reglas fijas y aspectos financieros, lo que en ocasiones se presenta como motivo de generación de ciertos conflictos entre las disciplinas de salud y económicas.

En el segundo enfoque y dentro de la corriente económica humanista, encontramos a Amartya Sen¹⁹ quien realiza un aporte desde la economía y la ética, disociadas en el abordaje económico convencional, en términos de realidad humana. En su libro “La transformación ética de la racionalidad económica” del año 2008, presenta un enfoque particular recuperando a quien es considerado el primer economista: Adam Smith, ofreciéndonos en sus fundamentos una nueva configuración de la racionalidad económica.

La propuesta de racionalidad ética de *Amartya Sen* consiste básicamente en la consideración de que el hombre racional en la actividad económica, no tiene por qué perseguir únicamente su propio interés, si no que está abierto a la racionalidad propuesta por Adam Smith (en su correcta interpretación) formada por simpatía, compromiso y valores. Todo ello da pie a un nuevo concepto de racionalidad económica fundamentado en el comportamiento ético de un nuevo modelo de persona (agencia y bienestar), con consecuencias para la toma de decisiones políticas y sociales. Para Sen es evidente que en la racionalidad práctica del ser humano hay más motivaciones que la simple búsqueda del interés propio. En “Resources, Values and Development”²⁰ y en “Desarrollo y Libertad”, irá haciendo más hincapié en los valores como parte decisiva del comportamiento humano, en las capacidades y el funcionamiento, vinculados al bienestar.

En la práctica, ambas posturas (positivismo y humanismo), no se presentan en estado puro y puede observarse que ciertos aspectos de ambas corrientes conviven, más allá de las tensiones que genera dicha convivencia y de que las que se hablará en este trabajo.

1.2 Economía de la Salud

Es una de las aplicaciones de la Economía que pretende adecuar sus herramientas y modelos de análisis, al caso específico de la producción de bienes y servicios en salud para lograr la satisfacción de las necesidades de las personas que han perdido el completo estado de bienestar biopsicosocial.

Una definición muy clara y que se adopta como orientadora de este trabajo es la de la Asociación Argentina de Economía de la salud, que define a la Economía de la Salud como la ciencia que “se ocupa del estudio de los procesos económicos y sociales vinculados a la

¹⁸ En economía positiva, los economistas actúan como científicos objetivos. La Economía Positiva analiza la economía en base a reglas fijas. En este caso, no hay cabida a juicios de valor personales, a diferencia de la economía normativa donde los aspectos económicos están vinculados con la ética y los juicios de valor. La economía positiva es principalmente empírica o estadística por lo que carece de cualquier posición ética o juicios de valor; el investigador se limita a interpretar los hechos conocidos y observados en la realidad objetiva a través de la estadística, a describir el “Cómo son o cómo se presentan”. Exponentes de esta Escuela son George Stigler (Nobel de Economía en 1982) y Milton Friedman (Nobel de economía en 1976) quienes lideraron la Escuela de Economía de Chicago (EEC). Conocida escuela de pensamiento económico partidaria del libre mercado desde mediados del siglo XX. En el campo económico se le suele relacionar con la teoría neoclásica de precios y el rechazo al keynesianismo en favor del monetarismo.

¹⁹ Economista indio contemporáneo, abierto a la vertiente humana de la economía y a la vertiente social. Tiene raíces en Keynes (1886-1946) Obtuvo el Premio Nobel de Economía en 1998 por sus contribuciones a la economía del bienestar. Catedrático de Economía y Ética de la Universidad de Harvard.

²⁰ Enfoque acerca de las capacidades y funcionamientos. Oxford, 1984.

producción y distribución de bienes y servicios destinados a la preservación y mejora de la salud de la población, identificando alternativas económicas, sociales, organizacionales y administrativas. Abarca un campo temático muy amplio, comprendiendo las cuestiones microeconómicas referidas a las decisiones individuales de producción, distribución y consumo de bienes y servicios de salud, y los temas globales relativos al financiamiento de sistemas, nivel y composición del gasto”.

En realidad, la Economía de la Salud como disciplina, es relativamente nueva y podría decirse que la entrada de los economistas en este terreno fue inicialmente poco exitosa, ya que muchos de ellos, apuntaron a los aspectos financieros y a la reducción de gastos poniendo énfasis en la corriente positivista y dejando de lado otros aspectos importantes de este campo, desde una mirada holística. Tal como se menciona anteriormente, y en el marco de este “convivencia de corrientes”, puede observarse que dicha situación está en transición hacia conceptos más abarcativos e integrales que brindan respuestas más precisas a las necesidades en el campo de la salud, a partir de un proceso de construcción colectiva.

Siguiendo esta línea de pensamiento, no es un dato menor considerar que, en las actividades vinculadas con la salud, hay alta incertidumbre, mayor que en otros procesos económicos, porque se trabaja con la fragilidad de las personas en situaciones de enfermedad y/o vulnerabilidad, por eso es tan importante equilibrar ambas posturas considerando la conducta humana con sus aspectos como ser: las necesidades, valores, tradiciones culturales, entre otros, a los cuales no puede aplicarse el modelo clásico o tradicional en forma excluyente.

En relación a todo lo expuesto y vinculado a la práctica profesional de la Terapia Ocupacional, es alentador notar que Gary Kielhofner²¹, brinda fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional desde el “Modelo de Ocupación Humana” y al hablar de Ocupación, coincide plenamente con Amartya Sen en sus conceptos fundamentales relacionados a los valores, el desarrollo y la libertad. Uno de los postulados centrales de este modelo que confirma lo antes dicho menciona que “**La ocupación es el aspecto central en la vida del ser humano. Es el hacer dentro del tiempo libre, trabajo y cuidado personal; teniendo en cuenta sus valores, intereses, motivaciones y capacidades personales dentro de un contexto temporal, físico y socio cultural, para sus elecciones ocupacionales y organización de rutina, donde cada persona es autor de su propio desarrollo permitiéndole identidad y significado en su vida**”.

Los conceptos de Desarrollo Humano²² y Promoción Humana, exhiben puntos en común y establecen perfecta consonancia con los objetivos asumidos por las Organizaciones que prestan servicios a la población con Discapacidad. A su vez presentan un marco ideal para la formulación de políticas en el nivel de la macro gestión, y el diseño de planificaciones en los niveles de meso y micro gestión, tal como veremos en las páginas siguientes.

Asimismo, todo lo expuesto en este apartado, nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de diseñar modelos para la Gestión de Servicios de Salud en conjunto (profesionales de la salud y economistas), a fin de responder a los problemas actuales y satisfacer las necesidades de las Instituciones, sin dejar de lado las condiciones previas y la naturaleza de estos servicios.

1.3 Gestión y Administración. Evolución de los conceptos

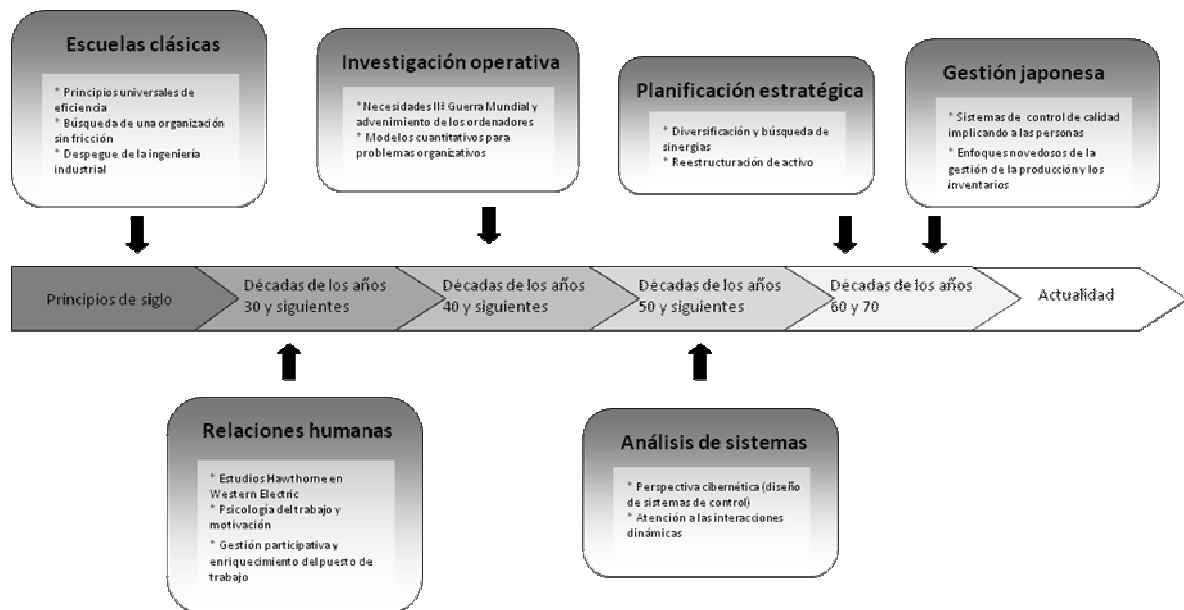
La lectura de bibliografía sobre **Gestión**, reporta la evolución de este concepto desde Taylor y Fayol de la escuela clásica de Administración hasta nuestros días. Ellos definían al Gerenciamiento como la *toma de decisión* para la maximización de la producción de bienes y servicios.

²¹ Kielhofner, Gary, DrPH, Occupational Therapy R, FAOTA .Professor and Head Department of Occupational Therapy. University of Illinois at Chicago. EEUU. Creador del Modelo de Ocupación Humana.

²² Amartya Sen. El Desarrollo como Libertad. Madrid. Editorial Planeta, 2002.

A lo largo de los años el pensamiento Organizativo y de la Gestión fue cambiando, incorporándose conceptos de logística militar y la ingeniería. Luego, en 1978 el Premio Nobel de la Economía fue entregado a un Sociólogo Herbert Simon²³ por su teoría de las Organizaciones, y a partir de allí la problemática de la Gestión pasó a ser abordada por las Ciencias Sociales. En ésta etapa la discusión sobre la gestión se comenzó a nutrir de la sociología, antropología y psicología ampliando su concepto y alcance.

Vicente Ortún Rubio²⁴ realiza un interesante recorrido de la **Evolución y mejoras en la gestión durante el siglo XX** que ayuda a comprender de dónde surgen ciertos aspectos y principios que se sostienen en la actualidad:



Es importante considerar la evolución de los conceptos a través del tiempo porque, además de brindar un marco histórico al estudio, ayuda a comprender e identificar en las organizaciones a qué conceptos adhieren, desde qué lugar de la historia se sitúan y en qué bases asientan su dinámica.

Analizando la bibliografía se percibe que el término de Gestión encuentra diferentes acepciones de acuerdo a las diferentes líneas teóricas, campos disciplinares y miradas. En el campo de la Administración como disciplina, hay quienes consideran a la Gestión simplemente como un “estilo de conducción” marcado por el Directivo o por quienes llevan adelante cargos de mando. Otros la definen con mayor amplitud, aludiendo a la Gestión como proceso y considerando que involucra la planificación, ejecución y el monitoreo de los mecanismos, las acciones y las medidas necesarios para la consecución de los objetivos de una institución. Desde

²³ Nacido en 1916 en la ciudad estadounidense de Milwaukee, Herbert Simon fue un intelectual de enciclopédico saber. Un recorrido por sus aportes nos lleva por campos tan diversos como la economía, la política, la administración pública, la administración de empresas, la psicología, la matemática aplicada, la estadística y hasta la inteligencia artificial. Ganó el Nobel de Economía en 1978 por sus estudios pioneros acerca de los procesos de decisión en las organizaciones económicas. Su obra “Teoría de la organización” (Ariel, Barcelona, 1961), escrita junto a James March, se ha convertido en un clásico de la administración y representa un punto importante en esta tesis.

²⁴ Vicente Ortún Rubio. La Gestión Sanitaria: ¿Qué es?, ¿Para qué sirve?, ¿Cómo se mejora? Libro de Ponencias del V Congreso de la Sociedad de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada, 1993, p 351-360

esta perspectiva, implica un fuerte compromiso de sus actores con la organización y también con los valores, principios de eficacia y eficiencia de las acciones ejecutadas.²⁵

Otra definición que comparte varios aspectos con la anterior, es la de Héctor Larroca que define a la **Gestión y a la Administración** como Procesos. La Gestión es el proceso que transforma objetivos en resultados: “la descripción del proceso de gestión debe iniciarse a través de la evaluación de la estructura organizativa que es la base sobre la que se sustentan las interrelaciones de las actividades, de las comunicaciones, del alcance del control y de la asignación del poder para la toma de decisiones. La estructura es la apoyatura de la organización para el desarrollo de la gestión mediante funciones y áreas de negocios. La Administración es el proceso de determinar los fines y las políticas, fijar objetivos y la orientación de una Organización o de una de las áreas que la conforman. Tal proceso incluye necesariamente las funciones de diseñar e implementar los planes y programas, de organizar el trabajo, de distribuir y asignar recursos, de conducir al personal e influenciar sobre el mismo, de coordinar el trabajo, de controlar y evaluar los resultados y de adoptar todas las decisiones y efectuar todas las comunicaciones que sea menester, para asegurar cumplir con aquellos fines y aquella política”.²⁶

Enrique Palladino, en su libro “Administración Organizacional”, habla de la Gestión como el “conjunto de actuaciones integradas para el logro de objetivos a largo, mediano y corto plazo, haciendo referencia a la Gestión como la acción principal de la administración y un eslabón intermedio entra la planificación y los objetivos que se pretenden alcanzar”.

Esta diversidad de conceptos y enfoques, nos colocan frente a un debate epistemológico acerca de la Gestión como ciencia o como técnica, nos lleva a pensar qué alcance tiene el uso del término, es decir, si pertenece al dominio del lenguaje cotidiano o se trata de un término científico que no encierra ambigüedades. Actualmente encontramos que la palabra Gestión, es utilizada en forma casi indiscriminada y con diferentes connotaciones en todos los ámbitos. Se “gestiona” la educación, la salud²⁷, el conocimiento, el empleo, los documentos, se gestiona “lo social”²⁸, inclusive- y considerando el presente trabajo- la “discapacidad”.²⁹

Entendiendo que es necesario tomar una postura clarificadora que oriente el análisis del objeto de estudio, se elige tomar el concepto de Gestión como proceso. Se amplía esta elección en el apartado siguiente, en el que se trabajan ambos conceptos desde el área de la Salud.

1.4 Gestión y Administración de la Salud.

En el ámbito de la salud, el término **Gestión** se ha venido incorporando en los últimos años, por lo cual, aún subsisten “discusiones”, presentadas en los párrafos precedentes, y vemos que conviven diferentes enfoques respecto al término y su aplicación en la práctica de la ciencia de la salud. Podríamos decir que es aún, desde la epistemología, un espacio en construcción donde los conceptos y las de limitaciones del campo de estudio no revisten total claridad.

²⁵ Educar: Portal educativo del estado argentino. Gestión Institucional. Conceptos introductorios. <http://www.educ.ar/educar/gestion-institucional-conceptos-introductorios.html>

²⁶ Larroca, Héctor. ¿Qué es la Administración? Las Organizaciones del Futuro. Ediciones Macchi, 1998, p. 5

²⁷ Asenjo, Miguel Ángel. Claves de la Gestión Hospitalaria. Edición Masson. España, 1998: “en el hospital se gestiona la salud de los pacientes, las relaciones personales, los intereses de los grupos, y los recursos económicos”.

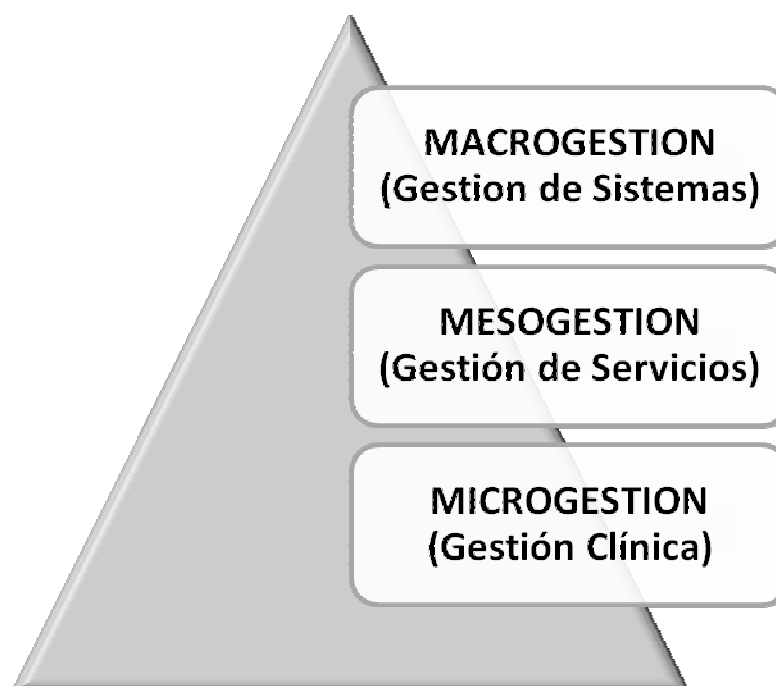
²⁸ Cohen Ernesto y Franco Rolando. Gestión Social. Cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales. Editores Siglo XXI, 2005: “El análisis de la formulación, evaluación, implementación y monitoreo de las políticas, programas y proyectos sociales, y de las condiciones institucionales y organizacionales necesarias para obtener resultados adecuados, se engloba bajo la expresión *Gestión Social*”.

²⁹ Organización Internacional del Trabajo (OIT). Repertorio de recomendaciones prácticas sobre *la gestión de las discapacidades* en el lugar de trabajo. Reunión tripartita de expertos sobre la gestión de las discapacidades en el lugar de trabajo. Ginebra, 2001.

Entre los libros, artículos y trabajos leídos, se eligieron algunos exponentes de la Gestión Sanitaria para definir a la Gestión de la Salud, por adherir a sus ideas y expresiones.

Entre ellos, Ignacio Katz define a la Gestión como disciplina que ofrece métodos y técnicas para conjugar equidad, eficacia y eficiencia, y hace referencia a que las intervenciones deben tener lugar en los tres componentes de la estructura (macro gestión, meso gestión y micro gestión) También dice que la gestión es el proceso de *coordinar y motivar a las personas para cumplir objetivos*. En el libro “Gestión Clínica y Sanitaria”, Vicente Ortún Rubio presenta los componentes mencionados por Katz bajo el título: “Taxonomía de los Niveles de Gestión” (Gestión clínica: micro gestión, Gestión de servicios: meso gestión y Gestión de sistemas: macro gestión).

TAXONOMIA DE LOS NIVELES DE GESTION



Federico Tobar, nos sitúa frente a la complejidad de los términos Gestión/Administración y menciona que la dificultad de la definición de ambos conceptos, parece reflejar la complejidad que involucran ambas expresiones. Continúa diciendo que, en Argentina y América Latina, ambos términos han sido utilizados indistintamente, a modo de sinónimos, y aún sigue teniendo este uso para algunos, si bien el cuerpo de conocimiento de ambos tiende a diferenciarse cada vez más, adoptando el de Administración para la utilización de herramientas más normativas relacionadas al control de procesos, y el de Gestión para el control de resultados y Recursos Humanos.

Alicia Giraldo define la Gestión Clínica como “el proceso mediante el cual la información sobre actividad clínica, gasto y recursos humanos se toma en consideración de una manera integrada con el fin de hacer compatibles buenos resultados clínicos y buen uso de recursos, lo cual permite una adecuación de la prestación de los servicios a la satisfacción de las necesidades de los pacientes. El personal que toma decisiones clínicas asume el compromiso de un buen uso de recursos y responsabilidad de las acciones. Las decisiones están vinculadas con la prestación del servicio al paciente y el resultado de la actividad, temas que se integran en el

concepto de producto hospitalario. También habla de la control de gestión que tiene que ver con el control del directivo sobre el efecto de sus decisiones, o sea sobre el producto hospitalario”.

Como se mencionó en el apartado anterior, a partir de la bibliografía mencionada y las consultas realizadas a especialistas en el tema, se prefiere adoptar la definición de “gestión” para agrupar las actividades relacionadas con la administración, planificación, producción de servicios médico-asistenciales y control. Esta elección orienta la selección de los conceptos de Modelo de Gestión abordados a continuación y la de los elementos del Modelo analizados en el trabajo de campo.

2. El Modelo de Gestión

“...El modelo es algo vivo, integrado por gente, por lo cual no es una mera representación”.
Sebastián Tobar

2.1 Conceptos y Elementos

Así como existe aún cierta ambigüedad en las definiciones de gestión, también esto se traslada al concepto de Modelo de Gestión y sus componentes o elementos. Como se mencionó al final del apartado anterior, se adhiere a continuación a los conceptos que brindan mayor claridad para la comprensión del Objeto de Estudio.

Para Federico Tobar, el concepto de **Modelo de Gestión**³⁰ adquiere relevancia en los años ´80 y adopta una nueva definición: Se trata de la unidad mínima que contiene los elementos de la identidad de la organización que expresa un estilo de gerencia, jerarquías e incluye razón e intuición. El modelo establece un orden de prioridades y crea contextos decisorios particulares. Y continúa diciendo que, en la medida en que el modelo de gestión se consolida y se formaliza, la intuición debe ir dejando lugar a un enfoque racional. Plantear e incorporar un nuevo modelo de gestión involucra entonces, un gran desafío estratégico sobre la evaluación, implica tomar conciencia del modelo de gestión vigente, de sus limitaciones, de cómo impide alcanzar los objetivos, de cómo perjudica en algunas actividades pero también de cómo facilita otras. Este mismo autor menciona y describe los componentes de Modelo de Gestión dividiéndolos en el Ser (Misión, visión, valores), Estar (Cultura, estructura, ambiente) y el Hacer de la Organización (Prioridades, funciones y actividades)

Ginés Gonzales García³¹ define al Modelo de Gestión como una forma de definir prioridades y tomar decisiones: “La herramienta es una prolongación de las manos y el modelo es una prolongación de la mente”, manifiesta.

Sebastián Tobar dice que cada modelo involucra un conjunto de definiciones particulares y cuestiones específicas mencionando que entre las variables del modelo, la principal *es la gente*, siendo el modelo algo vivo, y no una mera representación. El rasgo importante, continúa, consiste en que un modelo es una ayuda para describir sucintamente y comprender como los factores de una situación influyen mutuamente y considera que las características implícitas del Modelo de gestión de este tipo de organizaciones -ambientes inciertos/incertidumbre- plantea desafíos para la gerencia y administración.

³⁰ Tobar, Federico. Modelos de Gestión en Salud. Tesis de Postgrado. Buenos Aires. Argentina, 2002, <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-138.pdf>

³¹ Gonzales García, Ginés. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión”. Revista Panamericana de Salud Pública, 2001.

El Modelo de gestión es una forma sistemática y racional para la toma de decisiones propias de la organización. Establece un orden de prioridades y crea contextos decisorios particulares. Sebastián Tobar sostiene que toda organización tiene un Modelo de Gestión aunque sea más o menos explícito, más o menos racional. Se trata de una tecnología social cuyo principal insumo son las personas con sus conductas y actitudes”.

Los componentes del Modelo de gestión que menciona y describe en su trabajo clarifican y profundizan el concepto, además de sentar las bases para confrontar y validar la existencia de los mismos en las organizaciones:

- Modalidad de toma de decisiones
- Misión
- Funciones
- Actividades
- Procesos
- Prioridades
- Estructura Organizativa
- Cultura y Sistema de Incentivos
- Ambiente
- Control de gestión

Antes de iniciar la descripción de los elementos seleccionados es necesario reafirmar que al hablar de la Gestión en el presente trabajo, quedan establecidos como supuestos teóricos los conceptos vinculados a los procesos y actividades de planificación, administración y control, desde un enfoque integral³². Así también, respecto al Modelo de Gestión en Salud, las teorizaciones de la autora antes mencionada, de Federico Tobar e Ignacio Katz (que presentan aspectos coincidentes entre sí), sirven de sustento al estudio.

A continuación, a partir de los elementos del modelo que desarrollan otros autores citados, se realiza una identificación y selección propia de elementos del Modelo, por considerarse los más sensibles en relación al objeto de estudio y por ser los más sobresalientes o emergentes en el trabajo de campo. Estas dimensiones o elementos son: Misión, Visión, Comunicación-toma de decisión, y Gestión Económico-financiera. Se asumen y profundizan a partir de las afirmaciones del Marco Teórico, desde el más amplio y que precede habitualmente a todos los demás (Misión), hasta los que especifican las cuestiones más operativas:

Misión

La misión es la orientación política de la organización, la representación de los criterios y conceptos organizacionales fundamentales. Es lo que marca en que medio opera la organización, hacia donde se dirige, a que usuarios apunta, que servicios ofrece y que necesidades pretende satisfacer.

Hay diversos autores que describen y definen a la Misión:

La Consejería familiar de igualdad de Oportunidades de España define a la Misión como la formulación expresa del tipo de vínculo o compromiso que una organización establece entre su actividad y las necesidades del entorno en la que está inserta, que refleja la razón de ser de esta, es decir, el por qué y el para qué de su acción cotidiana. Y continúa diciendo que es la

³² Giraldo, Alicia. Gestión Clínica. Un modelo integrador para la administración. Revista Ecos de Grado y Postgrado. 2005, p. 1,4. Abstract.

declaración que describe el propósito o razón de ser de una organización y le da la personalidad específica, diferenciándola del conjunto de organizaciones similares.³³

Para Federico Tobar la Misión es el mayor pilar del Modelo de Gestión. Todas las actividades que se desarrollen en la organización deben ser consistentes con la Misión y esta última debe ser consistentes con dos escenarios: el externo y el interno.

Según manifiesta Sebastián Tobar, la Misión es la contribución que la organización realiza a la sociedad. Aquello que justifica su existencia.

Así mismo, José María Corella en su libro Planificación Sanitaria conceptualiza a la Misión como el ideario que debe recoger la “razón de ser” de la Institución, sus principales funciones, aporte a la sociedad, servicios que presta y relaciones con otras Instituciones. Tiene que ser exclusiva y diferencial. También menciona que la Misión se encuentra en el trasfondo de lo que se llama “cultura corporativa”: conjunto de normas de comportamiento y actitud suscrito de manera consciente o no por todos o casi todos los miembros de una organización y que ejerce una influencia sobre las maneras en que se resuelven los problemas, se toman decisiones y se llevan a cabo las tareas cotidianas (Mintzberg).

José María Corella sostiene que el establecimiento de la Misión requiere un acuerdo entre los empleados y directivos: Acuerdo sobre la misión, que tipo de institución se quiere y por qué. Acuerdo acerca de los objetivos u medios para lograrlo.³⁴

McKinsey & company³⁵ sostienen que la Misión es la razón de ser de una organización y toma importancia porque es la síntesis de la línea de actividad y de la dirección de la organización. En caso de que la misma no esté definida o no esté muy clara, la organización puede enfrentar problemas que van desde la falta de alineación entre los participantes del equipo hasta el cuestionamiento de su propia existencia. La misión (continúa diciendo) describe la realidad existente, refleja valores y prioridades, no está necesariamente sujeta al tiempo y es clara.

Junto con la del párrafo anterior, una de las definiciones tomadas más en cuenta para este trabajo es la de Ignacio Katz que manifiesta que la Misión es: “la finalidad principal elegida por el organismo y propósito que su cumplimiento persigue”. Continúa diciendo que “responde a los interrogantes qué y para qué y es una descripción clara, concisa, puntual de la naturaleza y alcance del trabajo realizado; la declarada razón de existencia de la organización. Debería ser pertinente y claramente comprensible por todos los integrantes de la organización; ser orientada hacia el usuario, centrándose en los productos o servicios que la organización provee; ser el basamento sobre el cual se construyen otros componentes de diseño y dirección, y proporcionar a cada acción de dirección y sentido del propósito”.

Visión

Para los autores del libro “Emprendimientos sociales sostenibles”³⁶, la visión está constituida por las “aspiraciones que deben ser atractivas y ambiciosas para motivar a las personas de la organización”, y continúa diciendo que cuando la misma está bien articulada y comunicada eficientemente, puede ser útil para lograr la adhesión de voluntarios. La visión debe

³³ Consejería familiar de igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales. Manuales de trabajo en centros de atención a personas con Discapacidad de la Junta de Castilla y León. Manual de Procesos para la Gestión de Centros de Atención a personas con discapacidad intelectual. España, p.146.

³⁴ Corella, José María. Planificación Sanitaria. Editorial Díaz de Santos, España, 1996

³⁵ McKinsey & Company-Ashoka. Emprendimientos Sociales Sostenibles. Cómo elaborar un Plan de Negocios para organizaciones sociales. Sao Paulo. Editorial Peirópolis, 2004, Cap.4, p.37

³⁶ McKinsey & Company-Ashoka. Emprendimientos Sociales Sostenibles. Cómo elaborar un Plan de Negocios para organizaciones sociales. Sao Paulo. Editorial Peirópolis, 2004, Cap.4, p. 40

ser lo suficientemente audaz como para motivar a las personas, pero a la vez, por más difícil que sea alcanzarla, las personas deben percibir que pueden lograrla. Las visiones no realistas no son creíbles y pueden generar incredulidad provocando un efecto contrario al deseado.

Por ser una de las definiciones más claras y completas, se elige también para constituir este marco teórico la de Ignacio Katz, quien refiere que “La visión es un enunciado que describe la futura situación ideal de la organización, comunicando la dirección que deben tomar el trabajo y la colaboración de todos los integrantes de la organización. Potencia a la gente y crea entusiasmo al describir la contribución única y distintiva que la organización aportará en el campo o emprendimiento elegido; proporciona un método para identificar fisuras entre la situación actual y la situación futura; describe la clase de organización que se pretende alcanzar y como se quiere ser visto y recordado”.³⁷

Comúnmente en las Organizaciones Sociales la Misión y la Visión como conceptos se desconocen y/o se confunden. De todos modos en los casos donde no manejan estos términos, mas vinculados al campo de la administración y la gestión, la visión se presenta como “propósito organizacional” en los estatutos. Según muestran los resultados del trabajo de campo, presentan dificultades a la hora de ser planteados.

Comunicación y Toma de decisión

En el presente trabajo se toma como una de las grandes dimensiones la Comunicación y toma de decisiones porque se tiene la creencia y convicción de que ambos aspectos (vinculados íntimamente) son cruciales en la Gestión de las Organizaciones. Se puede tener una clara misión y visión, pero si no se comunica claramente no se logrará la adhesión de los miembros y esto afectará el cumplimiento de los propósitos organizacionales. Así mismo los diversos modos y niveles en que se efectiviza la comunicación en la organización, dan cuenta de la dinámica institucional y del estilo de gestión.

Para entender la comunicación es necesario considerar a la organización como un sistema o sea un conjunto de componentes y propiedades. Esos componentes están presentes en relación con una historia que los va organizando con características propias. Lo anterior permite comprender que la comunicación es más que un simple intercambio de información. La comunicación aparece entonces como un fenómeno de relaciones entre las personas donde en cada momento de la comunicación se requiere la definición de la relación entre los participantes. El intercambio comunicacional puede basarse en igualdades o diferencias.

Según Herbert Simon puede ser definida como un proceso mediante el cual las premisas decisorias se transmiten de un miembro al otro de la organización. Permite interrelacionar, interactuar, desarrollar comportamientos, supervisar, tomar decisiones. Produce la ligazón entre las diferentes partes internas de la organización y la de esta con el ambiente externo y viceversa. “La información que se entrega a los miembros debe contribuir a clarificar las políticas, los objetivos, las metas y las normas que requieren los actores para desarrollar sus funciones. Existen canales formales (verticales —ascendentes y descendentes— y horizontales) establecidos por la estructura, así como informales, que no respetan las líneas jerárquicas de mando. La relación entre ellos da cuenta de la dinámica comunicacional de la organización”.³⁸

Según otros autores la comunicación organizacional consiste en el proceso de emisión y recepción de mensajes en una organización. Dicho proceso puede ser interno, es decir, basado en

³⁷ Katz, Ignacio. Al gran pueblo argentino salud! Una propuesta operativa integradora. Editorial Eudeba. Bs As. Argentina, 1998, Glosario, p. 237.

