

**ESTRATEGIAS DE GESTION EN PEQUEÑOS HOSPITALES FRENTE A LAS  
NUEVAS TENDENCIAS DE GESTION EN SALUD: EL CASO DE LA REGION FRONTERIZA  
NOROESTE DE RIO GRANDE DO SUL**

Büttenbender , Pedro L./ Sparemberger, Ariosto / Zamberlam, Luciano/ Righi, Liane B. /  
Büttenbender, Dóris Clarita N./ Perius., Danilo J.

Departamento de Estudios de Administración y de Ciencias de la Salud de la UNIJUI

Rua São Francisco, 501 - Bairro São Geraldo

Ijuí - RS - Brasil - CEP 98700-000

E-mail: [pedrolb@unijui.tche.br](mailto:pedrolb@unijui.tche.br)

E-mail: [lisnebr@unijui.tche.br](mailto:lisnebr@unijui.tche.br)

E-mail: [doriscb@unijui.tche.br](mailto:doriscb@unijui.tche.br)

E-mail: [hospcampina@san.psi.br](mailto:hospcampina@san.psi.br)

## **RESUMEN**

El presente artículo resulta de un estudio comparativo de estrategias de gestión de hospitales de la Región Fronteriza Noroeste de Río Grande do Sul frente a las nuevas tendencias de gestión en salud. Existe en la región una red de pequeños hospitales, en cuanto organizaciones de sociedad civil, de origen y naturaleza comunitario. Las nuevas políticas de gestión en salud, el agotamiento de los modelos tradicionales de gestión en salud y las nuevas tendencias para el área, apuntan dificultades para hacer frente a la cualidad del servicio, la sustentabilidad económica, obsolescencia tecnológica y los niveles de resolución requeridos. El estudio puede ser definido como exploratorio y los datos fueron obtenidos a través de entrevistas en profundidad e investigación documental y bibliográfica. Las políticas públicas están generando nuevos desafíos para la sustentabilidad y la supervivencia para los hospitales de pequeño porte, localizados en regiones geográficamente periféricas. Las estrategias podrán contribuir con las organizaciones hospitalarias, en cuanto a las referencias para priorizar las políticas públicas de financiamiento a la salud, la mejora de las condiciones de salud y de vida de las poblaciones involucradas.

**PALABRAS CLAVE** Estrategias, Gestión en Salud, Desarrollo, Hospitales.

## INTRODUCCIÓN

Los avances científicos y tecnológicos, en todas las áreas del conocimiento humano, suceden a una velocidad creciente. Nuevas estrategias y actitudes son requeridas de las organizaciones, acompañadas de cambios, nuevos posicionamientos y competencia tecnogerenciales. La globalización crea nuevas posibilidades y deseos de consumo. En el contexto, la forma tradicional de actuación ya no es más suficiente para atender a los deseos de los consumidores, agregada la necesidad de sustentabilidad económica.

Las políticas públicas y las organizaciones en salud también son afectadas por estos desafíos, por su naturaleza, negocio y de las características de los servicios prestados. Sus características se asemejan a las organizaciones sociales, donde según Tenorio (2001) se destacan algunas peculiaridades, como por ejemplo: el planeamiento estratégico, cuando existe, tiende a ser condicionado por las fuentes de financiamiento; la delimitación de la misión, objetivos y metas, y la evaluación de resultados, no siempre son claramente establecidos y entendidos por todos; la evaluación también se dificulta por las características cualitativas y no comercializables de las actividades desarrolladas; sus gestores presentan un perfil más volcado hacia la validación política y social de los controladores, en vez de hacia la capacidad gerencial y técnica, entre otras.

La importancia de los hospitales en el sistema productivo de prestación de servicios de salud es incuestionable, a pesar de las políticas públicas de desvinculación del modelo centralizado en hospitales. Algunos hospitales son más afectados que otros, dependiendo de la naturaleza jurídica, tamaño, complejidad, nivel de resolución, entre otros, los hospitales se caracterizan en diferentes modelos: hospitales públicos estatales, hospitales privados sin fines de lucro o filantrópicos, y los hospitales privados (con fines de lucro).

Hospital es definido Bittar (1996) como una institución compleja, donde las actividades industriales son mezcladas con la ciencia, la tecnología y los procedimientos utilizados directamente en humanos, con componentes sociales, culturales y educativos, interfiriendo en la estructura, en los procesos y en los resultados.

El sector filantrópico, en nuestro país, según Portela et al. (2002), es responsable por cerca de un tercio del parque hospitalario brasileño. Son 1.917 unidades, con aproximadamente 132 mil camas, la mayoría prestador de servicios al Sistema Único de Salud (SUS). Esta enorme red, esparcida por todo el territorio nacional, presenta una gran heterogeneidad en las estructuras gerenciales, tecnológicas, perfiles y prácticas asistenciales. En este sector, se encuentra la mayoría de las Santas Casas y hospitales sin fines de lucro. Los hospitales privados con fines de lucro poseen, a ejemplo de los demás, una diversidad de estructuras, que van desde clínicas a grandes complejos hospitalarios. En la mayoría de las veces, se limitan a la atención de pacientes particulares y convenios privados. Por tanto, la

gran mayoría de los hospitales privados mantienen un mayor número de alternativas de fuentes de recaudación para viabilizar su gestión, integrando las fuentes privadas y públicas – SUS.

