



Documento Técnico sobre “Gobernanza de Hospitales Públicos: ¿hacia un modelo de gestión orientado a la cohesión social?”

Marco conceptual. Modelos y lecciones aprendidas en América Latina y Europa

Michèle Guillou¹

Octubre de 2007



Centre Hospitalier Universitaire
de Nice

¹ Profesora e investigadora en la Escuela Nacional de Salud Pública de Francia (*hasta Octubre 2006*), Chargée de Mission au Centre Hospitalier Universitaire de Nice (Francia), Consultora en el Ministerio de Salud de Chile. Este documento es producto integrante del proyecto EUROsocial. Correspondencia a mguillou@minsal.cl y guillou.m@chu-nice.fr

Preámbulo

El tema de gobernanza de hospitales públicos ha sido pocas veces objeto de investigaciones comparativas, probablemente porque su incorporación al ámbito de la gestión de instituciones de salud es aún reciente, mientras el concepto está en el sustrato de varias reformas del Estado o de la Administración pública desde un tiempo más largo.

ÍNDICE

	Página
Introducción	3
Objetivos	6
I – Gobernanza de hospitales en América latina y Europa: contextos diferentes	7
1- América Latina	7
2- Europa del Oeste	8
3- Europa Central y Oriental	10
II - Análisis comparativo: algunas características de los modelos de gobernanza utilizados en varios países de América Latina y Europa	11
1- Comentarios previos	11
2 – Definiciones y dimensiones de la gobernanza abordadas en seis estudios	11
3 – Resultados principales, comentarios y algunas lecciones aprendidas	17
4 – Características de los modelos de gobernanza utilizados	19
III- Gobernanza, participación ciudadana y cohesión social	20
IV – Conclusión	24
Referencias	25
Anexo 1– Esquema de la actual reforma hospitalaria en Francia	28
Anexo 2 – PATH- Herramienta de evaluación de la performance para el mejoramiento de la calidad de los hospitales	29

INTRODUCCIÓN

En el intercambio “Gobernanza de Hospitales Públicos: hacia un modelo de gestión orientado a la cohesión social” del Programa Eurosocial se propone que “los actores examinen conjuntamente las enseñanzas obtenidas en la implementación de modelos prevalentes de gobierno de hospitales y cómo han influido en el desarrollo de la gestión del sector público, así como en las implicancias sobre factores claves que afectan a la cohesión social” (1).

La palabra gobernanza existe desde la antigüedad, asociada a la noción de navegación y de pilotaje por un lado, y a la democracia por otro. Según Aristóteles “la democracia favorece de manera importante la calidad de las decisiones que se toman, pues los ciudadanos tienen más sabiduría que los expertos más competentes. Como usuarios de los bienes públicos, tienen más conocimiento que los productores de esos bienes públicos, y en tanto constituyen un grupo organizado, presentan menos tendencia a la corrupción que los individuos aislados.” Esta definición, que permaneció desde entonces, alude a varias consideraciones que están presentes en los desarrollos más contemporáneos del término.

Sin embargo, no existe una definición consensuada y estable de la gobernanza (2), concepto que apareció nuevamente en los años 1970, en las publicaciones de los Economistas Institucionalistas (3) y, en los años 1980 y 1990, en las publicaciones del Banco Mundial, en el sector de las empresas privadas y en los libros de gestión pública (2)(4).

En francés, en el siglo XII, la palabra “gobernanza” significaba “gobierno” y en el siglo XVII se usaba en el campo jurídico, asociada al cargo de aquellos que recibían delegación para gobernar. Hoy en día permanecen en francés las palabras “gobierno” y “gobernanza”, frecuentemente empleadas una por otra en los escritos de gestión o de ciencias políticas.

En las publicaciones de lengua castellana se encuentran las palabras “gubernancia” y “gobernanza” usadas en general de manera equivalente, y la palabra “governabilidad”. Existe una cierta confusión pues a veces los vocablos “gobernanza” (o gubernancia) y gobernabilidad están utilizados con el mismo significado.

Estas ambigüedades radican parcialmente en las variaciones observadas en la traducción del término inglés “governance” que ha generado en castellano: gubernancia, gobernanza y gobernabilidad.

A efectos del presente documento y del intercambio sobre gobernanza de hospitales, se propone optar por las siguientes definiciones generales (2)(5):

- **Gobernanza (gubernancia)** se refiere a *“los procesos de acción colectiva que organizan la interacción entre los actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego (informales y formales) con las cuales una sociedad determina su conducta, y toma y ejecuta sus decisiones. Estos procesos comprenden a la vez los actores, las acciones colectivas y las normas, tanto formales como informales”*.
- **Governabilidad** se refiere a *“la capacidad de un sistema sociopolítico para gobernarse a sí mismo en el contexto de otros sistemas más amplios de los que forma parte”*.

Especificaremos estas definiciones más adelante con relación al campo de los hospitales públicos.

Más allá de la confusión en el uso de estos vocablos, es importante aclarar los distintos marcos conceptuales existentes.

En el siglo XX, el concepto de gobernanza aparece relacionado mayormente a tres ámbitos: las relaciones internacionales, la gestión pública y la gestión de las empresas.

1 – En el ámbito de las relaciones internacionales, la “gobernanza” y la “buena gobernabilidad” surgen en las herramientas del Banco Mundial y otras agencias internacionales a fines de los años 1980; la primera en principio como concepto metodológico para identificar los lugares de poder efectivo: “gobernanza es la manera en que el poder es ejercido en la gestión de los recursos económicos y sociales para el desarrollo” (6). Rápidamente adquiere un valor normativo (7), esencialmente respecto de los países en desarrollo, con “la buena gobernabilidad”, que conlleva una lista de criterios:

- el Estado de derecho,
- la buena administración: gestión pública eficaz y equitativa,
- la responsabilidad y la imputabilidad (rendición de cuentas),
- la transparencia,
- la información disponible y fácilmente accesible.

A veces se habla, respecto de este conjunto de criterios, de “gobernabilidad democrática”.

2 – En la gestión pública, desde los años 1980, esta noción ha surgido en el campo de las ciencias políticas para describir las reformas de Estado, en particular:

- el pasaje del Estado jerárquico al gobierno “horizontal” (8)
- el “ajuste” del Estado en reemplazo del Estado-Providencia,
- el pasaje de la administración pública clásica al paradigma de la “nueva gestión pública”.

En este período aparece la expresión “nueva gobernanza”, que, por ejemplo, designa la actual reforma de gestión de los hospitales públicos en Francia.

Este movimiento de reformas del Estado y de la administración pública empezó en Gran Bretaña, impulsado por el Gobierno de Margaret Thatcher. Se buscaba una nueva respuesta para la solución de la crisis de gobernabilidad del Estado frente al crecimiento de las demandas sociales, en un contexto de debilitamiento del margen de maniobra del Estado debido a la globalización, concomitante a una crisis de la regulación centralizada. Desde entonces surgió la noción de Estado “facilitador” más que dominante, y el interés por una gobernanza basada en redes privado-públicas (9), (10), (11), (12) y (13).

En Europa, la mayoría de las reformas del sector salud del período 1980-2000 ha sido fuertemente inspirada, con algunas variaciones, por esta corriente: en Gran Bretaña, Países Bajos, Alemania y Suecia, entre otros. Los países del Este de Europa también han experimentado importantes reformas de sus sistemas de salud y en varias de ellas se consideró implícita o explícitamente el tema de la gobernanza.

3 – El campo de aplicación de la gobernanza de las empresas se ha desarrollado principalmente en el transcurso de los años 1990. Sin embargo, el origen se remonta a los años 30, cuando se analizó que el deterioro de la rentabilidad -para los accionistas- en la

actividad de la empresa se debía a la fuerte separación, en Estados Unidos, de las funciones de propiedad asumidas por los accionistas con las de gestión, asumidas por los dirigentes. La principal causa de este deterioro se atribuía a la debilidad de los sistemas de control de los accionistas sobre los dirigentes (3)(14). **Esta primera definición de la gobernanza** se basa en la concepción legal y tradicional de la propiedad y lleva a privilegiar el estudio de los mecanismos que permiten obligar a los dirigentes a gestionar en función de los intereses de los accionistas. Los escándalos financieros ocurridos en los años 80-90 llevaron a varios países a adoptar leyes que reglamentaran la gobernabilidad de las grandes empresas, y a la OCDE a definir reglas de “buena gobernanza” o “buen gobierno”.

Una segunda concepción en la gestión de las empresas ha sido desarrollada por los economistas de la corriente “institucionalista” (3).