³⁸ Cohen, Ernesto y Franco, Rolando. Gestión Social. Cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales. Editorial siglo 21. México, 2005, p.123

relaciones dentro de la organización, o externo (por ejemplo, entre organizaciones). Hay que destacar la importancia de la relación individual frente a las relaciones colectivas y la cooperación entre directivos o altos mandos y trabajadores. La comunicación organizacional estudia las formas más eficientes dentro de una organización para alcanzar los objetivos esperados y proyectar una buena imagen al público externo

Existen diversos tipos de comunicación organizacional:

Dentro del ámbito empresarial, se denomina *Comunicación Vertical* a aquella que fluye ascendente o descendentemente entre trabajadores y directores/gerentes. Esta comunicación permite regular y controlar la conducta de los subordinados en aspectos tales como:

- Instrucciones y planificación de las tareas
- Información relativa a procedimientos, prácticas, políticas.
- Valoración del rendimiento de los empleados, etc.

La *comunicación horizontal* es aquella que se establece entre miembros de un mismo nivel jerárquico. Pueden ser entre departamentos, grupos o de forma individual, no hay presencia de autoridad y sirven para agilizar la estructura organizativa. Ese tipo de información se puede obtener a través de juntas, informes, asambleas, etc.

La *comunicación formal* es aquella que se efectúa y transmite por canales concebidos para que sea recibida por un público y que responda a unos objetivos determinados. Sirve para llevar a cabo una mayor eficacia organizativa.

La *comunicación informal* fluye dentro de la organización sin canales preestablecidos y surge de la espontaneidad de los empleados. Se le da alto nivel de credibilidad y suele estar relacionada con asuntos personales acerca de individuos o grupos de la organización. Este tipo de comunicación es conocida popularmente como “rumores” y sirve para que los altos niveles jerárquicos conozcan las condiciones personales de los empleados y del entorno de la empresa.

El estudio de la comunicación organizacional está cada vez más en auge y la experiencia afirma que las organizaciones que la llevan a cabo, presentan una mayor efectividad laboral, mayor motivación dentro de la organización y mejores resultados productivos.³⁹

La decisión constituye el núcleo de las funciones gerenciales y es el proceso por el cual se opta por una alternativa entre un conjunto de ellas. El eje central de la etapa decisoria se estructura sobre el planteo de alternativas, asignación de las consecuencias, su valoración y su posterior elección. La toma de decisión se incorpora como parte de este componente al considerarse en estrecha vinculación con los procesos comunicacionales y será analizado en los casos estudiados.

Gestión Económico-Financiera

Las sub-dimensiones emergentes del trabajo de campo descriptas a continuación son: Presupuesto, costo, captación de fondos, crecimiento, desarrollo y sustentabilidad, y familiaridad

Presupuesto

Presupuestar implica proyectar integralmente las actividades generales de la organización en términos económicos, financieros y patrimoniales. Es un plan expresado en términos cuantitativos. Como menciona Herrscher en Planeamiento sistemático, presupuestar permite

³⁹ Fraunfoher Thompson, Stepehn. Cultura Organizacional. Editorial Paidós, España, 2003
Goldhaber, Gerald M. Comunicación Organizacional. Editorial Diana, México, 1986

medir lo alcanzable, establecer metas parciales, etapas y puntos de control, coordinar los recursos y organizar la gestión entre otras cosas.

El presupuesto se lo define como el plan de acción de la empresa u organización. Su extensión abarca normalmente un año pudiendo o no coincidir con el ejercicio social, cubriendo en alguna ocasiones dos años.

Los presupuestos en particular se caracterizan por la cuantificación y su mayor nivel analítico, estando dirigidos a la medición y justificación de los desvíos con relación a la operatoria real de la empresa a través del control presupuestario.⁴⁰

Lo que ocurre en las Organizaciones Sociales es expresado claramente por Eduardo Leone⁴¹ quien manifiesta que “Es común encontrar en el ejercicio profesional organizaciones de cualquier naturaleza que jamás han realizado un presupuesto y no por ello dejan de ser exitosas en sus actividades, pero carecen de información o control de algunos aspectos, otras que intentaron realizar muy rudimentariamente un presupuesto o flujo de caja que casi nunca pudieron cumplir y menos controlar...”. Con una interesante visión holística el mismo autor señala que hacer un presupuesto es una tarea interdisciplinaria dada la complejidad de variables y situaciones que pueden presentarse, y continúa diciendo que en la planificación y los presupuestos administrados convenientemente, está el éxito de la gestión de cualquier tipo de organización. La técnica del presupuesto debe aplicarse en todo tipo de entidades con y sin fines de lucro.

Otros autores ⁴²enumeran algunas cuestiones a considerar a la hora de realizar un presupuesto en una empresa. Si bien estas cuestiones son incipientes en las Organizaciones sociales y de salud, es importante considerarlas y confrontarlas:

- Aptitud y conocimiento de quienes implementan el sistema presupuestario
- Condiciones de la Organización: estructura, tipo de dirección, involucramiento de las más altas jerarquías en el proceso, cultura, historia, capacitación y actitud de sus miembros, etc. El empleo de la información del sistema presupuestario para la toma de decisiones y control de gestión que le dará el verdadero carácter de utilidad del presupuesto
- Grado de participación e involucramiento de todos los miembros de la organización en el proceso de elaboración de los planes y presupuestos lo cual constituye un factor principal para el posterior rechazo o adhesión.
- Cultura presupuestaria: se encuentra en una etapa de transición, con un incremento en la participación de todos los responsables de la organización o empresa y comenzando a utilizar medios de comunicación más moderno como internet-correo electrónico y dinámicas de grupo

Existen diferencias importantes de acuerdo al tamaño de la empresa (y se observa lo mismo en las organizaciones del ámbito de la salud) donde por ejemplo, las Pymes tienen mayor centralización, preponderancia de planes operativos y las grandes empresas tienen mayor descentralización, planes estratégicos y mayor uso de recursos informáticos y humanos.

Osvaldo Mocciaro, desarrolla y profundiza el Presupuesto integral, indicando como componentes: El Presupuesto económico, el Presupuesto financiero y el Balance proyectado. Así mismo resalta que resulta necesario dominar los costos para los fines del presupuesto integral. El presupuesto económico es la proyección de los resultados y exhibe los saldos correspondientes a

⁴⁰ Mocciaro, Osvaldo. Presupuesto Integrado. Ediciones Macchi, 1997, p.12

⁴¹ Leone, Eduardo César. Presupuesto y control de gestión. Una herramienta para entes privados con o sin fines de lucro. Editorial Osmar Buyatti. Argentina, 2006, p.15

⁴² Lavolpe, Carmelo y Smolje Alejandro. Presupuestos y Gestión. Editorial La Ley, 2006

las cuentas de ganancias y pérdidas (contabilizadas bajo el criterio de “devengado”), cuyo valor neto final indica la ganancia o pérdida del período. Señala la variación patrimonial o sea el incremento y decremento del patrimonio inicial. El Presupuesto financiero es la proyección de los ingresos y egresos de fondos, cuyo resultado exhibe el superávit o déficit de fondos englobando el dinero en efectivo, valores a depositar y saldos en cuentas bancarias. El Balance proyectado indica la situación patrimonial al cierre de un período presupuestado

Si bien existen diferentes opiniones acerca de lo que significa el presupuesto como herramienta, no puede eludirse su importancia y vigencia para la gestión.

Costo

El tema “Costos” es un capítulo amplio y complejo de las ciencias económicas. Existen diferentes clasificaciones de los costos como así también de modelos de costeo. En este trabajo el conocimiento profundo y el desarrollo del tema “Costos” no tiene demasiado sentido; sí brindar una noción breve y general de los mismos en función de la gestión de las organizaciones, vinculada al presupuesto, del cual se habló anteriormente.

El término costo en sentido genérico implica esfuerzo, mientras que su concepto económico es el “sacrificio económico necesario para obtener algo”. Según Lavolpe, Capasso y Smolje, los costos y los ingresos son los determinantes del resultado de las operaciones, y por lo tanto la ganancia o la pérdida de la compañía o en este caso la organización. La disciplina de costos –continúan diciendo los autores– está dedicada al estudio de los costos e ingresos de todas las áreas de la organización en progresivos grados de análisis y detalle a través de un método ordenado, integrado y sistemático, con el objetivo de elaborar información que permita tomar decisiones, controlar la gestión, cumplir finalidades contables y reducir costos. Aún en entidades sin fines de lucro es necesario el análisis de costos e ingresos persiguiendo la meta de mejorar los servicios que presten.

Captación de fondos: (foundriser)

Si bien las categorías teóricas forman parte del universo conceptual y por ello mantienen independencia de las coordenadas espacio temporales, no obstante, el trabajo de campo permite hallar los rastros emergentes de las mismas en los dichos de los propios actores, en las dificultades que enuncian al caracterizar su trabajo, o los fracasos que podemos “leer” por detrás de los datos. Tal es el caso de esta categoría, que surge fuertemente en las entrevistas y trabajo con los documentos y que está vinculada con el crecimiento de la organización y la sustentabilidad en el tiempo. Este aspecto tiene que ver con las estrategias implementadas por las organizaciones para el desarrollo de recursos y la diversificación de las fuentes de financiamiento, identificando las oportunidades y desarrollando un plan de acción del crecimiento. También se vincula con el desarrollo de iniciativas para generar ingresos, atraer nuevos socios y poner en marcha estrategias para desarrollar una estructura gerencial lo más eficiente posible.

Según se menciona en el libro “Emprendimientos sociales sostenibles”, solamente es a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX cuando las instituciones de asistencia a la población menos privilegiada evolucionan en su forma de gestión y administración para dejar de estar orientadas únicamente por los principios de la caridad cristiana y la filantropía⁴³ para proponer un modelo de asistencia social. Así mismo mencionan que en la década de los 70 se fundaron

⁴³ Amor al género humano y todo lo que a la humanidad respecta en su forma constructiva y positiva, expresado en la ayuda a los demás sin que necesariamente se requiera de un intercambio o interés alguno en la respuesta. Wikipedia

innumerables organizaciones sin fines de lucro para la defensa de los derechos civiles, humanos y políticos amenazados por largos períodos de dictadura en América Latina. En esta época el modelo de gerencia y control financiero estaba orientado por fundaciones financiadoras internacionales dada la escasez de los recursos estatales. Las organizaciones comenzaron a constituirse como un sector con características y lógica propias solamente a partir de la última década y su crecimiento y profesionalización comienza a ser un desafío en América Latina. Algunas de las estrategias para lograr este crecimiento residen en la utilización de metodologías importadas de otros sectores y la aplicación de herramientas empresariales, que en muchos casos no se adaptan a la dinámica y estructura de estas organizaciones. En otras han encontrado un espacio adecuado para desarrollarse, aportando los cimientos para iniciar la reconversión.

Crecimiento, desarrollo y sustentabilidad:

Según sostiene el Ingeniero y sociólogo Álvaro Sánchez Cabrera⁴⁴, el crecimiento se materializa en la utilidad (ganancia) del ejercicio económico como fin único. En las organizaciones de carácter social (sector de la economía solidaria), los excedentes arrojados en los ejercicios junto con toda su dinámica organizacional, deben estar más enfocados, como objetivo central, al desarrollo. También este autor diferencia el crecimiento y el desarrollo organizacional en dos enunciados diferentes: Al primero, dice, es posible imputar los cambios ascendentes de carácter cuantitativo; el segundo engloba cambios referidos a mejoramientos cualitativos. El valor de inversiones hacia la organización, mayores ingresos, el aumento de los activos, el aumento de la cartera, nuevas sucursales etc., son parte del crecimiento que presentan todos los estados financieros de la organización. Mientras que menciona que el desarrollo indica el proceso de desplegar algo de tal manera, que al hacerlo puede lucir en toda su plenitud, por lo cual desarrollo-para este autor- puede ser entonces, el despliegue del carácter social de estas organizaciones en toda su plenitud. En los indicadores del desarrollo organizacional se reconocen componentes no monetarios cuyos resultados se deben expresar en los balances sociales. El más importante sin duda, es el aumento de la calidad de vida de la base social de la organización, referida a las personas que directa e indirectamente son beneficiadas por las políticas y servicios de la organización. En segunda instancia, están las familias de estos y las personas que se encuentran en el medio social donde opera la institución.

En el libro “Emprendimientos sociales sostenibles”, se describe lo que sería el crecimiento de una organización de estas características, al hablar del ciclo de vida del emprendimiento social y búsqueda de la sostenibilidad (estos emprendimientos guardan ciertas similitudes con las organizaciones analizadas): Los emprendimientos sociales tienen un ciclo de vida propio con distintas fases de desarrollo que requieren de diferentes instrumentos y herramientas para ser llevados a cabo con éxito. Por lo general el emprendimiento se inicia con la identificación del problema social y la búsqueda de soluciones, y luego se implementa. Una vez probada la solución social para el problema se inicia un período de aprendizaje en el cual el emprendimiento enfrenta los más variados obstáculos para generar los primeros resultados sociales en la comunidad. Tales dificultades van desde el desarrollo de la metodología y la financiación personal hasta su proceso de implementación. Más tarde viene la fase de institucionalización, el momento en que se consolida el modelo que podrá generar la solución para el problema social. Este proceso requiere de cierto nivel de profesionalización para el emprendedor social y de una estructura organizacional. Probablemente esta sea la fase más larga del ciclo de vida, en la cual es fundamental la instancia de análisis como la desarrollada en el plan de negocios, pues se deben estructurar para generar impacto social y buscar la

⁴⁴ Docente, analista y consultor empresarial. Ingeniero Industrial y sociólogo.

sostenibilidad. Finalmente alcanza la madurez cuando el modelo generó la solución para un problema social ya establecido y puede ser multiplicado en otras regiones, o inclusive otros países. Por lo general esta fase se da cuando se alcanza reconocimiento y visibilidad. Cuando la organización ya estableció un modelo y llega el momento de replicarlo, también es crucial el acceso a metodologías de planificación estructurada. Es probable que en esta etapa se exijan nuevas inversiones y la sostenibilidad debe ser planificada para garantizar el crecimiento

Se verá más adelante, las dificultades que transitan las organizaciones en algunas de estas fases y las estrategias que ponen en práctica para salir adelante.

En los últimos años un concepto que comienza a instalarse y aplicarse a las organizaciones es el de “escalamiento”. “Suele entenderse como escalamiento al proceso orientado al crecimiento de un proyecto de pequeña escala en la calidad de sus territorios, o en la prestación de sus servicios en menor tiempo, con mayor equidad o mayor duración. Aunque existen diferentes taxonomías referidas al escalamiento de programas, una de las más utilizadas es la de Uvin y Miller, para quienes existen cuatro tipologías básicas: cuantitativo, funcional, político y organizacional. El *escalamiento cuantitativo*, denominado habitualmente como crecimiento, se basa en incrementar el número de destinatarios en el mismo territorio o en otros nuevos. Por sus exigencias, suele denominarse también como *cambio estructural*. El *escalamiento funcional* implica un cambio a nivel de las actividades o componentes de un programa agregando funciones o servicios que no se brindaban hasta el momento. El *escalamiento político*, también llamado *ampliación de impactos indirectos*, implica un cambio de estrategia en un programa, mediante la búsqueda de incidencia política ya sea en decisiones gubernamentales, en la legislación o en las condiciones políticas estructurales. El *escalamiento organizacional* implica un incremento en la fortaleza y los recursos de la organización ejecutora de un proyecto, a fin de adaptarse a condiciones internas y externas (fortalecimiento en eficacia, especialización, diversificación, innovaciones y alianzas, entre otras) o de incrementar su sostenibilidad. Para alcanzar los objetivos de cada tipología de escalamiento los autores mencionados plantean diversos caminos y estrategias. Sin embargo, en un artículo posterior, Uvin modifica y flexibiliza esa taxonomía a partir de una adaptación del lenguaje de la literatura organizacional empresarial. El autor propone nuevamente cuatro tipologías: *Expansión en cobertura y tamaño* mediante el crecimiento de la organización, sus recursos, sus capacidades y principalmente sus beneficiarios. *Incremento de actividades* mediante la diversificación (o integración horizontal) y la integración vertical (incorporando actividades complementarias a la original). La *expansión del impacto indirecto* mediante diversas estrategias que apuntan a modificar los comportamientos de otras organizaciones (generalmente públicas) en orden al cumplimiento de los fines del proyecto. Finalmente la *mejora de la sostenibilidad organizacional*, mediante la búsqueda de mayor fortaleza organizacional en el mediano y largo plazo”.⁴⁵

Si bien el objetivo de este estudio no consiste en analizar los casos en relación al escalamiento, el concepto citado aporta elementos a la hora de considerar esta sub-dimensión en las organizaciones que- a través de “intentos espontáneos”- aspiran a alcanzar otros niveles de crecimiento. Por otra parte el tema del escalamiento es un aporte para futuras investigaciones.

Familiaridad

Este término expresa también lo que Héctor Larroca llamaría “informalidad”, es una sub-dimensión particular que emerge del estudio de casos con una fuerza substancial. Si bien se

⁴⁵ Matta, Andrés y Magnano, Cecilia. Construyendo políticas de empleo para jóvenes desfavorecidos. Desafíos a partir del proyecto entra21 de Córdoba. International Youth Foundation (IYF).Córdoba. Argentina, 2011

observará en el trabajo de campo, que existe cierta formalización de los vínculos a través de los estatutos, reglamentos, actas, y otras herramientas; se revela una estructura informal en la ausencia de otras, como en la costumbre de acción y actuación de los miembros. En toda organización es de considerar que ambas conviven superpuestas. En las empresas familiares que son estructuras poco formalizadas pareciera que la organización formal no existe, sin embargo, en los momentos claves esa estructura aflora. En las ONG se suele generar un clima y un estilo de conducción y de vida organizacional muy similar al de las Empresas Familiares compartiendo características y particularidades como las siguientes:

-Están dirigidas por el fundador aplicando criterios personalistas. A través del tiempo siguen dirigidas por los mismos criterios principios y estilos de los fundadores y los integrantes son portadores de valores y principios de las tradiciones transmitidas por ellos. En el caso de estas organizaciones se suma el valor altruista y voluntario con el que nacen. Todos estos rasgos emergen en el trabajo de campo visualizándose con claridad.

-Existe gran compromiso de los integrantes debido a la existencia de lazos familiares. En este tipo de organizaciones suele estar involucrada la familia de la persona con discapacidad desde la fundación, porque su existencia responde a una necesidad sentida de todo el núcleo familiar. En ocasiones este aspecto impacta en forma desfavorable en la gestión de la organización y en el cumplimiento de su misión, si no alcanza a equilibrarse esta dimensión de voluntariado con la dimensión profesional.

- Una única persona desempeña diferentes roles: familiar, propietario y gestor, aún desconociendo ciertos aspectos y funciones del rol, con lo cual en ocasiones la situación se complejiza.

Una vez articulado el estudio con los aspectos teóricos más relevantes de la Economía de la Salud, el Modelo de Gestión y las Dimensiones, resulta importante considerar los aportes de algunos autores acerca de los conceptos de Reingeniería y Reconversión de las organizaciones, que dan sentido y sustento a las recomendaciones efectuadas en las conclusiones, para favorecer el cambio y la innovación de las organizaciones.

2.2 La Reconversión y el Modelo de Gestión

En el año 1991 en Argentina-como ya fuera mencionado- aparecen expresiones como reingeniería, rediseño de empresas y reconversión de las organizaciones que alcanzan al Sector Salud, donde se entiende necesario establecer mecanismos que permitan solucionar los problemas de financiamiento y de falta de competitividad de las instituciones del Sector, teniendo en cuenta los objetivos de promover y recuperar la salud, y prevenir la enfermedad logrando la satisfacción del paciente.

En esta misma línea, Luis Oteo, en su libro “Gestión Clínica Gobierno Clínico”, menciona que las organizaciones de servicios requieren sin duda, de un impulso modernizador, un cambio revitalizador, una visión holística e integrada de la organización y un compromiso institucional renovador permanente para dar respuesta a las crecientes exigencias y demandas de la sociedad contemporánea. En este proceso de cambio, las innovaciones estructurales u organizativas deben ser abordadas simultáneamente para facilitar la integración y coherencia transformadora.

Federico Tobar⁴⁶, en su artículo acerca de Modelos de Gestión, explica que la **reingeniería** de las organizaciones es una respuesta a cambios a partir de la división del trabajo, procesos y mecanismos de control, mientras que la **reconversión** se produce a partir de las modificaciones del ambiente, la cultura y los incentivos.

⁴⁶ Tobar, Federico. Modelos de Gestión en Salud. Tesis de Postgrado. Buenos Aires. Argentina, 2002, <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-138.pdf>

Ginés Gonzales García expresa que cambiar el Modelo de Gestión de las instituciones constituye una tarea más compleja y difícil, que plantear reformas estructurales de las reglas y dinámica de los sistemas, y agrega que redefinir el modelo de gestión a nivel institucional no es otra cosa que reconvertir las instituciones. Lo que se ha logrado hasta el momento en nuestro sistema de salud, dice, es solo una reingeniería.

También Sebastián Tobar habla de reconversión en su trabajo acerca del Hospital de agudos Manuel Belgrano, cuando dice: ...“como los recursos son limitados, es crucial la redefinición del Modelo de gestión de manera de redefinir su misión y establecer metas estratégicas y prioridades para alcanzar las mismas. Esto plantea que el hospital se reconvierta o redefina hacia donde quiere ir, aprovechando sus ventajas comparativas e integrándose con el resto de la red de servicios de salud”.

En “Nuevos Modelos de Administración”⁴⁷ se mencionan acciones necesarias para iniciar estos procesos de reconversión; algunas de las cuales serán consideradas en el caso de aplicar las recomendaciones propuestas:

- Iniciar el cambio de actitudes mediante el análisis del clima organizacional
- Realizar ejercicios de sensibilización en relación a la situación actual con los temas que preocupan a cada grupo encontrando nuevas fuentes de motivación
- Trabajar en el Modelo de Organización posible según la realidad de cada lugar, misión de cada sector y funciones de sus miembros
- Construir programa de actividades analizando recursos necesarios y elaborar presupuestos
- Estudiar y proponer formas de evaluar rendimientos del RRHH y formas de incentivos
- Proponer mecanismos de control y monitoreo
- Estudiar programas de calidad

De ambos conceptos se ha tomado y descripto mayormente el de reconversión, por considerarse que está más vinculado y brinda orientaciones al proceso de cambio que se busca apoyar en las organizaciones que se estudian. Acorde a estos conceptos y considerando las dimensiones /sub-dimensiones de análisis, se presenta al final del trabajo, el Modelo que se ha ido construyendo en esta investigación con elementos originales para la innovación/reconversión del Modelo de Gestión de las organizaciones estudiadas.

Seguidamente, y por considerar que no es posible analizar el Modelo de Gestión de las Organizaciones sin introducirnos en ellas, su dinámica social e histórica, su marco cultural y sus propósitos, se desarrollan brevemente algunos aspectos de las mismas, teniendo en cuenta las particularidades de las organizaciones que prestan servicios en el marco de la salud y la temática de la discapacidad.

⁴⁷ Giraldo, Alicia. Módulo de Economía de la Salud. Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud. UNLP. Nuevos Modelos de Administración., 2006

3. Las Organizaciones

“La organización efectiva es aquella que logra coherencia entre sus componentes y que no cambia un elemento sin evaluar las consecuencias en los otros”. Henry Mintzberg

3.1 Conceptos de Organización

Existen numerosas definiciones a las que se puede acudir en relación a las Organizaciones y se estudian hasta llegar a construir una definición integradora y que tenga en cuenta las particularidades de las instituciones bajo estudio.

“La **organización** es una manera específica de agruparse por la que optó el hombre a efectos de alcanzar determinadas finalidades. Alcanzó mayor significado luego de la Revolución Industrial cuando aparece la empresa. De la misma manera que en el campo económico aparece esta forma de organización que es la empresa, en otros campos de la actividad humana surgen formas asociativas diferenciadas para atender distintas necesidades sociales”.⁴⁸

Complementando esta definición, Parsons manifiesta que las organizaciones son unidades sociales deliberadamente constituidas o reconstruidas para alcanzar fines específicos⁴⁹ y nacen en un momento determinado para lograr un propósito. Sus fundadores les asignan normas, líneas de autoridad y de comunicación. Este grupo organizado se diferencia de ciertos agrupamientos por su carácter formal y continuo, por la definición concreta de su campo de acción y de su medio ambiente interno. Etkin, agrega a lo antes expresado, que estas agrupaciones disponen de una personería e identificación de manera que sus comportamientos observables exceden las sumatoria de las conductas individuales de sus componentes”.⁵⁰

“Las organizaciones se han transformado en poderosas fuerzas sociales que ejercen un poder significativo en la sociedad y modelan la vida humana convirtiendo al ser humano actual en un hombre organizacional”.⁵¹ Esta afirmación es totalmente cierta y válida al hablar de las organizaciones bajo estudio ya que, se han auto-organizado en forma paralela al estado y a otras entidades con una fuerza imperiosa, frente a una necesidad real, concreta y sentida, y han sabido cubrir las demandas que no cubren otros sectores de la sociedad.

Por otra parte, se considera importante detenerse brevemente en la noción de institución, dada la confusión que puede generar el uso de ambos términos: “Es un término muy ambiguo al que se toma en sentidos sumamente diversos; eso se debe a que abarca una realidad muy compleja”.⁵² El término, continúan diciendo los autores, también remite a modos complejos de comportamiento y pensamiento habitualmente frecuentados, a un sistema de normas que estructuran un grupo social normando su vida y funcionamiento. Existen corrientes y autores que han estudiado las Instituciones desde diversas ópticas.

En el lenguaje propio de la Economía de la Salud, se habla de “instituciones sanitarias” y “organizaciones sanitarias” como sinónimos, mencionando que las mismas tratan de evolucionar hacia modelos organizativos más flexibles adaptándose a las realidades sociales y a las expectativas de los ciudadanos usuarios de los servicios de salud. Si bien en este trabajo se

⁴⁸ Tasca, Eduardo Luis. Empresas Simuladas y Micro emprendimientos Didácticos. Propuestas para el estudio de Gestión en Organizaciones de la Escuela Media y Polimodal. Ediciones Macchi. Argentina, 2000

⁵⁰ Etkin, Jorge. Sistemas y estructuras de organización. Ediciones Macchi, Bs as. Argentina, 1979

⁵¹ Larroca, Héctor; Barcos Santiago; Narvaéz Jorge y Otros. ¿Qué es la Administración? Las Organizaciones del Futuro. Ediciones Macchi. Bs As. Argentina, 1998, p.

⁵² Larroca, Héctor; Barcos Santiago; Narvaéz Jorge y Otros. ¿Qué es la Administración? Las Organizaciones del Futuro. Ediciones Macchi. Bs As. Argentina, 1998, p.25

comparte el criterio de los autores que señalan la conveniencia de mantener los términos, nociones y definiciones conceptuales de Organización e Institución como complementarios y no como sinónimos, se debe aclarar que en algunos segmentos del informe, ambos términos se registran como sinónimos en un sentido amplio.

Rodfman y Villar⁵³ aportan una mirada integradora, manifestando que es necesario reconocer la amplitud y la complejidad de la sociedad civil, superando el enfoque sectorialista que se deriva de la imagen tripartita de la estructura societal (Estado-Mercado-Tercer Sector) En un primer análisis los autores señalan que las Organizaciones de la sociedad civil son agrupaciones diversamente estructuradas o formalizadas que establecen distintas vinculaciones con otros espacios institucionales del Estado, de la vida económica y de asociaciones de la sociedad civil. Continúan diciendo que, respecto a los actores colectivos se han elaborado numerosas tipologías y clasificaciones para ordenar el heterogéneo universo de las organizaciones de la sociedad civil, existiendo una variedad de términos que se proponen para nombrar estas instancias asociativas, que poseen formas de interacciones muy diversas. En la enumeración realizada por estos autores, las organizaciones en estudio estarían englobadas en las Organizaciones no gubernamentales de desarrollo que brindan apoyo directo a la población poniendo el foco en la salud de la comunidad y la inclusión social.

Otro aporte importante de los autores, es la mención a un estudio realizado en el año 2000 en el Gran Buenos Aires sobre Organizaciones de la Sociedad Civil, que si bien es un estudio local, sus resultados pueden equipararse a situaciones que se replican en la ciudad de Santa Fe. En dicho estudio una de las conclusiones resulta útil para confrontar con los resultados de esta investigación, cuando menciona que los lazos interinstitucionales con otras organizaciones y el estado local, eran frecuentes pero no demasiado consolidados. La influencia de estas organizaciones está aún restringida a los espacios más inmediatos, sin demostrar aún suficiente capacidad institucional para asumir liderazgos a nivel local, regional o nacional. Por otro lado también es necesario llamar la atención- dicen- sobre las evidentes limitaciones que numerosas organizaciones tienen a la hora de acreditar una efectiva representación social encontrando en ellas problemas de legitimidad interna, consensos alcanzados, liderazgos no revalidados y dificultades en el uso de los recursos. Estos aspectos también se vislumbran en las organizaciones estudiadas y se registran en las conclusiones de este estudio.

Los viejos modelos de las tecno-estructuras funcionales burocráticas que se rigen por principios de jerarquía, controles administrativos, super-especialización, centralización en las decisiones y rigidez operativa permanecen sin cambios sustantivos en las organizaciones sanitarias. La era actual de la información, el conocimiento, la creatividad, la innovación, la conectividad de redes, la orientación del trabajo a través de procesos horizontales, la cooperación de áreas temáticas y la cultura de equipo, constituyen la base de las competencias distintivas de las organizaciones modernas.

Los nuevos imperativos estratégicos para la empresa sanitaria contemporánea vienen condicionados por la variabilidad, diversidad, discontinuidad e incertidumbre de los factores cambiantes del entorno, lo cual exige arquitecturas organizativas flexibles que permitan modular y gestionar los procesos esenciales de su cadena de valor⁵⁴

Concretamente en el Sector Salud, y sumado a todo lo citado, en los últimos años se gestaron cambios organizativos cuyos factores causales fueron, entre otros, el cambio tecnológico, las nuevas orientaciones en las economías eficientes para la desregulación, la imperiosa necesidad de formación continua como política imprescindible en toda organización moderna, la necesidad de un cambio en las prioridades y criterios de asignación eficiente de recursos. Nuevos

⁵³ Rodfman, Adriana y Villar, Alejandro. Actores del desarrollo local. Módulo de Formación General. Curso de Políticas Públicas. Universidad nacional de Quilmes, 2011, p.43-44

⁵⁴ Oteo Luis. Gestión Clínica. Gobierno Clínico. Ediciones Díaz de Santos. España, 2006

paradigmas de la Gestión que afectan a la cultura, valores y condiciones de trabajo, e incorpora progresivamente la lógica de competencia y cooperación simultánea en los servicios sanitarios, obligan inexorablemente a las organizaciones a rediseñar sus procesos esenciales y a posicionarse en los nuevos escenarios de mayor complejidad.

3.2 Estructura de la Organización

Como parte del marco teórico es necesario mencionar la Estructura de la Organización, ya que en esta investigación se analizarán algunos aspectos de la misma, en las organizaciones en estudio. El Modelo de Gestión (como representación simplificada de un sistema más complejo), es un modo de formalización y visualización de la estructura.