En el sector público existen hospitales ligados a las tres esferas del gobierno, o sea, hospitales municipales, estatales y federales o fundaciones. Los hospitales públicos también presentan una diversidad grande, variando desde las unidades locales o mixtas, hasta hospitales universitarios y de gran complejidad.

El presente estudio fue realizado con base en tres hospitales de pequeño porte, localizados en la Región Fronteriza Noroeste de Río Grande do Sul. Se buscó trazar un comparativo entre las estrategias y las directrices de gestión de estos hospitales, siendo uno de naturaleza comunitaria y filantrópica, otro filantrópico, mantenido por una congregación religiosa, y el último, privado con fines de lucro.

### **Referentes Y Contextualización Del Estudio**

Estudiar las estrategias de organizaciones hospitalarias requiere comprender su naturaleza organizacional y las políticas públicas y de salud. El contexto histórico que generó las organizaciones hospitalarias justifica la actual existencia de estas estructuras, bien como, permite comprender la naturaleza comunitaria, pública no estatal, y de pequeño porte que las caracteriza prioritariamente.

En los últimos años, de acuerdo con Silva (1998) significativos cambios ocurrieron a través de la adopción de nuevos modelos tecno-asistenciales. Estos modelos preventivos, enfocados en la salud y no en la enfermedad, contribuyeron en la implementación del Sistema Único de Salud – SUS, además de la prioridad de los procedimientos técnico-profesionales (médicos, farmacéuticos y tecnólogos), la jerarquización del sistema, la renovación acelerada del conocimiento, la mayor presencia del uso de la ingeniería genética, entre otros. Tales abordajes, a pesar de proporcionar una mejora en la atención de la salud de la población, desafían y determinan nuevos papeles a los hospitales, bajo los aspectos tecnológicos, acompañamiento de las innovaciones, la reducción del número de internaciones y del tiempo de permanencia del paciente. Se agregan en este contexto, bajo la luz de los cambios de las relaciones con los agentes financieros (SUS, Convenios, particulares), los desafíos de la supervivencia y sustentabilidad económica y financiera de estas organizaciones.

La tendencia internacional que atañe a las organizaciones hospitalarias, según Matos (2000), es la deshospitalización. En los Estados Unidos, en el año 1994, eran necesarios 1,2 millones de camas para suplir las necesidades del sistema, en cuanto, en el 2000, 424.000 fueron suficientes, lo que indica una reducción del 1/3 en el número de camas necesarias para suplir un sistema avanzado como el americano (MATOS, 2000). Según el mismo autor, en Brasil, el número de hospitales creció 30% en el periodo 1994 a 1999, debido al aumento en el

numero de adhesión de los individuos a los planes de salud. Cálculos realizados indican que 45% de la capacidad instalada en el Brasil sería suficiente para atender la demanda.

Según Kongsteud (2001 apud Bertuci y Meister, 2003), otros factores relacionados a la deshospitalización son el desarrollo tecnológico, el aumento de la expectativa y de la calidad de vida de la población y los elevados costos hospitalarios, que estimulan las políticas públicas y las organizaciones privadas de privilegiar acciones preventivas y atención descentralizada y domiciliaria. Se agregan a este contexto las políticas de control y prevención epidemiológica, programas de inmunización (vacunación). Un ejemplo es la vacunación contra la influenza “Gripe”, priorizada en la población de mayor riesgo de infecciones respiratorias (personas con más de 60 años).

Otras particularidades de las organizaciones hospitalarias, en cuanto a una configuración estructural específica, también deben ser consideradas. Como burocracias profesionales (Mintzberg, 1979 y 2000), los hospitales reúnen personas con elevada formación técnica en sus funciones, que ostentan un alto grado de control sobre sus procesos de trabajo y que, muchas veces, apenas utilizan las instalaciones físicas de los hospitales para el ejercicio de una parte de sus actividades. Este hecho vuelve más complejas las relaciones entre las organizaciones y los profesionales, pues no juzgan tener compromisos con las prácticas y procedimientos que la organización busca adoptar realizando un mayor control sobre el alcance de los objetivos de la institución.

Hasta principios de los años 1990, el foco de la salud estaba vuelto hacia los aspectos curativos. Actualmente las políticas públicas y los sistemas de salud están volcados hacia la prevención y promoción en salud. Este nuevo enfoque (modelo técnico asistencial), asociado a las nuevas tecnologías, y la falta de profesionalización de la gestión, tiene justificada una nueva configuración estratégica de los hospitales, subrayando la supervivencia. El hospital, en este nuevo contexto, según Mezomo (2000), no puede tener apenas una visión interna y ser su foco también externo y en la satisfacción de las necesidades de sus clientes. Para atender a esas necesidades, debe mejorar sus procedimientos e innovar, a fin de que obtengan nuevos y eficientes procesos organizacionales. La visión de futuro y su inserción en las demás políticas públicas de gestión en salud, deben ser parte de esta nueva realidad, identificando las tendencias y las nuevas atribuciones y competencias de los tradicionales establecimientos de salud, especialmente los pequeños hospitales, situados en regiones periféricas y en pequeños municipios.