Según esta corriente, la gobernanza se define como *“el conjunto de los dispositivos implementados por las empresas para generar coordinaciones adecuadas con los empleados y con las empresas sub-contratadas y proveedoras”*. Esta enunciación descansa en la premisa de que el éxito de la empresa y su rentabilidad no sólo dependen de la buena combinación y gestión de factores de producción, sino también de su capacidad de conseguir recursos claves (teoría de la dependencia de los recursos) y de gestionar múltiples coordinaciones internas y externas. Es decir, de su capacidad para considerar tanto a los “stake-holders” -actores de interés- como a los “share-holders” -accionistas en el sector privado, propietarios en general- (teoría institucionalista de la empresa).

Aunque existen solo estudios comparativos parciales sobre la **gobernanza de hospitales públicos** tanto en América Latina como en Europa, las investigaciones disponibles evidencian que los marcos conceptuales utilizados han sido diversos. En general, están inspirados por uno u otro de los enfoques mencionados. Asimismo, las reformas hospitalarias en ambas partes del mundo se focalizan en uno u otro de estos marcos conceptuales. Del análisis de estas diferencias se pueden inferir algunas conclusiones parciales acerca del impacto de esos cambios sobre la cohesión social.

El presente trabajo descansará principalmente sobre tres estudios comparativos:

- a- Una comparación entre Reino Unido, Alemania e Italia (15).
- b- El estudio del Banco Mundial, publicado en abril de 2007, que abarca cuatro países: Argentina, Brasil, Colombia y México (16).
- c- La investigación de la Organización Mundial de la Salud, “European Observatory on Health Care System”, acerca de los hospitales en Europa (17). Este estudio incluye a los países de Europa del Oeste y del Este.

A estas tres investigaciones internacionales, se agregarán:

- un análisis de la encuesta europea sobre el gobierno de los hospitales, lanzada en 2004 (26).
- un estudio sobre la gobernanza y la participación ciudadana en la reforma de la salud chilena (27).
- el Programa OMS Europa, en curso de desarrollo, “Measuring hospital Performance to improve the quality of care in Europe” (30).
- La investigación en curso “Participación ciudadana en Salud en el Mercosur Ampliado” del Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo (IDRC) de Canadá y del Instituto Universitario ISALUD de la Argentina (31).

Los objetivos del trabajo son los siguientes:

- 1 – Plantear los elementos en discusión en el ámbito de gobernanza de hospitales.
- 2 – Recopilar las diferentes aproximaciones encontradas en América Latina y en Europa, y los principios que las sustentan, en particular en los casos de reformas de la gestión o de la regulación de los hospitales.
- 3 – Presentar y debatir los resultados cuando se disponga de evaluaciones.
- 4 – Poner en evidencia los distintos enfoques que subrayan implícita o explícitamente la articulación entre gobernanza en salud y cohesión social.
- 5 – Establecer la base de un consenso informado, entre los participantes del intercambio, sobre los componentes de un modelo de gestión de hospitales orientado a la cohesión social:
 - que tenga validez y pertinencia en el contexto de los países de América Latina,
 - que incorpore, que considere, tanto la dimensión de los procesos de gestión como la incorporación de objetivos que apuntan a fortalecer la cohesión social,
 - que ayude a plantear reorientaciones de políticas en los países que integran el intercambio.

El documento conlleva tres partes y una conclusión:

- **Parte I** - Gobernanza de hospitales en América Latina y Europa: contextos diferentes.
- **Parte II** - Análisis comparativo: características de los modelos de gobernanza utilizados en varios países de América Latina y Europa.
- **Parte III** - Gobernanza, participación ciudadana y cohesión social.

I - GOBERNANZA DE HOSPITALES EN AMÉRICA LATINA Y EUROPA: CONTEXTOS DIFERENTES

1 – América Latina

El concepto de gobernanza apareció en los países de América Latina en los años 80, principalmente a través de los planteamientos del Banco mundial y otras agencias internacionales, con una perspectiva normativa (2). En este contexto:

- la gobernanza sugiere una modalidad de gestión horizontal y participativa del poder, en contraste al gobierno jerárquico tradicional,
- la “buena gobernanza” se reclama a los países en deudas; se les pide una reestructuración del Estado a través de políticas de privatizaciones y de retracción de la protección social, así como mayor transparencia y lucha contra la corrupción.

La aplicación de los principios del “Estado mínimo” frente a una “crisis” del poder estatal tradicional, dejando espacio a la intervención de la “sociedad civil” y de instituciones no gubernamentales, ha generado controversias respecto de sus resultados en los países en desarrollo. Para algunos, esta intervención de una sociedad civil autónoma, formada de múltiples redes horizontales, ocupa de manera legítima el terreno cedido por un Estado en crisis de confianza, caduco en su forma de liderar en un mundo globalizado y, en algunos casos, calificado de corrupto (18).

En cambio, otros autores (18) consideran que la política del “Estado mínimo” se asocia a menudo con la agravación de la desintegración y exclusión social, la desprotección e inseguridad ciudadana, en sociedades que no han vivido la historia particular de los países del “viejo mundo”, donde el Estado tuvo un rol central en la planificación económica, en la organización de los servicios públicos y en el desarrollo integral de sistemas de protección social que a su vez han jugado un papel relevante en la redistribución del ingreso, y por consecuencia, en la cohesión social. Para los que defienden este punto de vista, los resultados negativos de la aplicación de la política del “Estado mínimo” también ponen en duda la posibilidad de que la sociedad civil sustituya parcialmente al poder central para gestionar el interés general. Los efectos en la desintegración social generan, según estos análisis, pobreza, desocupación y una espiral de anomia, inseguridad ciudadana y receso de la solidaridad social, poco favorables al ejercicio de un poder real por dicha “sociedad civil”, la que además está lejos de ser homogénea.

Con relación a esta controversia, surgieron en América Latina una gran cantidad de iniciativas, tanto en el ámbito de la investigación como en términos de contribuciones al debate político-social. Existe, por lo tanto, una numerosa literatura, parte de ella específicamente dedicada a la gobernanza en el sector salud. Por otra parte, varias redes u organismos han debatido en forma creciente este tema en sus publicaciones.

Señalamos algunos ejemplos:

- ◆ Comunidad virtual de Gobernabilidad y Liderazgo, Desarrollo Humano e Institucional (19).

- ◆ La capacidad para gobernar: ¿retrocediendo hacia el centro? VIII Congreso del CLAD (Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo) sobre Administración y Reforma del Estado; Panamá, 2003 (20).
- ◆ Taller de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud: construyendo estrategias para el fortalecimiento de redes; Río de Janeiro, agosto de 2006 (21).
- ◆ Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (22).
- ◆ Programa sobre Gobernanza, Equidad y Salud (GEH) del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC-CRDI), Oficina regional para América Latina y el Caribe. Taller Sobre Gobernanza; Montevideo, octubre de 2004. Resultados del Taller citados en (2).
- ◆ Varias comunicaciones latinoamericanas en las XXVII Jornadas de Economía de la Salud sobre “El buen gobierno de la sanidad”, La Coruña, 6-8 de junio de 2007.

La revisión de la literatura publicada desde hace unos diez años lleva a constatar que, en los países latinoamericanos, existe una tensión entre dos corrientes de pensamiento y de acción sobre los sistemas de salud y los hospitales públicos:

- una corriente que pone el énfasis sobre la eficiencia del Estado, alcanzable a través de la reducción de su tamaño, una gestión de los servicios públicos inspirada por el modelo privado, el principio de subsidiaridad, el imperativo de la descentralización (acercar la decisión a los ciudadanos concernidos).
- una corriente que coloca el acento en la recuperación o el fortalecimiento del rol del Estado en las definiciones y conducciones de políticas públicas, en garantizar una gestión eficiente, y en favorecer la participación ciudadana en los procesos de decisión.

En ambos casos se usa la retórica de la gobernanza, del buen gobierno y de la gobernabilidad.

2 – Europa del Oeste

En Europa del Oeste es la crisis del Estado Providencia la que ha sustentado la mayoría de las reformas de los sistemas de salud y de los hospitales en los últimos 20 años. Esta crisis se expresa en tres dimensiones principales:

- los interrogantes sobre la viabilidad de los sistemas de financiamiento solidarios, instalados desde hace 50-60 años, en un contexto donde el aumento continuo del gasto público se analiza como un obstáculo a la competitividad en una economía globalizada,
- la teoría de los “rendimientos” decrecientes de las prestaciones de salud, en países donde los problemas básicos de salud están atendidos o resueltos, en un contexto de envejecimiento de la población.