Según Jorge Etkin, la estructura es la forma de organización que adoptan los componentes de un conjunto o bien de un sistema bajo condiciones particulares de tiempo y lugar. Y continúa diciendo que existe una estructura cuando una serie de elementos se integran en una totalidad que representa propiedades específicas como conjunto y cuando, además, las propiedades de los elementos dependen de los elementos específicos de la totalidad". Este concepto está muy ligado a la teoría de los sistemas.

Vinculado a este concepto encontramos el de Henry Mintzberg que dice que "la estructura de la organización puede definirse simplemente como el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo en tareas distintas, consiguiendo luego la coordinación de las mismas".⁵⁵

Hall, considera a la estructura organizacional como un arreglo de las partes de la organización, que comprende la forma en que se encuentra dividido el trabajo, los niveles de autoridad existentes y los circuitos que recorren los flujos de información y comunicación. El organigrama, si bien para muchos autores es una representación muy polémica de una estructura, ya que no muestra las relaciones informales,⁵⁶ permite con una rápida observación de los aspectos mencionados, identificar las posiciones que existen en la organización, la forma en que se agrupan las unidades y el circuito de autoridad formal existente en la misma. Se observará en el trabajo de campo que el organigrama de cada institución, revela algunos de estos aspectos.

La estructura en las organizaciones tiene dos componentes: Lo formal y lo informal. Lo formal se identifica en elementos visibles y susceptibles de ser representados a través de diversas técnicas: el organigrama, manuales de procedimientos, documentación de sistemas, etc.)Lo informal se podría vincular con lo que no se ve, no está escrito ni representado en los modelos formales. Aquí entran las relaciones de poder, intereses grupales, status, alianzas interpersonales, lenguaje, historia, mitos y todos los atributos conectados con la cultura de la organización que son elementos que ayudan a entender la vida organizacional.

La suma tanto de los componentes formales como no formales, constituyen la estructura de la organización. Si se define en forma adecuada, la estructura formal debería reflejar las pautas de comportamiento informal.

Si bien existen actualmente discusiones diversas acerca de cuánto y cómo debe estructurarse o formalizarse la organización, no puede negarse que cierto grado de formalidad y planificación entendidas desde un concepto integral, facilitan el cumplimiento de los objetivos y

⁵⁵ Mintzberg, Henry. La estructuración de las organizaciones. Editorial Ariel. España, 1984, p. 26.

⁵⁶ Mintzberg sostiene que en múltiples circunstancias el flujo de comunicación que circula en las organizaciones lo hace por vías no formales, produciéndose *relaciones informales*. Resulta difícil que se trabaje entre personas sin que se produzca alguna comunicación entre ellos, y esto facilita que se conformen distintas vías de comunicación informal: el contacto directo entre compañeros de tareas, en sustitución a la consulta a la jefatura jerárquica; el contacto entre un trabajador de nivel inferior, con un supervisor de mayor nivel diferente al cuál se tiene dependencia; y, por último, el caso en que se saltea a un nivel jerárquico intermedio, ignorándose de esta forma la escala de mandos.

de la Misión. No existe un único modelo de organización válido para todas las situaciones, sino distintas opciones que cambian según los parámetros del diseño y el contexto.

Jorge Etkin en su libro *Sistemas y estructuras de organización*, menciona algunos motivos por los cuales es necesaria la formalización: “Las instituciones adoptan una estructura a los efectos de explicitar la manera que se ordenan sus recursos internos para alcanzar los estados deseables, para programar las conexiones lógicas entre las actividades internas y dichos estados, y también como medio para buscar la estabilidad y regularidad en las relaciones entre sus componentes”.

Siguiendo esta línea de pensamiento y ante la pregunta del grado adecuado de formalización de la estructura, algunos autores manifiestan que depende de la especificidad de cada organización, del tamaño, edad, tecnología y demás variables estructurales. Por otra parte, “entre lo dicho en la estructura formal, y los hechos cotidianos, cuanto mayor sea la diferencia entre lo percibido y lo formalizado, mas inadecuada y limitada es la representación de la estructura para tomar decisiones”.⁵⁷ Por ello el desafío es encontrar el grado de formalización adecuado que represente la realidad sin perder representatividad o ser una mera expresión de deseo.

4. La discapacidad

“No sé si me gusta más de ti lo que te diferencia de mi o lo que tenemos en común. Te guste o no, me caes bien por ambas cosas. Lo común me reconforta, lo distinto me estimula”

Joan Manuel Serrat

A continuación se realiza un breve abordaje teórico acerca de la discapacidad, que constituye parte de la noción clínica de las Organizaciones bajo estudio. Para ello se han considerado las definiciones de discapacidad partiendo de las normativas y clasificaciones nacionales e internacionales, los tipos de discapacidad según su localización, los modelos, paradigmas en relación a la discapacidad y su evolución, como así también aspectos vinculados a la inclusión y la participación.

4.1 Concepción de la Discapacidad a través de la Historia

La Ley Nacional 22.431 (Sistema de Protección Integral de los Discapacitados, 1981) considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, en relación a su edad y medio social, que implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral. La ley 24.901 (Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad, 1997) toma esta definición agregando: alteración permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, eliminando la disyuntiva física o mental.

Según la ENDI⁵⁸, **discapacidad** es toda limitación en la actividad y restricción en la participación, que se origina en una deficiencia y que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social. Por otra parte, esas

⁵⁷ Larroca, Héctor; Barcos Santiago; Narvaéz Jorge y Otros. *¿Qué es la Administración? Las Organizaciones del Futuro*. Ediciones Macchi. Bs As. Argentina, 1998, p.209

⁵⁸ Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 complementaria del censo 2001

limitaciones y restricciones no dependen solamente del individuo portador de la deficiencia, sino también del entorno físico y cultural en que se encuentran (por ej.: barreras arquitectónicas y urbanísticas; falta de recursos; no cumplimiento de la legislación vigente; discriminación, prejuicios, etc.)

En esta instancia es substancial estar al tanto de los tipos de discapacidad y su localización:

<p>Discapacidad Motriz Limitación de la capacidad de movimiento</p>	<p>Trastornos neurológicos y/u ortopédicos Lesiones medulares Espina bífida Plejías/parálisis o paresias. Amputaciones</p>
<p>Discapacidad Sensorial Pérdida o disminución de los sentidos, lo suficientemente significativa</p>	<p>Discapacidad auditiva: Sordera, hipoacusia Discapacidad Visual: Ceguera, ambliopías/disminución visual</p>
<p>Discapacidad Mental Funcionamiento intelectual general más bajo de lo considerado normal. Alteraciones del pensamiento, de las emociones y del comportamiento.</p>	<p>Discapacidad Intelectual: Retraso mental (leve, moderado o grave) Retraso madurativo, síndrome de Down. Discapacidad Psiquiátrica: Síndrome de Asperger, esquizofrenia, trastorno bipolar.</p>
<p>Discapacidad Visceral Daño o pérdida de la función de los órganos internos</p>	<p>Insuficiencia renal crónica, trasplantes, insuficiencia cardiovascular, respiratoria.</p>

A partir de la Clasificación Internacional conocida como CIDDDM, en el año 1980, ‘discapacidad’, pasa a ser un término abarcativo, bajo o dentro del cual se entienden la Deficiencia⁵⁹, la Discapacidad⁶⁰ y la Minusvalía⁶¹ conceptos que resumen todo un proceso que involucra a la persona con un estado negativo o problema de salud en interacción con el contexto, y que puede afectar las actividades y la participación propias del funcionamiento humano. En esta Clasificación Internacional se habla de “personas” con discapacidad y no de “discapacitados” pretendiendo suprimir el viejo hábito segregador que es sustantivizar situaciones adjetivas de las personas que conducen a la etiquetación y marginación. Decir “personas con discapacidad”, primeramente supone que hablamos de personas, destacándose básicamente que se refiere al “individuo de la especie humana”, “sujeto de derecho”. Se trata de mostrar al individuo antes como persona que como sujeto de una determinada situación limitante. La manera de lograrlo es anteponiendo siempre el “persona con...” Haciendo más relevante la integridad individual que la situación adjetiva de una circunstancia personal compleja.

⁵⁹ Pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica

⁶⁰ Restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado “normal” para un ser humano (no toda deficiencia produce discapacidad)

⁶¹ Situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad que impide o limita el desempeño de un rol en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales. Describe la situación de esta persona en función de su entorno.

No obstante este progreso, existió preocupación por algunas definiciones que figuraban en dicha clasificación como “minusvalía”, que además de contener ciertas connotaciones negativas, podían todavía ser interpretadas como parte del modelo médico y centrado en la persona, y no eran útiles a la hora de aclarar la relación recíproca entre las condiciones o expectativas sociales y las capacidades de la persona. El modelo Médico-asistencial toma a la discapacidad como problema o defecto inherente a la persona causado por enfermedad o problema de salud, la solución sería la cura o la rehabilitación. En el modelo Social, vigente en la actualidad, la discapacidad no deriva solo de una condición de la persona, sino de la interacción de la misma con el ambiente social, donde el tratamiento del problema exige la adaptación del ambiente.

Por esta razón, la OMS decidió someter la clasificación a una reformulación conceptual radical –y desde un enfoque biopsicosocial– que se expresó en una nueva CIDDM, llamada CIDDM-2. La OMS la puso a disposición de los interesados, cuyos comentarios y sugerencias fueron valorados en la redacción del texto definitivo de esta clasificación, aprobado en el año 2001 por 191 países.

La nueva versión recibe el nombre de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud⁶² (CIF), que parte de la totalidad del individuo, al que entiende como sujeto de derechos y obligaciones, y define discapacidad como los aspectos negativos del funcionamiento humano, es decir limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, a partir de un estado o condición de salud de una persona en interacción con el contexto. La CIF por primera vez, señala al entorno físico y social como un factor decisivo en la discapacidad, y a las propias deficiencias de diseño, como las causantes de limitaciones y reducción de oportunidades. Por ello resulta tan vital analizar las organizaciones considerando esta perspectiva, ya que se constituyen en el ambiente y entorno cotidiano de las personas, favoreciendo u obstaculizando el desarrollo de sus potencialidades.

En la CIF concretamente, el término discapacidad es reemplazado por el término neutro de actividad y las circunstancias negativas en esta dimensión se describen como limitaciones de la actividad; el término minusvalía se reemplaza por el de participación, y las circunstancias negativas en esta dimensión se describen como restricciones de la participación. Los términos funcionamiento y discapacidad son concebidos como resultantes de la interacción dinámica entre los estados de salud y los factores contextuales, y son extensibles a la vida de cualquier persona.

El Modelo de la Ocupación Humana⁶³, remarca también la importancia del ambiente como facilitador u obstaculizador en el funcionamiento ocupacional de las personas, en consonancia con lo que la CIF plantea en su última versión. Es importante considerar que dicho modelo o aspectos de él, se aplican en las organizaciones en estudio.

La CIF ha sido aceptada como una de las clasificaciones de las Naciones Unidas e incorpora las Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Es de carácter de aplicación universal, entendiendo al principio del universalismo como la implicancia de que los seres humanos tienen de hecho en potencia, alguna limitación en su funcionamiento corporal, personal o social asociado a una condición de salud. La discapacidad en todas sus dimensiones es siempre relativa a las expectativas colocadas sobre el funcionamiento de las personas. En consecuencia, aporta un instrumento apropiado para la implantación de los mandatos internacionales sobre los derechos humanos, así como de legislaciones nacionales. Además de una herramienta estadística y de investigación, la CIF ayuda

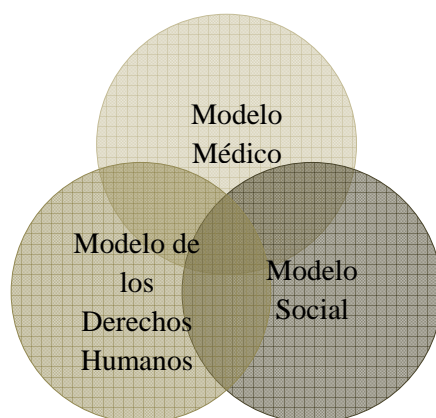
⁶² Organización Mundial de la Salud (OMS), IMCERSO, Madrid, España, 2001

⁶³ Este modelo integra conceptos teóricos dentro de una representación de la Ocupación que puede ser aplicado en la práctica y en la investigación. Organiza conceptos de ocupación en un marco de referencia basado en la Teoría general de los sistemas, describiendo un espectro del comportamiento humano-ocupación-que es crítico para la identidad y práctica de la Terapia Ocupacional

a la valoración de las necesidades clínicas y es también un marco de referencia conceptual para la mejora de la participación social, tanto en la concientización como en el diseño de políticas.

Tradicionalmente el modelo médico fue la única perspectiva utilizada para analizar el tema y brindar soluciones a las personas con discapacidad. Bajo este modelo se considera la discapacidad como una cuestión meramente médica, relacionada con el estado de salud de la persona, enfocada principalmente en la rehabilitación clínica. Esta perspectiva no toma en cuenta factores externos tales como los relacionados con el ambiente en el cual se desenvuelve cada individuo.

En las últimas tres décadas el modelo médico de la discapacidad ha coexistido con el modelo social, el cual ha cobrado una importancia fundamental en el análisis del tema. Según esta perspectiva la discapacidad no deriva únicamente de la condición médica de cada persona, sino que es el resultado de la interacción entre el individuo y su entorno físico y social. Este modelo es considerado como parte central del nuevo paradigma de la discapacidad, orientado hacia los derechos humanos, la autonomía y la integración social.



EVOLUCION DE LOS PARADGMAS VINCULADOS A LA DISCAPACIDAD

Nota: Es importante señalar que si bien cada abordaje representa un modelo diferenciado de paradigmas, en nuestras prácticas encontramos que estos modelos conviven.

En diciembre de 2004 el Banco Mundial definió: “La discapacidad es el resultado de la interacción entre personas con diferentes niveles de funcionamiento y un entorno que no considera estas diferencias”. En otras palabras, personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales son a menudo discapacitadas no por una condición de diagnóstico sino porque se les restringe el acceso a la educación, los mercados laborales y los servicios públicos.

Al respecto Marta Naussban⁶⁴ menciona que la inclusión es considerada actualmente como uno de los aspectos más importantes y urgentes que deben enfrentar todas las sociedades contemporáneas, pensando en todos los ciudadanos de un país, haciendo énfasis en las

⁶⁴ Naussbaun, Marta. Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión. Editorial Paidós. Argentina, 2006.

situaciones de vulnerabilidad⁶⁵ que presentan un gran número de personas. Su teoría y práctica, son aspectos complejos que requieren cambios fundamentales en las condiciones sociales y económicas actuales, muy especialmente en lo relacionado con los valores que subyacen en las culturas de las comunidades y en la priorización y distribución de los recursos para garantizar condiciones más equitativas.

Todo lo anterior se complejiza si tenemos en cuenta que el Banco Mundial menciona en sus informes, que el 20% de las discapacidades están directamente relacionadas con las condiciones de vida de un entorno pobre, y que 70% de las familias entre las que se encuentra alguna persona con discapacidad tienden a caer en mayor pobreza. Por otra parte, la visión asistencialista de falta de reconocimiento de sus capacidades, y sobre todo del desconocimiento de sus derechos, ha ocasionado que permanezcan al margen del progreso.

La atención a grupos en situación de vulnerabilidad se orienta desde la política social inclusiva, entendida como el hecho de que todos los sectores del estado y de la sociedad civil se comprometen a superar barreras para el acceso a procesos culturales, educativos y de desarrollo social y económico y en generar espacios y mecanismos para la plena participación de todas las personas con o sin discapacidad, especialmente para aquellas que han sido excluidas de los diferentes servicios que se ofertan para la población en general.

Siguiendo esta línea de pensamiento, es importante tener en cuenta además, que las percepciones y actitudes hacia la discapacidad son muy relativas, ya que están sujetas a interpretaciones culturales que dependen de valores, contexto, lugar y tiempo socio histórico, así como de la perspectiva del Status social del observador.⁶⁶

La discapacidad y su construcción social varían de una sociedad a otra y de una a otra época y van evolucionando con el tiempo. En la actualidad, si bien se vislumbran avances en relación a la concepción de la discapacidad, reflejadas entre otras cosas, en estos criterios establecidos de modo universal, en la práctica de las Organizaciones, aún se perciben viejas concepciones arraigadas en relación a la misma. Estas percepciones y los criterios que de ellas surgen, en muchas ocasiones operan como obstáculo para la evolución de las Organizaciones del campo de la salud/discapacidad, que tienen como fin en definitiva, mejorar y mantener la calidad de vida de las personas.

4.2 Discapacidad y participación

“No basta pregonar o exigir la participación, sino que es preciso garantizar ciertas condiciones sociales que tienen que ver con su producción”. Emilio Tenti Fanfani

Mario Toboso Martín y Soledad Ripollies⁶⁷ realizan un análisis de la discapacidad dentro del “enfoque de capacidades y funcionamiento de Amartya Sen”. Este escrito resulta de vital importancia para el presente trabajo y ofrece un marco para el análisis y la comprensión de los Modelos de Gestión de las organizaciones que trabajan con personas con discapacidad.

⁶⁵ Desde una postura social es una situación resultante de un conjunto de hechos ambientales y sociales que desencadena una serie de condiciones en grupos de familias, personas y grupos generacionales entre otros; muchas de las cuales están originadas por factores ambientales. Y es justamente en la interacción con el entorno, en la que se manifiestan las “desventajas” experimentadas por la persona o grupos. En la práctica, a quienes las presentan se les reconoce como personas o grupos en situación de vulnerabilidad.

⁶⁶ Egea García y Sánchez, Alicia. Clasificaciones de la OMS sobre Discapacidad. Murcia, España, 2001

⁶⁷ Toboso, Martín Mario y Ripollies, Soledad. La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. Revista Iberoamericana de filosofía, política y humanidades.: “Araucaria”, No 20. Madrid, 2008, p. 64-94

El enfoque de los autores se basa en una visión de vida como combinación de varios “quehaceres y seres”, en el que la calidad de vida debe evaluarse en términos de capacidad para lograr funcionamientos valiosos. El desarrollo en este enfoque tiene más que ver con las cosas que las personas pueden realmente hacer o ser, los llamados “funcionamientos” y así con las capacidades de que disponen, entendidas como las oportunidades para elegir y llevar una u otra clase de vida.

Los autores refieren que Sen, desarrolla su teoría de la capacidad, en torno a una preocupación fundamental acerca de la libertad y manifiesta que la obtención del bienestar no es independiente del proceso a través del cual alcanzamos diferentes funcionamientos, y del papel que desempeñan nuestras propias decisiones en esas elecciones: “La capacidad es principalmente un reflejo de la libertad para alcanzar funcionamientos valiosos. En la medida en que los funcionamientos son constitutivos del bienestar, la capacidad representa la libertad de la persona para alcanzar el bienestar”. Sen (en Toboso Martín y Ripollies) propone que una vida buena es una vida rica en elecciones valiosas. En esta línea plantea también que escoger un estilo de vida no es exactamente lo mismo que llevar ese estilo de vida independientemente de cómo se haya llegado a él, el bienestar de uno depende de cómo ha surgido ese estilo de vida. El fondo de la propuesta de Sen- dicen- consiste en defender que una teoría de la justicia como equidad, debería incorporar de manera directa las libertades concretas y efectivas que pueden ser disfrutadas por personas diferentes, por personas con objetivos posiblemente diversos, razón por la cual es importante considerar el grado preciso de las libertades de que se disponen, para poder plantearse estilos y formas de vida diferentes. En este sentido se remarca la autonomía y el poder de decisión de la persona.

Para Toboso Martín y Ripollies, en el contexto de la discapacidad y en este marco, la imagen de sujeto moral plantea varios problemas:

- Suele asociarse la discapacidad intelectual con la falta de capacidad para el ejercicio de la libertad y de bienestar.
- Frecuentemente la sociedad no toma en serio la autonomía real de las personas con discapacidad. Muchas de ellas tienen esa capacidad “intacta” para el ejercicio de dichas libertades
- Existe una confusión entre el apoyo que puede necesitar una persona para ejecutar alguna actividad cotidiana y la capacidad de decisión para realizar dicha tarea o cualquier otra (logro de agencia), debido a la presencia de un modelo rehabilitador de la discapacidad,⁶⁸ sumado a la sobreprotección familiar, paternalismo ⁶⁹y prejuicio social

La sociedad, a través de las Organizaciones que trabajan con las personas con discapacidad, podría asumir la responsabilidad del bienestar de una persona con discapacidad, lo que no implica que deban asumir la responsabilidad sobre los objetivos particulares de esta persona como agente.

Siguiendo esta línea de análisis, la OIT menciona la importancia de la participación de las personas con Discapacidad en el diseño de políticas: “... Se debe reconocer en las personas con discapacidad el derecho de elección en todos los aspectos de la vida...Esto supone consultarles, a nivel individual, sobre sus deseos. Análogamente, cuando los interlocutores sociales (sindicatos, organizaciones y administración pública) toman decisiones, se debe

⁶⁸ Modelo basado en la rehabilitación y curación. Deroga en algunos casos la voluntad de las personas con discapacidad derivando en una pérdida de la relación de agencia.

⁶⁹ Restricción de la libertad en beneficio de aquel cuya libertad se limita.

escuchar a las organizaciones representativas de los intereses de los discapacitados. Siempre que se estudie la modificación de políticas o programas, es preciso conocer los puntos de vista de las organizaciones representativas de los afectados.⁷⁰

También Cohen y Franco, señalan que la participación conlleva beneficios en diferentes dimensiones:

- mejora el diseño de los proyectos, haciendo que el diagnóstico y las formas de intervención se adapten a las características específicas de la población destinataria
- posibilita el control de la población destinataria sobre el proyecto, ayudando así a la transparencia en su manejo
- incrementa la sostenibilidad del proyecto al involucrar a los beneficiarios. Diversos estudios empíricos resaltan la contribución de la participación al éxito de los programas sociales. Aquellos con “activa participación comunitaria en su diseño, gestión y evaluación tienen resultados muy superiores a los programas de corte tradicional burocrático vertical”. Se comprobó a través de ciertos estudios realizados por el Banco Mundial, que eran decisivamente importantes para los proyectos que la población objetivo participase tanto en el diseño y generación de los mismos como durante la implementación. De ahí que el estado del conocimiento actualmente disponible deje de lado la pregunta sobre la relevancia de la participación y centre el interés en cómo hacerlo viable.

La elección de este enfoque de la discapacidad en relación a la participación, como referencia para el presente trabajo, posibilita ubicarse frente al objeto de estudio (“Modelo de Gestión”) desde un lugar integrador, que permite visualizar el impacto del Modelo en la calidad de atención del usuario y posicionarse frente a uno de los aspectos cruciales que se convierte en categoría de estudio: la sustentabilidad, el crecimiento y desarrollo.

4.3 Discapacidad y Derechos Humanos

La cuestión de la defensa de los derechos de las personas con discapacidad es un fenómeno reciente. A partir de los 60s, la Asamblea General de las Naciones Unidas crea programas y directrices relacionados con las personas con discapacidad.

En 1982, nacen el Programa de Acción Mundial y las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad. Dichos mecanismos marcaron un cambio de paradigma respecto a los anteriores. Aunque mantienen un cierto compromiso con el modelo médico de la discapacidad, se inclinan más hacia el modelo social.

En 1993, se crea la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. Dicha Convención es el primer instrumento internacional dedicado a la discapacidad en materia de Derechos Humanos.

En 2002, la Asamblea General de las Naciones Unidas crea un Comité Especial para la Defensa de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad. El mismo año, se inicia el periodo de sesiones del Comité Especial.

El 13 de diciembre de 2006, fue aprobada en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo

⁷⁰ Momm, Willi y Ransom, Robert. Discapacidad y trabajo. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Año 2010

Facultativo. Se trata del primer instrumento amplio de derechos humanos del siglo XXI y la primera convención de derechos humanos que se abre a la firma de las organizaciones regionales de integración. Señala un “cambio paradigmático” de las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad. La Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad en su Artículo 3, habla del respeto a la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas.

La Convención se concibió como un instrumento de derechos humanos con una dimensión explícita de desarrollo social. En ella se adopta una amplia clasificación de las personas con discapacidad y se reafirma que todas las personas con todos los tipos de discapacidad deben poder gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Se aclara y precisa cómo se aplican a las personas con discapacidad todas las categorías de derechos y se indican las esferas en las que es necesario introducir adaptaciones para que las personas con discapacidad puedan ejercer en forma efectiva sus derechos y las esferas en las que se han vulnerado esos derechos y en las que debe reforzarse la protección de los derechos.

Un indicio de esto es la realización en el mes de Junio del año 2010, del “Primer Congreso internacional sobre discapacidad y Derechos Humanos”, organizado por la Fundación Aequitas, el Colegio de Escribanos de la Provincia de Buenos Aires, la Asociación Equal y el Honorable Senado de la Nación Argentina y el Centro de Investigación y Docencia en Derechos Humanos de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Mar del Plata. El objeto fue justamente analizar la Capacidad Jurídica y observar las perspectivas del impacto de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En dicho congreso se trataron los temas siguientes:

Igualdad y capacidad jurídica, Sistema de apoyo para la toma de decisiones (ejercicio de derechos personales), capacidad jurídica y acceso a la justicia, capacidad jurídica y protección de la libertad y la integridad física y psíquica (Ingreso y permanencia en instituciones psiquiátricas, experimentaciones médicas o científicas, consentimiento informado, protección de la sexualidad, protección de la capacidad reproductiva, internamientos de urgencia, garantía del derecho a la vida, protección contra los abusos), entre otros.

Si bien lo antes expresado puede aparecer para algunos como desvinculado a la temática de este trabajo, es ineludible pensar que la participación y el ejercicio de los derechos de los grupos de interés (en este caso las personas con discapacidad), en las planificaciones y evaluaciones de los servicios de salud, impactan en la calidad de los servicios y en la sustentabilidad de los mismos. Así mismo el factor de participación de los interesados en la incidencia de políticas públicas respecto a la salud y la inclusión, es un elemento clave de la macro gestión.

5. Bases conceptuales para el análisis de las organizaciones y la construcción de un Modelo de Gestión

Luego de la revisión de conceptos, ideas y expresiones de diferentes autores, se seleccionaron algunas definiciones con claridad y significación para la comprensión del objeto de estudio, incorporando conceptos propios. De este modo se constituye una estructura conceptual que permite describir, comprender y explicar los casos estudiados y construir un Modelo de Gestión de las organizaciones que prestan servicios a personas con discapacidad (desarrollado al final de este informe):

En este marco se consideran los siguientes aspectos:

- La economía como ciencia que se ocupa del estudio de los procesos económicos y sociales, vinculados a la producción y distribución de bienes y servicios destinados a la preservación y mejora de la salud de la población con discapacidad, identificando alternativas económicas, sociales, organizacionales y administrativas.
- La Gestión como disciplina que agrupa los procesos de administración, planificación y control desde un enfoque integral y proactivo, considerando que las intervenciones deben tener lugar en los tres componentes de la estructura (macro gestión, meso gestión y micro gestión)
- La integralidad y multiactorialidad, considerando como aspecto central el trabajo conjunto de profesionales de la salud y de la economía (integración de los aspectos clínicos y de gestión), para responder a los problemas actuales y satisfacer las necesidades de las organizaciones que atienden personas con discapacidad.
- La Organización como unidad social constituida o reconstruida para mantener y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.
- La historia, evolución y condiciones previas de los establecimientos que prestan servicios a personas con discapacidad, que ayuda a comprender e identificar a qué conceptos adhieren las organizaciones, desde que lugar de la historia se sitúan y en qué bases asientan su dinámica.
- Los nuevos paradigmas y modelos sociales de la discapacidad que orientan el accionar de las organizaciones partiendo de la concepción de la persona como sujeto de derechos y obligaciones, señalando al entorno físico y social como un factor decisivo en la discapacidad.
- La Misión como razón de ser, propósito y finalidad principal de una organización, que marca el camino y el rumbo reflejando valores y prioridades. En este modelo se considera que la misión debería ser pertinente y claramente comprensible por todos los integrantes de la organización y por la comunidad toda, siendo orientada hacia el usuario.
- La visión como enunciado que describe la situación ideal futura de la organización, comunicando la dirección que deben tomar el trabajo y la colaboración de todos los integrantes de la organización. La visión considerada de este modo proporciona además, un método para identificar fisuras entre la situación actual y la situación futura; describe la clase de organización que se pretende alcanzar y como se quiere ser visualizado.
- La comunicación y la toma de decisión constituyendo uno de los núcleos de las funciones gerenciales
- El presupuesto como instrumento de la gestión económico-financiera que expresa la planificación en términos cuantitativos
- La captación de fondos como estrategia para el desarrollo de recursos y la diversificación de las fuentes de financiamiento de las organizaciones, identificando las oportunidades y desarrollando un plan de acción del crecimiento.
- La reconversión traducida en las modificaciones ambientales, la cultura y los incentivos para la mejora de la gestión de las organizaciones, promoviendo la innovación desde el análisis de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.

CAPITULO III: LA GESTION DE INSTITUCIONES QUE ATIENDEN PERSONAS CON DISCAPACIDAD. ESTUDIO DE CASOS

1. Antecedentes

Existe numerosa bibliografía internacional y nacional tanto sobre la temática de la Discapacidad en general como de Gestión Sanitaria, mencionadas -algunas de ellas- en el Marco Teórico de este trabajo.

En lo que a investigaciones se refiere con respecto al tema, se ha realizado una importante exploración por organismos públicos y privados, nacionales e internacionales vinculados a la discapacidad, la rehabilitación, la gestión y administración de servicios de salud, encontrando muy pocos antecedentes, por lo cual este trabajo espera ser un aporte novedoso para dicho sector de la salud en la ciudad de Santa Fe.

Igualmente no debe dejar de mencionarse el valioso aporte de algunas investigaciones a la comprensión del Objeto de Estudio:

Una de las investigaciones que guarda alguna vinculación con el objeto de estudio es: **“Una aproximación a los Costos Indirectos de la Discapacidad en Colombia”**, estudio realizado en 2005 a cargo de Janeth Hernández-Jaramillo, e Iván Hernández, de la Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia. Este estudio plantea las relaciones entre la política económica de ese país y la discapacidad y provee un análisis teórico para la política económica en discapacidad en Colombia: “La magnitud y los costos de la discapacidad para América Latina incluida Colombia, distan de ser aproximaciones mensurables de esa realidad. Los problemas en la sistematización de la información sobre discapacidad no permiten conocer su comportamiento espacial ni temporal”. Este estudio también realiza un aporte en lo que se refiere a los costos en discapacidad y afirma que no son uniformes para toda la población; se relacionan con la severidad de la limitación funcional y el nivel de discapacidad presentes. Por último, hace mención a los altos costos de la discapacidad y sus clasificaciones, además de conceptualizar la discapacidad desde un enfoque socioeconómico.

El trabajo denominado **“Factores que determinan el impacto de los servicios de rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiología en las instituciones de la Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá”**, realizado en el año 1998 por Cuervo C, Escobar M y Trujillo, plantea las relaciones entre la política económica y la discapacidad. Representa un intento por proveer un análisis teórico para la política económica en discapacidad en Colombia, y aporta a la comprensión del problema de la discapacidad en relación con la Economía.