La constitución de redes de salud contribuye en la calificación de las políticas públicas de salud, y en las demás áreas. La caracterización contextual de la región, en la cual se realizó este estudio, contempla una estructura socioeconómica, política y cultural propia y por tanto diferenciada del resto de Río Grande de Sul y de Brasil. La configuración actual de la región se estructuró a partir de un proceso de colonización, realizado a partir de fines del siglo

XIX, con descendientes de inmigrantes europeos. En este proceso, por la limitada presencia del Estado, las comunidades emigrantes asumieron la responsabilidad de constituir estructuras para responder a las necesidades prioritarias de la época (educación, salud, religión, economía, cultura y otros).

En este proceso, las comunidades constituyeron sus organizaciones hospitalarias, precediendo inclusive a la formación de los procesos de emancipación de los municipios. La evolución histórica se encargó de constituir una red de pequeños hospitales, en su mayoría comunitarios (hospitales de caridad) y/o confesionarios, en la Región Fronteriza Noroeste de Río Grande do Sul. La evolución histórica de la región, formada actualmente por 21 municipios, y detallada por Christiensen (2001) y Dallabrida y Büttenbender (2003).

Los tres hospitales seleccionados como referencia de este estudio tienen su origen y estructuras en convergencias con el proceso histórico-evolutivo de la región (BUTTENBENDER y RIGHI, 2004). Por eso, se presenta una breve caracterización de cada una de las organizaciones hospitalarias. El Hospital Campina, es mantenido por la Asociación Asistencial Cultural y Hospitalaria Padre Benito Meister, de Campina das Missoes/ RS, organización sin fines de lucro (filantrópica), de naturaleza comunitaria, fue fundada el 27 de mayo de 1965. las principales actividades se concentran en la prestación de servicios de internación hospitalaria, servicios ambulatorios y actividades de promoción y prevención de la salud. La estructura de 2.772m<sup>2</sup>, compuesta por 61 camas, ambulatorio, centro quirúrgico / obstétrico, sector administrativo y servicios de apoyo. Son prestados los siguientes servicios: internaciones hospitalarias en las clínicas básicas (clínica medica, cirugía general, anestesiología, pediatría, ginecología y obstetricia); atención ambulatoria de baja y media complejidad, incluyendo guardia medica (24 horas) para urgencias / emergencias; actividades de salud preventiva, a través del programa salud de la familia; y servicios de apoyo al diagnostico (radiología, electrocardiograma, y análisis clínicos, anatomía patológica / citológica).

El Hospital San José, de Giruá / RS, es mantenido por la Asociación de Literatura y Beneficencia, con sede en Porto Alegre / RS, organización sin fines de lucro (filantrópica), de naturaleza confesional, en funcionamiento desde 1936. la estructura se compone de 3.800 m<sup>2</sup> de área construida, distribuida en 50 camas, sector de internación, ambulatorio, centro quirúrgico y obstétrico conjugados (tres salas quirúrgicas y una de partos), sala de recuperación pos-quirúrgica, agencia transfusional, sectores administrativos y de apoyo. Son prestados servicios en las áreas de: internación (clínica medica, cirugía general, anestesiología, pediatría, ginecología y obstetricia, urología, traumatología, cardiología, gastroenterología); atención ambulatoria de baja y media complejidad, incluyendo guardia médica de urgencia / emergencia las 24 horas; y servicios de apoyo al diagnostico (radiología, electrocardiograma, ultrasonografía, análisis clínicos, anatomía patológica / citológica, atención psicosocial / psicoterapia, endoscopia y mamografía).

El Hospital Tucunduva, de Tucunduva / RS, es mantenido por una organización privada, formada por una sociedad por cuotas de responsabilidad limitada, fundada el 21 de abril de 1940. hasta 1977 el hospital tenía la denominación de Sociedad Hospitalaria San Francisco de Asís Ltda.. La estructura actual está compuesta por una área construida de 1.310m<sup>2</sup>, distribuida en 33 camas, ambulatorio, sala de urgencias, consultorio medico, consultorio odontológico, sala de curaciones y una cama para observación medica. El hospital presta servicios de: internación (clínica medica, cirugía general, anestesiología, pediatría, ginecología y obstetricia); atención ambulatoria de baja y media complejidad (solamente particulares y convenios y algunos casos referenciados por el gestor publico local, incluyendo urgencias las 24 horas); y servicios de apoyo al diagnostico (electrocardiograma, ultrasonografía, análisis clínicos y anatomía patológica / citológica).

### **Referencias Metodológicas**

El tema y el problema del estudio, con base en Marconi y Lakatos (2996) y Vergara (2000), fueron el de verificar la importancia, el abordaje innovador y diferenciado, así como, la necesidad requerida por las organizaciones. El estudio atendió la cuestión: “¿Cuáles son las estrategias y directrices de gestión actualmente adoptadas por las administraciones de los hospitales frente a los desafíos de sustentabilidad económica y de las tendencias en el área de la salud?”.

El objetivo general fue de realizar un diagnostico organizacional y presentar un comparativo de estrategias de gestión, frente a las tendencias en el área de la salud. De forma especifica el estudio buscó también: identificar las principales características organizacionales, los referentes estratégicos, características internas, realizar un análisis comparativo, identificando las convergencias y divergencias; y proponer estrategias para los hospitales y sugerencias para priorizar las políticas publicas de gestión de la salud.

La investigación se caracteriza como ser exploratoria para lo cual se utilizaron datos documentales y bibliográficos, además de entrevistas en profundidad. El estudio fue realizado desde agosto hasta octubre del 2004, siendo que los datos fueron recolectados en los propios hospitales, a través de la observación directa, entrevistas y consultas a documentos, involucrando a las municipalidades, la 14<sup>o</sup> Coordinadora Regional de la Salud, Secretaria Provincial de la Salud y Ministerio de Salud.