- la transformación de las expectativas de ciudadanos más educados, más informados, más exigentes y más heterogéneos, lo que resulta en una debilitación de la gobernabilidad del sistema.

En este marco, la mayoría de las reformas europeas han apuntado principalmente a obtener un mayor control de los gastos en salud y a intentar disminuir su tasa de crecimiento. Una de las herramientas del campo de la gobernanza más utilizada en los años 80 y 90 ha sido la introducción de cuasi-mercados en los sistemas de salud, o en parte de ellos (hospitales), bajo el argumento de que esta modalidad de regulación generaría un mejor uso del presupuesto dedicado a este sector. En algunos países, especialmente España, se ha optado por una fuerte descentralización del sistema, dentro de un marco general de regionalización, lo que corresponde a uno de los supuestos de la gobernanza: acercar las decisiones al nivel local para mejorar la gobernabilidad.

Es importante destacar cinco elementos del análisis de las reformas en los países del Oeste de Europa, en comparación a los de América Latina:

- ◆ hasta el momento, todas las reformas europeas dejaron vigentes los principios solidarios de financiamiento de la salud y los sistemas de protección social existentes, aunque a veces se implementaron algunas modificaciones marginales (15), (17) y (23).
- ◆ la mayoría de estos países tiene incorporada, en diferentes grados y con diferentes institucionalidades, la separación de las funciones de definición y regulación de políticas de salud con las de gestión de instituciones de salud. Aunque se observa una gran variedad de situaciones al respecto, existe una profesionalización de la gestión de los hospitales públicos, lo que condiciona, entre otros factores, la aplicación de políticas.
- ◆ los países europeos que intentaron reducir el tamaño del Estado son países de larga tradición de Estados fuertes, tradicionalmente dotados de un amplio sector público.
- ◆ la preocupación por la cohesión social, el “contrato” o “pacto social” es parte de la historia de los países del Oeste de Europa y se ha concretado en los sistemas de protección social existentes y en la figura del Estado-Providencia. La salud es uno de los temas emblemáticos de esta figura.
- ◆ el ejercicio de la participación ciudadana en la gobernanza de los sistemas de protección social y de salud se considera principalmente definido a través de la representación electa de los ciudadanos tanto a nivel nacional (parlamentos) como regional o infra regional (nivel municipal). En el caso de Francia, por ejemplo, el parlamento delibera y vota anualmente el presupuesto de salud y las principales orientaciones y transformaciones del sistema. Además, el Consejo de Administración de los hospitales está presidido por el Alcalde de la ciudad donde se localizan. Sin embargo, esta característica convive con la existencia de una aspiración creciente de las poblaciones de los países europeos por más participación directa en los sistemas de salud.

3 – Europa Central y Oriental

Los países del Este de Europa experimentan profundas transformaciones desde 1989. Todos viven cambios importantes en los sistemas de salud. Los desafíos principales en lo que respecta a la gobernanza de hospitales surgen en un contexto de cambio de los sistemas de financiamiento, de empobrecimiento de la población, y de crisis de las finanzas públicas. Casi todos están implementando una separación de las funciones de regulación y de gestión, la que ha estado, en la mayoría de los casos, acompañada por procesos de profesionalización de la gestión. Según el estudio de la Organización Mundial de la Salud (17), los primeros resultados de estas reformas han sido más bien decepcionantes hasta la fecha en muchos de estos países. Se comentarán más adelante, en la Parte II, pues el análisis realizado aporta elementos interesantes con relación a los propósitos de Eurosocial salud.

II - ANÁLISIS COMPARATIVO: ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LOS MODELOS DE GOBERNANZA UTILIZADOS EN VARIOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EUROPA

1 – Comentarios previos

Es importante considerar los dos aspectos siguientes:

a – Para varios autores la gobernanza se encuentra en un estado “pre-científico” y su objeto todavía en proceso de definición, lo que explica en gran parte la heterogeneidad de contenidos ya indicada, más aún cuando se analiza la utilización de este marco conceptual por parte de los tomadores de decisión (2).

b- Tanto en Europa como en América Latina existen pocas investigaciones comparativas sobre los hospitales, en particular en materia de gestión y gobernanza. La mayoría de las publicaciones consiste en monografías.

2 – Definiciones y dimensiones de la gobernanza abordadas en seis estudios

En los estudios comparativos disponibles, las dimensiones exploradas en cada caso son un buen revelador de la orientación privilegiada que se ha dado en la utilización del marco conceptual de gobernanza.

En la tabla siguiente se comparan las definiciones, los criterios de descripción de la gobernanza de hospitales, y los indicadores de procesos y resultados, incluidos cuando corresponda.

TABLA – Definiciones, dimensiones de la gobernanza hospitalaria, e indicadores de procesos y de resultados asociados en 6 estudios

ESTUDIOS	(I) Hospital Governance in Latin America: results from a Four Nation Survey (Argentina, Brasil, Colombia, México; Encuesta sobre 397 hospitales). World Bank, April 2002 (16)	(II) The role and Function of hospitals. En "Hospital in a Changing Europe". WHO, 2002 (17)	(III) Linking organisational Structure to the external environment: experiences form hospital reform in transition economies (11 countries). En "Hospital in a Changing Europe". WHO, 2002 (17)	(IV) An inquiry into good governance: a Zealand-Czech Comparison. 2006 (25)	(V) Encuesta sobre el Gobierno de los Hospitales en Europa 2004 (26)	(VI) Gobernanza y participación ciudadana en la reforma de salud en Chile (27)
1– Definición de la gobernanza	Gobernanza se define como las estructuras y funciones de una organización que diseñan y aseguran la aplicación de las políticas, y ejercen la última autoridad en la toma de decisión, en el nombre de la organización	Gobernanza se refiere: *a la forma de propiedad del hospital (gobierno local o central, ministerio de salud u otro ministerio, sector público autónomo, sector voluntario sin fin de lucro, empresa privada, organización con fin de lucro), *a la forma en la que se ejerce la función de gestión	Gobernanza se refiere a la función de configuración de la propiedad y de la forma de conducción de los hospitales	Gobernanza define las responsabilidades y procesos de rendición de cuentas respecto del conjunto del funcionamiento de la organización. En relación con los hospitales, la gobernanza es un proceso compartido llevado por la dirección de la organización para definir políticas y tomar decisiones. Idealmente, el proceso de gobernanza es llevado por un grupo de personas responsables de la organización y de sus resultados.	<i>No hay definición preestablecida.</i> El propósito de la encuesta es proporcionar un mejor entendimiento de la forma en que los roles, el funcionamiento y la composición de los órganos de gobierno de los hospitales, interactúan con los desarrollos que se están produciendo en los diferentes sistemas sanitarios	Gobernanza se refiere a la existencia de arreglos institucionales, formales e informales, de interacción entre el Estado y la sociedad civil, que ordenan los procesos de intercambio, coordinación, control, interacción y toma de decisión sobre las políticas públicas, buscando una consecuencia con los valores de la democracia (representatividad, legitimidad), la eficiencia y la eficacia institucionales