La “Fundación Par”, en el año 2006 realiza un trabajo acerca de **“La discapacidad en la Argentina: un diagnóstico de situación y políticas vigentes al 2005”**, que consiste en un estudio financiado por el Gobierno Británico, donde la información recogida revela distintas facetas de la realidad nacional en relación al presupuesto de la Administración pública nacional, con respecto a las políticas de discapacidad, legislación, accesibilidad al medio físico y comunicacional, la salud, la rehabilitación, la seguridad social, el sistema único de prestaciones básicas, la educación y el trabajo. Si bien el aporte que realiza pertenece más al área de la macrogestión posee algunas vinculaciones con varios aspectos del presente trabajo

En el trabajo **“Control y Evaluación de gestión y resultados”** desarrollado por Jorge Hintze, director de Tecnología para la Organización Pública, se mencionan los procesos de control como inherentes a las organizaciones e indispensables para su funcionamiento. También aportan al debate acerca de consensos y disensos en relación a la utilización del término “Gestión”. Este trabajo propone un conjunto de conceptos mediante los cuales se plantea que la evaluación es a la planificación estratégica lo

que el control es a la operativa y, en este encuadre, se identifican algunos conceptos usuales de control y evaluación tales como eficiencia, eficacia y efectividad. En la primera parte del documento se incluyen algunas precisiones sobre los conceptos de información, control y evaluación y, en especial, las condiciones que deben cumplirse para que las informaciones puedan ser utilizadas para controlar y para evaluar. La segunda parte se refiere a las gestiones institucionales de control y evaluación y a su evolución, desde su origen como prácticas informales, hasta su institucionalización como sistemas formales y, en estos casos, algunas de las características técnicas de los mismos, en particular la diferencia entre sistemas de gestión y los llamados sistemas especializados de información, control y evaluación. Finalmente, el último punto se refiere a la importante cuestión de las relaciones entre el control y la planificación.

Otro trabajo que guarda gran relación con esta investigación, es el de Sebastián Tobar, José Mendes Ribeiro y Adolfo Chorny denominado **“Análisis del modelo de gestión y la participación en el Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano en el marco de la Política implementada por la Provincia de Buenos Aires”**. El autor centra el trabajo en las políticas hospitalarias y su repercusión en los modelos de gestión, tomando el caso de un Hospital de la Provincia de Buenos Aires (Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano). El mismo se posiciona sobre tres principales dimensiones que son: la Política de Reforma Hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires; los Modelos Gestión de los Hospitales; y la Participación. La hipótesis central es que la política de reforma hospitalaria formulada por la Provincia de Buenos Aires resulta ser una oportunidad para la descentralización hospitalaria, permitiendo que nuevos actores se incorporen a la toma de decisiones, haciendo más eficaz su Modelo de Gestión. El aporte de este trabajo, reside en su análisis del Modelo de Gestión desde un enfoque participativo, incorporando claridad a la discusión teórica existente, respecto a la Gestión/Modelo de Gestión y sus componentes.

La tesis de Alcira Dagameti titulada **“Una Política Pública en Salud para la Población Excluida: Análisis de la Implementación del Seguro en la Provincia de Santa Fe”**, analiza la implementación y la satisfacción de los beneficiarios del Seguro de Salud Provincial como instrumento constitutivo de una nueva política pública en salud en los departamentos santafesinos Garay y San Javier, en el período comprendido entre los meses de abril de 2001 y junio de 2003. Este trabajo ofrece claras referencias teóricas vinculadas a la presente tesis, en relación a la gestión y las organizaciones, entre otras cosas.

Todas las investigaciones mencionadas son un antecedente importante para el presente trabajo porque, además de aportar a la clarificación y profundización de conceptos compartidos, brindan una base para el estudio de los establecimientos/organizaciones.

2. Hipótesis de trabajo

Se inicia el estudio de casos con una hipótesis de trabajo: La ausencia de un Modelo de gestión amplio que integre los aspectos clínicos con los organizacionales, es lo que genera cierta inestabilidad y falta de sustentabilidad social y económica en las organizaciones.

3. Objetivo General

Describir y analizar el Modelo de Gestión de dos Organizaciones que prestan servicios a personas con discapacidad de la ciudad de Santa Fe.

4. Objetivos Específicos

Identificar y documentar los problemas, debilidades y fortalezas de las Organizaciones

Formular recomendaciones captando las características diferenciales de cada organización y perfilando una solución a los actuales problemas de Administración y Gestión.

5. Diseño Metodológico

En cuanto a la metodología, el mencionado trabajo buscará aplicar todos los conocimientos de la Maestría, complementando con el Estudio de Casos que se inscribe en el marco de la metodología cualitativa. A su vez se enmarca en lo que es la Investigación-acción, dado que el trabajo de campo incide en el objeto estudiado. El rol del investigador y el modo de recoger los datos permitió generar procesos semejantes a los que se dan en las entrevistas interactivas en las cuales entrevistador y entrevistado realizan procesos reflexivos.⁷¹

La decisión de trabajar con casos múltiples (2) refuerza la posibilidad de contrastación de datos (comparación por semejanzas y/ o por diferencias). El marco teórico desarrollado previamente se constituye en guía y sostén de la producción y análisis de datos. Se busca establecer relaciones que permitan elaborar las conclusiones y recomendaciones.

La metodología cualitativa combina varios procedimientos o técnicas. De todos ellos se adoptaron:

- Entrevistas semi-estructuradas
- Observación directa en el trabajo de campo
- Técnicas de recopilación de datos relacionadas al análisis de fuentes secundarias: (legislación, normativas, estatutos, reglamentos, organigramas, balances y otros documentos relacionados a los procesos de planificación, administración y control)

Con los datos obtenidos con las diferentes técnicas se elaboró una matriz de datos cualitativa para facilitar la lectura, identificación y el análisis de la información (Ver Anexo: Fragmentos de la Matriz de Datos)

6. Universo a Estudiar

En una primera instancia se pre-seleccionaron seis Organizaciones como parte del universo. Esta selección fue realizada a partir del “Registro de prestaciones y establecimientos de atención a personas con discapacidad”⁷², suministrado por actores claves de la Junta acreditadora y categorizadora de prestadores de la Subsecretaría Provincial de inclusión para personas con discapacidad.

En el transcurso del trabajo de campo, considerando las características metodológicas del Estudio de Caso (estudio en profundidad) y evaluando la accesibilidad en cada organización, se estableció analizar dos (2) de estos establecimientos pre-seleccionados, para llevar adelante el estudio de caso. Dichos casos se corresponden con Organizaciones privadas que ofrecen prestaciones de Rehabilitación, Terapéuticas y/o Asistenciales a la población con discapacidad de la Ciudad de Santa Fe.

Esta última selección estuvo regida por los criterios siguientes:

⁷¹Ellis, C, Kiesinger, C., & Tillmann-Healy, L. Interactive interviewing: Talking about emotional experience. In R. Hertz. Reflexivity and voice. Newbury Park 1997, p. 119-149

⁷² Dicho registro comprende un total de veintitrés (23) entidades prestadoras de servicios de la ciudad de Santa Fe, de un total provincial de 126 instituciones.

- Accesibilidad a las Organizaciones. Este aspecto permitió profundizar en las diferentes aristas de cada caso sin mayores inconvenientes y permitió retornar al “campo” las veces que lo requirió la investigación, acorde a las pautas metodológicas
- Trayectoria de cada organización. La trayectoria particular de cada entidad permitió analizar los elementos del modelo desde dimensiones diferentes, historias y marcos diferentes que le dieron mayor riqueza al estudio.
- Potencialidad de los casos para fundamentar la descripción a realizar y las recomendaciones en relación al modelo de gestión.
- Representatividad. Ambas organizaciones son representativas en la ciudad de Santa Fe respecto al tipo de prestación que ofrecen y a la población a la que dirigen sus servicios. De este modo el estudio cubrió un espectro de Entidades que abarcan diferentes tipos de prestaciones, dirigidas -a su vez -a la atención de personas con diferentes tipos de discapacidad acorde a la clasificación mencionada en el MT.

Establecimientos seleccionados:

- Centro de Rehabilitación Psicosocial (Salud Mental)
- Asociación de atención a personas con Discapacidad Mental.

***Aclaración:** los nombres o razones sociales de los establecimientos no figuran para preservar la privacidad de la información*

En cada una de las Organizaciones se entrevistó a los actores claves (miembros de comisión directiva, profesionales, directivos, usuarios primarios y secundarios, asesores etc.) que se encontraban en condiciones de brindar la información necesaria para realizar este trabajo. Para definir quienes cumplirían con estas condiciones, se realizaron entrevistas iniciales-exploratorias.

Se establecieron contactos previos a fin de negociar y concertar quienes conformarían este grupo de informantes y cuáles serían las fuentes secundarias a las cuales se podría acceder con autorización de las organizaciones, a fin de no lesionar los vínculos y actuar con criterios éticos/metodológicos.

Además, se realizaron algunas observaciones participantes en cada una de las Organizaciones a fin de contrastar lo observado con los datos de las entrevistas y de las fuentes secundarias de información.

El trabajo de campo se fortaleció además con la realización de entrevistas y consultas a referentes de Organismos Nacionales: Superintendencia de Servicios de Salud(SSS), Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), Centro estadístico de servicios (INDEC), Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Centro Argentino de Información Científica y Tecnológica (CAICYT). Organismos Provinciales: Subsecretaría de Inclusión para personas con Discapacidad, y Entidades financiadoras: referentes de mutuales, Obras Sociales y Servicios Sociales de Colegios profesionales. También se realizaron consultas y se recibió material del Centro Español de Discapacidad del Real Patronato de España. Todos estos referentes claves, realizaron un valioso aporte para este estudio que se enriqueció y optimizó en el trabajo de campo.

7. Objeto de Estudio

El objeto de estudio es el **Modelo de Gestión** de Organizaciones que prestan servicios a personas con discapacidad de la ciudad de Santa Fe.

Acorde al Marco Teórico-y como se mencionó previamente-se asumen las siguientes, como dimensiones de análisis del Modelo de Gestión, en el marco de los procesos de Planificación, Administración y Control:

- I. *Misión-Visión*
- II. *Comunicación -Toma de decisiones*
- III. *Gestión Económico-Financiera*

Estas dimensiones se seleccionaron por considerarse que son los componentes más sensibles al problema que se estudia. A su vez se revelan en el trabajo de campo sub-categorías desarrolladas en el Marco teórico cuyo análisis resulta sumamente valioso para la formulación posterior de las recomendaciones.

8. Selección de los componentes del modelo de gestión en salud para el análisis de los establecimientos

Misión y Visión: A partir de lo establecido en el Marco Teórico se analizó en cada establecimiento la presencia y la formulación explícita o tácita de una Misión rectora de las acciones, considerándolo un aspecto fundamental para la vida de la organización y el cumplimiento de sus propósitos. Así mismo se indaga y analiza en el trabajo de campo cuál es la percepción que las organizaciones tienen, acerca de la mirada del “afuera” sobre ellos (visibilidad) y cuál es el “norte” al cual aspiran o “adonde quieren llegar” (visión)

Comunicación y Toma de decisión: Además de ser uno de los aspectos emergentes más sensibles al problema que se estudia, se selecciona esta dimensión por considerarse uno de los aspectos claves en la vida de las organizaciones y de su estructura formal e informal. Las formas de comunicarse elegidas o asumidas por los miembros de las organizaciones, los estilos de comunicación que se generan, los canales y espacios establecidos para la comunicación, impactan de forma notoria en la gestión de las organizaciones y en el cumplimiento de los objetivos. Como parte de este aspecto y vinculado al los demás, también se analiza la sistematización de datos y la informatización en los establecimientos.

Gestión Económico-Financiera: Como parte de esta dimensión, en el trabajo de campo emergen Sub-dimensiones o aspectos críticos a la hora de evaluar el Modelo de Gestión. Uno de ellos es el Presupuesto, entendiendo al mismo no como concepto económico “duro”, sino como parte de una planificación organizacional necesaria y vital para lograr los objetivos en pos de mejorar la calidad de atención de las personas con discapacidad. En estas organizaciones es difícil escuchar hablar de “presupuestos” o de “asignación de recursos”, muchas veces tampoco se cuentan con demasiados recursos “para asignar” (por ello también este aspecto se vincula al de captación de recursos y sustentabilidad-crecimiento y desarrollo) En el trabajo de campo esto fue confirmado y los datos revelan que es necesario instalar este aspecto en el marco de una planificación estratégica y operativa. También se considera el Costo como sub-dimensión que no puede dejar de mencionarse y tomarse en cuenta en el marco del presupuesto y la planificación. No puede hablarse de presupuesto si se desconocen los costos de funcionamiento de la organización.

El Crecimiento/ desarrollo y la proyección del patrimonio, son aspectos identificados a partir de las entrevistas preliminares como conceptos vinculados a la formulación de políticas de las organizaciones en el marco de su Misión y Visión. Se analizan en el marco de los conceptos expresados en el Marco teórico, en relación con el aumento de la calidad de vida de la base social de la organización, referida a las personas que directa e indirectamente son beneficiadas por las políticas y servicios de la organización. Estas organizaciones tienen un ciclo de vida propio con distintas fases de desarrollo que requieren de diferentes instrumentos y herramientas para ser llevados a cabo con éxito.⁷³

Otra cuestión que “asomó” durante la investigación en los escenarios de las organizaciones, es la característica de familiaridad que también puede analizarse en vinculación con la estructura de la organización en su aspecto informal. Este término surge fuertemente del trabajo de campo observando que se comparten características y particularidades con la “Empresa familiar”.

9. Metodología

En cuanto a la metodología seguida en esta investigación, se aplican los conocimientos de la Maestría y de la propia disciplina (Terapia Ocupacional), y se complementan con el estudio de caso que se inscribe en el marco de la metodología cualitativa.

Para la realización del análisis de datos, se elaboró una matriz donde se fueron registrando las principales manifestaciones de los actores respecto a cada componente/dimensión contrastándolo con fuentes secundarias (documentos)

⁷³ Se aclara el alcance del concepto de Crecimiento en este trabajo, dado que en general al hablar de crecimiento y desarrollo, los autores de las Ciencias Económicas se refieren al crecimiento del PBI y de la distribución/derrame de la riqueza.

CAPITULO IV. TRABAJO DE CAMPO. RESULTADOS

1. Organización “A”

1.1 Descripción/caracterización de la Organización

Historia y propósito

Esta organización considerada una “entidad de bien público” y con personería jurídica propia, dirigida por una Comisión Directiva, fundada en el mes de abril de 1970 es una de las Organizaciones que tiene mayor trayectoria en la temática de la discapacidad en la Ciudad de Santa Fe. Según refieren los Estatutos, su propósito consiste en “consagrarse a la protección del discapacitado mental en toda su problemática” (Art.1). En varias oportunidades la Organización modifica sus estatutos, y en el año 2001 cambia su denominación para adecuarla al vocabulario y paradigma actual, manteniendo el propósito Institucional.

Inició sus acciones con la conformación de “Talleres” que hoy constituyen la Escuela de Formación Laboral que funciona en la actualidad, en un terreno patrimonio de la Organización pero que ya no está vinculada a la misma.

Posteriormente (aproximadamente en el año 1983) la Organización crea un “Centro de Día” para responder a las demandas de las personas con discapacidad, que quedaban excluidas de la escuela mencionada al no responder a los criterios de edad y de admisión vinculados al tipo de discapacidad. En sus primeros años este Centro de día se financiaba con los fondos de una asociación cooperadora creada para tal fin. En el año 1990- a partir de los datos que se disponen- el estado provincial subsidia los sueldos de los profesionales y trabajadores del servicio y la Organización cede el Edificio en Comodato al Ministerio de Salud.

En el año 2002 por medio de una resolución del Ministerio de Salud, la Junta Evaluadora Provincial categoriza provisoriamente este Centro de Día como prestador de servicios del Sistema Único de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad, asignándole “Categoría B” y un cupo de 48 beneficiarios, manteniendo aproximadamente el mismo cupo en la actualidad. Hoy este servicio está en transición con respecto a su pertenencia y está desvinculado parcialmente de la Organización

En el año 1982 la misma Organización inicia la construcción del “Hogar Permanente” (Prestación con internación), en un terreno donado por el Gobierno de la Provincia de Santa Fe, abriendo sus puertas en el año 1992 con cuatro usuarios - hoy alcanzan el número de 16- siendo el primer servicio de estas características que se crea en la ciudad. Su finalidad conforme a la Ley 24.901, consiste en brindar atención integral a jóvenes y adultos con discapacidad mental – mayores de 18 años y sin límite de edad – que no cuenten con familiares directos o que los mismos no puedan responder a sus necesidades, y “...cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa... requiriendo un mayor grado de asistencia y protección”.

En este servicio reciben -mas allá de atención asistencial- atención Médica, Psicológica, de Terapia Ocupacional, Nutricional, y la asistencia terapéutica integral para el logro de la integración, inclusión y la participación plena en la comunidad. Las actividades están organizadas en diferentes talleres y programas, a fin de favorecer el mantenimiento o mejora de las habilidades de desempeño, la integración social, y la consolidación de un proyecto personal. Si bien este servicio se encuentra enmarcado como “Servicio asistencial” dentro del Marco básico de prestaciones a favor de las personas con discapacidad, podemos ver la estrecha

vinculación con el Proceso de Rehabilitación en la definición de Rehabilitación de la Organización Mundial de la Salud del año 1969.⁷⁴

A lo largo de este trabajo, cuando hablemos de ésta Organización y sus servicios, estaremos haciendo referencia a este último, que en la actualidad es el que pertenece sin ninguna duda, a la Organización.

1.2 Caracterización de la Población

La población asistida en la actualidad, cuenta con una edad de entre 23 y 66 años, provenientes de la ciudad de Santa Fe y localidades del interior de la provincia; con diagnóstico de Retraso Mental (grave, profundo, moderado, leve y no especificado con una incapacidad funcional moderada en su mayoría y ligera en menor cantidad) Gran parte de los usuarios presentan asociadas otras patologías como Secuelas de ACV, Hidrocefalia, entre otras.

En esta Organización (que también denominaremos Institución a modo de sinónimo), reciben abordaje interdisciplinario, según sus necesidades, capacidades psicofísicas, intereses, valores, tendiendo a favorecer las elecciones personales y la participación/desempeño en actividades significativas. Se incentiva la participación de los usuarios en las tareas de mantenimiento del servicio para fortalecer la participación activa y el sentimiento de pertenencia e integración con la organización.

La mayoría de los usuarios concurre a otros centros de la comunidad a fin de complementar lo que les brinda este servicio en el marco de su proceso personal (Centro de Día, Centro de Rehabilitación Psicosocial, Clubes, etc.) Esta Organización articula con las demás generando y sosteniendo una red de apoyo interinstitucional a fin de potenciar los procesos de los usuarios y brindando una mayor calidad de atención. Para ello también se establecen convenios permanentes y se realizan interacciones en la Comunidad a través de proyectos puntuales en diferentes ámbitos: religiosos, recreativos, comunitarios, comerciales, deportivos, culturales, etc.

1.3 Recursos Físicos y Financieros

Como parte de su Patrimonio y en el Estatuto (en su Art.3) figuran: tres edificios y un inmueble situados en la ciudad, un terreno situado en una comuna vecina, cuotas societarias, legados, donaciones y el producido de eventos culturales. La Organización se financia principalmente a través del pago de la prestación por parte de dos Obras sociales (PAMI, IAPOS), de la Subsecretaría de Inclusión de la Provincia de Santa Fe y genera algunos ingresos propios a través del alquiler de cocheras que están emplazadas en uno de los terrenos antes mencionados.

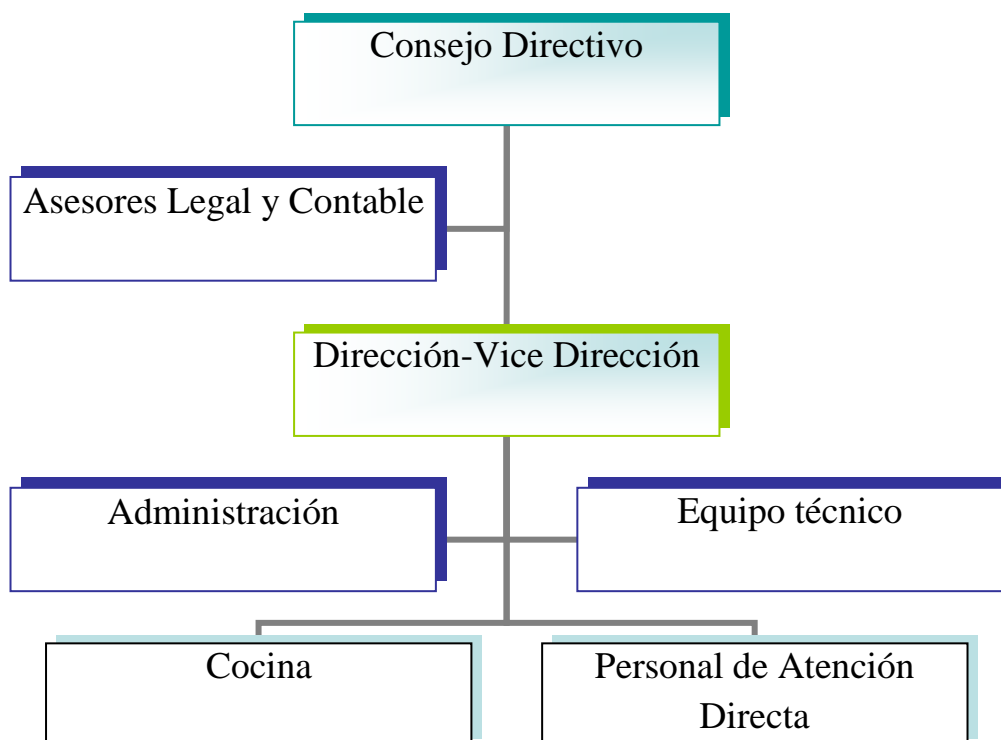
El inmueble donde funciona el servicio principal (al cual se hará referencia cuando hablemos del servicio de la organización), se encuentra en una zona residencial de la ciudad de Santa Fe y cuenta con todos los servicios y medidas de seguridad solicitadas por los entes

⁷⁴ Rehabilitación: "...encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica. El objetivo se mide en parámetros funcionales, en el restablecimiento de su movilidad, cuidado personal, habilidad manual y comunicación. La Rehabilitación es un proceso continuo y coordinado de acciones médicas y sociales (educación, vivienda, trabajo) tendientes a lograr la máxima recuperación, disminuyendo el déficit funcional, favoreciendo el autovalimiento, la aceptación de la discapacidad y la inserción social".

habilitadores y categorizadores. El mismo se encuentra totalmente equipado y posee las adaptaciones ambientales necesarias para posibilitar la accesibilidad de los usuarios a todos los ambientes de la casa.

La última reforma edilicia realizada hace un par de años, fue financiada casi en su totalidad por un subsidio provincial. Dicha modificación consistió en refuncionalizar espacios e incorporar equipamiento de refrigeración y calefacción. También posibilitó ampliar el cupo en un par de camas y mejorar la calidad de atención de los usuarios.

1.4 Recursos Humanos



Fuente: Organigrama facilitado por la Organización

El Recurso Humano está conformado por un Director que es Terapeuta Ocupacional, un Subdirector, un equipo técnico conformado por: Médico, Licenciado en Nutrición, Licenciado en Psicología, Licenciado en Terapia Ocupacional y Licenciado en Trabajo Social (coincide con el rol de vice-dirección). También un administrador, dos enfermeros, un cocinero, cinco personas que realizan atención directa de los usuarios y dos auxiliares.

Cuentan en el plantel con un profesor de Educación Física financiado por la Municipalidad de la ciudad de Santa Fe mediante un programa implementado por la Subsecretaría de Deportes, y un personal de mantenimiento que no pertenece a la planta fija de la Organización. Como asesores externos se encuentran el asesor legal y un estudio contable.

1.5 Análisis del Caso. Resultados

Misión y Visión

La Misión de esta organización es -según los estatutos- “*consagrarse a la protección del discapacitado mental en toda su problemática*” (Art.1) Es importante observar que esta misión es “expresa” y “formal” y que da- en parte- cuentas de la “razón de ser” de la Organización desde su creación. A su vez vemos que dicha Misión está dirigida a una población y problemática específica, y que involucra “valores” muy marcados al hablar de *consagración y protección* con respecto a la población. Sin embargo podemos también leer en esto un cierto “espíritu altruista” o “filantrópico”⁷⁵, que expresa el deseo de “consagrarse” y de abarcar “toda” la problemática de la persona con discapacidad. Denota así mismo, “amplitud y ambigüedad” en su expresión lo cual la convierte en una misión “diluida” y poco realizable.

En el año 2001 se efectuó una reforma estatutaria, lo cual fue una oportunidad para realizar una revisión de la Misión—entre otros aspectos-a fin de “mantener la coherencia entre actuación y razón de ser”⁷⁶, sin embargo esto no se realizó y se observa al leer el Artículo 1 del Estatuto, que se mantiene idéntico al de la creación. Esto puede resultar en fortaleza y debilidad al mismo tiempo: fortaleza porque podríamos pensar que la Misión se mantiene en el tiempo y que no cambia en el sentido de “permanencia y coherencia”, pero a su vez también podría dar cuenta de una Misión estática que no se renueva o no se pone a tono con el paso de los años.

En oportunidad de dicha reforma, se efectuó un cambio de “denominación” de la Organización que intenta reformular en la misma, la concepción de discapacidad que ha ido modificándose con el tiempo. Este cambio, si bien es favorable a este respecto, no da cuentas del propósito organizacional y confunde en su denominación la identidad de la Organización con su servicio o prestación fundamental⁷⁷. Esto junto con otros aspectos, ha sumando confusión a la identidad Organizacional y se manifiesta -inclusive -en problemas legales y administrativos que se presentan cotidianamente por este motivo, por ejemplo dificultades en la gestión de la recategorización institucional frente a la Superintendencia de Servicios de Salud.

La Misión expresada de este modo y que además no está acompañada por una visión clara y una planificación estratégica, se convierte en una especie de “cartel” o “lema estático”, dejando de ser una Misión “orientadora y guía de las acciones”. Esto trae como consecuencias la dificultad de sus miembros para captarla, asumirla y ejecutarla. No obstante, algunos de los actores claves entrevistados, expresan que se están comenzando a generar cambios a este respecto: los empleados que realizan la atención directa de los usuarios están comenzando un proceso de asunción de la Misión desde un lugar diferente—por ejemplo- y esto tiene que ver—según mencionan- con la implementación gradual de un modelo más participativo de gestión.

Siguiendo con la línea de análisis, podemos advertir que esto impide que “el afuera” tenga claridad acerca de lo que dicha organización puede ofrecer a la comunidad (visión), lo cual se confirma en las entrevistas realizadas, donde los diferentes actores expresan que no hay hacia “el afuera” un mensaje de claridad sobre el perfil de la institución. Otro dato importante que

⁷⁵ Wikipedia. La filantropía significa el amor al género humano y todo lo que a la humanidad respecta, particularmente, en su forma positiva y constructiva, expresado en la ayuda a los demás sin que necesariamente se requiera de un intercambio o interés alguno en una respuesta. Los esfuerzos filantrópicos son realizados por parte de individuos o por grupos de individuos organizados.

⁷⁶ McKinsey & Company-Ashoka. Emprendimientos Sociales Sostenibles. Cómo elaborar un Plan de Negocios para organizaciones sociales. Sao Paulo. Editorial Peirópolis, 2004. Cap.4, 38

⁷⁷ En las realizaciones inmediatas del último estatuto, se habla de fundar diferentes centros de atención para la población con Discapacidad y el nombre se refiere solo a un “tipo o perfil” de servicio

revelan algunos de los actores es que durante el proceso de Admisión/ingreso de los usuarios, ellos como organización comienzan a replantearse la misión.

A partir de los datos recabados en el trabajo de campo se conoce hoy que algunos aspectos Institucionales están siendo revisados, reformulados y serán volcados en una reforma estatutaria. Los directivos comienzan a identificar la necesidad de revisar la misión, la visión y el Proyecto institucional, vislumbrándose a la Misión como instrumento para orientar el accionar del Recurso Humano. Este proceso se está llevando adelante con el equipo técnico.

En algunas expresiones recogidas en las entrevistas, se pone de manifiesto que la Misión y la Participación de los Residentes son dos elementos íntimamente relacionados. Se percibe en esto un espíritu y un “valor” que tiene que ver con situar a la persona con discapacidad en el centro de la escena, de la Misión y la Organización. En las observaciones participantes se corrobora concretamente este hecho, al ver como parte del equipo y personal, otorgan la toma de decisión a los usuarios en cuestiones relacionadas con su vida cotidiana en la organización.

Es importante destacar que la Misión no está acompañada de una Planificación estratégica. Solo existe una especie de planificación operativa trimestral de actividades del servicio, desarrollada bajo una modalidad participativa. Gran parte de los entrevistados ponen de manifiesto que las mejoras no se planifican, que se trabaja sobre la urgencia y en base a los fondos recibidos (no hay una administración Proactiva⁷⁸) Inclusive algunos actores claves manifiestan desconocer lo que en materia de Planificación se realiza en la organización. La planificación y el crecimiento están supeditados a la obtención de recursos y no hay una política concreta de crecimiento o una planificación. A este respecto algunos actores claves de la organización comienzan a identificar (como se mencionó anteriormente), que hay una debilidad en este aspecto, que genera ciertos “malestares” institucionales y que debe trabajarse. La conciencia de la necesidad de planeación es un aspecto que está comenzando a instalarse paulatinamente en algunos de los miembros de la entidad.

En relación con la Misión se evidencia un cierto rasgo de debilidad en la creación de servicios/prestaciones, no pueden sostenerse económicamente en el tiempo y son transferidos a la esfera estatal. Inclusive se releva la existencia de otro servicio que se menciona en la caracterización (Centro de Día) que mantiene una vinculación poco clara con la organización y con el estado. A este respecto, en el trabajo de campo pudieron confirmarse contradicciones entre los diferentes actores⁷⁹.

Comunicación-Toma de Decisiones

Generalidades del Proceso de Comunicación en la Organización

En relación a la concepción de la comunicación en el marco de la Gestión, observamos que algunos actores de la organización vinculan la misma a la mera información, o la circunscriben a reuniones o informes. Parafraseando a Héctor Larocca, informar es solo un acto específico y preciso que no agota los aspectos más amplios de la comunicación.

La comunicación como proceso debe estar en consonancia con la Misión, contribuyendo a clarificar y manifestar las políticas, los objetivos, y las normas institucionales, y es este un punto donde se observa la necesidad de profundizar a nivel organizacional, teniendo en cuenta que son aspectos que aparecen poco claros en esta etapa de la Organización. Es importante destacar que en este momento se produce una especie de “bisagra” en la gestión de la

⁷⁸ Administración proactiva: práctica de anticipación de problemas y toma de medidas para reducir las dificultades, en lugar de esperar a que surja el problema para solucionarlo.

⁷⁹ Un ejemplo concreto es el registro de los gastos y aportes a este servicio en el Balance anual, lo cual deja de manifiesto cierta vinculación de este servicio con la Organización

Organización, donde están conviviendo y en una especie de “pugna/tensión” el antiguo modelo de gestión y el nuevo modelo de gestión lo cual se traduce también en la comunicación.

Los directivos de servicio conciben la comunicación como aspecto crucial para la gestión, por lo cual, evaluando estas debilidades, han solicitado una consultoría externa. La misma ha realizado un diagnóstico y un trabajo de taller con todo el personal lo cual demuestra esta valoración y el impacto de la misma en el clima organizacional.

El modelo de circulación de la información en esta organización, presenta cierta complejidad frente a la diversidad de actores, niveles y formas de comunicar. Somos testigos aquí, de un modelo de circulación de la información donde conviven aspectos verticales, horizontales, circulares, participativos y unilaterales. Las características particulares de los usuarios que presentan discapacidad exigen y demanda que la comunicación hacia ellos y en relación a ellos sea clara, concreta, precisa y accesible.