Los datos recolectados fueron analizados e interpretados a la luz de los referentes teóricos y bibliográficos, atendiendo a los objetivos del estudio. A partir de la investigación fue posible establecer un conjunto de consideraciones conclusivas y de recomendaciones, visualizando la calificación de la gestión y de los demás procesos de desenvolvimiento organizacional.

## **Diagnóstico Y Análisis Del Estudio**

En el diagnóstico y análisis del estudio se consideró que las organizaciones hospitalarias, por la presencia de profesiones con alto grado de conocimiento técnico en el núcleo de sus actividades principales, tienden a desarrollar modelos y sistemas que privilegian este conocimiento y a organizar las estructuras de liderazgo que distinguen la competencia y la habilidad técnica como elementos preponderantes en los espacios organizacionales, en conformidad con las contribuciones de Mintzberg (2000). En esta sección son presentadas las características internas, convergencias y divergencias, referentes estratégicos, directrices de gestión; relación con las políticas públicas y privadas, y tendencias para el sector hospitalario.

### **Características internas, convergencias y divergencias**

El análisis de las características internas, las convergencias y las divergencias, se limitó a la estructura física, a los servicios prestados, a la estructura de poder, la elaboración de la planificación y a la gestión de las personas. La estructura física difiere en cuanto al tamaño, área construida y arreglos físicos, pero en todas las organizaciones se observa una tasa de ocupación bastante baja de la capacidad instalada. Esta ociosidad es a costa de los servicios prestados. Los espacios físicos proyectados en una época hospitalocéntrica y que, actualmente, con el aumento de los servicios públicos en la red básica y servicios de salud preventivos, se tornan parcialmente ociosos. En la medida en que las acciones de promoción y prevención sean intensificados, reafirma la tendencia de creciente ociosidad de estos hospitales.

Las clínicas básicas están presentes en todas las unidades estudiadas. El Hospital San José mantiene algunas especialidades como urología, cardiología, traumatología. En los servicios de apoyo, el Hospital de Giruá cuenta con servicios de ultrasonografía, endoscopia y mamografía, que lo diferencia de los demás. El Hospital de Tucunduva no posee servicio de radiología, importante equipamiento de apoyo en el diagnóstico. A pesar de estas diferencias en los servicios prestados, los procedimientos se limitan a la baja y media complejidad.

La variable tributaria presenta una diferenciación significativa entre las organizaciones estudiadas. En los hospitales de Campina y Giruá, filantrópicos, se verifica una ventaja competitiva en relación al Hospital de Tucunduva, en especial en las exenciones de algunas tasas y la inmunidad tributaria.

Según la Federación de las Santas Casas y Hospitales Filantrópicos de Río Grande do Sul, los hospitales privados prestadores de Servicios al Sistema Único de Salud, en el Estado de RS, son responsables por el 66,6% de los lechos y por el 70% de las atenciones. En la Tabla 1, se puede constatar el volumen de atención prestados por los hospitales estudiados, conforme al convenio.

**Tabla 1: Distribución de los servicios prestados por los hospitales. Año 2003.**

| <b>Tipo de atención</b>                | <b>Campina</b> | <b>San José</b> | <b>Tucunduva</b> |
|--|----------------|-----------------|------------------|
| % internaciones SUS                    | 72,94          | 58,00           | 49,00            |
| % internaciones particulares           | 11,51          | 4,00            | 8,00             |
| % internaciones otros convenios        | 15,55          | 38,00           | 43,00            |
| % atención ambulatoria SUS             | 90,25          | 90,00           | -                |
| % atención ambulatoria particular      | 8,48           | 3,00            | 24,00            |
| % atención ambulatoria otros convenios | 1,27%          | 7,00            | 76,00            |

Fuente: Hospitales estudiados (2004)

La estructura de poder se presenta constituida de forma distinta. El Hospital Campina posee un amplio cuadro social y las asambleas generales representan el órgano máximo de la toma de decisiones. Siguen, en jerarquía, el directorio y el consejo fiscal, el presidente, el director administrativo y el director técnico. El Hospital San José, como entidad mantenida, o filial, está subordinado a la matriz, que posee un consejo directivo, además de órganos de soporte (staff) para demandas de contabilidad, planilla de pagos y asuntos relacionados con la filantropía. Se sigue con la Dirección General del hospital, el director administrativo y el director técnico. En el Hospital Tucunduva, la asamblea de la sociedad, compuesta por siete socios, con cuotas de responsabilidad limitada, es el órgano soberano o máximo en la toma de decisiones. Siguen el director administrativo y el director técnico. A partir del director administrativo y del director técnico, la estructura jerárquica es bastante semejante en las tres organizaciones, o sea, siguen las jefaturas de sector o departamentos y por último, se tiene el cuadro operativo. En el caso específico del Hospital San José, varias actividades están centradas en la gestión integrada de la matriz (organización confesional), que mantiene otras estructuras.