ESTUDIOS	(I) Hospital Governance in Latin America: results from a Four Nation Survey (Argentina, Brasil, Colombia, México; Encuesta sobre 397 hospitales). World Bank, April 2007 (16)	(II) The role and Function of hospitals. En "Hospital in a Changing Europe". WHO, 2002 (17)	(III) Linking organisational Structure to the external environment: experiences from hospital reform in transition economies (11 countries). En "Hospital in a Changing Europe". WHO, 2002 (17)	(IV) An inquiry into good governance: a Zealand-Czech Comparison. 2006 (25)	(V) Encuesta sobre el Gobierno de los Hospitales en Europa 2004 (26)	(VI) Gobernanza y participación ciudadana en la reforma de salud en Chile (27)
2 – Dimensiones escogidas para describir la gobernanza	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fuentes de financiamiento del hospital 2. Funciones de la gestión: *autoridad de última instancia del hospital *autoridad de última instancia por tipo de decisión (20 categorías) 3. Criterios del proceso de elección de las autoridades principales del hospital 4. Mecanismos de monitoreo y comprobación: quién, tipo de datos utilizados y metodología 5. Opiniones sobre la función del hospital: calidad, eficiencia, acceso, efectividad, procesos de planificación, de decisión, claridad de las responsabilidades, relaciones con comunidad, gobierno etc., suficiencia de 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Quién define la política del hospital? 2. ¿Quién financia la infraestructura del hospital? 3. ¿Quién financia los costos de funcionamiento? 4. ¿Quién planifica? 5. ¿Quién regula? 6. ¿Quién contrata el personal? 7. ¿Quién gestiona el hospital? 8. ¿Quién presta los servicios del hospital? 9. ¿Quién monitorea las prestaciones? 10. ¿Quién evalúa los resultados? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grado de autonomía del hospital: procesos de decisión sobre las principales funciones de gestión 2. Exposición del hospital a la competencia con otros prestadores 3. ¿Cómo se resuelve el déficit del hospital? 4. Imputabilidad 5. Políticas y financiamiento de las funciones sociales del hospital. 	<p>Principios de "buena gobernanza" explorados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de procedimientos y códigos de conductas formales que definen la gobernanza 2. Grados de cumplimiento de los objetivos estratégicos del hospital 3. Naturaleza de la relación entre el Director del hospital y el Consejo de administración 4. Unidad de la dirección 5. Unidad del proceso de decisión 6. Unidad de la responsabilidad y de la rendición de cuentas 7. Atención a las necesidades de los propietarios del Hospital 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo de hospital y pertenencia eventual a una red o un grupo 2. Tipo de remuneración de los médicos 3. Modalidades de elaboración del presupuesto 4. Instrumentos financieros existentes 5. Existencia eventual de una práctica privada de los médicos en el hospital 6. Composición, tareas y funcionamiento de los órganos de gobierno del hospital. 7. Calificación del grado de autonomía del hospital por categoría de decisiones 8. Modo de resolución de los conflictos de intereses en los órganos de 	<p>Modalidades de participación ciudadana (categorías):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Participación como intervención en la preparación de decisión 2. Participación como influencia y como consulta 3. Participación como delegación 4. Participación como control 5. Participación como intervención en las decisiones 6. Participación política

	<p>recursos</p> <p>6. Comités y consejos de gestión y sus funciones</p> <p>7. Características de la Dirección del hospital (profesión, perfil, formación, tipo de contrato, etc.)</p>			<p>8. Existencia de un proceso de auto evaluación y mejoramiento de la calidad de la gestión</p> <p>9. Comprensión del costo implicado por la buena gobernanza</p>	<p>gobierno del hospital</p> <p>9. Fuentes de información en acceso libre para el personal del hospital</p> <p>10. Fuentes de información en acceso libre para el público.</p> <p>11. Implicación de los médicos en diferentes ámbitos de gestión.</p> <p>12. Recurrencia de los gobiernos centrales o locales a auditorías</p> <p>13. Acuerdos de rendimiento con autoridades centrales o locales</p> <p>14. Tipo de instrumentos de control de gestión</p> <p>15- Grupos que ejercen un rol formal en los procesos de decisión del hospital: pacientes, autoridades gubernamentales, empleados, etc.</p> <p>16. Incentivos por desempeño del Director.</p>	
--	---	--	--	--	--	--

ESTUDIOS	(I) Hospital Governance in Latin America: results from a Four Nation Survey (Argentina, Brasil, Colombia, México; Encuesta sobre 397 hospitales). World Bank, April 2007 (16)	(II) The role and Function of hospitals. En "Hospital in a Changing Europe". WHO, 2002 (17)	(III) Linking organisational Structure to the external environment: experiences form hospital reform in transition economies (9 countries ²). En "Hospital in a Changing Europe". WHO, 2002 (17)	(IV) An inquiry into good governance: a Zealand-Czech Comparison. 2006 (25)	(V) Encuesta sobre el Gobierno de los Hospitales en Europa 2004 (26)	(VI) Gobernancia y participación ciudadana en la reforma de salud en Chile (27)
3- Indicadores de Procesos y resultados incluidos en el estudio	<p>1. <i>Indicadores de rendición de cuenta (imputabilidad)</i>: tasas de mortalidad y morbilidad, re hospitalizaciones no programadas, indicadores de salud en la comunidad, cobertura, eficiencia financiera, utilización del hospital, planes de inversión, encuestas a empleados y a pacientes</p> <p>2. <i>Efectividad de la gobernanza</i>, en base a opiniones sobre indicadores cualitativos: proceso de planificación, claridad de las responsabilidades, procesos de decisión, relaciones con la comunidad, relaciones con el gobierno, relaciones con los médicos.</p> <p>3. <i>Indicadores de calidad</i>:</p>				<p>1. Equilibrio financiero</p> <p>2. Productividad</p> <p>3. Resultados clínicos</p> <p>4. Accesibilidad</p> <p>5. Encuesta a los pacientes</p> <p>6. Informes de los departamentos de quejas o atención al paciente</p> <p>7. Existencia de un cuadro de mando integral</p>	<p>Indicadores afines a los distintos grupos de participación definido para la reforma, y a la categoría de participación considerada</p> <p>Ejemplos : propuestas formuladas, acuerdos políticos logrados, percepciones sobre las áreas definidas, etc.</p>

² Albania, Croacia, Czech Republica, Estonia, Georgia, Kazakhstan, Hungría, Polonia, Rumanía:

	<p>proporción de enfermeras diplomadas, otros indicadores en base a opinión de los encuestados (calidad de los servicios clínicos, de los consultorios, de los servicios a la comunidad, acceso, mantenimiento, disponibilidad de los medicamentos, de los servicios auxiliares...)</p> <p><i>4. Indicadores de eficiencia clásicos:</i> ocupación, hospitalizaciones por cama, por enfermera, por empleado, costo por cama, etc.</p>					
--	---	--	--	--	--	--

3 – Resultados principales, comentarios y algunas lecciones aprendidas.

3.1 – La mayoría de los estudios comparados apuntan a dilucidar las figuras de propiedad, poder y procesos de decisión en los hospitales. Se intentan asociar configuraciones de gobernanza al comportamiento de los hospitales en términos de eficiencia y resultados. En cambio, el estudio chileno tiene un enfoque distinto y se interesa por la gobernanza en su aspecto de participación ciudadana; se sitúa en la corriente de la “gobernanza democrática” y de la coordinación entre los actores de intereses (stake-holders) y es en este sentido que se acerca a una corriente de investigación y de prácticas en desarrollo en varios países de América Latina (29), (21) y (22).

3.2 – Tanto la investigación del Banco Mundial sobre 4 países de América Latina (I), como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre 9 países europeos en transición (III), consideran principalmente cuatro factores de influencia sobre el comportamiento y la gobernabilidad de los hospitales (factores propuestos por Harding y Preker, citados en (16) y (17)) :

- facultades de decisión otorgadas
- grado de exposición al mercado
- proceso de arreglo y reparto del déficit o superávit
- estructura de la imputabilidad
- políticas y financiamiento de las funciones sociales.

La principal constatación de ambos estudios es que las facultades de decisión autónomas de los hospitales son limitadas, salvo en Colombia y en el caso de los grandes hospitales privados de Brasil.

3.3 – El estudio latinoamericano tiende a concluir que los hospitales dotados de una configuración de gobernanza privada y los dotados de una configuración llamada “corporativa pública”³ son los que muestran los mejores indicadores de procesos y resultados. En cambio, los hospitales gestionados bajo gobernanza “presupuestaria”, en general públicos y sin autonomía de decisión, muestran indicadores más bajos. Sin embargo, los mismos autores consideran que esta conclusión es frágil, pues, en particular, varios de los indicadores han sido evaluados cualitativamente por los encuestados, y no sobre la base de una observación estandarizada.

3.4 – La investigación sobre los países de Europa en transición advierte sobre las importantes dificultades que traen los procesos de reformas de los hospitales. En la mayoría de estos países se implementaron medidas de descentralización de la propiedad desde el nivel central hacia los niveles políticos locales. Adicionalmente, se decidió una separación de funciones entre la compra de prestaciones, la provisión de prestaciones y la gobernanza, a través de tres configuraciones organizacionales distintas. El estudio concluye que los resultados esperados de estas reformas no han sido logrados en general. El análisis releva cuatro explicaciones principales:

- o la descentralización implementada ha generado menos claridad en la gobernanza y en los procesos de decisión de la que existía anteriormente

³ Es decir, hospitales públicos gubernamentales pero con fuerte autonomía de gestión asociada a responsabilidad e imputabilidad por resultados ante las autoridades.

- no se desarrollaron siempre los nuevos marcos legales de regulación que los cambios planteados hubiesen requerido
- el entorno de los hospitales y la nueva estructura organizacional a la que se deseaba llegar no estaban alineados
- pocas veces los incentivos fueron consistentes con los propósitos

Una de las consecuencias fue, en varios de estos países, el abandono parcial o total de las reformas planteadas.