Considerando estas características se analizan algunos aspectos de la comunicación intra-institucional y extra-institucional de la Organización, teniendo en cuenta algunos niveles-considerados más críticos o claves- del organigrama facilitado por la Organización:

Consejo Directivo/ Directivos del Servicio

La Comisión Directiva⁸⁰ mas allá de conformarse a los fines legales, tiene presencia institucional haciendo efectiva la misma a través de la participación de algunos de sus miembros. Ellos son quienes, en forma permanente, mantienen contacto con los directivos tanto a través de canales formales (notas, reuniones establecidas, actas, etc.) como informales (llamados telefónicos o encuentros no planificados).

La información entre estos actores “sube” y “baja”, es ascendente y descendente. Mantienen esporádicamente comunicación con algunos miembros del equipo profesional, usuarios/ familiares. El tesorero del Consejo Directivo mantiene particularmente contacto con el administrador por temas vinculados al aspecto contable.

Esta dinámica está consolidada y establecida por la estructura convirtiéndose en una dinámica particular, tal como menciona Cohen.⁸¹ La misma presenta algunas dificultades que emergen en forma directa o indirecta en el trabajo de campo y tienen que ver con:

- *Los referentes válidos para la toma de decisiones:* La toma de decisiones es realizada por este Consejo Directivo, y son ellos quienes, en última instancia definen con la información brindada por los directivos⁸² (se podría decir que tienen la “última palabra”) Sin embargo, existe ambivalencia a la hora de definir quien toma las decisiones ya que en ocasiones- se delega esta acción a los directivos argumentado la capacidad profesional. Esto genera algunas confusiones y “ruidos” comunicacionales que afectan la operatividad institucional.
- *Estilo y circuito de comunicación:* En el trabajo de campo se habla de información ascendente (desde los directivos hacia la Comisión) que no vuelve a “bajar” o fluir. Es posible que esto pueda deberse- por un lado- al estilo de conducción del Consejo directivo, a la concepción de la comunicación que poseen o adjudicarse a una cuestión de desconocimiento de los circuitos más eficaces. También podría denotar falta de acuerdos

⁸⁰ Consejo directivo y Comisión directiva son utilizados como sinónimo en esta entidad

⁸¹ Cohen, Ernesto y Rolando, Franco. Gestión social. Cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales. Editores Siglo 21. Naciones unidas, 2005, p.123

⁸² Estos últimos son quienes- con el equipo profesional- analizan todos los temas antes de derivarlos para la consideración de dicha Comisión.

entre todos los actores para definir estos circuitos. Considerando que en este nivel se toman las decisiones, y teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente, se puede decir que es uno de los “nudos” críticos de la gestión, lo cual es visualizado y manifestado por algunos actores claves.

- *El tiempo*: El tiempo para la resolución de conflictos y toma de decisiones es un factor clave. Si bien el tipo de prestación no exige una urgencia habitual en la toma de decisiones- como lo es un servicio de emergencias – y las mismas son consensuadas, cuando se presenta una urgencia se debe tratar de resolver en forma rápida. Si se espera convocar a la comisión, se dilatan demasiado los tiempos, motivo por el cual se conformó un triunvirato conformado por tres miembros del Consejo Directivo, al cual los directivos recurren en estos casos a fin de agilizar los tiempos. Además el tiempo es el recurso escaso por excelencia, lo cual se debe tener en cuenta en todo proceso de asignación de recursos, aunque no esté cuantificado su valor.

Personal administrativo/Directores de servicio

El personal administrativo y los directivos están en permanente contacto. La comunicación es fluida, si bien se constata en el trabajo de campo, que se debe continuar fortaleciendo. Esto ocurre especialmente en relación a la distribución de roles y funciones que en algunos casos suelen superponerse. Este hecho impacta la comunicación y es impactado por ella, lo cual refuerza una vez más la relación/vínculo de todas las categorías analizadas. En este caso- y se constata en el trabajo de campo- cuando no están claramente definidas las funciones y tareas, se producen tensiones en la comunicación. Así mismo la comunicación fluida y clara junto con un espíritu de equipo y construcción colectiva, favorece la determinación de los roles, funciones y esto a su vez mejora la calidad de la prestación.

La comunicación se efectiviza informalmente, vía oral y se está implementando en forma incipiente la comunicación escrita- vía e-mail - para favorecer el registro de algunos aspectos relevantes para la organización. En esta innovación participa conjuntamente el estudio contable que es quien, con los directivos y la tesorera del Consejo, mantienen mayor comunicación con la administración.

La administración, llevada adelante actualmente por una sola persona, tiene su participación en la toma de decisiones. Además, dado que la persona que hoy ocupa este puesto tiene una larga trayectoria en la Organización, su opinión toma un peso relevante en algunos casos y para algunos actores en particular.

Directivos de servicio /equipo profesional

Los directivos (director y subdirector) son a la vez profesionales que coordinan y participan del equipo técnico-profesional. Entre estos actores la comunicación es horizontal⁸³, participativa y también se podría decir que es “circular” (la comunicación es fluida, va y viene en forma permanente). Esta se efectiviza en espacios generados de modo formal (reuniones preestablecidas o convocadas por alguno de los directivos o miembros del equipo), registros escritos (actas, cuadernos de novedades...) etc. También fluye informal o espontáneamente a través de conversaciones telefónicas, correos electrónicos, recomendaciones, orientaciones e

⁸³ La *comunicación horizontal* es aquella que se establece entre miembros de un mismo nivel jerárquico sin presencia de autoridad- en este caso de la Comisión Directiva- Agiliza la estructura organizativa. Es interesante la estructura matricial como forma de organización cuando los directivos son también profesionales en ejercicio dentro de la Institución.

instrucciones permanentes o de “pasillo”. Se fomenta el trabajo en equipo y participativo como valor fundamental, por lo cual en el equipo se plantean las situaciones más importantes y críticas, se resuelven conflictos y se trata de arribar a acuerdos y consensuar, considerando que la última palabra la tiene la Comisión directiva. El equipo profesional es considerado el eje/soporte del servicio, según palabras de los entrevistados.

Directivos/Equipo y Personal de atención directa

La comunicación entre estos actores fluye de modo vertical tendiendo a un estilo participativo, lo cual se hace evidente en la consulta y diálogo permanente además de la generación de espacios de participación común. Como este personal es el que está en permanente vinculación con el usuario, se consideran de suma importancia los reportes que puedan brindar acerca del funcionamiento cotidiano.

En este caso los libros de registro que se implementan para cambios de guardia y novedades diarias, funcionan como instrumentos formales de comunicación

Por lo antes expresado, la comunicación a este nivel es un aspecto de relevancia que debe continuar fortaleciéndose.

Comunicación con los usuarios

La comunicación entre la Comisión Directiva y los usuarios es escasa. Familiares entrevistados mencionan no conocer a los miembros de Comisión Directiva, si bien algunos participan de eventos sociales que organiza el servicio.

No se vislumbra desde este consejo directivo una política clara y fuerte de comunicación con las familias consideradas usuarios indirectos o secundarios de la prestación. De todos modos se observa en el trabajo de campo que los directivos y el equipo técnico son quienes establecen y ejecutan estas políticas de comunicación, por lo cual habría que analizar la conveniencia de fomentar la comunicación de la Comisión con las familias y qué objetivo perseguiría en el contexto organizacional.

Según la opinión de algunos de los actores claves entrevistados, esta debilidad en la comunicación afecta la gestión en varios aspectos, inclusive en el económico-financiero, y existe una expectativa de que este rol sea cubierto en parte por los miembros de Comisión. Un ejemplo que dan sobre el tema es que al fluir escasamente la información hacia las familias o curadores (por ejemplo información sobre los costos del servicio), éstos no efectúan aportes para la cobertura de gastos del residente. Hay casos donde los familiares están en condiciones de hacerlo, complementando la cobertura de la Obra Social, que en algunos casos no es suficiente para cubrir los costos. Igualmente este ejemplo brindado está atravesado por otra debilidad que tiene que ver con el desconocimiento que existe en toda la organización sobre los costos de prestar el servicio.

Como mencionábamos antes, la comunicación de los miembros del equipo con la familia y los directivos es fluida y en ocasiones circular (en los casos donde la familia tiene mayor compromiso o presencia, la información circula en un “ida y vuelta”) En otros casos es unidireccional (la comunicación se establece desde el equipo profesional al familiar sin un feedback habitual). El personal de atención directa se comunica con la familia en forma permanente. Los mismos no están autorizados para comunicar decisiones ya que es una función de los directivos y el equipo. Este punto está aclarado debidamente en el reglamento interno del Servicio.

Es importante destacar, que en el marco del modelo de gestión y abordaje participativo, se genera un espacio formal y sistemático para que los usuarios principales puedan brindar sus opiniones y tomar decisiones acerca de su vida en la casa y de sus procesos personales (participaciones en asambleas, elaboración de reglamentos internos y pautas de convivencia) Este proceso es apoyado por los profesionales del equipo desde una visión vinculada al nuevo paradigma social de la discapacidad y relacionado también con las premisas y orientaciones de la nueva Ley de Salud Mental⁸⁴ a la cual se hará referencia en varias ocasiones durante el presente trabajo.

Comunicación con los asesores contable/legal

Es importante mencionar que en la comunicación que sostiene el estudio contable con el administrador, los directivos y el tesorero de la Comisión Directiva-en ese orden- se hacen evidentes ciertos rasgos que son importantes al momento de analizar la gestión:

Existen contradicciones entre los actores entrevistados respecto a quien inicia la comunicación con el área contable. En lo que indudablemente existe coincidencia, es en el planteo de la falta de fluidez en esta comunicación. En el trabajo de campo se llega a percibir un “supuesto” de que la organización debe “ir”, -tomar la iniciativa en la comunicación-hacia el estudio contable, lo cual está vinculado al criterio del asesor contable respecto a su rol en las organizaciones y con la aceptación del mismo, por parte de la institución. Ambos mantienen visiones “clásicas” acerca del vínculo que deben entablar los contadores con las instituciones, en la cual permanecen como “externos a la misma” y (como mencionan Lavolpe, Capasso y Smolje)⁸⁵ solo se circunscriben a realizar balances y planes operativos parciales, sin estar relacionado directamente a la gestión. Se observa entonces la atomización de la respuesta de la economía frente a las necesidades organizacionales.

La presencia que tenga el contador en estas organizaciones y su enfoque acerca del trabajo con las mismas, es un aspecto importante a considerar en una gestión holística/integral, tema del cual también se hablará al desarrollar la dimensión Gestión económico-financiera.

Respecto a la comunicación con el asesor legal no se recaba demasiada información, solo que es consultado por los directivos y el equipo ante temas puntuales relacionados con la curatela de los residentes o ante temas vinculados a los contratos del recurso humano del servicio. Esto deja ver de algún modo que no existe gestión del riesgo legal⁸⁶.

Comunicación extra institucional

Se mantiene comunicación permanente con otras instituciones u organismos oficiales de manera personal, telefónica, vía mail y de modo más formal, en espacios concertados para tales fines (entrevistas, reuniones, jornadas, encuentros)

Existe un espacio en la ciudad de Santa Fe generado en el año 2009 –llamado “Conocernos para incluir”- del cual participa la Organización. El mismo reúne a todas las instituciones que trabajan vinculadas con la temática de discapacidad de la ciudad de Santa Fe y

⁸⁴ Ley de Salud Mental 26.657 sancionada en el mes de noviembre del año 2010 y promulgada en diciembre de ese mismo año

⁸⁵ Lavolpe, Antonio; Carmelo Capasso y Smolje Alejandro. Presupuestos y Gestión. Editorial La Ley. Bs As. Argentina, 2006.

⁸⁶ Considerando por gestión del riesgo legal una actitud proactiva (y no reactiva) de conocimiento de normativas y reglamentaciones que impactan en la vida diaria de la organización para establecer oportunamente acciones a fin de reducir este riesgo. El mismo debe ser identificado y valorado a través de escalas cualitativas o cuantitativas, controlado por medio de acciones, comunicado y monitoreado periódicamente por los niveles gerenciales correspondientes.

zona de influencia y sus objetivos son: compartir experiencias, fomentar la capacitación de los miembros de las organizaciones y de toda la comunidad, y trabajar la temática de las Obras Sociales, entre otras cosas.

Gestión Económico- Financiera

En el marco de su figura jurídica y de los requerimientos habituales, esta organización confecciona y presenta anualmente el Balance del Ejercicio. También tiene un control de gastos mensuales llevado adelante por el administrador, que se convierte en insumo para la realización del balance anual. Los gastos son registrados de forma manual considerando ingresos y egresos diarios/mensuales. Algunos datos obtenidos reflejan la situación de la Organización:

RUBROS	%
INGRESOS	
Ingresos por servicios (Obras Sociales)	92%
Ingresos por Alquiler de Escuela	3%
Ingresos por Alquiler de Cochera	2%
Cuotas Societarias	1%
Otros	2%
Ingresos Totales	100%
EGRESOS	
Sueldos y cargas Sociales	87%
Gastos fijos, de funcionamiento y capacitación	13%
Egresos Totales	100%

Cuadro de Ingresos y Egresos con cifras porcentuales
Fuente: datos brindados por la Organización correspondientes al Ejercicio 2010

Como se refleja en la tabla anterior, hay cuatro rubros de ingresos de los cuales el más significativo es el del pago de la prestación por parte de las Obras Sociales, le siguen los ingresos procedentes de rentas y otros ingresos no descriptos. A las cuotas societarias les corresponde el menor porcentaje.

Respecto a los gastos, queda claro que las mayores erogaciones son realizadas en el rubro sueldos y cargas sociales. La proporción entre este ítem y los gastos de funcionamiento y capacitación es evidentemente alta, impidiendo el cuidado de la infraestructura y de otros aspectos, que de no ser porque reciben apoyo del estado, no podrían concretarse⁸⁷. No fue posible desarrollar el cuadro a modo de Matriz de Resultado, ya que la organización no posee datos sistematizados y registrados de los costos que conlleva prestar el servicio. Tampoco pudo obtenerse información acerca de la existencia de reservas para inversiones. A falta de evidencias documentadas que pudieran rebatir estos señalamientos, y ante hallazgos realizados en el trabajo de campo, se infieren las siguientes debilidades:

-Ausencia de Presupuesto anual: En consonancia con las debilidades identificadas en la planificación, y considerando que el presupuesto es parte de la misma, se pone de manifiesto la ausencia de un presupuesto anual. En el trabajo de campo al indagar sobre los motivos de esta ausencia, se hace referencia a aspectos vinculados con la priorización de actividades, que, en este contexto se inclinan hacia los aspectos clínicos. Otro de los motivos más recurrentes es la falta

⁸⁷ La ley de cheques que se encuentra vigente en nuestro país, permite que la Subsecretaría de Inclusión para personas con discapacidad financie Proyectos de remodelación edilicia o construcción presentado por las Organizaciones que trabajan en discapacidad.

de identificación de la necesidad de elaborar un presupuesto, lo cual está vinculado, parcialmente, con la debilidad de este tipo de organizaciones en sus aspectos de gestión económico-financiera: se hace hincapié en la dimensión clínica o asistencial, considerándose escasamente los aspectos vinculados a la gestión, que deben ir acompañando la anterior.

Esta escisión de larga data en el ámbito de la salud, sigue presente, aunque parte de los directivos de la institución, comienzan a identificar la necesidad de integrar aspectos vinculados a la gestión, entendiéndolo que esta integralidad permite una mejor adecuación de la prestación del servicio a la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

A su vez- y esto expresa una fortaleza- los directivos de la organización refieren en forma expresa la necesidad de formarse en el ámbito de la gestión, además de identificar la necesidad de capacitación en todo el personal. Esta identificación es un aporte más al proceso que se comienza a transitar, promoviendo la profesionalización, característica que por mucho tiempo estuvo ausente en este tipo de organizaciones.

- Desconocimiento de los costos del servicio: Como se menciona anteriormente, no existe información y documentación concreta y sólida acerca de los costos de funcionamiento, más allá de los estados contables anuales. No hay certeza acerca de si el arancel pagado por las Obras Sociales por persona, llega a cubrir el costo de la prestación. Inclusive no todos los actores entrevistados conocen el valor de las prestaciones vigentes según la Resolución del Ministerio de Salud, basada en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad. Las Obras sociales realizan su propio estudio de costos y efectúan el pago acorde a la categorización que ha obtenido la organización prestadora. Actualmente la institución está categorizada con la Categoría “B” que es la categoría intermedia entre tres (A, B y C), siendo A la categoría más alta.

Vinculando este aspecto con el anterior, sabemos que es necesario conocer y analizar en detalle los costos para poder elaborar información que permita tomar decisiones, controlar la gestión, y reducir costos. La elaboración del presupuesto es casi imposible si no hay un estudio de costos realizado. En este tipo de organizaciones la meta de conocer y analizar los costos tiene que ver con la mejora de los servicios que se prestan.

- Debilidad en el empleo de Tecnología Informática como herramienta para la Gestión:

Como se mencionó anteriormente, los gastos son registrados de forma manual considerando ingresos y egresos diarios/mensuales sin emplear tecnología informática. Más allá de estos registros y algunos vinculados a lo que solicitan las Obras sociales (también realizados en soporte papel) la administración de la organización no posee otra sistematización.

Si bien por muchos años en las entidades vinculadas a la Salud, primó la ausencia de tecnología, actualmente, con los avances ocurridos y siendo un recurso de fácil acceso, es imprescindible hacer uso de ella, considerando que facilitaría la tarea de registro y análisis, además de brindar tantos otros beneficios, permitiendo la producción de conocimientos concretos a partir de la lectura de la información, orientando la toma de decisiones y el desarrollo de las políticas sanitarias. Según refiere Ignacio Katz en su libro “Al gran pueblo argentino salud!, la informática posibilita la lectura de la realidad, la discriminación epidemiológica y la agilidad en la actualización de datos como elementos básicos para la actividad organizacional.

En este caso como otro rasgo distintivo, observamos que la tecnología no se pone al servicio del proceso, si bien se está intentando incorporar paulatinamente el uso de algunos recursos informáticos. Esto nos da la pauta de que podríamos estar en presencia de una etapa de transición.

Los motivos argumentados por algunos actores de la Organización, para no haber adoptado tecnología informática en la gestión, están vinculados en su mayoría a: la resistencia a los cambios, la necesidad de capacitación en informática aplicada a la gestión, falta de conciencia de los beneficios que aporta el registro de la información, el análisis de estadística y la incorporación de algunas herramientas informáticas para la gestión.

- Falta de claridad de conceptos acerca de los puestos de trabajo de administrativo/administrador. Conflicto de roles

Otra debilidad notoria que se hace presente en casi la totalidad de las entrevistas a los actores claves es la “confusión” o conflicto de roles en relación a las tareas administrativas y de administración.(en el marco teórico se clarifican y desarrollan algunos de estos conceptos)

En primer lugar se deja en evidencia que esto ocurre al no existir claridad acerca de las definiciones de la administración⁸⁸(como disciplina) y de las tareas administrativas correspondientes a un nivel más operativo, por otro lado. En el marco de esta confusión tampoco existe pleno conocimiento de las actividades y tareas que implica el *puesto de trabajo de administrador*, que en realidad está siendo ejecutado hoy en base a tareas administrativas que podría realizar un auxiliar.

En consecuencia no se tienen en claro cuáles son las competencias que debe poseer la persona que ocupe esos puestos (tema relevante para la selección y para la capacitación del recurso humano) A su vez, algunos integrantes del Consejo directivo y los directivos del servicio, ejecutan también tareas involucradas con ambos puestos, por lo cual se incrementa la confusión, existiendo superposición de roles y tareas.

- Debilidad en la Política de crecimiento/desarrollo y proyección del Patrimonio

El Crecimiento y el desarrollo (conceptos citados en el marco teórico), son conceptos importantes a la hora de analizar la gestión de esta Organización. Al realizar las entrevistas surge en todos los actores el concepto de “No Lucro” en base a la figura legal de la Organización. Si bien sabemos que las ONG están encuadradas legalmente en una figura que les impide el “lucro”, sabemos también que dicho concepto- en este caso- no se comprende en su totalidad, poniendo un techo al crecimiento de la organización. Se requieren recursos para mantener la infraestructura, renovar el equipamiento y el mobiliario, pagar los sueldos del personal, entre otras cosas.

La visión de muchos de los actores entrevistados refuerza de algún modo esta concepción, marcando techos al crecimiento cuando en realidad la idea del “No lucro” tiene que ver con el destino del superávit, que a diferencia de una empresa, se reinvierte totalmente en la Organización. El mismo debería destinarse a las prestaciones de servicios y a incrementar el patrimonio social, tal como se menciona en la definición de desarrollo del marco teórico.

⁸⁸ Larroca, Héctor. Qué es administración. Las Organizaciones del Futuro. Ediciones Macchi, 1998, p. 5. “La Administración es el proceso de determinar los fines y las políticas, fijar objetivos y la orientación de una Organización o de una de las áreas que la conforman. Tal proceso incluye necesariamente las funciones de diseñar e implementar los planes y programas, de organizar el trabajo, de distribuir y asignar recursos, de conducir al personal e influenciar sobre el mismo, de coordinar el trabajo, de controlar y evaluar los resultados y de adoptar todas las decisiones y efectuar todas las comunicaciones que sea menester, para asegurar cumplir con aquellos fines y aquella política”.

Es notorio como se concibe a la Organización sin fines de lucro como una Organización que resigna- de algún modo- el progreso por el bienestar de los usuarios, cuando la idea de progreso debería estar unida al desarrollo visualizándose en forma integrada. De algún modo las ideas de “no lucro” y desarrollo, se vivencian como antagónicas en la organización.

Queda de manifiesto también, que no se planifica el desarrollo y esto está claramente vinculado a las debilidades mencionadas respecto a la Misión y a la falta de planificación estratégica, entre otras cosas. Los cambios se van analizando y ejecutando sobre la marcha, de manera reactiva.

La mayoría de los actores claves no identifican la importancia de hacer crecer el patrimonio para el desarrollo de la propia organización, y en esta misma línea, manifiestan una escasa visión acerca de la importancia de la captación de fondos.

Uno de los propósitos que tiene cierta vinculación con el crecimiento y desarrollo, mencionada por los actores claves y plasmados desde hace años en los estatutos, es la creación de un nuevo servicio. Sin embargo no se puede tomar como indicador ya que no lo han podido hacer efectivo en todos estos años sumado a que, contradictoriamente han creado previamente otros servicios que han pasado a formar parte luego de la esfera estatal. Este hecho pone en evidencia las dificultades que tiene la organización para crecer, expandirse y desarrollarse. Este intento de escalamiento se enmarca en la taxonomía de *escalamiento funcional* al intentar incorporar un servicio que no se brinda hasta el momento. Las estrategias a implementar para acceder a este nivel de crecimiento merecen otro estudio.

Por otro lado, la compra de un "bien de primera necesidad" como lo es un equipo de refrigeración, es asumido como indicador de crecimiento por los actores de la entidad. Si bien esto mejora el confort de los usuarios: Cuál es el concepto y la expectativa de progreso/ desarrollo en la organización? ¿Cómo es asumido y vivenciado hoy por sus actores? Preguntas que de algún modo estamos presentando en este párrafo y a lo largo del trabajo.

Alberto Ballvé⁸⁹ en su libro sobre Tablero de control se acerca a esta problemática y de un modo muy elocuente e inclusive “gráfico”, pone de relieve el pensamiento actual acerca de la rentabilidad y el “lucro” en esta organización, diciendo:

“Muchas veces me asusto cuando le pregunto a algún accionista cual es el objetivo de la empresa y me responde: la rentabilidad del capital, porque es una Organización con fines de lucro. Me dan ganas de preguntarle: Si fuera una Organización sin fines de lucro, ¿cuál sería el objetivo, no tener rentabilidad?”

Es real que en estas Organizaciones muchas veces pareciera que el objetivo fuera no tener rentabilidad, o al menos no existe conciencia de que la misma es el modo de llegar a ser una organización sustentable y cumplir la misión fijada. Así mismo este autor completa la idea mencionando que en las organizaciones sin fines de lucro el tema económico es clave y es básico, porque no pueden perder dinero y los ingresos y egresos deben estar balanceados continuamente. Si una empresa no tiene rentabilidad o superávit, dice, no puede cumplir con su Misión. Todo esto podría tener su base en el nacimiento de las organizaciones sin fines de lucro, en esa concepción filantrópica histórica (mencionada anteriormente) y en esa especie de mandato social de que las ONG deben estar “buscando” siempre los recursos sobre la urgencia, y solicitando “caridad” (visión asistencialista)

En el cuadro de Ingresos y Egresos quedó de manifiesto que el mayor ingreso proviene del pago de servicios a través de las obras sociales. Algunos actores mencionan que esta fuente de ingresos (si bien conlleva un arduo trabajo administrativo y largas esperas para que se haga

⁸⁹ Ballvé, Alberto. Tablero de Control. Organizando información para crear valor. Ediciones Macchi, 2000, p.26

efectivo el cobro), genera cierta “tranquilidad”, “confianza” y “quietud”, favoreciendo la ausencia de nuevas ideas, estrategias y políticas para el desarrollo.

También queda al descubierto que no hay una política de captación de socios ya que el menor porcentaje de ingresos es el correspondiente a los aportes societarios.

Considerando los datos del cuadro de Ingresos-Egresos y el Patrimonio con que cuenta la organización, se deberían plantear estrategias, políticas para el desarrollo y la sustentabilidad de la organización y también una política de captación de fondos (Foundriser)

MATRIZ DE ANALISIS FODA ORGANIZACIÓN “A”	
FACTORES INTERNOS	FACTORES EXTERNOS
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Trayectoria y reconocimiento del Organismo en la comunidad • Ser un servicio demandado por parte de la población • Valores organizacionales • Localización edilicia estratégica • Planta física adecuada para el servicio que se presta • Estilo participativo en la gestión y abordajes del usuario • Resultados satisfactorios en el modelo de atención y abordaje al usuario. Calidad del servicio como motor para el desarrollo. • Organigrama en revisión • Presencia de un equipo interdisciplinario seleccionado a través de procedimientos internos • Presencia incipiente de incentivos a la capacitación del recurso humano • Directivos con criterios clínicos definidos y con perfil gestor en formación • Tránsito del antiguo Modelo de atención y gestión a un nuevo Modelo • Asociación estratégica con otras organizaciones de la ciudad y región • Presencia de un Patrimonio Organizacional • Presencia marcada del Consejo Directivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo económico de socios adherentes y de personalidades reconocidas de la ciudad. • Apertura de la Superintendencia de Servicios de Salud a nuevos temas de asesoramiento, vinculados a la temática de la Discapacidad. Por ejemplo: Creación de equipo interdisciplinario en la SSS para asesorar organizaciones. • Instalación de la temática de la Discapacidad en los medios de comunicación y en los ámbitos públicos y privados tanto a nivel nacional como provincial • Programas de financiamiento nacional y provincial para Proyectos Organizacionales vinculados a la temática de Discapacidad • Articulación con organizaciones e instituciones de la comunidad

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Ambigüedad en la Misión. Misión "Diluida", poco clara • Visión poco clara y tácita • Planificación estratégica y operativa incipiente • Ausencia de políticas de crecimiento/desarrollo ,proyección del Patrimonio y captación de fondos • Presencia excesiva del Consejo Directivo • Debilidad en la comunicación a diferentes niveles del organigrama • Debilidad en la distribución de roles, actividades y tareas • Resistencia a los cambios de algunos miembros de la organización • Denominación Organizacional confusa • Escaso empleo de tecnología informática y sistematización de datos • Desconocimiento pleno de los costos que conlleva brindar el servicio • Estilo de administración "reactiva" • Falta de claridad respecto a los Puestos de Trabajo Administrador/administrativo • Ausencia de presupuesto anual 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el rol del APE (Administración de Programas especiales) • Demora en el Pago de las prestaciones por parte de las obras sociales • Desconocimiento de las prestaciones vinculadas a la discapacidad, por parte de algunas Obras sociales, que impacta negativamente a la hora de evaluar el reconocimiento de la cobertura • Inflación creciente en el país que afecta los costos de funcionamiento • Políticas del Estado que en ocasiones no acompañan la gestión meso /micro y no se adaptan a las necesidades de las organizaciones • Incorporación de prestaciones sin contar con el recurso financiero correspondiente • Contradicciones entre organismos nacionales y provinciales en tema vinculados a la categorización, acreditación y apoyo financiero

2. Organización “B”

2.1 Descripción/caracterización de la Organización

Historia y Propósito

Esta Organización se constituye como Asociación Civil el día 4 de mayo del año 2000 en la jurisdicción de la Ciudad de Santa Fe. La Comisión Directiva es el órgano encargado de dirigir y administrar la organización según refiere el Estatuto.

Son sus propósitos acorde a los estatutos:

1-Propender a la enseñanza, formación y capacitación en rehabilitación a través de cursos, congresos, seminarios, talleres, becas y pasantías.

2-La rehabilitación psicosocial de personas jóvenes y adultas que presenten enfermedades ya sea del área de psiquiatría derivadas de problemas físicos u otros problemas psicosociales que de alguna forma afecte su desempeño.

Durante los primeros años realizaron gestiones ante el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe para obtener la habilitación como “Centro de Rehabilitación Psicosocial”, ya que al ser una Institución única en su perfil en Santa Fe y Argentina no se encuentra contenida en el Marco Básico de Prestaciones para Discapacidad (Resol.1328/2006) Si bien obtuvieron dicha habilitación por parte del Ministerio de Salud de la Provincia, las Obras Sociales encuentran dificultades para encuadrar la prestación, por lo cual algunas Organizaciones

financiadoras han homologado esta entidad a la prestación de “Centro de Día” con Jornada simple y doble Categoría “C” (es la categoría más baja) para poder financiarla, sin exigir que se constituyan como tal. No ocurre lo mismo con otras Obras sociales que manifiestan dificultades en financiar este tipo de prestación, lo cual pone en evidencia lo expresado en la introducción y que es la dificultad que existe desde la normativa y por lo tanto del estado, para acompañar las iniciativas de las organizaciones que realmente brindan una prestación necesaria en el ámbito de la Salud Mental.

En la bibliografía contemporánea la modalidad de “Hospital de Día” está ligada a un nuevo concepto en materia de Rehabilitación, que promueve la externación y evita en muchos casos, las recaídas con la consecuente internación, o reduciendo el número o el tiempo de las mismas. Esto también está en consonancia con lo que plantea la OMS acerca de los Servicios de Rehabilitación basados en la comunidad.⁹⁰

2.2 Caracterización de la Población

A este Centro, y según dicta el estatuto de la organización, asisten personas jóvenes y adultas de entre 15 y 70 años de edad, con enfermedades mentales crónicas que, en base a un proceso de Rehabilitación Psicosocial-entendido este como proceso que tiene como objeto ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas o trastornos psicosociales-puedan reintegrarse a la comunidad y mejorar de este modo su funcionamiento psicosocial de modo que puedan mantenerse en su entorno familiar y social en condiciones lo más autónomas posibles. Actualmente asisten alrededor de ochenta (80) personas bajo diferentes modalidades y programas: Centro de Rehabilitación Psicosocial Jornada matutina, Jornada vespertina y Programa dirigido a jóvenes, que es independiente del Centro y funciona por la tarde”.

Los servicios brindados están relacionados con la Salud y son servicios terapéuticos organizados en una dinámica institucional que gira alrededor de una rutina de programas o instancias ocupacionales, que tienen como objetivo último la reinserción social y la mejora de la calidad de vida de las personas.

La intervención para lograr los propósitos de la organización se realiza en diferentes etapas según dicta el Estatuto: Evaluación funcional, Plan de rehabilitación, Implementación del Plan individualizado de rehabilitación, Entrenamiento específico, Evaluación e intervención ambiental, Seguimiento y monitoreo, apoyo a los usuarios en los diferentes contextos de su vida real.