El planeamiento de los hospitales Campina y San José es formal pero difiere en su forma de elaboración. En el Hospital San José, la matriz elabora las directrices generales, que sirven de referencia a la filial. La filial, dentro de su visión y misión, define el planeamiento, desdoblándolo en sus diferentes niveles. En el Hospital Campina, el proceso de planeamiento obedece a un flujo diferente. Es construido con la participación de las jefaturas intermedias y de los funcionarios, que elaboran una propuesta de plano. Ésta posteriormente es sometida a apreciación de la dirección, y de la asamblea general. En el Hospital Tucunduva, el planeamiento es desarrollado por la alta dirección y se presenta de manera más informal.

En la identificación del perfil y del nivel de escolaridad de los funcionarios de las entidades estudiadas, contenidas en la Tabla 2, se percibe un porcentaje elevado de funcionarios con bajo nivel de escolaridad. Esto se presenta como un factor limitante para la calificación e interfiere negativamente en el desarrollo de estas organizaciones. El índice de personas con curso superior completo, se sitúa en la media de los diez puntos porcentuales del total de las personas que integran la organización.

Convergiendo con la definición de Alves (2003), la gestión innovadora a ser implementada en la organización debe estar centrada en el individuo, pues él es el gran desencadenante de los cambios en su organización. En un ambiente de competitividad creciente, las empresas deben establecer estrategias claras y bien definidas, lo que para Fleury y Fleury (1997) posibilita una evaluación de las potencialidades de los recursos disponibles, de modo de orientar a la organización y definir los procesos de aprendizaje y capacitación necesarios.

La definición de las estrategias organizacionales deben ofrecer a sus miembros un espectáculo seductor de destino. Para Mintzberg (2001) la intención estratégica debe definir la dirección y la viabilidad. El modelo de salud vigente en los pequeños hospitales, a lo largo de los últimos años, da señales de agotamiento y la viabilidad no está más asegurada. Los desafíos de la gestión de las personas son muchos. Para Calderaro (2004) la gestión de las personas tiene medios técnicos y científicos bien definidos, acrecentados por los aspectos culturales que involucran a la organización. Para Ramires (2002) los programas de capacitación son cada vez más importantes en la pauta estratégica de la alta administración y de la gestión de las personas en los hospitales.

**Tabla 2: Información relativa al Cuadro de Personal de los Hospitales**

| <b>Información sobre cuadro de personal</b> | <b>Campina</b> | <b>San José</b> | <b>Tucunduva</b> |
|---|----------------|-----------------|------------------|
| Nº de funcionarios contrato CLT             | 64             | 74              | 28               |
| % Sexo femenino                             | 82,81          | 79,73           | 82,14            |
| % Sexo masculino                            | 17,19          | 20,27           | 17,86            |
| % Educación básica incompleta               | 23,44          | 27,03           | 39,29            |
| % Educación básica completa                 | 6,25           | 9,46            | 7,14             |
| % Educación media incompleta                | 9,38           | 17,57           | 10,71            |
| % Educación media completa                  | 45,31          | 29,73           | 21,43            |

|  |       |      |       |
|--|-------|------|-------|
| % Educación superior<br>incompleta                     | 4,69  | 6,76 | 10,71 |
| % Educación superior<br>completa                       | 10,94 | 9,46 | 10,71 |
| % Especialización                                      | 4,69  | -    | -     |
| Nº que frecuenta escuela<br>formal                     | 13    | 10   | 01    |
| % Educación básica                                     | -     | -    | -     |
| % Educación media                                      | 84,62 | 50   | -     |
| % Educación superior                                   | 15,38 | 50   | 100   |
| % Func. Con + de 10 años<br>en la empresa              | 28,13 | 30   | 07    |
| Total de personas<br>(funcionarios/autónomos/terceros) | 81    | 97   | 35    |

Fuente: Departamento de Recursos Humanos de los Hospitales (2004)

Los entrenamientos son considerados poco frecuentes e insuficientes. Tanto los programas de aprendizaje internos, como los externos, son considerados dispersos y limitados en cuanto a sus objetivos finales, debido a la ausencia de un programa continuo de entrenamiento y desarrollos de las personas.

Los mecanismos de evaluación del desempeño también se configuran de forma discontinua. En términos de remuneración, está básicamente limitado a las definiciones de los convenios colectivos de trabajo. A pesar de que un porcentaje significativo de la facturación de estas entidades es aplicado al pago del personal (40%, 55% y 34%, respectivamente en los hospitales Campina, San José y Tucunduva en el año 2003), las instituciones todavía están lejos de ser atractivas respecto a las remuneraciones. Otro factor que compite en el porcentaje más elevado del compromiso de la facturación con el pago al personal se debe al funcionamiento ininterrumpido de los hospitales, tanto nocturno, como en los fines de semana. Los pequeños hospitales compiten, en la disputa por profesionales de nivel superior, con los servicios públicos y privados, esto es, gestores municipales de ciudades mayores y hospitales de centros mayores, que mantienen mejores niveles de remuneración.

Una limitación de la gestión, enfrentada por los hospitales, se refiere a la relación entre profesionales médicos y el hospital. La mayoría no son funcionarios, y sí profesionales que prestan servicios y tienen una interferencia significativa en la gestión de las organizaciones hospitalarias. Es el profesional médico el que determina y prescribe el tratamiento, y no siempre está preocupado con el costo del tratamiento. El profesional médico no es pago por la organización hospitalaria, hecho que contribuye a que no siempre haya un compromiso de este profesional con la organización hospitalaria. Según Machline et al (1983), en un hospital se observan cuatro centros de poder: la dirección superior, la administración, los médicos y los demás profesionales. En una organización hospitalaria, el médico ejerce una substancial influencia en todos los niveles organizacionales, tiene gran autonomía en su trabajo y autoridad

profesional sobre otros en la organización. Para Galbraith y Lawler (1995), los hospitales son burocracias profesionales, pues dependen de los patrones de habilidades y no de los procesos. Los hospitales dependen de profesionales entrenados, personas especializadas, para desarrollar las tareas y, por tanto, se desprenden de una buena parte del poder.