3.5 – Los cinco estudios comparativos analizados expresan una visión tradicional de los “Stake Holders” (actores de interés). Sólo la encuesta europea (estudio V) aborda el tema a través de una pregunta sobre la incorporación de los usuarios en las instancias de gobierno del hospital.

3.6 – La visión general que surge de la mayoría de estas investigaciones es una visión más bien hospitalo-céntrica. El entorno de los establecimientos y su inserción en un sistema de atención progresiva o en un sistema de atención en red está poco presente con respecto a:

- sus implicancias sobre los factores que dan cuenta de la gobernanza y la gobernabilidad.
- la conformación de los indicadores de procesos y resultados escogidos. Poca atención se presta a indicadores de acceso, de atención integral, o de existencia y calidad de articulación con otros niveles de prestaciones.

Sin embargo, el diseño de la reforma llamada “nueva gobernanza” de los hospitales en Francia, posterior a la investigación de la OMS, descansa en una visión que parece más articuladora, donde se intentan conjugar cambios en cuatro planos considerados indisociables (ver figura en anexo 1): garantizar el acceso para toda la población, incrementar la eficiencia del proceso de atención integral al paciente, mejorar el uso de los recursos, y mejorar la calidad y la seguridad de los cuidados (28) y (29).

3.7 – Respecto de la introducción del mercado en la regulación de los hospitales (creación de cuasi-mercados), herramienta central en varias reformas de gobernanza o de la nueva gestión pública en Europa en los años 80-90, el estudio de la OMS destaca que los países que alcanzaron, entre otras metas, la mayor reducción del número de camas de corta estadía no fueron los que optaron por esta medida. Se atribuye, por ejemplo, el mejor resultado obtenido por Francia en esta materia, a su elección por el reforzamiento de la planificación y regulación al nivel regional, mediante la creación de las Agencias Regionales de Hospitalización en los años 90. Esta observación corrobora el análisis de Francois Graña (18) y otros autores, según el cual Europa no vive en realidad una retracción del rol del Estado en la gobernanza de los hospitales y de los sistemas de salud, sino más bien un cambio en las formas de intervención. El caso del Reino Unido es un ejemplo significativo de ello (15).

4 – Características de los modelos de gobernanza utilizados

En la mayoría de las investigaciones revisadas, el modelo de gobernanza subyacente es el que supone una relación entre la forma de propiedad y de estructura de conducción del hospital con sus rendimientos y resultados: estudios I, II, III en parte, y IV.

Exceptuando el libro de la OMS sobre los hospitales en Europa (estudios II y III), no se puede determinar con claridad cuál es la perspectiva adoptada por los autores: perspectiva de comprensión y dilucidación de la realidad, o perspectiva normativa (definiciones y opciones tomadas a efectos de actuar). Los estudios I, IV y VI conllevan explícita o implícitamente orientaciones normativas. Por eso, optan por definiciones consistentes con este propósito, que son, además, muy diferentes unas de otras. La definición escogida por el estudio de Chile es la única que apunta explícitamente a la relación entre el Estado y la sociedad civil, así como a la participación ciudadana en los sistemas de salud.

El estudio de la OMS parece el más claramente orientado al trabajo de comprensión, de inteligibilidad. Por eso, sin que se hable necesariamente de gobernanza en todos sus artículos, presenta una panorámica muy extensa y muy diversa de la situación de la gestión, de la conducción, de los roles y funciones de los hospitales en Europa, en sus respectivos contextos e historias.

La encuesta sobre el Gobierno de Hospitales en Europa (estudio V), aunque se preocupa de profundizar la relación entre los desarrollos que se producen en los sistemas sanitarios y los roles de funcionamiento y composición de los órganos de gobierno de los hospitales, tiene una visión amplia de la noción de actores de interés, pues investiga respecto de los grupos que ejercen un rol en los procesos de decisión del hospital. Adicionalmente, apunta a que se describa el hospital en su red de atención, cuando corresponda.

III - GOBERNANCIA, PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y COHESIÓN SOCIAL

1 – Observaciones

1.1 – *En las publicaciones analizadas se advierte que la gobernanza como modelo de gestión, por un lado, y la participación ciudadana en los sistemas de salud como orientación que favorece la gobernabilidad y puede aportar a la cohesión social, por otro, pocas veces han sido estudiadas conjuntamente.*

- los estudios comparativos sobre los modelos de gestión de hospitales, como de sistemas de salud, se preocupan en general de documentar la influencia de la configuración de los órganos de dirección y de los mecanismos de articulación con el nivel regional o central sobre el “desempeño” (performance) en términos de eficiencia, de efectividad clínica y de coordinación con los otros niveles de atención.

La preocupación por una gestión que incorpore al usuario y a la comunidad y sus efectos sobre la cohesión social en general ha sido poco abordada en los estudios de esta categoría, salvo en la encuesta sobre el gobierno de los hospitales en Europa (*ver documento difundido aparte*).

- las investigaciones sobre la participación ciudadana en los sistemas de salud, por su parte, dan cuenta de experiencias o prácticas que postulan una relación virtuosa entre la incorporación de la sociedad civil y los resultados de los sistema de salud, o apuntan a promover los sistemas de salud y de protección social como ámbitos relevantes del ejercicio de la ciudadanía (18), (27) y (31).

1.2 – La investigación de Celedón y Orellana (27) sobre el caso chileno y los resultados preliminares de la investigación de Gascón y La Palma (31) *conducen a la identificación de varios de los obstáculos al ejercicio de la participación ciudadana en salud*. La participación ciudadana está entendida como “interacción expresa entre el Estado y los actores sociales, a partir de la cual estos últimos penetran en el Estado y en procesos de control de los asuntos públicos”. Los factores históricos y culturales propios de cada país, en particular respecto de la configuración del poder entre el Estado y la sociedad civil; la existencia de conflictos de poder, la falta de formación y de capacidad de participación tanto de los ciudadanos como de las instituciones, la dificultad de compatibilizar el tiempo político, la discontinuidad y la dificultad de compatibilizar con el tiempo de la gente, son los principales obstáculos mencionados.

En cambio, *los factores facilitadores* preliminarmente identificados en el estudio multicéntrico antes citado (31) aportan a la tarea de buscar condiciones pero también de pensar mecanismos y procesos de gestión que permitirían instalar la participación ciudadana en los modelos de gestión de hospitales:

- *“Planificación, sistematización, registro y evaluación*
- *Organización*
- *Claridad de roles vecinos – técnicos*
- *Infraestructura y recursos*
- *Sentimiento de pertenencia*
- *Marco político favorable*
- *Liderazgo*
- *Que exista una necesidad sentida de forma colectiva*

- *Que se visualice la posibilidad de éxito*
- *Que las autoridades se empoderen de los proyectos que se gestan*
- *Que se priorice la comunicación social para socializar los resultados”. (op. cit. 31)*

Algunos de estos factores facilitadores están en relación con la capacidad de gestión y la capacidad de las instituciones, tanto establecimientos como niveles regionales o de coordinación, de generar mecanismos viables de participación que incluyan incentivos y reglas de juego consistentes con esta orientación.

1.3 – El análisis de las primeras versiones de los dossiers nacionales de los países participantes en el intercambio, realizados por ISALUD (32), ha puesto en evidencia la dificultad de identificar “puntos de intervención”, estrategias y acciones que permitirían reorientar el modelo de gestión y de regulación de los hospitales hacia una gobernanza que tuviera impacto en la cohesión social. Concordante con esta constatación, se evidenció la necesidad de un mayor desarrollo de indicadores de “desempeño” acordes a esta perspectiva.

2 – Propuestas

Con efecto de facilitar el proceso de reorientación de las reformas de salud y la revisión de los instrumentos de políticas y/o de gestión implementados, se plantean algunas propuestas a continuación:

2.1 – Optar por una definición de gobernanza que abarque a la vez la dimensión de la participación como instrumento para fortalecer la cohesión social y la dimensión de la gobernabilidad como factor de eficacia y eficiencia de los hospitales, articulados con los otros efectores del sistema de salud. Es este sentido, los integrantes del intercambio inclinan por enmarcar su definición en el marco de la propuesta en el artículo de Celedón y Orellana (27):

“Gobernanza se refiere a la existencia de arreglos institucionales, formales e informales, de interacción entre el Estado y la sociedad civil, que ordenan los procesos de intercambio, coordinación, control y toma de decisión sobre las políticas públicas, buscando una consecuencia con los valores de la democracia (representatividad, legitimidad), la eficiencia y la eficacia institucionales”.