2.3 Recursos Físicos y Financieros

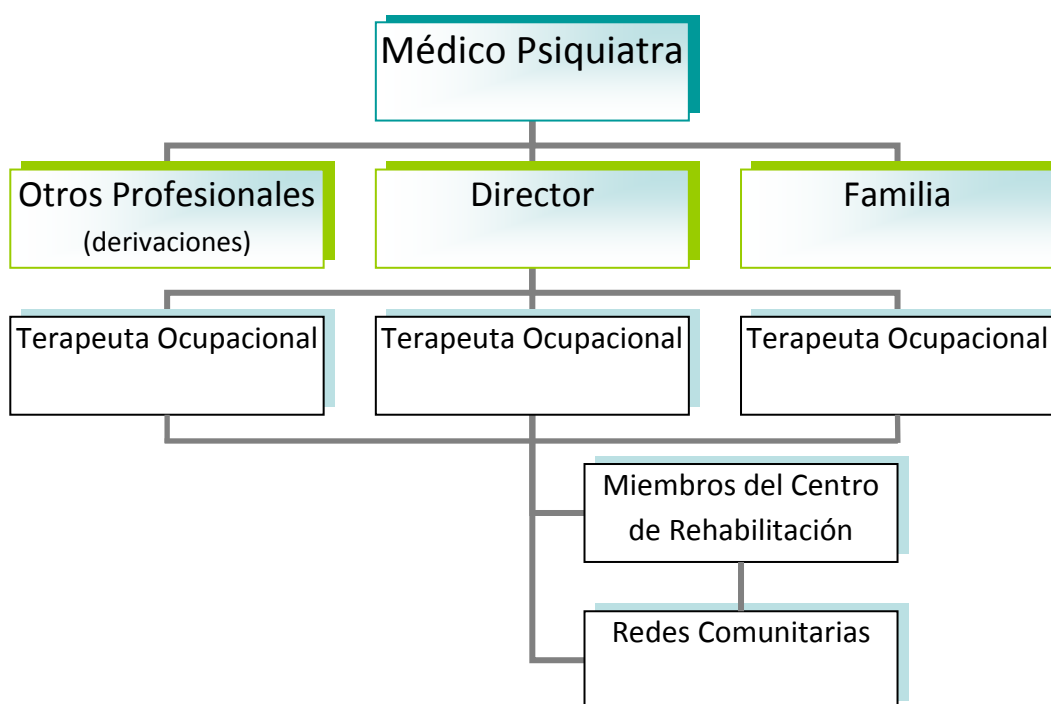
⁹⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS) Primer foro mundial sobre servicios de rehabilitación psicosocial basados en la comunidad. Ginebra, **2005**: “Estos servicios de rehabilitación representan una alternativa a los hospitales psiquiátricos y tienen por objetivo proporcionar a las personas con trastornos mentales graves atención local, en particular farmacoterapia, apoyo psicológico y actividades de rehabilitación. El cambio hacia la rehabilitación basada en la comunidad es el avance más importante para las personas con trastornos mentales graves. La rehabilitación en la comunidad es mucho más rentable, y permite que los pacientes permanezcan en la comunidad con sus familias, amigos y colegas.” El Informe sobre la salud en el mundo 2001- Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas- recomienda que se sustituyan los grandes hospitales psiquiátricos por servicios comunitarios de rehabilitación psicosocial, que permiten prestar una asistencia mejor y más temprana, son más respetuosos con los derechos humanos y pueden ayudar a limitar la estigmatización que supone el tratamiento de los trastornos mentales. No obstante, a medida que se reducen las camas hospitalarias hay que mejorar la calidad de los servicios en la comunidad. En caso contrario se corre el riesgo de sobrecargar a las familias, aumentar los problemas médicos y el número de personas sin hogar.

Son patrimonio de la Organización de acuerdo a los Estatutos, los derechos de matrícula y aranceles que abonen los usuarios. Los que perciban por la prestación de servicios profesionales. Las donaciones, herencias, legados y subvenciones. El producto del beneficio de festivales y cualquier otra entrada o ingreso.

Actualmente no cuentan con edificio propio (el que poseen es alquilado) y los únicos bienes que poseen en la actualidad son bienes muebles y equipamiento. Tampoco cuentan en la actualidad con ingresos provenientes de cuotas societarias, ya que han tomado la decisión (por el momento) de no adherir socios a la organización, si bien está prevista la categoría de adherentes en el Estatuto. En su momento se analizó que esta era una forma de “preservar” el grupo fundador, según mencionan. Igualmente no descartan esta idea como forma no solo de captar recursos, sino como modo de mejorar la “visibilidad” organizacional.

Es importante mencionar que a los recursos financieros se suma un ingreso mensual que proviene de la cesión del “uso de las instalaciones” al Programa mencionado anteriormente, que funciona en el turno tarde.

2.4 Recursos Humanos



Fuente: Organigrama facilitado por la Organización denominado por la misma: “Organigrama de trabajo interdisciplinario extra-institucional”

Si bien el organigrama facilitado por la organización no expresa o describe fielmente al equipo gerencial y sus responsabilidades, podemos contrastar este dato con lo expresado en las entrevistas y concluir que la Organización es coordinada por cuatro (4) socios fundadores, uno de los cuales toma, en forma permanente el rol de Director, a fin de distribuir responsabilidades. Se observa en esto una peculiar modalidad de coordinación. Los socios son Terapeutas Ocupacionales que simultáneamente cumplen este rol y llevan adelante el tratamiento de los concurrentes, por lo tanto en una sola persona caben varios roles. Respecto a su situación laboral, los cuatro socios están contratados en relación de dependencia por la Organización.

También cuentan con un plantel de seis (6) Terapeutas Ocupacionales más y un (1) auxiliar, que son profesionales independientes de la Organización en lo que respecta a su situación laboral/contractual.

Incluidos en este plantel hay dos terapeutas que pertenecen a un Programa especial dirigido a adolescentes y jóvenes, que funciona en la misma Organización en contra turno guardando cierta autonomía de la dinámica institucional. Ellos se organizan de manera autónoma en relación al resto del equipo, de tal forma que manejan sus propios ingresos y pagan un monto fijo mensual por el uso de las instalaciones y el “nombre” de la Organización.

Este equipo aborda a las personas/usuarios, en forma interdisciplinaria con los profesionales intervinientes fuera del contexto institucional a lo largo del proceso de rehabilitación, razón por la cual en el organigrama menciona al médico psiquiatra como derivante y a “otros profesionales”.

También cuentan con Profesores de Teatro, Educación Física, Arte, Música, Computación, Relajación y un plantel de Acompañantes Terapéuticos que se van contratando a medida que se requieren para casos puntuales. Estos acompañantes fueron formados por la entidad. Cuentan con un personal de limpieza contratado que es ex –miembro/usuario de la Organización. No poseen personal de mantenimiento ya que estas tareas son realizadas por los concurrentes como actividad terapéutica. Este equipo de profesionales, al igual que los terapeutas y los Asesores (CPN y Abogado), no están registrados en el organigrama.

Si bien tampoco figura en el organigrama en calidad de asesor, se suma la intervención periódica a distancia, de un Terapeuta Ocupacional Chileno, quien realiza la Auditoría clínica-profesional, dado que el Modelo que se aplica en este Centro, fue replicado de la Organización que esta persona dirigía en el país vecino, hace unos años. Este dato es arrojado en las entrevistas realizadas.

La familia figure en el organigrama como parte de la organización y esto tiene que ver con una concepción particular de la Institución, donde se considera a la familia del usuario como parte del equipo. Sin embargo este registro en el organigrama genera confusiones en términos de gestión y denota que se debe ahondar en el conocimiento del organigrama como herramienta de gestión.

Otro dato de interés es que la Comisión directiva no se encuentra registrada en el Organigrama conformando el equipo de gestión.

2.5 Análisis del Caso. Resultados

Misión y Visión

La Misión de esta organización se encuentra claramente planteada en los estatutos⁹¹ y también es manifestada del mismo modo en el discurso de los entrevistados. Está dirigida a una población y problemática específica, y no existen grandes contradicciones en su planteamiento, lo cual se presenta como una evidente fortaleza organizacional. Podría decirse que hay una coherencia entre el planteo y la lectura de los Propósitos/Misión registrados en los estatutos. Respecto al cumplimiento de la misma, si bien algunos actores manifiestan que “falta mucho

⁹¹ 1. Propender a la enseñanza, formación y capacitación en rehabilitación a través de cursos, congresos, seminarios, talleres, becas y pasantías. 2. La rehabilitación psicosocial de personas jóvenes y adultas que presenten enfermedades ya sea del área de psiquiatría derivadas de problemas físicos u otros problemas psicosociales que de alguna forma afecte su desempeño.

para llegar a cumplirla- a veces- por cuestiones ajenas a la Organización”, la Misión se realiza de acuerdo a los propósitos originales.

Es importante mencionar que esta Organización al ser única en su perfil en Santa Fe- e inclusive en Argentina- ha tenido y tiene actualmente problemas para encuadrarse en las normativas vigentes en el ámbito de la Salud, y sin embargo, no han resignado en este contexto, su Misión Original. Esto puede analizarse como ventaja y como desventaja a la vez, o como popularmente se dice, verse como las “dos caras de la misma moneda”. Como ventaja: considerando que no han resignado el proyecto y la misión original para subordinarse a las políticas y normativas existentes, destacando que esta prestación, además de encuadrarse en la órbita de la externalización y seguir la tendencia que marca la OMS en Salud Mental, tuvo importantes resultados en el vecino país de Chile, donde se instaló el primero de estos Centros. Desventaja: porque al no estar encuadrada esta prestación en las normativas nacionales y provinciales, origina problemas de categorización en los organismos correspondientes, además de ofrecer dificultades a la hora del financiamiento por parte de algunas Obras Sociales que no comprenden en su totalidad dicha modalidad prestacional.

Esta disyuntiva se presenta en forma permanente en el mercado de salud y en especial en el de prestaciones para personas con discapacidad o problemas en el ámbito de la Salud Mental, donde las normativas no acompañan totalmente las necesidades y proyectos de las Organizaciones y hasta son contradictorias en los distintos niveles (nacionales, provinciales y municipales). Como se manifestaba anteriormente, este es un nudo crítico hoy en nuestro país y se convierte a la vez en un desafío: La Superintendencia de Servicios de Salud como regulador del sistema a nivel Nacional, los Prestadores y Organismos Financiadores en los niveles Meso, deben transitar el camino de una integración que aún no se ha concretado, y que se presenta en la actualidad como “fragmentación” que impacta en la calidad de atención de los usuarios.

Retomando el tema de la Misión y vinculándola con los valores Organizacionales, se observa que la institución sitúa en primer lugar la formación y capacitación profesional, lo cual da cuenta del valor depositado en la profesionalización del recurso humano como base para el desarrollo del proceso de rehabilitación psicosocial. Este aspecto es difícil de encontrar en las organizaciones, tal como se menciona en la introducción.

Compartiendo este rasgo con la Organización analizada previamente, se percibe en el trabajo de campo el espíritu y valor de la participación, situando al usuario en el centro de la escena, de la Misión de la Organización y en definitiva de su proceso de Rehabilitación.

Con respecto a la visión organizacional, podemos percibir en el trabajo de campo una dificultad en este aspecto, ya que en el discurso de algunos actores, se “lee” la presencia de un “techo” a la visión y al crecimiento, ya que manifiestan que la misma está cumplida. No hay una clara visión a futuro más allá de la visión original o inicial: “Instalarse como un Centro de referencia de la Rehabilitación Psicosocial en la ciudad”. Al mismo tiempo, otros actores manifiestan que “falta recorrer mucho para llegar a ser una Organización conocida en la ciudad de Santa Fe”, y mencionan que los usuarios llegan a la Organización por el “boca a boca” y no por los canales esperados (derivaciones médicas, por ejemplo). En este punto se encuentra una especie de contradicción, más específicamente en la visión de los diferentes actores.

Es importante destacar otro hallazgo: la Misión es muy clara, y está planteada de un modo entendible y concreto, sin embargo no está acompañada de una Planificación estratégica, y tampoco de una Planificación Operativa. Esta última está esbozada-según los actores- en el registro de las rutinas personales y planes individuales de los “miembros” -como denominan en la Organización a los usuarios directos del servicio- pero no existe un registro o sistematización escrita de los Programas brindados, más allá de esta documentación.

Algunos actores argumentan la falta de planificación en la modalidad de trabajo: Los proyectos surgen acorde a las necesidades y demandas de los miembros y no se pre-establecen.

Más allá de lo que expresan los actores ambos criterios pueden coexistir y más aún si se concibe a la planificación como un proceso flexible que se adecua a la realidad cambiante. Esto guarda relación con el denominado principio de continuidad de la planificación.⁹²

Por lo tanto, si bien esta modalidad y este estilo de registro es muy valioso desde la concepción del Proceso de Rehabilitación que se vivencia y promueve desde la institución, es estrictamente necesario el diseño de una planificación estratégica y operativa. La misma no iría en detrimento de lo mencionado en el párrafo anterior y podría, justamente, “contener” y considerar aspectos vinculados a la participación⁹³ y el protagonismo de los usuarios, además de anticipar y proyectar el crecimiento que actualmente se viene desarrollando de manera reactiva en la Organización. Se debe tener en cuenta que el momento actual es un momento crítico/clave en el crecimiento organizacional, ya que hay claros indicadores de esto, como el aumento de matrícula, el cambio de estructura edilicia a un edificio de mayor capacidad, el incremento de la cartera de financiadores, entre otros. Inclusive si tomamos el ciclo de vida de una organización social⁹⁴ tal como lo plantea el autor, podríamos ubicar esta organización en transición de la segunda fase o fase de aprendizaje a la tercer fase o de institucionalización, momento en el que se consolida el modelo que podrá generar la solución para el problema detectado en los inicios (etapa 1) que en este caso está relacionado a la rehabilitación de las personas con problemas de salud mental.

Comunicación-Toma De Decisiones

Generalidades del proceso de Comunicación en la Organización

El Modelo de circulación de la información presenta algunas diferencias en relación al caso anterior, y en parte tienen que ver con la modalidad de prestación y con las diferencias que también presentan en la constitución de sus equipos técnico-profesionales.

En la organización que presta servicios en forma ininterrumpida todos los días del año, los requerimientos- también a nivel comunicacional- son diferentes a las de un servicio que abre sus puertas de lunes a viernes entre ocho (8) y diez (10) horas diarias.

A su vez la singularidad de esta organización reside en que la interdisciplinarietàad no se da al interior de la organización, sino hacia afuera, al articular con los profesionales de cabecera de los usuarios (esto queda plasmado en el organigrama) lo cual le da un “tinte” particular a la comunicación que debe trascender en forma permanente las puertas de la organización. Paradójicamente veremos más adelante que este punto se plantea como debilidad.

En esta institución conviven también aspectos verticales, horizontales, circulares, participativos y unilaterales de la comunicación. Compartiendo este rasgo con el caso anterior, las características particulares de los usuarios demandan que la comunicación hacia ellos y en relación a ellos sea clara, concreta y “accesible”, lo que está en plena consonancia con la nueva Ley de Salud Mental No 26.657 sancionada en el mes de noviembre del año 2010 y promulgada en diciembre de ese mismo año, a la cual se hará referencia a continuación.

La comunicación escrita, la sistematización y los registros institucionales son un aspecto fundamental de la comunicación en el marco de la gestión, dado que se convierte en insumo

⁹² Mocciano Osvaldo. Presupuesto Integrado. Ediciones Macchi, 1997, Cap.I, p. 10

⁹³ Mocciano Osvaldo. Presupuesto Integrado. Ediciones Macchi, 1997, Cap.I, p 10.: El autor menciona también aquí el principio de participación, donde el proceso es el producto más importante de la planificación integral.

⁹⁴McKinsey & Company-Ashoka. Emprendimientos Sociales Sostenibles. Cómo elaborar un Plan de Negocios para organizaciones sociales. Sao Paulo. Editorial Peirópolis, 2004

fundamental para la toma de decisiones y la planificación. Entendida de este modo la comunicación, pero sin dejar de considerar la riqueza y el valor de la comunicación verbal, gestual e informal en la organización, se observa que en la misma existen algunos “vacíos” al respecto, más aún si se considera que la Institución se encuentra en una etapa de crecimiento. Los únicos registros existentes (según se menciona en el trabajo de campo), son los concernientes a cada proceso personal de los miembros/usuarios (legajos), la rutina diaria organizacional, y un cuaderno de comunicaciones que circula entre los turnos matutino y vespertino.

Queda claro que en la Organización se da lugar a la comunicación informal con mayor frecuencia, modalidad que es valorada por algunos de los actores. Sin embargo también expresan que son conscientes de que están inmersos en una rutina organizacional, que en ocasiones no contribuye a que la información se produzca en contextos adecuados de formalidad y privacidad- aspecto con el cual se debe ser muy prudente cuando se trabaja con esta población- por lo que este aspecto es evaluado por los entrevistados como una debilidad.

A continuación se analizan algunos aspectos puntuales de la comunicación intra-institucional y extra-institucional de la Organización:

Comisión Directiva/ Socios/Directivo

La Comisión Directiva al constituirse con fines exclusivamente legales, con el objetivo de favorecer la constitución de la Asociación Civil y obtener la personería jurídica, no tiene una presencia marcada en la gestión de la Organización, si bien en los estatutos menciona que la misma es el órgano encargado de dirigir y administrar. Esto se ve reflejado en el organigrama donde dicha Comisión no se encuentra registrada. En la realidad, este órgano, respalda y posibilita el funcionamiento de la Organización, y sesiona cuando lo dictan los estatutos, pero no participa directamente en la toma de decisiones, excepto en los casos donde los socios detectan una necesidad específica y consultan a sus miembros.

Dicha comisión está conformada por familiares y amigos de los socios fundadores, lo cual no es un dato menor, ya que los vínculos-entre otros factores- determinan el tipo de comunicación que se establece.

La comunicación se efectiviza en momentos concretos y por temas puntuales, y en general se inicia desde los socios fundadores de la Organización y fluye hacia los miembros de Comisión acorde a la temática. En el trabajo de campo los actores claves no expresan la necesidad de que esta comunicación y participación se efectúe de forma diferente, acorde a los propósitos de la organización.

Este fenómeno se reproduce en numerosas organizaciones que, a la hora de definir su marco legal y en el contexto de esta realidad fragmentada que mencionábamos anteriormente, constituyen este órgano a los fines legales y para dar solución a su demanda, otorgándoles escasa participación y relevancia en el transitar cotidiano. Sin ánimo de juzgar este hecho, es una realidad que encuentra sus diferentes facetas en las diversas organizaciones. La contracara de esto la presentan las Comisiones Directivas que tienen gran participación en la vida organizacional, y que cotidianamente dirigen, gestionan, administran y toman decisiones, convirtiéndose en facilitadores u obstaculizadores de la gestión.

Respecto a la toma de decisiones, si bien los cuatro socios fundadores conforman una especie de “cuerpo directivo”⁹⁵, una de las cuatro personas asume el rol específico de la

⁹⁵ Los actores mencionan que al inicio ejercían una especie de dirección colegiada entre los cuatro socios, pero identificaron que una dirección tan horizontal y compartida generaba confusiones por lo cual debieron elegir una

dirección, convirtiéndose en el referente intra y extra-institucional. Si bien la toma de decisiones se trabaja grupalmente entre los socios y se realiza en espacios formales constituidos para tal fin, las decisiones pasan en su mayor parte por esta figura. A estos espacios se suma la comunicación informal que se produce en forma permanente.

Directivo /socios/ equipo profesional

La comunicación es cotidiana, con una modalidad horizontal y circular, dado que fluye entre los socios y el equipo en forma permanente y se produce en un nivel de “pares”. Toma carácter informal en casos donde, como parte de la rutina organizacional, se dan las llamadas “comunicaciones de pasillo”, momento en que se intercambian temas terapéuticos, económicos u organizacionales.

Como parte de la comunicación formal y escrita se lleva un cuaderno de comunicaciones y novedades entre los grupos de profesionales que trabajan en los diferentes turnos (matutino y vespertino)

En ocasiones donde la toma de decisiones involucra aspectos clínicos o de gestión de un tenor más substancial, la comunicación se produce de manera formal y sistemática. Para ello instauraron las denominadas “reuniones clínicas” semanales, que son el espacio formal instituido para analizar los distintos procesos de los miembros/usuarios y establecer criterios de trabajo en el aspecto clínico. Estas reuniones se dan en forma dividida entre el equipo del turno mañana y turno tarde. El directivo asiste y participa de ambas reuniones en la medida de lo posible. Se hace referencia a que hubo intentos por sostener un espacio de reunión compartida con la totalidad del equipo de ambos turnos, pero no pudo continuarse por problemas de disponibilidad horaria.

Hace poco tiempo, los socios detectaron la necesidad de constituir un espacio para tratar aspectos exclusivamente de gestión organizacional y administración, por lo cual se generó una reunión semanal de exclusiva participación de los mismos, para el tratamiento de estos temas. Sin embargo, este espacio no es privativo de los socios, y cuando hay cuestiones que involucran a otros actores, se suman al mismo.

Si bien esta modalidad de reuniones donde se “separan las temáticas” podría fomentar una especie de escisión entre los aspectos clínicos y de gestión, es cierto también que es un espacio nuevo y es importante que hayan detectado que requerían del mismo para trabajar sobre la gestión. Además actualmente en la organización, mencionan que está dando sus resultados a nivel operativo y -como parte del proceso- es de esperar que luego se vayan integrando ambos enfoques.

Comunicación con los usuarios

La comunicación con los usuarios es un punto fundamental en esta Organización dado que su enfoque - sin profundizar en el “Modelo” que aplican,⁹⁶ prioriza la participación y el protagonismo de las personas en su proceso de recuperación.

Esta concepción está vinculada al análisis que realizan Toboso Martín y Ripollies, que entre otras cosas dice: “Puesto que los individuos no son meros depositarios de bienestar, persiguen también objetivos de agencia más amplios, dado que como agentes racionales pueden

figura representativa que tome el rol de director. Mencionan también que esta dirección tiende más a la clínica que a la gestión

⁹⁶ Kielhofner, Gary, DrPH, Occupational Therapy R, FAOTA. Creador del Modelo de Ocupación Humana. Professor and Head Department of Occupational Therapy. University of Illinois at Chicago. EEUU, 1985.

juzgar qué tiene valor aparte de su propio bienestar, fijar objetivos al respecto y esforzarse por alcanzarlos”⁹⁷. En este contexto, el equipo de trabajo se ocupa en forma permanente de que esta “elección” y este “fijar objetivos”, esté presente en todos los ambientes e instancias de la Organización, más allá de espacios formales constituidos para promover el diálogo y la toma de decisión de los miembros/usuarios.

Históricamente suele asociarse la discapacidad mental o los problemas de las personas en el área de salud mental, con la falta de capacidad para el ejercicio de la libertad, la toma de decisión y la autonomía. En este ámbito se promueve el ejercicio de estas acciones, prestando apoyo en diferentes grados o niveles, según cada persona lo requiera.

Los espacios formales para el ejercicio de esta participación en la organización, lo constituyen las denominadas consejerías individuales (espacios de entrevista programada en función de los procesos personales) y otros espacios grupales. Las asambleas generales se realizan cuando, por la presencia de algún tema de relevancia y de interés común, son convocadas por los mismos usuarios, promoviendo el diálogo, la expresión y la toma de decisión. Además cotidiana e informalmente (como parte de la rutina de la Organización) se producen espacios de intercambio. Al entrevistar a un usuario, él mismo manifiesta sentirse libre para expresarse y comunicar lo que desea en todos los espacios promovidos en la organización. A su vez deja entrever en su manifestación, el apoyo que recibe para lograr mayor autonomía como parte de su proceso.

En relación a esta categoría analizada, no se puede omitir la mención a la Ley de Salud Mental N° 26.657 “Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias”, sancionada en Noviembre de 2010, que deroga la Ley 22914 del año 1983. La misma en su capítulo IV, Artículo 7, menciona entre otros, el derecho de las personas de poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades, recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación. También menciona el derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

Se hace visible en el trabajo de campo, que todos estos aspectos son considerados en la organización, y promovidos tanto desde espacios formales como informales, tal como se menciona anteriormente. Así mismo la comunicación con la familia (considerada usuario secundario de la prestación) se establece en forma permanente de manera formal e informal por medio de consejerías familiares, o a través de la vía telefónica. Esta comunicación se establece a los fines de compartir con ellos el avance del proceso de su familiar, manifestar las expectativas que se tiene de su participación en dicho proceso de rehabilitación, y a fin de establecer objetivos comunes que favorezcan el proceso.

La comunicación-en ocasiones-se establece desde la Organización hacia la familia y en otros casos los familiares son quienes solicitan y demandan orientación y apoyo. Vinculado a este último aspecto, algunos de los actores entrevistados identifican que fortalecer la comunicación con los familiares es un objetivo actual para la organización.

Es importante destacar que como medio de comunicación con la familia y también como modo de evaluar calidad, la organización instrumentó años anteriores, un formulario con preguntas que se brindaban al momento del alta del usuario. Los resultados, según mencionan los actores en el trabajo de campo, fueron muy positivos, gratificantes y constructivos, sin embargo no se pudo sostener su implementación en el tiempo. Analizan que el motivo es el egreso tan progresivo/gradual, que no posibilita identificar el momento adecuado para la implementación.

⁹⁷ Toboso, Martín Mario y Ripollies, Soledad. La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. Revista Iberoamericana de filosofía, política y humanidades.: Araucaria, No 20. Madrid, 2008.

Comunicación de los socios con los asesores contable/legal

El asesor contable mantiene una comunicación fluida con los socios y el directivo de la organización, además de tener “presencia” en la misma cuando se lo requiere. Asiste a algunas reuniones formales con las socias además de asesorar y responder consultas en forma permanente. También es quien elabora el balance anual.

En el trabajo de campo se hace notoria la visión y el enfoque más integral de este profesional en relación a lo que suele ocurrir en las organizaciones de este tipo y en contraposición con lo hallado en el caso anterior, donde -entre los aspectos clínicos y de gestión - la brecha es mayor sin avizorar indicadores de integración. En esta organización se identifica una movilización que se está dando en torno a ciertos cambios de modelo de gestión.

Así mismo la comunicación se inicia tanto desde este profesional como desde la organización, siendo una constante que las ONG deben “ir hacia” los asesores por lo general. (Tema observado en forma recurrente en la práctica profesional)

Lo que se menciona anteriormente también encuentra sustento en palabras de Héctor Ostengo⁹⁸, quien realiza un planteo muy interesante del cambio del rol del profesional de ciencias económicas en el marco de las “externalidades”: “Durante muchos años se puso énfasis en la función del contador público como una cuestión externa a la organización a quien le prestaba sus servicios profesionales... se puso especial acento en su independencia respecto a los propietarios y/o administradores de la organización. Lo mismo pasó con otros servicios donde el contador actúa fuera de la línea de la estructura organizacional o directamente fuera de la organización. Las nuevas funciones encuentran al contador público trabajando dentro de la organización y comprometido con su misión, plan estratégico, objetivos...etc. Esta actitud de compromiso lo hace partícipe fundamentalmente del proceso decisorio y de control, transformándose en el administrador del sistema integrado de información, el que trabajará de forma estrecha con el administrador de la organización...”

Comunicación extra-institucional

Una particularidad de esta Organización es que no posee un equipo conformado por diferentes profesionales, ya que abordan clínicamente la rehabilitación psicosocial ocupacional, interactuando con los médicos y profesionales de cabecera de cada miembro/usuario, respetando el tratamiento que la persona viene realizando como parte de un proceso histórico. Por este motivo, la comunicación extra-institucional es un punto “crucial”.

Este aspecto se vincula también con la “visión” institucional, y como mencionábamos anteriormente, las derivaciones se producen mayormente por el método “boca a boca”, ya que la Organización aún no se ha instalado en la localidad y la región como un Centro de referencia y se encuentra transitando este proceso. Sumando a esto en el ámbito médico -que es el encargado de efectuar las derivaciones- existe aún un gran desconocimiento de los beneficios de este tipo de procesos. La mayoría de las veces es el equipo de trabajo de la organización quien “va hacia” los demás profesionales iniciando la comunicación, si bien manifiestan que fueron buscando diferentes modalidades para acercar a las personas a la institución, a fin de lograr una comunicación más fluida. En general existe poca apertura para el trabajo en equipo. Sin embargo con algunos de los profesionales de cabecera de los miembros/usuarios está muy fortalecida la relación y se van evidenciando cambios.

⁹⁸ Ostengo, Héctor. Control de Gestión. Guía para graduados profesionales. Desde el sistema integrado de información y hacia el cuadro de mando integral. Editorial Osmar D. Buyatti,. Argentina, 2006.

La comunicación con otras Organizaciones que trabajan la temática es permanente y se efectiviza de modo informal y formal. Los medios utilizados son el teléfono, correo electrónico e informes escritos que se envían en la medida que se requieran.

Respecto a la participación de la organización en el grupo “Conocernos para incluir” (espacio constituido en la ciudad de Santa Fe para nuclear todas las organizaciones que comparten la temática) es ocasional. La reflexión que realiza uno de los actores en este sentido es que, por un lado no se sienten identificados en su totalidad con las organizaciones que hoy están participando de este espacio y las temáticas que tratan, y por otro lado porque el funcionamiento de la Organización insume tanto tiempo que priorizan otras actividades.

A su vez los evalúan que la comunicación extra institucional es incipiente ya que necesitaron atravesar un proceso de fortalecimiento interno en primer lugar. Actualmente se encuentran en una revisión del proceso terapéutico tendiente a fortalecer la integración comunitaria, lo cual los obliga a trabajar más este aspecto de la comunicación. En este contexto trabajan por sostener las relaciones que han forjado con otros organismos: la Universidad Nacional del Litoral, escuelas, Municipalidad de la ciudad de Santa Fe, y otros espacios locales vinculados a la cultura y la salud.

Se encuentran incorporados en un Proyecto de intercambio con un Colegio Secundario de la Ciudad de Santa Fe. Los alumnos del último año de dicho colegio, eligieron la Organización para realizar un Proyecto de Trabajo Comunitario y realizaron, en primer lugar, una detección de necesidades, identificando la debilidad en la comunicación extra institucional y la visión. En segundo lugar diseñaron un proyecto dirigido a solucionar esta problemática que incluye trabajar en la elaboración de página web, un blog, y folletería a fin de dar a conocer la organización utilizando un lenguaje claro para la población.

Gestión Económico- Financiera

En el marco de su figura jurídico/legal y de los requerimientos habituales, esta organización confecciona y presenta anualmente el Balance, realizado por el asesor contable. También se lleva un control de gastos realizado por uno de los socios y una de las personas que se encuentra en proceso de rehabilitación cuyo perfil es administrativo/contable. El mismo es semanal y se realiza manualmente lo que se convierte en insumo para la realización del balance anual.

Algunos datos obtenidos que reflejan la situación de la Organización:

RUBROS	%
INGRESOS	
Ingresos por servicios	100%
Ingresos Totales	100%
EGRESOS	
Sueldos y cargas Sociales	33,60 %
Programas	3,22%
Amortizaciones	0,51%
Gastos de funcionamiento	14,15 %
Mantenimiento Inmuebles	42,52 %
Alquileres	6,00%
Egresos Totales	100%

Cuadro de Ingresos y Egresos con cifras porcentuales

Fuente: datos brindados por la Organización correspondientes al Ejercicio 2010

En el cuadro anterior, los ingresos no se encuentran discriminados, sin embargo, en el trabajo de campo se mencionan diversas fuentes de ingreso (Proyecto para jóvenes, cursos de capacitación, etc.) que es importante considerar.