### **Referentes Estratégicos**

Para lograr objetivos determinados, se hace necesario establecer un plan. De acuerdo con Correa (2004), el plan de negocios surge como una opción eficaz y exigida cada vez más por el mercado, consiste en un análisis de la empresa en todos sus aspectos: financiero, económico, mercadológico y tecnológico. Además del análisis de la empresa, prevé un análisis de la competencia, necesidades de inversiones y expansión, revisión de precios y márgenes de beneficios. Si invertir es imprescindible, más importante todavía es analizar su viabilidad. De acuerdo con Montgomery y Porter (1998), diferente de la competencia natural, donde cada especie posee una ventaja única, en la búsqueda de los recursos que necesita, la estrategia debe ser deliberada y cuidadosamente estudiada. La competencia natural es evolutiva, en cuanto a que la estrategia es revolucionaria. La formulación de las estrategias encuentra en su origen en la misión, en la visión y en los principios de la organización. A pesar de no ser formalizado, el Hospital Dr. Oswaldo Teixeira posee un planeamiento, que es comunicado a los que integran la organización de forma informal. Esta forma de divulgación del planeamiento, a pesar de funcionar en pequeñas organizaciones, se presenta como ineficiente en organizaciones mayores.

De acuerdo con Stoner, Freeman (1985), el concepto de estrategia puede ser definido por lo menos en dos perspectivas. La primera en lo que la organización pretende hacer, y la segunda, lo que la organización actualmente hace. En la primera perspectiva, la estrategia es un programa amplio para definir y alcanzar los objetivos de una organización e implementar sus misiones. En la segunda perspectiva, la estrategia corresponde al patrón de las respuestas que la organización produce a su ambiente, a través de los tiempos, sea reaccionando pasivamente y solo se ajusta al ambiente cuando surge la necesidad, sea desempeñando un papel activo a través de la administración estratégica, anticipándose a los cambios. A pesar de que los administradores de los hospitales estén actuando, lo que ocurre es más un ajuste al ambiente, o sea, una reacción pasiva. Lo que se observó en los hospitales estudiados es una anticipación a otras organizaciones que todavía no reaccionaron, pero esto no se puede llamar administración estratégica proactiva. Se trata de una reacción.

La formulación de la estrategia empresarial, según Mintzberg (2001), es un proceso organizacional inseparable de la estructura, del comportamiento y de la cultura de la organización. Las estrategias son esencialmente formuladas para lidiar con la competencia. La población está cada vez más al tanto sobre los beneficios de la prevención y menos

dependiente de los hospitales. Proveedores, principalmente de mano de obra especializada, como médicos y otros profesionales, crean clínicas privadas y dirigen los servicios más lucrativos hacia esas clínicas. Como productos / servicios sustitutos, se pueden citar las diferentes clínicas y empresas prestadoras de servicios de apoyo al diagnóstico o tratamiento, además de programas preventivos desarrollados por los gestores públicos o por empresas contratadas / con convenio.

El establecimiento de asociaciones con los gestores locales se presenta como una nueva alternativa que podrá representar una posición competitiva y que podrá, inclusive, minimizar la entrada de nuevos competidores. En el caso del Hospital Campina, la actuación en la promoción y prevención, si produce resultados positivos, aumentará la fidelidad y evitará otro competidor en esta actividad. La propuesta del Hospital San José, volcada hacia la implementación de un Centro Regional de Rehabilitación Física, Auditiva, proveyendo de prótesis, involucrando un amplio proyecto de soporte con el área física y soporte tecnológico, representa una estrategia de diferenciación, que tiene como finalidad crear singularidades para el consumidor. La situación del Hospital de Tucunduva difiere de los anteriores, pues los socios planean salir de la actividad hospitalaria y están implementando un plan de desinversión.

Para hacer un análisis de las vinculaciones de las entidades a las políticas públicas y privadas de salud, se hace necesario analizar el porcentaje de recursos provenientes de la prestación de servicios convenidos con los gestores públicos de las diferentes esferas del gobierno, lo que puede ser constatado en la Tabla 3. También cabe el análisis de los recursos provenientes de convenios privados y de atención particular. Cabe informar que el elevado porcentaje de la participación municipal, en el caso del Hospital San José, tiene que ver con la gestión plena de la salud asumida por el municipio de Giruá. Las dificultades enfrentadas por los hospitales tienen una relación muy fuerte con el elevado porcentaje de servicios prestados al SUS.

**Tabla 3: Porcentaje de los Recursos públicos de acuerdo con la esfera de gobierno. Año 2003**

| <b>Esfera de Gobierno</b> | <b>Campina</b> | <b>San José</b> | <b>Tucunduva</b> |
|---------------------------|----------------|-----------------|------------------|
| % Unión                   | 37,07          | 3,00            | 42,16            |
| % Estado                  | 17,14          | 2,00            | 38,02            |
| % Municipios              | 45,54          | 95,00           | 19,61            |

Fuente: Registros contables de los hospitales: Campina, San José y Tucunduva, 2003.