En la aplicación a los hospitales públicos, los integrantes del grupo acuerdan la definición siguiente:⁴

“Gobernanza hospitalaria son todas las acciones que permitan un intercambio entre gobierno y gobernados en forma organizada para, con eficacia y eficiencia, cumplir con los objetivos de la institución en el marco de la política socio-sanitaria de la red, y fomentando la participación social como hecho imprescindible de la construcción ciudadana. Exige organización social, relación bidireccional y colectiva en la toma de decisiones y responsabilidades individuales en la ejecución operativa”.

⁴ Propuesta del representante de Uruguay perfeccionada en el Taller Sub Regional de Río de Janeiro, 27 y 28 de Septiembre de 2007

2.2 – Construir un conjunto de criterios comunes que permitan:

- identificar en las reformas y en los sistemas actuales las transformaciones o procesos que evidencian una orientación a un modelo de gestión susceptible de generar o fortalecer la cohesión social;
- diseñar nuevos procesos, mecanismos o estrategias para fortalecer esta orientación;
- monitorear con incentivos, indicadores y dispositivos de imputabilidad consistentes con esta orientación, los cambios que cada país decida incorporar a su sistema hospitalario y/o a las reformas en curso.

2.3 – Esta construcción requiere operacionalizar el conjunto de conceptos de gobernanza, participación ciudadana y cohesión social.

En ese sentido, presentamos a continuación tres comentarios:

2.3.1 – **La categorización de la participación** en tres niveles (Información, Opinión, Decisión) y dos grados (Autogestión, Cogestión) propuesta en la investigación liderada por Gascón y La Palma parece interesante, siempre que se defina lo que se entenderá respectivamente por autogestión y cogestión.

2.3.2 –En lo que se refiere **a la descentralización, al grado de autonomía y a los mecanismos de gestión y de participación hospitalaria**, las variables y categorizaciones adoptadas en la encuesta sobre el gobierno de hospitales en Europa constituyen un aporte importante (26). En particular, los criterios de determinación del grado de autonomía y la preocupación por identificar la amplitud de la configuración de actores internos y externos involucrados en el gobierno del hospital, son elementos particularmente destacables. Respecto de estos aspectos, la encuesta contempla los parámetros siguientes:

a–**El grado de autonomía:** se aprecia a partir de una serie de preguntas sobre quién toma la decisión o interviene en la decisión según las principales áreas claves en el funcionamiento del hospital: presupuesto, actividades, reclutamiento de los médicos u otro personal, etc.

b- **La configuración de los actores internos y externos involucrados en el gobierno** del hospital y sus papeles respectivos.

c–**La articulación del hospital con las otras instituciones efectoras en el sistema de salud.**

d- **Los mecanismos y los destinatarios de la rendición de cuentas.**

2.3.3 – Con relación a la búsqueda de **indicadores de monitoreo y evaluación de los hospitales consistentes con una gobernanza orientada a la cohesión social**, el Programa Europeo de Evaluación de Desempeño de los Hospitales desarrollado por la Organización Mundial de la Salud desde 2003, y actualmente implementado en varios países (30), conforma una base de trabajo útil. Su carácter consensuado entre varios países, la complementariedad de las dimensiones seleccionadas y la incorporación de una mirada sobre la “gobernanza orientada a la comunidad” (responsive governance), son algunas de las características que justifican el interés para los integrantes del intercambio de Eurosocial sobre la

gobernancia de hospitales. Además, el instrumento define indicadores asociados a cada dimensión. En anexo 2 se encuentra un resumen traducido al castellano de esta herramienta.

Este programa europeo parte de una definición de la performance (desempeño) y de un planteamiento sobre sus distintas dimensiones, que se presenta a continuación.

2.3.3.1 – Definición y orientación

- “El desempeño (performance) es el grado de cumplimiento de los objetivos esperados. Un «desempeño» hospitalario alto debería estar basado en:
 - las competencias de los profesionales en la utilización del conocimiento actual,
 - la disponibilidad de recursos y tecnología,
 - la eficiencia en el uso de los recursos,
 - el riesgo mínimo para el paciente, los resultados, en términos de calidad de vida, de satisfacción y de salud de los pacientes.
- Considerando el entorno del sistema de salud, un alto «desempeño» debe referirse
 - a la respuesta a las necesidades y demandas de la comunidad,
 - a la integración de las prestaciones en el conjunto del sistema de atención
 - al compromiso con la promoción de la salud
- Adicionalmente, la medición del desempeño debe incluir indicadores sobre la no discriminación en el acceso.”

2.3.3.2 – Dimensiones claves del desempeño hospitalario

Las dimensiones definidas son las siguientes:

- 1 – Efectividad clínica
- 2 – Focalización en los pacientes
- 3 – Eficiencia en el uso de los recursos
- 4 – Seguridad de los pacientes y del personal
- 5 – Salud del personal, bienestar, satisfacción y desarrollo
- 6 – Gobernanza orientada a la comunidad: respuesta a necesidades y demandas, acceso, continuidad, equidad, adaptabilidad a la evolución de las necesidades y de la demanda.

La definición de cada dimensión así como el detalle de los indicadores adoptados por los países de Europa participantes del programa se encuentran en el anexo 2. Se ha optado por dos categorías de indicadores: un núcleo común y otra con aquellos adicionales “a la medida”.

CONCLUSIÓN

Se intentó dar cuenta de los distintos enfoques del marco conceptual y de las prácticas de gobernanza documentadas en Europa y América Latina. En lo que respecta a las evidencias que podrían permitir obtener lecciones, la escasez de investigaciones de gran envergadura en ambas zonas geográficas ha limitado el alcance de este documento técnico.

Los desarrollos conceptuales en los campos de la participación, por una parte, y de los modelos de gestión y de gobernanza al nivel micro-económico, por otra, han sido históricamente paralelos, dando lugar a pocos puntos de contacto, salvo, en algunos casos, a un nivel infra institucional.

La dinámica del grupo de integrantes del intercambio sobre la gobernanza de los hospitales de Eurosocial Salud ha permitido focalizar mejor las necesidades conceptuales y metodológicas, a efecto de facilitar el proceso de trabajo que apunta a reorientar las reformas y los modelos de gestión hospitalarios para incidir en la cohesión social.

Cabe mencionar que las capacidades de gestión directiva de los hospitales son reconocidas como un factor clave que puede obstaculizar o facilitar la implementación de nuevos modelos de gestión, más aún de modelos de gobernanza que incorporan a la comunidad, puesto que esta categoría de modelos lleva a elevar el grado de complejidad en la gestión. Por consecuencia, en varios países, se plantea en la actualidad el desafío de la profesionalización de estos directivos y, más generalmente, de los gestores de los sistemas públicos de salud (24).

REFERENCIAS

- (1) EUROsociAL Salud (2007, Febrero). *Documento Anexo II: Resumen y esquema de actividades propuestas para los intercambios de experiencias de 2007*.
- (2) Hufty, M., Bascolo, E. y Bazzani, R. (2006). Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cuaderno Saude Pública*, 22 Sup, S35-S45.
- (3) Charreaux, G. (2004). La gouvernance de l'entreprise. En *Encyclopaedia Universalis France*. París: Encyclopaedia Universalis.
- _____. (2004). Le champ de la corporate gouvernance. En *Encyclopaedia Universalis France*. París: Encyclopaedia Universalis.
- (4) Bourgault, J. (2002). Le management public en appui à la gouvernance. En *Enseigner le management public. La didacthèque internationale de management public*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- (5) EUROsociAL Salud (2007, Abril). *Gobernanza de Hospitales Públicos: hacia un modelo de gestión orientado a la cohesión social. Documento marco para la elaboración de documentos clave nacionales (dossiers) sobre Gobierno de Hospitales*, Fundación ISALUD. Buenos Aires.
- (6) World Bank (1992). *Governance and development*. Washington D.C.: World Bank.
- (7) World Bank Institute. *Governance and anti-corruption*. Disponible en el sitio web del WBI: <http://www.worldbank.org/wbi/governance> [2007, octubre].
- (8) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Apoyo del PNUD a la gobernabilidad democrática*. Disponible en : <http://www.undp.org/dpa/spanish/publicaciones/inforrapidas/FFdemgov260902S.pdf> [2007, octubre]
- (9) Pierre, J. y Peters, B.G. (2000). *Governance, politics and the state*. New York: St. Martin's Press.
- (10) Rhodes, R. (1996). *Understanding governance: policy, networks, governance, reflexivity and accountability*. Philadelphia: Open University Press.
- (11) Merrien, F. X. (1998). De la gouvernance et des Etats-providence contemporains. *Revue Internationale des Sciences Sociales*, 155, 61-71.
- (12) Marinetto, M. (2003). Governing beyond the centre: a critique of the anglo-governance school. *Polit Stud.*, 51, 592-608.
- (13) Greffe, X. (1999). *Gestion publique*. París: Dalloz.
- (14) Parrat, F. (2003). *Le Gouvernement d'Entreprise*. París: Dunod.
- (15) Dent, M. (2005). Post-new public management in public sector hospitals? The UK, Germany and Italy. *Policy and Politics*, 33(4), 623-36.
- (16) Bogue, R. J., Hall, C. H. y La Forgia, G. M. (2007). *Hospital Governance en Latin America: results of a four Nation Survey*. Washington D.C.: World Bank. (Health, Nutrition and Population HNP Discussion Paper)
- (17) McKee, M. y Healy, J. (Eds.) (2002). *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press. (European Observatory on Health Care Systems Series)
- (18) Graña, F. (2005). Los claroscuros de la gobernanza y el fin del "Estado Social". En *Diálogo social y gobernanza en la era del Estado mínimo*. Montevideo: CINTERFOR. (Papeles de la oficina técnica, 16).