En las entrevistas pudo confirmarse que no existen hasta el momento aportes societarios por decisión de los socios fundadores, quienes por el momento, prefieren no adherir asociados ya que esto implicaría sumar mayor cantidad de personas y cierta complejidad en el proceso de toma de decisiones.

Dada la forma de registro de los datos brindados, no puede concluirse en cuáles son los rubros más significativos de ingresos, pero puede deducirse por las entrevistas sostenidas, que el rubro que genera mayores ingresos es el de servicios, a través de las Obras sociales y financiamientos particulares que realizan los miembros.

En relación al financiamiento de Obras sociales, el Instituto Autárquico Provincial de seguro social y algunas Cajas Profesionales, son quienes financian mayormente esta prestación.

Respecto a los gastos, en comparación con el caso anterior se observan diferencias significativas y una mayor distribución del gasto en diferentes rubros. Una de esas diferencias está dada porque el rubro de mayor gasto es el de “mantenimiento de inmueble” y no los “sueldos y cargas sociales” (que le siguen con un porcentaje también alto en relación a los demás rubros). Esto podría estar vinculado a la refacción del nuevo edificio que hoy ocupan. A su vez el porcentaje correspondiente a alquileres es bajo ya que llegaron a un acuerdo con el propietario del inmueble para no pagar alquiler por varios meses (no se pudo conocer la cantidad exacta) considerando la gran inversión realizada en las reformas edilicias.

Queda reflejado claramente que en tercer lugar se ubican los gastos de funcionamiento, que representan un porcentaje casi similar al del caso anterior, en relación al 100%. Los rubros Alquileres, Programas (gastos particulares que demanda cada taller de actividades: cocina, carpintería etc.) y Amortizaciones ocupan en ese orden de prioridad el último lugar.

En este caso tampoco fue posible desarrollar el cuadro a modo de Matriz de Resultado, ya que no se pudieron obtener datos sistematizados de los costos en forma pormenorizada.

A falta de evidencias documentadas que pudieran rebatir este señalamiento, y ante hallazgos realizados en el trabajo de campo, se deducen las siguientes debilidades:

-Ausencia de Presupuesto anual: En el marco de las debilidades identificadas en la planificación, se evidencia la ausencia de un presupuesto anual. Del mismo modo que en el caso anterior, se observa que en la Organización se pone mayor énfasis en los aspectos clínicos-- inclusive desde los puestos/roles más vinculados a la Gestión- lo que conlleva una priorización de actividades que a veces acaba por desplazar a un segundo lugar las acciones relacionadas con la Planificación: siempre el tiempo es escaso para planificar o sistematizar frente a las “urgencias cotidianas” y en especial las vinculadas específicamente al área clínica. Tal es así que en las entrevistas se puede “palpar” una “tensión” permanente entre los ámbitos de la gestión y clínicos y una vivencia disociada de ambos aspectos que hasta trae aparejada- en ocasiones – cierta confusión de roles. Como se mencionó en el caso anterior, este hallazgo (escisión de los aspectos clínicos y de Gestión) se reproduce en muchas de las organizaciones de salud desde hace mucho tiempo. A pesar de ser más complejas de administrar, paradójicamente se observa que gran parte de las organizaciones de este tipo no conoce o no dominan algunas herramientas de administración y gerencia ya consagradas en el sector privado, tal como menciona Mc Kinsey & Company.⁹⁹

⁹⁹ McKinsey & Company-Ashoka. Emprendimientos Sociales Sostenibles. Cómo elaborar un Plan de Negocios para organizaciones sociales. Sao Paulo. Editorial Peirópolis, 2004.

En el trabajo de campo al indagar sobre los motivos de esta ausencia, se hace referencia a algunos aspectos que refuerzan los resultados mencionados en el artículo “The top traps of budgeting”¹⁰⁰ donde se mencionan las “quejas” más frecuentes ante el tema del Presupuesto y que concuerdan con las respuestas respecto a la falta de planificación. Es curioso que coincidan las “quejas” que presentan en EEUU con las nuestras:

- Insume mucho tiempo
- No se identifica la necesidad de realizarlo
- No hay una incorporación del concepto de “Presupuesto” en el personal involucrado con estas actividades
- No hay quien lo realice.
- No se cree que agregue valor a la organización

De todos estos motivos, el más recurrente en el trabajo de campo es el segundo punto en ambas organizaciones (no se identifica la necesidad de realizarlo).

Sin embargo y más allá de lo anteriormente expresado, quien realiza el asesoramiento contable y de administración en la organización -al tener una mirada integral- está concientizando gradualmente a los socios para dar un salto en las cuestiones vinculadas a la gestión, y la elaboración del presupuesto es uno de los temas que prioriza. El haber incorporado (por ejemplo) un espacio de reunión entre los socios para tratar los aspectos de gestión demuestra una tendencia al cambio, si bien aún se debe fortalecer e integrar al aspecto clínico.

Como mencionamos en el caso anterior, esta integralidad permite una mejor adecuación de la prestación del servicio a la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

-Desconocimiento de los costos del servicio: Como se menciona anteriormente, no existe un conocimiento acabado y profundo de los diferentes tipos de costos que conlleva prestar el servicio, por parte de todas las personas vinculadas a la gestión, si bien se registran en el balance anual, no son analizados e incorporados en una planificación.

Como se señaló en el caso anterior es fundamental conocer y analizar en detalle los costos para poder elaborar información que permita tomar decisiones, controlar la gestión, y reducir costos para mejorar los servicios que se prestan.

- Debilidad en el empleo de Tecnología Informática como herramienta para la Gestión:

En esta Organización se emplea tecnología informática básica para la gestión. Se llevan libros de gastos diarios, caja chica y otros registros utilizando programas como Word o Excel. Específicamente los libros de caja se realizan manualmente. Según los actores claves entrevistados dichos libros podrían estar informatizados, lo cual optimizaría la utilización del tiempo en algunos procesos, pero actualmente no poseen los programas específicos. Aceptan que este hecho conduce a que no estén al día con la documentación que deben presentar ante los organismos estatales, para legitimar procesos de habilitación y categorización. Así mismo la documentación vinculada a los usuarios (legajos)¹⁰¹ no se encuentra totalmente informatizada sino que se encuentra mayormente en soporte papel.

Más allá de estos registros mencionados, la Organización no posee otro tipo de sistematización e informatización. Según mencionan en la Institución, los dos motivos

¹⁰⁰ Tad Leahy. The Top Traps of Budgeting. Revista Business Finance. Noviembre 2001. <http://businessfinancemag.com/top-10-traps-budgeting-1101>

¹⁰¹ Los legajos están conformados por documentos vinculados al proceso de admisión, datos personales del usuario y familiar responsable, derivación médica, reglamento interno y un manifiesto de conformidad. Fichas de evaluación. Resumen de evaluación inicial. Informes de evolución (semestral a requerimiento de algunas Obras Sociales y mensuales por requerimiento de otras).

fundamentales por los cuales no adoptan todos los recursos informáticos disponibles en la actualidad para la gestión, están vinculados a los costos de adquirir programas específicos y a que opinan que, utilizar este tipo de programas, restaría una ocupación significativa para los asistentes con perfil administrativo, que hoy realizan estas tareas como parte de sus procesos de rehabilitación. Esta concepción no considera que ambas cosas serían compatibles y beneficiosas para la organización y en definitiva para los usuarios.

Como dicen Pastor Tejedor y Jesús y Navarro Elola, Luis “la información es un activo intangible decisivo a la hora de desempeñar la actividad sanitaria. Por ello, se considera crucial que los centros sanitarios dispongan de tecnología de red interna (Intranet) e Internet, un sistema de gestión de informes clínicos (Work Flow) y un sistema de apoyo a la toma de decisiones. Para gestionar una empresa de esta forma es especialmente importante prestar atención a los sistemas de información disponibles. Éstos han de proporcionar una información relevante (que aporte datos necesarios para cumplir los objetivos), fiable (medida con rigor y objetiva) y previsoras (que sea indicio de lo que pueda suceder en el futuro). La organización que gestione bien su información, mida lo que le interesa realmente y lo mida bien, alcanzará una ventaja competitiva sobre otra organización que tenga más descuidado este aspecto. (Desorden en los registros, discrepancias, Informatización muy parcializada, disensos, etc.)”.¹⁰²

-Ausencia de una figura que cumpla un rol en la administración

En el trabajo de campo queda claro que este es un punto clave de la gestión en donde, si bien se manifiestan tendencias al cambio en la Organización, aún se observa cierta confusión evidenciada en que:

. Este rol es ejercido en forma intuitiva y compartida: el rol más estratégico de la administración es llevado adelante en forma compartida por el directivo y el asesor contable. Hablamos de un modo intuitivo dado que no existe un acuerdo expreso de quién cubrirá ese rol. También se observa al igual que en la organización anterior cierta confusión en la definición del rol y de las competencias que debe reunir quien lo ejerza. A su vez el directivo se define como un director clínico¹⁰³ y manifiesta no tener un área de responsabilidad delimitada respecto a la gestión, lo cual pone nuevamente en evidencia un rasgo de debilidad en la gestión de la organización.

. Existe una rotación permanente en el desempeño de las tareas administrativas. Al querer descentralizarse la administración que estaba a cargo de una sola persona, se genera actualmente cierta “dispersión” respecto a este rol, que es ejercido en forma parcial y simultánea por varias personas (directivo, socios, miembros/usuarios). Igualmente se sigue sosteniendo cierta concentración de tareas en el directivo, que a su vez se define como director clínico. Hay referencias concretas a este tema en el trabajo de campo ya que algunos actores mencionan que continúa siendo una falencia no tener una persona que se encargue del rol de administración “neto”, lo cual no impide que se ofrezca la oportunidad de exploración y ejercicio del rol, a los miembros/usuarios con perfil en esta área, como parte de su proceso de rehabilitación. Uno de los motivos argumentados para prescindir por el momento de este puesto de trabajo es el “gasto” que ocasionaría en el marco de las erogaciones realizadas por la mudanza. Si bien se está pensando dar un paso en este tema desde la organización, se evidencia aún esta visión de “gasto” y aún no se observa como inversión para la mejora del modelo y en definitiva de la calidad de atención. Las tareas inherentes al rol no se distribuyen (según mencionan) de manera consciente o proactiva. Tampoco son registradas y sistematizadas

¹⁰² Tejedor, Pastor y Navarro, Elola. Diseño del cuadro de mando integral para un hospital público desarrollado en base a modelos de excelencia. Tesis de Maestría. España, 2011

¹⁰³ Tensión entre el área clínica y de gestión que en este caso se produce en una misma persona.

- Debilidad en la Política de crecimiento/desarrollo y proyección del Patrimonio

Analizando la historia Institucional, puede verse claramente cómo el crecimiento se fue dando de una manera gradual. Más allá de lo mencionado, una característica a considerar es que el crecimiento no está planificado sino que se va dando de manera intuitiva y reactiva (aspecto relevado en el trabajo de campo). No existe una política de crecimiento sino que se va produciendo por signos que los socios van percibiendo de manera intuitiva.

El crecimiento es importante y está evidenciado en el aumento de matrícula¹⁰⁴, en el cambio de edificio hacia uno de mayor capacidad (expansión en cobertura y tamaño), el crecimiento en número y formación del plantel profesional, el incremento de las obras sociales o prepagas que reconocen y cubren la prestación. (Si bien este punto presenta aún algunos problemas vinculados a la categorización del servicio). Si con escasa planificación del crecimiento se obtuvieron estos logros, es de esperar que consolidando la política, realizando una planificación que incluya expresiones cuantitativas (presupuesto) y afianzando el tema de la recategorización del servicio, sea mucho mayor.

Otro punto de similitud con el caso anterior, es la concepción del “no lucro” en el marco de la figura legal de la organización, que impone ciertos “techos” al crecimiento. Sabemos que la concepción del “lucro” y el cómo se “interpreta” en este tipo de entidades, es crucial para el crecimiento. La diferencia con el caso anterior, es que algunos de los asesores transmiten otra concepción lo cual permite que el tema comience a tratarse desde otra perspectiva: rentabilidad para el crecimiento, según el enfoque de Alberto Ballvé (mencionado anteriormente)

Sumado a estas características que ponen techo al crecimiento, no puede dejar de mencionarse que la organización está inmersa en un sistema que en ocasiones no contribuye a facilitar su misión y su crecimiento. El marco básico que regula las prestaciones para la población con discapacidad y que a su vez es la herramienta con la cual se evalúa las instituciones para categorizarlas, no contiene ningún perfil prestacional similar en el cual este centro pueda “caber”. El PMO (Programa Médico Obligatorio) a su vez considera otras prestaciones vinculadas a la salud mental que no están unificadas con este marco básico. A su vez, en el marco internacional y como vimos en páginas anteriores, la OMS ya en el año 2005 en Ginebra, recomienda la creación de servicios de rehabilitación psicosocial como alternativa de externación y para, no solo mejorar la calidad de atención en salud mental, sino disminuir los costos. Sin embargo, a nivel de la macro gestión no se facilita la existencia de estos centros. Como ya fuera mencionado, hoy esta organización está teniendo numerosos problemas para categorizar y encuadrarse en los perfiles que impone este marco, que por cierto no ha tenido en los últimos años grandes modificaciones que se adecúen a los cambios de paradigma. La solución que dan a este tema muchos financiadores (esto está comprobado empíricamente en la práctica profesional), es resignar el perfil y modificar la población a quien se dirigen los servicios o el modelo de trabajo (con lo cual ya no se estaría respondiendo a la demanda y necesidad de la población de Santa Fe) o declarar un tipo de prestación y ejecutar otra, lo cual pone de manifiesto el facilismo que existe, sugiriendo avalar cuestiones que no son éticas, antes que pensar otro tipo de soluciones que claramente requieren de mayor análisis y compromiso.

¹⁰⁴ En el año 2000 cuando el centro se inicia comenzó con 3 personas. Hoy asisten aproximadamente 80 personas/usuarios

**MATRIZ DE ANALISIS FODA
ORGANIZACIÓN "B"**

FACTORES INTERNOS	FACTORES EXTERNOS
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Misión claramente definida • Ser el único Centro de Rehabilitación Psicosocial en la ciudad y zona de influencia • Ser un servicio demandado por parte de la población • Modelo de rehabilitación en consonancia con las nuevas tendencias mundiales a la externación (rehabilitación basada en la Comunidad) • Valores organizacionales claros y definidos • Localización edilicia estratégica • Planta física adecuada para el servicio que se presta • Estilo participativo de gestión y abordajes del usuario • Resultados satisfactorios en la implementación del modelo de rehabilitación. Calidad del servicio clínico como motor para el desarrollo • Presencia de incentivos a la capacitación del recurso humano expresado en la Misión organizacional • Directivo con criterios clínicos definidos • Crecimiento/Desarrollo organizacional incipiente, evidenciado en claros indicadores (aumento de matrícula, por ej.) <p>Fuerte involucramiento del asesor contable en la gestión/administración organizacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura de la Superintendencia de Servicios de Salud a nuevos temas de asesoramiento, vinculados a la temática de la Discapacidad y la Salud Mental • Derogación de la antigua Ley de Salud Mental y sanción de una nueva ley en el año 2010, que espera próxima reglamentación • Instalación de la temática de la Discapacidad en los medios de comunicación y en los ámbitos públicos y privados tanto a nivel nacional como provincial • Homologación del Perfil Institucional con perfiles de establecimientos presentes en el marco básico, por parte de algunos agentes del seguro de salud ,que posibilita el financiamiento de la prestación • Articulación con organizaciones e instituciones de la comunidad

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de claridad y actualización en la visión • Organigrama poco definido • Resistencia a los cambios por parte de algunos miembros de la organización • Modalidad de Dirección unipersonal con fuerte participación de los socios • La modalidad prestacional no se “ajusta” a las clasificaciones prestacionales vigentes a nivel nacional • Escasa presencia de Comisión Directiva • Ausencia de Planificación estratégica y operativa • Dificultades en la comunicación , fundamentalmente extra institucional • Escaso empleo de tecnología informática y sistematización de datos • Desconocimiento pleno de los costos que conlleva brindar el servicio y de los Aranceles fijados por el Ministerio de Salud en relación a la Administración de Programas especiales • Estilo de administración "reactiva" • Falta de claridad respecto a los Puestos de Trabajo Administrador/administrativo • Ausencia de presupuesto anual • Ausencia de una política de crecimiento y proyección del Patrimonio • Ausencia de socios y de política de captación de fondos. Escasas fuentes de ingreso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el rol del APE (Administración de Programas especiales) • Demora en el Pago de las prestaciones por parte de las obras sociales • Desconocimiento de las prestaciones vinculadas a la discapacidad, por parte de algunas Obras sociales, que impacta negativamente a la hora de evaluar el reconocimiento de la cobertura • Inflación creciente en el país que afecta los costos de funcionamiento • Políticas del Estado que en ocasiones no acompañan la gestión meso /micro y no se adaptan a las necesidades de las organizaciones • Incorporación de prestaciones sin contar con el recurso financiero correspondiente • Contradicciones entre organismos nacionales y provinciales en tema vinculados a la categorización, acreditación y apoyo financiero

CAPITULO V: CONCLUSIONES

En los casos estudiados los procesos organizacionales han ido evolucionando de manera gradual a través del tiempo - desde la óptica del observador externo- , influidos por cambios en las estructuras, las estrategias internas y externas, las demandas del contexto, condicionando el comportamiento de sus integrantes y de sus directivos. Estos cambios han impactado en su orientación hacia los procesos, hacia los equipos, en su forma de relacionarse con los usuarios, con otras organizaciones, en la administración de los recursos y fundamentalmente, han influido en el objeto de estudio de esta investigación que es el Modelo de Gestión.

Como parte de la evolución mencionada, al analizar los datos del trabajo de campo y mirar en su conjunto los aspectos emergentes, se evidencia el inicio de una transición donde comienzan a quebrarse viejas estructuras dando paso a nuevas estructuras aún no consolidadas ni formalizadas. En el marco de esta transición se visualizan diferentes posiciones en los integrantes de las organizaciones: inclinaciones al cambio y capacidad para asumirlo, resistencias, entre otras, que deben tenerse en cuenta a la hora de analizar el proceso de cambio.

Algunos de los actores comienzan a identificar y tomar consciencia del Modelo de Gestión existente, que aunque desdibujado, incompleto, informal e intuitivo es evidente en ciertos aspectos de la vida organizacional y en el uso asistemático de algunas herramientas de gestión. También se observa una incorporación incipiente de conceptos y terminología vinculada a la administración y gestión. Los actores en su mayoría, identifican algunas de sus debilidades y fortalezas (observadas por el investigador y resumidas en las matrices FODA), pero aún no pueden hacerlo en su totalidad, lo cual explica parte de las dificultades existentes para emprender un cambio más profundo.

Cuando se habla de cambio, más allá de aludir al concepto de reconversión mencionado en este trabajo, hablamos de un cambio que respeta los valores fundamentales y la historia de las organizaciones, pero que los capitaliza en este entorno cambiante y móvil, en vistas a mejorar la calidad de su servicio. Es un claro proceso de innovación para este tipo de organizaciones que podemos caratular como “huérfanas” de un modelo de gestión integral, ya que aún no asimilaron o no se apropiaron totalmente de los avances en materia de gestión que han transitado otras organizaciones de salud, tanto del ámbito público como privado.¹⁰⁵

Los hallazgos comunes a ambos casos que respaldan o validan esta conclusión y que manifestaron con mayor fuerza en el trabajo de campo fueron:

- La convivencia de diferentes “enquadres” en una misma organización. En estas organizaciones conviven las características de las empresas familiares, las de las Organizaciones No Gubernamentales y las de Organizaciones de Salud. Esta especie de “coexistencia” que se produce en ambas instituciones, las dota de características particulares (ya citadas cuando se habla de Familiaridad en el Marco teórico), dado que a veces, dicha convivencia no se desarrolla “en armonía” y determina una marcha marcada de algunas tensiones y contradicciones. Este aspecto marca fuertemente la trayectoria y los procesos organizacionales y particularmente el Modelo de gestión “desdibujado” y/o tenue de estas instituciones, lo cual exige a su vez, que las mismas en este trayecto o proceso vayan definiendo una ubicación que promueva una identidad más sólida.
- La presencia de fuertes valores respecto de las personas. El valor por el compromiso “con el otro” en su proceso de mantenimiento y mejora de estado de salud es notorio en estas instituciones y también está vinculado con sus orígenes. La participación del usuario en

¹⁰⁵ Referenciadas en el Estado del Arte

su proceso de rehabilitación y mantenimiento de la salud es una de las premisas fundamentales para cada una de estas organizaciones, si bien se evidencia que en la práctica aun faltan asumir estrategias y acciones para fomentar la participación real en todas las instancias.

- La ausencia de una planificación estratégica y operativa, y en consecuencia la ausencia de presupuestos, que denotan cierto desconocimiento y dificultad para identificar la importancia de desarrollar estos aspectos como parte del Modelo de Gestión. Se enfatiza en la adopción de modelos o paradigmas de “atención clínica”, y se deja de lado la dimensión organizacional, que se visualiza como algo externo que desvía del objetivo central (clínico) Esto fortalece la presencia de un Modelo de Gestión incompleto o desintegrado
- La debilidad en el planteamiento de la Misión y Visión organizacional (vinculado al punto anterior)
- La presencia de organigramas inconclusos o indefinidos. Debilidades en la definición de roles y funciones de los miembros de la organización.
- Dificultades en la comunicación institucional y en los procesos de toma de decisión en los diferentes niveles.
- Las debilidades en el registro de información, la elaboración de estadísticas y la sistematización.
- La ausencia de políticas de crecimiento/escalamiento
- La ausencia de planes de captación de fondos

Contrastando ambos casos se observan también algunas diferencias (si bien las mismas no son sustanciales), lo cual da evidencia de la particularidad de cada entidad, tema a tener en cuenta por los profesionales de la gestión:

- La presencia y el rol de la Comisión Directiva en cada establecimiento es totalmente opuesta y diferente. En una organización está casi ausente y sólo se constituye a los fines legales y en la otra tiene una injerencia tan grande que muchas veces genera confusiones en la comunicación y en los procesos de toma de decisiones.
- La presencia de una política de captación de socios en una organización y la total ausencia en la otra (debido a una decisión concreta de los directivos)
- El rol del asesor contable, el perfil y en especial su participación en la gestión de la organización, es ligeramente diferente en ambas organizaciones.
- Los estilos de gestión de los directivos presentan semejanzas y diferencias que se comprenden claramente si se los analiza en el marco de la historia y trayectoria organizativa de cada institución.
- La categorización está cumplimentada en un establecimiento y en vías de efectivizarse en el otro, a causa de los problemas para encuadrarse en las clasificaciones nacionales de establecimientos de atención. Esto lógicamente genera dificultades de financiamiento.

En el marco de todo lo expuesto, se puede decir que se confirma la hipótesis de trabajo: “La ausencia de un Modelo de gestión amplio que integre los aspectos clínicos con los organizacionales, lo que genera cierta inestabilidad y falta de sustentabilidad social y económica en las organizaciones”.

Sin embargo, también se observa que en las organizaciones se comienza a instalar incipientemente la dimensión organizacional, se comienza a pensar que gestionar, administrar y

presupuestar, es posible, y que lejos de “deshumanizar” las organizaciones, las sitúa en un lugar diferente, colocando la Misión en el centro de la escena para cumplirla con eficiencia.¹⁰⁶

Este “salto” o “giro”, esta transformación más radical y profunda es inminente y se revela claramente en el trabajo de campo, requiriendo de una propuesta concreta que integre todos los aspectos mencionados.

Nuevo Modelo de Gestión Integrada en Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad

“El cambio que pregonamos requiere mucho mas de pequeñas realizaciones que de grandes proclamas”... Ignacio Katz

Debido a todo lo expuesto en esta investigación y a la contrastación de la hipótesis de trabajo se propone la formulación de un modelo que:

Nivel Macro-gestión

- Establezca políticas de incidencia a nivel de la macro-gestión considerando la realidad nacional, provincial y local, capitalizando las oportunidades actuales de participación de las organizaciones en dichos niveles.
- Promueva la alineación e integración de las políticas y normativas internacionales, nacionales, provinciales y municipales
- Promueva la actualización permanente de criterios y normativas para hacer frente a las necesidades de las organizaciones y los usuarios
- Favorezca las alianzas y la articulación de acciones entre los diferentes actores
- Promueva la creación de una red de establecimientos a fin de optimizar y compartir recursos, considerando especialmente las organizaciones que comparten el perfil institucional, la misión y la población usuaria.

Nivel Meso y Micro-gestión

- Favorezca la transición hacia un Modelo de Gestión integral, formal y proactivo
- Favorezca una mayor toma de conciencia de las debilidades y fortalezas en los líderes de la organizaciones y demás actores
- Promueva la innovación de cada uno de los aspectos identificados en esta investigación, considerando los antecedentes (aciertos y desaciertos) de los procesos realizados en otras organizaciones de salud.
- Promueva el desarrollo de políticas y estrategias de gerenciamiento hacia el interior de la organización desde una concepción holística e integradora, y que fomente el consenso permanente entre sus miembros.

¹⁰⁶ Centro Nacional de Organizaciones de la Comunidad (CENOC). Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación Argentina Informe 1997. “Las organizaciones de la sociedad civil deberán profesionalizarse aún mas para poder dar respuesta a las necesidades de la comunidad...”

- Se base en los valores solidarios, de participación e integración, que encarnan estas organizaciones, considerando y adoptando los nuevos paradigmas y modelos sociales de la discapacidad.
- Considere, desarrolle e implemente los procesos de planificación, administración y control en integración con los aspectos clínicos y orientados hacia la mejora de la calidad de atención del usuario con discapacidad
- Que promueva la formación de todos los actores como un proceso permanente y sistemático y a fin de que la misma sea la base del desarrollo y crecimiento organizacional
- Que considere los conceptos y estrategias de escalamiento para el crecimiento y desarrollo organizacional
- Que en ese marco tenga en cuenta la captación de recursos, la presencia de un fondo de reserva y las inversiones (en la medida de las posibilidades particulares), como estrategias fundamentales de desarrollo económico, modificando paulatinamente la concepción que adoptaron históricamente estas organizaciones respecto al “No lucro”.

Para efectuar el cambio concreto en los establecimientos se recomienda:

Potenciando las fortalezas y oportunidades identificadas:

En el ámbito de la Macro- Gestión

- Profundizar en el conocimiento de los organismos estatales mencionados, para optimizar sus aportes, estableciendo vínculos que superen los ya existentes a los meros efectos de la habilitación y categorización de los organismos, y a fin de incidir en las políticas públicas a nivel de la macro-gestión. Considerar especialmente profundizar en el nuevo rol de APE (Administración de Programas Especiales)
- Potenciar (en relación con el punto anterior) la apertura que están manifestando algunos organismos del estado vinculados a la temática, para promover la participación de las organizaciones y sus usuarios en la definición de las políticas nacionales, provinciales y municipales.

En este punto es importante considerar establecer alianzas, diseñar proyectos conjuntos, impulsar la modificación, ajuste y actualización de normativa atendiendo a la realidad actual, etc. (Incidencia en la macro-gestión) En materia de financiamiento, propender al análisis del presupuesto nacional y la participación de la temática de la discapacidad en el mismo. Analizar nuevas formas de financiamiento.

Estos aspectos deben impulsarse junto con todas las organizaciones unidas para tal fin.

En el ámbito de la Meso y Micro- Gestión

- Sostener los valores promovidos históricamente en las organizaciones a través de una trasmisión clara y concreta de los mismos por parte de los líderes. Dichos valores deben contener los principios, creencias y estándares que rigen la vida de las organizaciones y ser transmitidos cotidianamente para favorecer la adhesión. También es importante explicitarlos en los procesos de selección de personal.

- Elaborar un plan de capacitación integral¹⁰⁷ intra-institucional y extra institucional considerando el mediano/ largo plazo y optimizando la adhesión al grupo “conocernos para incluir” formado recientemente en la ciudad, fortaleciendo esta alianza estratégica. En la elaboración de este plan se deben tener en cuenta y optimizar los lineamientos, planificaciones, acciones, asistencia técnica y financiación de los organismos estatales mencionados en este trabajo, encargados de la formación continua del recurso humano especializado en la asistencia de las personas con discapacidad.
- Mejorar los procesos de selección de recursos humanos incorporando nuevos parámetros, criterios, elaborando protocolos, evaluándolos luego de su aplicación y modificándolos si fuera necesario en el marco de esta evaluación previa.
- Generar nuevos incentivos para el personal, surgidos de la creatividad de los líderes y directivos de las organizaciones y en el marco de las posibilidades reales de la institución (Ej.: vales de canje en comercios amigos adheridos, establecimiento de “sistema de créditos o puntajes” y otros beneficios) Incorporar y adoptar incentivos vinculados con la formación/capacitación, el intercambio con otras organizaciones de la localidad, provincia, país o inclusive internacionales.
Para ejecutar esta acción debe existir una identificación, vinculación previa y establecimiento de acuerdos/convenios con estas instituciones u organismos. Los mismos pueden ser gestionados en común en el marco del grupo “conocernos para incluir”.
- Fortalecer la alianza estratégica de las organizaciones que trabajan en la temática, reunidos en la agrupación “conocernos para incluir”, ampliando las temáticas tratadas a fin de captar y adherir estratégicamente otros organismos.¹⁰⁸
- Establecer nuevas alianzas con organizaciones de la salud de la ciudad y alrededores (sanatorios, hospitales, clínicas, centros de rehabilitación, etc.) con quienes compartir la temática concreta de la gestión de servicios.
- Profundizar la identificación de la demanda de la población para generar nuevos servicios vinculados a la misma en el marco de la Misión organizacional. Este aspecto apunta también al desarrollo de estas entidades en el marco del plan estratégico que deben formular y tiene que ver con el concepto de escalamiento mencionado en este trabajo.

Minimizando y superando las debilidades observadas:

En el ámbito de la Macro- Gestión

- Promover la revisión, análisis y modificación de las clasificaciones de los establecimientos/prestadores desarrollados en el marco básico de funcionamiento que no han sufrido modificaciones de fondo en los últimos años y que no contienen o consideran la totalidad de los perfiles prestacionales demandados por la población. Este aspecto implica un trabajo previo de análisis y de diseño de propuestas entre las organizaciones y actores involucrados.

¹⁰⁷ La palabra “Integral” en este caso alude a la capacitación/formación como proceso de desarrollo y estructuración de las personas y organizaciones. Involucra no solo contenidos específicos vinculados a la dimensión clínica sino también a la organizacional, incluye conocimientos transversales, aspectos actitudinales y alude a un trabajo profundo y sistemático sobre los nudos /problemas claves identificados en este trabajo.

¹⁰⁸ En el trabajo de campo un actor entrevistado manifiesta que no todas las organizaciones son “seducidas” por la temática trabajada en este grupo.

- Propender a la mayor alineación de dicha clasificación con el Programa Médico Obligatorio, los criterios de la OMS de rehabilitación basada en la comunidad, y el resto de la normativa existente favoreciendo la adaptación de la normativa a las necesidades reales de los usuarios y de las organizaciones
- Impulsar el establecimiento de nuevos vínculos con las obras sociales y otros agentes del seguro de salud de la ciudad y zona de influencia, superando la mera comunicación realizada a los fines de la facturación o cumplimiento de aspectos administrativos. La finalidad es revalorizar desde ambos organismos la función social con la que se originan, dar a conocer las prestaciones de las organizaciones y establecer convenios para beneficio de los usuarios. A su vez se podría reunir a todos estos actores en espacios de reflexión y formativos. Este aspecto tendrá mayor impacto si se trabaja en forma corporativa y participativa desde el grupo “conocernos para incluir”.