### **Limitaciones y Estrangulamientos**

Para entender las limitaciones y principales estrangulamientos, se realiza un análisis del escenario de la época de la creación de los hospitales y un análisis del escenario actual. Los

escenarios vigentes en la época de la creación de los hospitales (décadas de 1940 – 1950) presentan significativas diferencias en comparación con el escenario actual que involucra la realidad de los hospitales. En el escenario de la época se hallaron las siguientes características: grandes dificultades de acceso a los servicios de salud, debido a las grandes distancias, el aislamiento y las dificultades de desplazamiento; limitada oferta de servicios de salud en la red pública; programas preventivos básicamente limitados a las inmunizaciones; enfermedades primarias llevaban a la muerte; enfermedades actualmente erradicadas eran epidemias (por ejemplo: viruela); porcentaje elevado de población rural formada por pequeños agricultores; familias numerosas; ausencia completa de infraestructura; población en su mayoría descendiente de inmigrantes europeos; presencia de un fuerte espíritu comunitario; preocupación en crear infraestructura (religión, educación y salud); hospital como único centro de salud conocido; necesidad de fijar médico en la comunidad.

En el escenario actual se destacan: migración poblacional de los pequeños a los grandes municipios; aumento de la expectativa de vida y calidad en la atención básica de la salud; dirección creciente de los recursos públicos hacia áreas de promoción y prevención a través de implementación y del incentivo a los Programas de Salud de Familia; retirada gradual y significativa de recursos del área curativa (cambio en los modelos de asistenciales); derecho al acceso gratuito a los servicios de salud; reducción de las tasas de natalidad; gestores públicos asumieron la atención básica en salud; el ingreso de los hospitales en la prestación complementaria de servicios públicos de salud (SUS); nuevas tecnologías y aumento de la capacidad resolutoria de los grandes centros; rápida obsolescencia tecnológica de los equipamientos y procesos en la salud.

La reducción de recursos provenientes de la facturación con Autorizaciones de Internación Hospitalaria (AIH's) tiene afectado directamente la realidad del Hospital Campina. Por ejemplo, la reducción del valor de R\$213.446,17 en el 2000, a apenas R\$177.278,20 en el 2003, es la caracterización concreta de esta realidad. La reducción de los techos físicos no cuantitativos de AIH's disponibles han sido proporcionalmente mayor que los reajustes concedidos por el SUS. Es explícita la percepción de la repercusión y del impacto de una reducción en la facturación, frente al aumento de las tarifas de agua, energía eléctrica, telecomunicaciones, gas de cocina, o asimismo, frente al aumento de los medicamentos y de la mano de obra, ocurridos en el periodo.

Analizando la tasa de ocupación de 48,7% en el Hospital Campina, 42% en el Hospital Oswaldo Teixeira y 60% en el Hospital San José, es evidente que el principal factor limitante está relacionado al mercado de actuación de estos hospitales. La falta de demanda es un factor responsable por el desinterés de los profesionales especializados, principalmente médicos, que tienen una remuneración basada en el volumen de producción. Otro factor, acrecentado en el escenario actual, son las escalas de remuneraciones de los convenios con el

US y los convenios privados, que forzados por la caída del poder adquisitivo, sus asegurados presionan por escalas cada vez menores.

Según Hamel y Parlad (1995), existen grandes diferencias entre empresas en el mercado y el impacto competitivo que ellas son capaces de ejercer con una determinada cantidad de recursos. Las limitaciones de recursos no son necesariamente un obstáculo para la conquista del liderazgo, tampoco la disponibilidad abundante de recursos es garantía de la continuidad del liderazgo. La esencia del aprovechamiento de los recursos es hacer más con menos recursos. En el caso de los hospitales además de la falta de recursos, faltan profesionales especializados y el defasaje tecnológico. El elevado porcentaje de pacientes dependientes del SUS, aliado a los bajos valores pagos por los procedimientos de baja y media complejidad llevan al camino de la insolvencia. Por un lado, los prestadores de servicios dependen de la producción y de la facturación y, por otro, los gestores públicos imponiendo escalas y cuotas físico / presupuestarias a quien las necesite.

Otro factor generador de dificultades es el crecimiento vertiginoso de la burocracia dentro de los hospitales. Los hospitales sufren imposiciones de varios consejos profesionales (Consejos Regionales de Medicina, Enfermería, Farmacia, Nutrición, Radiología, etc), presiones de diferentes sindicatos y exigencias de la legislación. Se agregan la estructura, la manutención de diferentes comisiones y comités (Comisión de Control de Infecciones Hospitalarias, Comisión de Humanización de los Servicios de Salud, Comité Transfusional, Cipa, etc).

### **Tendencias para el Sector Hospitalario**

Las tendencias apuntan a nuevos rumbos en la gestión de la salud y para los hospitales. Según la Organización Mundial de la Salud, existen diez grandes riesgos para la salud y que responden por el 40% de las muertes en el planeta. De estos, nueve están directamente relacionados a hábitos y vicios de las personas, calidad del agua, deficiencia de hierro y contaminación del ambiente por combustibles sólidos. El tabaco y el alcohol diezman a millones de personas todos los años. El SIDA, enfermedad sexualmente transmisible, en la mayoría de las veces podría ser perfectamente controlada, pero no lo es. Hay 1,500 millones de personas con un peso por encima del normal, de los cuales 300 millones son obesos mórbidos. Luego, es fácil entender la necesidad de promover cambios en el gerenciamiento del sector, promoviendo la medicina preventiva en detrimento de la medicina curativa. En la medida en que cambie nuestro modelo anacrónico, invirtiendo en salud, mejorando la calidad de vida de las personas, se economizarían muchos recursos, se ampliaría el beneficio de las empresas, sin castigar al usuario. Pero, para que esto pueda suceder, los gestores públicos necesitan establecer asociaciones con las entidades privadas, especialmente filantrópicas, con reglas claras y políticas bien definidas.