(19) Lecay, R. (2006). *Buen Gobierno, el reto de la gobernanza en América Latina*. Disponible en el sitio web de la Comunidad Virtual de Gobernabilidad y Liderazgo: <http://www.gobernabilidad.cl/modules.php?name=News&file=article&sid=991> [2007, octubre].

(20) Peters, B. G. (2003). La capacidad para gobernar: ¿retrocediendo hacia el centro? Documento preparado para el *VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Panamá, 28-31 de octubre de 2003.

(21) Giovanelli, L. y Helmann, L. (Coords.) (2006). Taller de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud: construyendo estrategias para el fortalecimiento de redes. *XXI Congreso Mundial de Salud Pública y VIII Congreso brasileño de Salud Colectiva*, Río de Janeiro, agosto de 2006.

(22) Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. <http://www.alianza-ipss.org>

(23) Keraudren, P. (1999, Mars). Entre Nouveau Management Public et Gouvernance: les spécificités de la Réforme de l'Administration Centrale en Grande-Bretagne. *Politiques et Management Public*, 17 (1).

(24) Carabantes, J. y Guillou, M. (2005). Reformas en los Sistemas hospitalarios y Formación de Recursos Humanos. Comparación Argentina, Chile, Uruguay, Paraguay, Europa. *Actas del Seminario franco-chileno. Escuela Nacional de Salud Pública*, París, 21-23 de junio de 2004. Ver, en particular:

- i. Jourdain, A. *Los Estados Benefactores en Europa*, pp. 55-59.
- ii. Garel, P. *La profesionalización de las funciones directivas, la formación profesional de los cuadros directivos en los sistemas de salud europeos*, pp. 103-105.

(25) Ditzel, E., Strach, P. y Pirozek, P. (2006). An inquiry into good governance: a Zealand-Czech Comparison. *Health Research Policy and System*, 4, 2.

(26) European Association of Hospital Managers, Standing Committee of the Hospitals of the European Union (HOPE), Centre for Health Services and Nursing Research, University of Leuven. (2004). *Encuesta sobre el gobierno de hospitales*. Disponible en: www.hospitalgovernance.org [2007, octubre]

(27) Celedón, C. y Orellana, R. (2003). Gobernancia y participación ciudadana en la reforma de salud en Chile. Trabajo presentado en el *Tercer Foro Interamericano Subregional de Liderazgo en Salud*, enero 2003. Disponible en el sitio web de Biblioteca Virtual TOP sobre Gestión Pública: www.top.org.ar/publicac.htm [2007, octubre]

(28) France. Ministère de la Santé. Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins. (2006). *Présentation: Le sens des réformes. Hôpital. 2007*. Disponible en: <http://www.reformes-hospitalieres.com/accueil/index.php?id=6> 1 [2007, octubre]

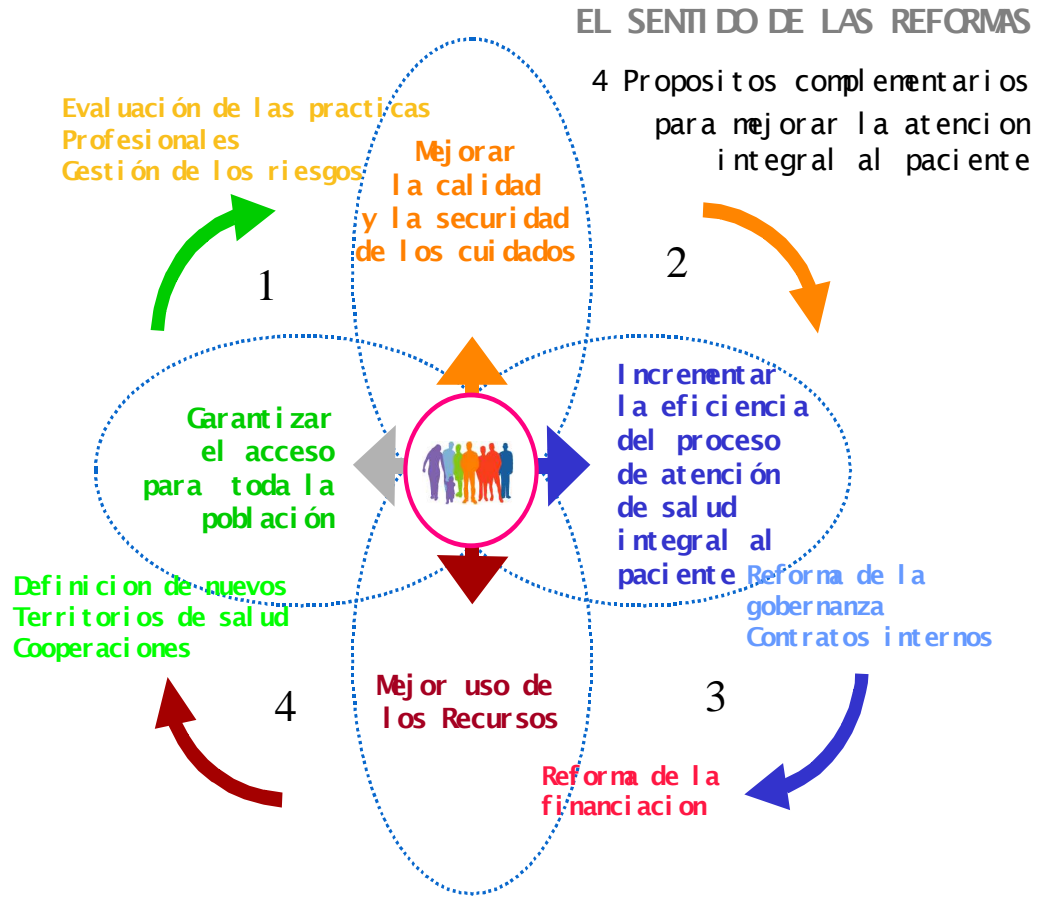
(29) Conseil Economique et social. (2005). *L'hôpital public en France, bilan et perspectives: Etude du Conseil économique et social présentée par M. Eric Molinié au nom de la section des affaires sociales*. París: Conseil Economique et Social.

(30) World Health Organisation Regional Office for Europe. (2007). Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals PATH. Disponible en: http://www.euro.who.int/hosmgt/20030224_2. [2007, octubre]

(31) Gascón, S. y La Palma, A. (2007). *Presentación en el Taller Sub Regional de Participación ciudadana en Salud en el Mercosur Ampliado* del Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo IDRC de Canadá y del Instituto Universitario ISALUD de la Argentina, Buenos Aires, 16-17 de Septiembre de 2007.

(32) EUROsociAL Salud (2007, Julio). *Gobernanza de Hospitales Públicos: hacia un modelo de gestión orientado a la cohesión social. Documento de apoyo para la formulación del Dossier Nacional, elaborado por S. Spadafora S., M. Osa y M. Villalba.* Buenos Aires: Fundación ISALUD.

ANEXO 1- Esquema de la actual reforma hospitalaria en Francia



FUENTE: Francia. Ministerio de Salud. Dirección de la hospitalización y de los cuidados.

ANEXO 2 – PATH: Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals. 2007.