En el ámbito de la Meso y Micro- Gestión

- Favorecer la identificación y profundización del actual Modelo de Gestión existente en las organizaciones, sus fortalezas y sus debilidades, como punto de partida de la propuesta.
- Promover el análisis y la revisión de la Misión de las entidades como base para la innovación, y en el caso de evaluarse necesario, favorecer la redefinición de la misma. Este punto debe trabajarse logrando consenso entre todos los actores, ya que de otro modo se dificulta la adhesión a la misma.
- Fortalecer la visión y visibilidad institucional elaborando un plan de acción que contemple la difusión de las acciones de las organizaciones apropiándose de todos los medios de comunicación local y regional.
- Diseñar la planificación estratégica y operativa con la participación de todos los miembros de las organizaciones según cada fase lo amerite. Si bien para otras organizaciones esto implica una obviedad, para este tipo de organizaciones (dado lo que se revela en este trabajo), sería una innovación, un desafío y una necesidad. Esta recomendación también influirá favorablemente en el fortalecimiento de los aspectos comunicacionales.
- Continuar un trabajo progresivo y sistemático de concientización y sensibilización acerca de la necesidad de efectuar una innovación en la manera de mirar las organizaciones (transición del viejo modelo al nuevo modelo de organización y gestión)
Este aspecto debe comenzar por trabajar las resistencias al cambio y tener como foco a los líderes de las organizaciones, con quienes se debe comenzar a delinear un modelo de gestión. Hay miembros claves en las organizaciones, que están iniciando una transformación, que tienen inclinaciones al cambio y que son quienes deben guiar la innovación. Se propone elaborar un plan de capacitación y sensibilización como primera acción concreta, que contenga estas mismas recomendaciones y los modos de ejecutarlas en cada organización. A fin de que económicamente la propuesta sea más viable, se puede organizar en conjunto con la red de organizaciones de la ciudad y alrededores que conforman el grupo “conocernos para incluir” y con el acompañamiento de un consultor especialista en el tema.
- Colaborar con los líderes de las organizaciones para incorporar la figura de un administrador o especialista en gestión de la salud que debe trabajar de forma estrecha con los directivos y los Contadores Públicos Nacionales que asesoran las organizaciones.

Si bien esto ocasionará una “erogación” más a la organización, no es imposible y es necesario que se lo considere una inversión necesaria.

- Promover en los directivos una mirada más integral para disminuir tensiones entre los ámbitos clínicos y de gestión. Esto también se verá impactado favorablemente si se concretan las recomendaciones anteriores.
- Fomentar la mayor participación de los asesores contables en los espacios de toma de decisión de las organizaciones desde una visión más holística e integral. Esto es un tema que se trabajará gradualmente dado que aún se está instalando esta concepción del Contador en organizaciones sociales (como se analizó en esta tesis) Sumado a esto hay que asumir la realidad de que, en el marco de todas las recomendaciones planteadas, proponer la presencia de un Contador o Administrador de tiempo parcial en este tipo de organizaciones no es posible, dado que los aranceles que estos profesionales establecen actualmente no están al alcance de las posibilidades de la mayoría de estas organizaciones.
- En vinculación con el punto anterior, comenzar a trabajar sobre el presupuesto: qué es, cómo se realiza, cálculo de costos, etc, y su utilidad. Es importante que más allá de la realización de los balances, los profesionales especialistas en la materia comiencen a realizar aportes respecto de los costos y presupuesto.
- Analizar, detallar y sistematizar los Puestos de trabajo de la organización. Existen a nivel nacional (MTEySS. Ministerio de Trabajo, empleo y Seguridad Social de la Nación) normas de competencias desarrolladas de algunos de los puestos de trabajo vinculados a estas organizaciones, además de lo normatizado en los convenios colectivos de trabajo (ambas cosas también presentan ciertas disonancias o desalineaciones que merecen revisión en los niveles más altos de la dirigencia)
- Iniciar un proceso de registro de la información, elaboración de estadísticas, sistematización e Informatización de la gestión. Como primer paso vincularse con otras organizaciones de salud que han avanzado en este aspecto en la ciudad a fin de compartir fortalezas y debilidades de la implementación de diferentes sistemas. Como paso siguiente implementar un sistema con el apoyo del administrador y de un profesional del área de la informática, a fin de adaptar sistemas utilizados en otras organizaciones a las particularidades de las presentes.
- Definir nuevas políticas que apoyen la sustentabilidad de las organizaciones. Formular con las comisiones directivas un programa de captación de fondos (foundriser) que supere las acciones convencionales que se realizan en estas organizaciones con escasos resultados en los últimos años. Seleccionar uno de los miembros de la comisión directiva para encargarse particularmente de este aspecto.
- Incorporar en estas organizaciones los conceptos vinculados al “escalamiento” dado que ofrecería herramientas valiosas para orientar el crecimiento.

El cambio concreto en los establecimientos de atención a personas con discapacidad

<p>AMBITO DE GESTION</p> <p>PROPUESTA</p>	<p>MACROGESTION</p>	<p>MESOGESTION</p>	<p>MICROGESTION</p>
	<ul style="list-style-type: none"> -Políticas de incidencia considerando la realidad nacional, provincial y local. -Alineación e integración de las políticas y normativas internacionales, nacionales, provinciales y municipales -Actualización permanente de criterios y normativas para hacer frente a las necesidades de las organizaciones y los usuarios -Alianzas y articulación de acciones entre los diferentes actores -Creación de una red de establecimientos a fin de optimizar y compartir recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Transición hacia un Modelo de Gestión integral, formal y proactivo -Mayor toma de conciencia de las debilidades y fortalezas -Innovación -Desarrollo de políticas y estrategias de gerenciamiento hacia el interior desde una concepción holística e integradora -Valores solidarios, de participación e integración, considerando y adoptando los nuevos paradigmas y modelos sociales de la discapacidad. -Procesos de planificación, administración y control en integración con aspectos clínicos, orientados hacia la mejora de la calidad de atención del usuario -Formación de todos los actores como un proceso permanente y sistemático. Base del desarrollo y crecimiento organizacional -Conceptos y estrategias de escalamiento para el crecimiento y desarrollo organizacional -Captación de recursos, la presencia de un fondo de reserva y las inversiones, como estrategias fundamentales de desarrollo económico. 	
<p>POTENCIANDO FORTALEZAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Profundizar en el conocimiento de los organismos estatales. Optimizar sus aportes. Vínculos que superen los ya existentes a los meros efectos de la habilitación y categorización -Potenciar la apertura de organismos del estado vinculados a la temática. Promover la participación de las organizaciones y sus usuarios en la definición de las políticas nacionales, provinciales y municipales. -Establecer alianzas, diseñar proyectos conjuntos, impulsar la modificación, ajuste y actualización de normativa atendiendo a la realidad actual. -Propender al análisis del presupuesto nacional y la participación de la temática de la discapacidad en el mismo. Analizar nuevas formas de financiamiento 	<ul style="list-style-type: none"> -Sostener valores promovidos históricamente. Trasmisión clara y concreta de los mismos por parte de los líderes. Principios, creencias y estándares que rigen la vida de las organizaciones. Trasmisión cotidiana y explícita para favorecer la adhesión. -Elaborar un plan de capacitación integral intra-institucional y extra institucional. Optimizar los lineamientos, planificaciones, acciones, asistencia técnica y financiación de los organismos estatales -Mejorar los procesos de selección de recursos humanos. Incorporar nuevos parámetros, criterios, protocolos. Evaluar y modificar. -Generar nuevos incentivos para el personal, surgidos de la creatividad de los líderes y directivos de las organizaciones y en el marco de las posibilidades reales de la institución. Incorporar y adoptar incentivos vinculados con la formación/capacitación, el intercambio con otras organizaciones. -Fortalecer la alianza estratégica de las organizaciones que trabajan en la temática, reunidos en la agrupación “conocernos para incluir” -Establecer nuevas alianzas con organizaciones de la salud de la ciudad y alrededores con quienes compartir la temática concreta de la gestión de servicios. -Profundizar la identificación de la demanda de la población para generar nuevos servicios vinculados a la misma en el marco de la Misión organizacional. Escalamiento. 	

<p>MINIMIZANDO Y SUPERANDO DEBILIDADES</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Promover la revisión, análisis y modificación de las clasificaciones de los establecimientos/prestadores desarrollados en el marco básico de funcionamiento. Análisis y de diseño de propuestas entre las organizaciones y actores involucrados. -Propender a la mayor alineación de dicha clasificación con el Programa Médico Obligatorio, los criterios de la OMS de rehabilitación basada en la comunidad, y el resto de la normativa existente favoreciendo la adaptación de la normativa a las necesidades reales de los usuarios y de las organizaciones -Impulsar el establecimiento de nuevos vínculos con las obras sociales y otros agentes del seguro de salud. Revalorizar desde ambos organismos la función social con la que se originan. Dar a conocer las prestaciones de las organizaciones y establecer convenios para beneficio de los usuarios. Reunir a todos estos actores en espacios de reflexión y formativos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Favorecer la identificación y profundización del actual Modelo de Gestión existente en las organizaciones. -Promover el análisis y la revisión de la Misión de las entidades como base para la innovación. Favorecer la redefinición. -Fortalecer la visión y visibilidad institucional -Diseñar la planificación estratégica y operativa con la participación de todos los miembros de las organizaciones. -Continuar un trabajo progresivo y sistemático de concientización y sensibilización acerca de la necesidad de efectuar una innovación. -Trabajar las resistencias al cambio Delinear un modelo de gestión. Elaborar un plan de capacitación y sensibilización como primera acción concreta. -Incorporar la figura de un administrador o especialista en gestión de la salud que debe trabajar de forma estrecha con los directivos y los Contadores Públicos Nacionales que asesoran las organizaciones. -Promover en los directivos una mirada más integral para disminuir tensiones entre los ámbitos clínicos y de gestión. -Fomentar la mayor participación de los asesores contables en los espacios de toma de decisión de las organizaciones desde una visión más holística e integral. -Trabajar sobre Costos y presupuesto. -Analizar, detallar y sistematizar los Puestos de trabajo de la organización. -Iniciar un proceso de registro de la información, elaboración de estadísticas, sistematización e Informatización de la gestión. -Definir nuevas políticas que apoyen la sustentabilidad de las organizaciones. Formular con las comisiones directivas un programa de captación de fondos (foundriser) que supere las acciones convencionales que se realizan. -Incorporar en estas organizaciones los conceptos vinculados al “escalamiento” dado que ofrecería herramientas valiosas para orientar el crecimiento
---	---	---

La realización de este proceso de búsqueda para comprender mejor las organizaciones que atienden a personas con discapacidad desde el punto de vista de sus modelos de gestión, fue una oportunidad para conocer en una primera instancia los aspectos organizacionales que son críticos en los casos analizados, y que dan evidencia de los argumentos planteados en la hipótesis original.

Desde el punto de vista teórico del investigador, se puede afirmar que el estudio permitió identificar para estas organizaciones, el concepto de Modelo Tradicional, Modelo de Transición y Modelo de Gestión Integrada:

El primero responde a un sujeto y a un modelo de gestión casi inexistente y con raíces en el paradigma médico. El segundo: “Modelo de transición”, contiene en sí mismo las tensiones entre “lo viejo” y “lo nuevo”, se debate entre permanecer aferrado a las viejas estructuras y formas de funcionamiento y dar un salto hacia las nuevas estructuras. Es un modelo no formal, intuitivo y que no integra aún las dimensiones clínicas con las organizacionales. Este modelo está más vinculado al Modelo Social de la discapacidad y comienza a instalar la temática de la gestión y la administración, pero no termina de “aprehenderla” y asumirla. Es el que observamos claramente en las organizaciones estudiadas. El tercer modelo o “Modelo innovador” es el Modelo ideal, el que encarna las propuestas realizadas.

ANEXOS

Anexo 1. Fragmento de la Matriz de análisis de datos

ORGANIZACIÓN " A"- UNIDAD DE ANALISIS NUMERO 1			
LO QUE DICEN LOS ACTORES	LO QUE DICEN LOS DOCUMENTOS	COMENTARIOS DEL INVESTIGADOR	CATEGORIAS/INFERENCIAS
PLANIFICACION ESTRATEGICA Y OPERATIVA (MISION-VISION-VALORES...)			
(MISION)"...pero hay mucho por hacer...", "bueno...el Centro de Día. Eh...es uno de los pocos Centro de Día que ...van los chicos carenciados ahí...los que. no...fjksj porque los otros Centro de Día hay que pagarlo..." (PAG 1 de la entrevista)		Quando se le pregunta un par de veces al Presidente sobre la Misión de la Organización primero responde sobre lo que queda por hacer, luego se refiere a uno de los Servicios de la Asociación, pero en ningún caso identifica la Misión claramente Es MUY AMPLIA. La visión que estaría manifestada en parte, en las realizaciones inmediatas del último estatuto reformulado no está cumplida al día de hoy.	VISIÓN Y MISIÓN
(PLANIFICACION DE LAS MEJORAS) ..."no no no no, no a medida de que ...las necesidades y bueno...y a medida que íbamos ..este...teniendo fondos o consiguiendo que nos dieran..."(PAG 3 de la entrevista)	(ESTATUTOS) "...cuyos miembros se proponen consagrarse a la protección del discapacitado mental en toda su problemática". (REGLAMENTO INTERNO)"...Brindar a la comunidad un lugar para jóvenes y adultos con discapacidad mental donde los mismos encuentren posibilidad de asumir roles que hagan de este un verdadero Hogar"	Las mejoras no se planifican. El presidente explicita que se trabaja sobre la urgencia y en base a los fondos recibidos Mas allá de esta visión del Presidente de la Organización, esta frase pone de manifiesto que el mismo desconoce lo que en la Organización se realiza en materia de Planificación (La directora menciona la planificación operativa en su entrevista en numerosas oportunidades)	PLANIFICACION .URGENCIA COMO PRIORIDAD. DESCONOCIMIENTO DE LA PLANIFICACION OPERATIVA QUE EXISTE EN LOS SERVICIOS QUE CONFORMAN LA ORGANIZACIÓN
(MISION) "y hay mucho por hacer...dentro de lo nuestro hay mucho por hacer...", "pero el tema es ..la falta de (carraspea) de dinero..No?" (PAG 10 de la entrevista)		Dificultad para visualizar concretamente la Misión. Tampoco hay una proyección concreta de este "hacer" que se menciona. La planificación y el crecimiento están supeditados a la obtención de recursos y no hay una política concreta de crecimiento o una planificación	MISION. PLANIFICACION

COMUNICACIÓN			
<p>(COMUNICACION INTRAINSTITUCIONAL HACIA SERVICIOS Y ENTREMIEMBROS DE COMISION DIRECTIVA) "...la comunicación entre nosotros? Eh..bueno...(silencio) A ver...(silencio) eh...nosotros, nosotros con ..emm...tenemos eh...eh..tenemos eh...hacemos una reunión mensual, la Comisión Directiva no? ". ...y siempre ehm....en reunión de CD viene la directora del Hogar a a dar un informe de lo que se está haciendo y de lo que hay que mejorar ...y bueno y ...en base a eso se resuelve en la Comisión después, la Comisión resuelve eh...ese es el contacto que tenemos...la Directora eh...es el contacto nuestro con ...el personal y ...y..."(PAG 16 de la entrevista)</p>		<p>Ante la pregunta surge una respuesta dubitativa. El presidente circunscribe la comunicación a las reuniones y a los informes que brinda la directora del servicio. COMO SE CONCIBE LA COMUNICACIÓN?</p>	<p>COMUNICACIÓN.REUNION? TOMA DE DECISIÓN. MODELO DE CIRCULACION DE LA INFORMACIÓN. REGISTROS.</p>
CAPTACION DE FONDOS/CRECIMIENTO Y DESARROLLO			
<p>"No, no un poco desconozco, porque todo eso es parte de la Comisión Directiva...A mi manera de ver yo te diría que (silencio) desde aquí, no, porque o sea, porque no se piensa en crecer desde esos lados...". "...porque está muy dormida en el tema de la Obra Social..." (PAG 16 de la entrevista)</p>	<p>Si vamos a los estatutos en uno de sus artículos menciona: "La asociación se encuentra habilitada para fundar hogares, escuelas de capacitación, centros de día, talleres protegidos, centros recreativos y otros que eduquen, contengan y protejan a las personas con discapacidades mentales".</p>	<p>El equipo tiene a cargo todo, pero desconoce el tema de la captación de fondos . La directora menciona concretamente que no se piensa en CRECER y que están confiados en el tema OS. Esto se contrapone con la realidad ya que hoy la Asociación solo tiene un un servicio en funcionamiento dependiendo de la organización, y otro que está por desvincularse totalmente de la misma. Esto habla del incumplimiento de las metas originales, del crecimiento...</p>	<p>ESTA MISIÓN AMPLIA NO ES ASUMIDA Y EL CRECIMIENTO PARECE ESTANCADO</p>

BIBLIOGRAFIA

Notas de pie de página y autores citados (por orden alfabético)

- ASENJO, MIGUEL ÁNGEL. Claves de la Gestión Hospitalaria. Edición Masson, Barcelona, España, 1998
- BALLVÉ, ALBERTO. Tablero de Control. Organizando información para crear valor. Ediciones Macchi, 2000, p.26
- CALVO, HÉCTOR. Introducción al Módulo de Planeamiento Estratégico en la Gestión Sanitaria: Reflexiones. Maestría en Economía de la Salud y administración de Organizaciones de Salud. UNLP. Argentina, 2006, p. 4.
- *CENTRO NACIONAL DE ORGANIZACIONES DE LA COMUNIDAD (CENOC). Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación Argentina Informe 1997.*
- COHEN, ERNESTO Y FRANCO, ROLANDO. Gestión Social. Cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales. Editorial Siglo 21. México, 2005, p.123
- Manuales de trabajo en centros de atención a personas con Discapacidad de la Junta de Castilla y León. Manual de Procesos para la Gestión de Centros de Atención a personas con discapacidad intelectual. Consejería familiar de igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales. España, p.146.
- CORELLA, JOSÉ MARÍA. Planificación Sanitaria. Editorial Díaz de Santos, España, 1996
- DAGAMETTI, ALCIRA. CPN. Una Política Pública en Salud para la Población Excluida: Análisis de la Implementación del Seguro en la Provincia de Santa Fe. Tesis de Posgrado. Maestría de Administración Pública. Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe, 2003, p.16.
- EDUCAR: Portal educativo del estado argentino. Gestión Institucional. Conceptos introductorios. <http://www.educar.ar/educar/gestion-institucional-conceptos-introductorios.html>
- EGEE GARCÍA Y SÁNCHEZ, ALICIA. Clasificaciones de la OMS sobre Discapacidad. Murcia, España, 2001
- ELLIS, C, KIESINGER, C., & TILLMANN-HEALY, L. Interactive interviewing: Talking about emotional experience. In R. Hertz. Reflexivity and voice. Newbury Park 1997, p. 119-149
- ETKIN, JORGE. Sistemas y estructuras de organización. Ediciones Macchi, Bs as. Argentina, 1979
- FRAUNFOHER THOMPSON, STEPEHN. Cultura Organizacional. Editorial Paidós, España, 2003
- GIRALDO, ALICIA. Gestión Clínica. Un modelo integrador para la administración. Revista Ecos de Grado y Postgrado. 2005, p. 1,4. Abstract.
- GIRALDO, ALICIA. Módulo de Economía de la Salud. Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud. UNLP. Cap.7, Nuevos Modelos de Administración. El cambio en los establecimientos, 2006.
- GOLDHABER, GERALD M. Comunicación Organizacional. Editorial Diana, México, 1986
- GONZALES GARCÍA, GINÉS. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión”. Revista Panamericana de Salud Pública, 2001.

- HERNANDEZ, JANET; JARAMILLO IVÁN. Una aproximación a los Costos Indirectos de la Discapacidad en Colombia. Revista Salud pública. 7. Colombia, 2005.
- HIDALGO JARA, LUISA. Gestión de la capacitación en las organizaciones. Complicación. Conceptos básicos. Ministerio de Salud. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Área de Capacitación y Apoyo a la Gestión. Lima. Perú, 1998
- INDEC. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 complementaria del censo 2001 .Argentina.
- KATZ, IGNACIO. Al gran pueblo argentino salud! Una propuesta operativa integradora. Editorial Eudeba. Bs As. Argentina, 1998, Glosario, p. 237.
- LARROCA, HÉCTOR; Barcos, Santiago; Narvaez Jorge y otros. ¿Qué es la Administración? Las Organizaciones del Futuro. Ediciones Macchi, 1998, p. 5, 25, 209
- LAVOLPE, CARMELO Y SMOLJE ALEJANDRO. Presupuestos y Gestión. Editorial La Ley,. Buenos Aires, Argentina, 2006
- LEONE, EDUARDO CÉSAR. Presupuesto y control de gestión. Una herramienta para entes privados con o sin fines de lucro. Editorial Osmar Buyatti. Argentina, 2006, p.15
- MATTA, ANDRÉS Y MAGNANO, CECILIA. Construyendo políticas de empleo para jóvenes desfavorecidos. Desafíos a partir del proyecto entra21 de Córdoba. International Youth Foundation (IYF).Córdoba. Argentina, 2011
- MCKINSEY & COMPANY Y ASHOKA. Emprendimientos Sociales Sostenibles. Cómo elaborar un Plan de Negocios para organizaciones sociales. Sao Paulo. Editorial Peirópolis, 2004, Cap.1, 13-16, Cap.4, p. 40, 37, 38.
- MINSTZBERG, HENRY. La estructuración de las organizaciones. Editorial Ariel. España, 1984, p. 26.
- MOCCIARO, OSVALDO. Presupuesto Integrado. Ediciones Macchi. Argentina, 1997, p.10, 12
- MOMM, WILLI Y RANSOM, ROBERT. Discapacidad y trabajo. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, 2010
- NAUSSBAUN, MARTA. Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión. Editorial Paidós. Argentina, 2006.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la gestión de las discapacidades en el lugar de trabajo. Reunión tripartita de expertos sobre la gestión de las discapacidades en el lugar de trabajo. Ginebra, 2001.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), IMCERSO, Madrid, España, 2001
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad. Resolución 37/52. Diciembre de 1982. Asamblea General de las Naciones Unidas. Plan de Acción 2006/2011.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) Primer foro mundial sobre servicios de rehabilitación psicosocial basados en la comunidad. Ginebra, **2005**
- OTEO LUIS. Gestión Clínica. Gobierno clínico. Ediciones Díaz de Santos. España, 2006
- ORTÚN RUBIO, VICENTE. La Gestión Sanitaria:¿Qué es?, ¿Para qué sirve?, ¿Cómo se mejora? Libro de Ponencias del V Congreso de la Sociedad de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada, 1993, p. 351-360

- OSTENGO, HÉCTOR. Control de Gestión. Guía para graduados profesionales. Desde el sistema integrado de información y hacia el cuadro de mando integral. Editorial Osmar D. Buyatti. Argentina, 2006
- SEN, AMARTYA. El Desarrollo como Libertad. Madrid. Editorial Planeta, 2002.
- SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (SSS). Ministerio de Salud de la Nación. Manual del beneficiario de obras sociales. Buenos Aires. Argentina, 2011, p. 7.
- TAD LEAHY. The Top Traps of Budgeting. Revista Bussiness Finance. Noviembre 2001. <http://businessfinancemag.com/top-10-traps-budgeting-1101>
- TEJEDOR, PASTOR Y NAVARRO, ELOLA. Diseño del cuadro de mando integral para un hospital público desarrollado en base a modelos de excelencia. Tesis de Maestría. España, 2011
- TASCA, EDUARDO LUIS. Empresas Simuladas y Micro emprendimientos Didácticos. Propuestas para el estudio de Gestión en Organizaciones de la Escuela Media y Polimodal. Ediciones Macchi. Argentina, 2000
- TOBAR, FEDERICO. Modelos de Gestión en Salud. Tesis de Postgrado. Buenos Aires. Argentina, 2002, <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-138.pdf>
- TÓBAR, SEBASTIÁN; MÉNDEZ RIBEIRO JOSÉ Y CHORNY, ADOLFO. Análisis del modelo de gestión y la participación en el Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano en el marco de la Política implementada por la Provincia de Buenos Aires. Fundación Osvaldo Cruz. Escuela Nacional de Salud Pública, 2002
- TOBOSO, MARTÍN MARIO Y RIPOLLIES, SOLEDAD. La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. Revista Iberoamericana de filosofía, política y humanidades.: “Araucaria”, No 20. Madrid, 2008, p. 64-94

Bibliografía

- ARCE RAMIREZ, CLAUDIO ARTURO. Unidad Coordinadora del Proyecto de Modernización CCSS/Banco Mundial. Hacia la transformación efectiva de la asignación de recursos: del presupuesto de gasto (Histórico) hacia el presupuesto de ingreso (presupuesto de producción).CEPAL - SERIE Políticas sociales N° 46
- ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Resolución 37/52 Programa de acción mundial para las personas con discapacidad (Documento A/37/51),1982
- ASENJO, M. La gestión diaria de hospital. Editorial Masson. Barcelona, España,1998
- BOREA, Roberto. Tesis sobre Integración Social de Personas con Discapacidad en el Sistema Productivo Local de regiones Urbanas. UNSAM, 2005.
- CAMPOY, CERVERA, DYKINSON. El derecho a la igualdad de las personas con discapacidad y la obligación de realizar ajustes razonables. Los derechos de las personas con discapacidad: Perspectivas sociales, jurídicas y filosóficas. Madrid, 2004.
- DACCODI, R Y DALMAZZO, R. Manual de Gerenciamiento de Sistemas de Salud. Editorial Proa XXI, 2004.
- ETKIN JORGE. Sistemas y estructuras de organización. Ediciones Macchi, Buenos Aires. Argentina, 1979
- FUNDACIÓN ICALA. Población, Desarrollo y Sustentabilidad. Jornadas Internacionales Interdisciplinarias sobre Desarrollo social y equidad. Río Cuarto, Argentina, 2005.
- FUNDACION ONCE. Las múltiples dimensiones de la discapacidad. Estudios en homenaje a Manuel Ruiz Ortega. Escuela Libre Editorial, Madrid, 2003.

- GALÁN LILIANA Y MANCUSO GILDA. Material del Módulo Organización y administración de sistemas e instituciones de servicios sociales y de salud. Maestría en Economía de la Salud y Administración de organizaciones de salud. UNLP. Argentina, 2005
- GELI ALEJANDRO C. Qué es administración. Las organizaciones del futuro. Editorial Machi. Bs As. Año 1998
- GHIO, JAVIER. Crisis de representación: Un análisis en la república Argentina 2003-2008. Iberoamérica global. The Hebrew University of Jerusalem. Vol. 2.N1, 2009.
- GILLI, JUAN JOSE. “Administración. Conceptos y procesos claves”. Editorial Docencia. Argentina.
- GINES GONZALES GARCIA. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. Revista Panamericana de Salud Pública. Argentina, p6, 2001
- **GIRALDO, ALICIA. Profesiones en conflicto: Médicos y Economistas. Revista énfasis en Salud. No 4, vol.3. Buenos Aires. Argentina, 1999**
- GISBERT, RAMON. Economía y Salud. Editorial Masson, 2002.
- GUBER, ROSANA. El Salvaje Metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Editorial Paidós. Argentina, 2004
- ILONA KICKBUSCH. El valor futuro de la Salud. División de Salud Mundial del Departamento de Epidemiología y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale, en New Haven, Connecticut, EE.UU. Directora de Promoción de la Salud para la Organización Mundial de la Salud . Fuente: OPS - Organización Panamericana de la Salud, 2002
- IRENERG, OLGA; BRAWERMAN, JOSETTE Y RUIZ VIOLETA. Programación y Evaluación de Proyectos sociales. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina, 2003
- JIMENES, E. ¿Modelo rehabilitador o modelo social? La persona con discapacidad en el derecho español, Buenos Aires, Argentina, 2006
- KATZ, IGNACIO. Al Gran Pueblo Argentino Salud. Editorial Eudeba. Buenos Aires. Argentina. Año 1998.
- KATZ, IGNACIO. La fórmula Sanitaria. Editorial Eudeba. Buenos Aires. Argentina, 2003
- KIELHOFNER, GARY MS, Dr.P4 OTR. El Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación. Editorial Williams y Willkings. EEUU, 1985
- LAROCCA, NORBERTO. Costos y gestión en organizaciones prestadoras de servicios de salud”. Módulo Planificación y Financiación de los servicios sociales y de salud. Maestría en Economía de la Salud y Administración de organizaciones de Salud UNLP. La Plata. Argentina, 2006.
- NAVARRA, GABRIELA. Los pacientes más exigentes e informados”. Diario La Nación. Disponible en <http://consulpharma.com/articulos.asp?id=43>. Consulta realizada en julio de 2010
- ORTUN RUBIO, VICENTE. Claves de Gestión Clínica. Editorial Masson. Barcelona, 2003
- OSTENGO, HECTOR. Control de Gestión. Guía para graduados profesionales. Desde el sistema integrado de información y hacia el cuadro de mando integral. Editorial Osmar D. Buyatti. Argentina, 2006
- PALACIOS, AGUSTINA Y ROMAÑACH, JAVIER. El modelo de la diversidad: Una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional,2007 .Disponible en www.minusval2000.com/indexhtml.

- PALACIOS AGUSTINA Y BARIFFI FRANCISCO. La discapacidad como una cuestión de derechos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Cinca, Madrid, 2007.
- PALACIOS AGUSTINA. Igualdad, No Discriminación y Discapacidad. Una visión integradora de las realidades española y argentina. Madrid, 2007
- PALLADINO, ENRIQUE; PALLADINO LEANDRO. Administración Organizacional. Editorial Espacio. Bs As. Argentina, 1998
- PANTANO LILIANA. Personas con discapacidad: hablemos sin eufemismos. Artículo publicado en Revista La Fuente. Año X N° 33- Córdoba, Argentina, 2007
- PEREZ SERRANO, GLORIA. Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. Métodos y técnicas. Editorial Narcea. Madrid, España, 2004.
- PRESIDENCIA DE LA NACIÓN. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. CONSEJO FEDERAL DE SALUD. MAYO DE 2004. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007.
- QUEREJETA GONZALES, MIGUEL. Discapacidad y dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. España, 2003
- RODRIGUEZ GAUNA MARIA CECILIA. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) de Argentina. Su potencialidad para el estudio de la población con discapacidad.
- ROSALES PABLO OSCAR. "Un avance sobre la discapacidad en argentina análisis de las leyes 24.901 Y 22.431". La situación en San Juan. La Voz del Foro. Publicación Mensual del Foro de Abogados de San Juan. Año III, Nro. 15, 2004.
- SALKIND, NEIL. Métodos de Investigación. Prentice Hall Hispanoamericana, S.A. México, 1999.
- SCHVARSTEIN, L. Diseño de organizaciones. Tensiones y paradojas. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina, 2004
- SEN AMARTYA. "La transformación ética de la racionalidad económica". Una recuperación de Adam Smith. Belknap. Cambridge, 2006.
- SEN, AMARTYA. El Desarrollo como Libertad, 2002
- SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION Y PROMOCION DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD. Decreto 106/2005
- SEQUEIROS, SUSANA ELINA .El modelo de atención de la discapacidad en Argentina. Estudio de un grupo de personas con discapacidad asistidas por el Programa Federal de Salud. Argentina, 1999-2001
- STAKE, Robert. Investigación con estudio de casos. Ediciones Morata. Madrid, 1998
- SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Ministerio de Salud de la Nación. "Manual del beneficiario de obras sociales". Argentina. Año 2011
- TAYLOR, SJ Y BODGAN, R. Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. Ediciones Paidós. Madrid, España, 2008
- VASILACHIS DE GIALDINO. "Métodos Cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos", Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1992.
- WILLARD/SPACKMAN. Terapia Ocupacional. Octava Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España, 1998