PATH: Herramienta de Evaluación de Desempeño para el mejoramiento de la calidad en los hospitales

**Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa.
División de los Sistemas de Salud de Países**

RESUMEN: PROPÓSITO, MODELO E INDICADORES

PROPÓSITO

La herramienta de evaluación de desempeño (performance) de hospitales, consensuada entre unos 10 países de Europa, tiene como propósito proporcionar un apoyo a los hospitales de la región en la recopilación de datos sobre su desempeño, en la comparación con otros hospitales y en la implementación de acciones de mejoramiento de la calidad. Este instrumento ha sido diseñado para el uso interno del hospital, en base voluntaria. No ha sido elaborado para usos externos, tales como acreditación, rendición de cuenta o reestructuración.

MODELO CONCEPTUAL

Introducción

“Performance (desempeño) es el cumplimiento de objetivos esperados.

Un «desempeño» hospitalario alto debería estar basado en

- las competencias de los profesionales en la utilización del conocimiento actual,
 - la disponibilidad de recursos y tecnología,
 - la eficiencia en el uso de los recursos,
 - el riesgo mínimo para el paciente,
 - los resultados de salud
- Dentro del entorno del sistema de salud, un alto «desempeño» debe referirse
 - a la respuesta a las necesidades y demandas de la comunidad,
 - a la integración de las prestaciones en el conjunto del sistema de atención,
 - al compromiso con la promoción de la salud.
 - Adicionalmente, el desempeño debe estar establecido con relación a la no discriminación en el acceso. »

Dimensiones

El marco de referencia conlleva cuatro áreas y dos perspectivas transversales:

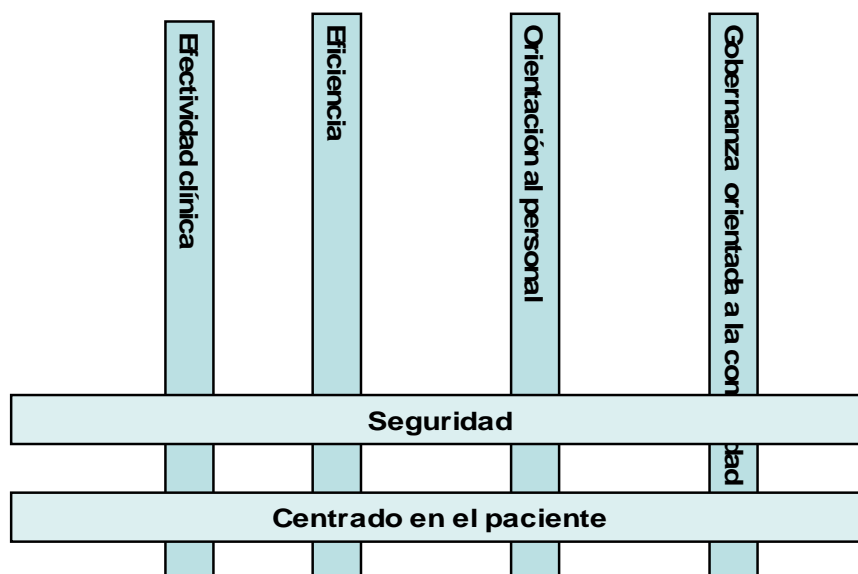
❖ ÁREAS :

- **Efectividad clínica:** se refiere al éxito del hospital en producir resultados clínicos acordes con el estado corriente del conocimiento médico, y en lograr que estos resultados alcancen a todos los pacientes que puedan beneficiarse potencialmente de ellos. Incluye conformidad, resultados de los procesos de atención, y pertinencia del cuidado.
- **Eficiencia:** se refiere al óptimo uso de los recursos para cumplir el máximo resultado. Incluye productividad, uso de las mejores tecnologías para lograr el mejor cuidado posible, y la oportunidad de las intervenciones.
- **Orientación hacia el personal:** se refiere al grado en el cual el personal es adecuadamente competente para desempeñarse en su puesto de trabajo, tiene acceso a la capacitación, ejerce en un entorno favorecedor y está satisfecho con su trabajo. Incluye indicadores sobre el entorno laboral, la identificación de las necesidades individuales del personal, la promoción de la salud y las iniciativas que apuntan a mejorar la seguridad, las conductas saludables y el estado de salud del personal.
- **Gobernanza orientada hacia la comunidad (responsive governance):** abarca el grado en el que el hospital tiene relación con las necesidades de salud de la comunidad, asegurando la continuidad de la atención y la provisión de prestaciones de salud sin discriminación física, cultural, social, étnica o económica. Las sub- dimensiones son el grado de integración hospital/comunidad y la orientación del hospital hacia la perspectiva de salud pública.

❖ PERSPECTIVAS TRANSVERSALES:

- **Seguridad:** guarda relación con la aplicación y promoción de estructuras y procesos dentro del hospital que permitan evidenciar y demostrar la existencia de estrategias y acciones de prevención o de reducción de los riesgos. Seguridad incluye tanto a los pacientes, como al personal y al ambiente.
- **Centrado en el paciente:** ubica al paciente en el centro de la prestación de atención y evalúa los servicios prestados en relación a las necesidades y expectativas de los pacientes, de sus familiares y cuidadores. Incluye orientación al usuario (atención rápida, acceso a redes de apoyo, procesos de comunicación) y respeto del usuario (autonomía del paciente, privacidad y reserva, dignidad).

ESQUEMA DEL MODELO CONCEPTUAL



INDICADORES

Se consensuaron dos categorías de indicadores de desempeño relacionados a las áreas y perspectivas transversales antes mencionadas:

- **Categoría 1:** un núcleo de indicadores que se estiman pertinentes en todos los contextos. Son 17, que alcanzan un total de 48 considerando todos los trazadores incluidos.
- **Categoría 2:** un grupo de indicadores “a la medida”: son los que se estiman pertinentes en un número limitado de contextos, o que llevan a una mayor necesidad de recopilación de datos y, por lo tanto, se sugiere implementarlos si concuerdan con las prioridades de cada hospital o país.

A continuación se presentan los indicadores por categoría:

Áreas	Indicadores “Núcleo”	Indicadores “Adicionales a la medida”
1 – Efectividad clínica y seguridad	1.1. Tasa de cesáreas 1.2. Uso de antibióticos en 4 procedimientos quirúrgicos trazadores 1.3. Tasa de mortalidad en 5 patologías trazadoras 1.4. Tasa de re-hospitalización en 7 patologías trazadoras	A- “Door to needle time” B- Tomografías post-traumatismos C- Número de pacientes con infarto dados de alta con aspirina D- Indicadores de mortalidad (1.3) con ajustes por riesgos más avanzados. E- Indicadores de re- hospitalización

	1.5. Cirugía ambulatoria para 8 procedimientos trazadores 1.6. Hospitalización post cirugía ambulatoria: mismos trazadores que indicador 1.5 1.7. Tasa de retorno a la Unidad de Tratamiento Intensivo	(1.4.) con ajustes por riesgos más avanzados. F- Úlceras de presión (escaras) en pacientes con traumatismos o fracturas. G- Tasa de infección intra hospitalaria
2 – Eficiencia	2.1. Número de días de hospitalización 2.2. Uso de pabellones	A- Puntaje en la evaluación de protocolos de aseguramiento de la pertinencia de los cuidados B- Costo de los antibióticos por paciente C- Indicadores de duración de hospitalización ajustados por case mix. D- Cash-Flow en relación la deuda E- Costo de los servicios comunes por paciente y por día.
3 – Orientación al personal y seguridad	3.1. Presupuesto de capacitación 3.2. Ausentismo 3.3. Volumen de horas extraordinarias de trabajo 3.4. Accidentes de trabajo: heridas por jeringas 3.5. Prevalencia del consumo de tabaco en el personal	A- Porcentaje de sueldos pagados a tiempo B- Encuestas sobre el burn out del personal C- Porcentaje de descripción de cargos que incluye evaluación de riesgo D- Rotación del personal E- Accidente de trabajo por categorías.
4 – Gobernanza orientada a la comunicad (responsive governance)	4.1. Altas de la maternidad con lactancia materna 4.2. Transiciones en el sistema de salud	A- Auditoría de la preparación de las altas hospitalarias B- Porcentaje de correos enviados a los profesionales de salud de los otros niveles de atención C- Puntaje en la evaluación de protocolos de pertinencia de los cuidados para pacientes geriátricos. D- Tiempo de espera para cirugías ambulatorias trazadoras E- Infartos y patologías coronarias con relación a la educación para estilos de vida saludables.
5 – Centrado en el paciente	5.1. Encuesta sobre las expectativas de los usuarios	A- Resultado del monitoreo del acceso a las prestaciones de salud de los pacientes B- Resultado del monitoreo de la satisfacción de los pacientes sobre los equipamientos de salud.