De acuerdo con Bross (2003), las formas de proveer atención a la salud están pasando por acentuadas modificaciones: el modelo predominantemente asistencialista, que atiende en función de las demandas, está progresivamente adecuándose a las acciones recomendadas por el modelo sanitarista que actúa más intensamente junto a las comunidades y al medio ambiente, promoviendo la salud y previniendo enfermedades y accidentes. Esta conversión de cuidados, nítidamente hospitalocéntricos, a partir de las enfermedades con nuevas formas de orientar y gerenciar la salud de grupos e individuos, se hace necesaria, también, por la progresión geométrica de los costos de las coberturas que se abultan por el aumento de la expectativa de vida y por la introducción de procedimientos a partir de técnicas y tecnologías, cuyos valores de inversión y operación vuelven inviables los costos para los sistemas, tanto público como privados.

La deshospitalización, de acuerdo con Ramires (2002), así como la creación del “hospital día”, puede reducir el tiempo de internación, lo mismo para aquellos pacientes que necesitan de ella dentro del actual sistema. Por el “hospital día” el paciente es atendido en el hospital diariamente para recibir el tratamiento necesario, regresando después a su casa. Dos o tres días consecutivos de tratamiento por este sistema pueden resolver gran parte de los cuadros, sin la necesidad de internaciones más prolongadas, lo que tiene impacto significativo en la reducción de los costos. La atención domiciliar enfrenta problemas de logística en la región estudiada. Es un modelo que se adapta mejor en regiones de mayor densidad demográfica. Según Vecina Neto (2004), en la ciudad de Sao Paulo existen asociaciones con 12 entidades privadas que contratan personal y administran el funcionamiento de 700 equipos del PSF. Lo que es fundamental en la asociación público-privada es el acompañamiento de resultados y la transparencia en la utilización de los recursos públicos, acompañado por el control por los consejos.

Los hospitales públicos son remunerados básicamente por el SUS, en cambio los privados a través de diversos tipos de fuentes pagadoras. Según Salu (2004), en la salud pública, la jerarquización es la forma más eficiente de utilizar los recursos del SUS, con la atención primaria siendo hecha por muchas UBS (Unidad Básica de Salud) de bajo costo, la secundaria por unidades de otro tipo y de costo un poco mayor, y así sucesivamente, llegan a los hospitales de alta complejidad y alto costo apenas los pacientes que realmente necesiten de este recurso. Por el lado de la iniciativa privada, la realidad es bien distinta. El papel de la UBS termina siendo el consultorio de un médico, o una sala de emergencias del propio hospital. Para conseguir que el médico transfiera al paciente hacia la atención particular o al convenio privado, se hace necesario ofrecer alguna ventaja: comodidad, servicios, etc., lo que no sucede en el área pública. Para atraer un paciente directamente a su sala de emergencia, el hospital privado tiene que ofrecer productos accesorios al paciente, además del cuidado de la salud propiamente dicho, lo que tampoco sucede en el área pública. Pesa contra el área

privada la caída de la media de permanencia de las internaciones, asociada a la inflación tecnológica de los procedimientos, la caída del poder adquisitivo de las personas para contratar un seguro de salud, y la competencia, que no existe en el área pública, factores que llevan a la disminución de la tasa de ocupación.

De acuerdo con Ramires (2002), los hospitales públicos solo tienen condiciones de desarrollarse a un nivel de excelencia si tuviesen una fundación de apoyo privada o si fuesen contemplados con presupuestos públicos voluptuosos. El binomio Incor y Fundación Zerbini propició la atención de pacientes del ámbito privado (particulares, convenios y seguros de salud), en la proporción de un 25%, asegurando recetas que jamás existirían si la asistencia del Instituto fuese restringida al SUS: la red pública, para Ramires (2002), está en busca de una reestructuración porque su actual modelo no logra más atender las demandas de la población y del país. Están en curso experiencias innovadoras, como el programa Salud de Familia y las unidades básicas de salud. La interrelación de las unidades básicas de salud y los centros hospitalarios materializará el sistema de referencia y contra-referencia.

La tecnología moderna y actual, de acuerdo con Almeida Neto (2004), es necesario valorar el trabajo del equipo técnico (médicos, enfermeros, farmacéuticos, etc.), sin el cual los resultados ofrecidos por las modernas máquinas continuarían siendo limitados. Defiende un nuevo concepto de gestión, calidad y racionalidad, que consiste en la utilización de la tecnología moderna, de forma racional, sin exageraciones y con el fin de complementar el diagnóstico clínico del médico, evitando desperdicios. Resalta una nueva postura en los programas públicos / privados, como por ejemplo: programa médico de familia, medicina preventiva (principalmente campañas de inmunización-vacunación), perfeccionamiento constante en los modelos tecnoasistenciales, entre otros. Son indispensables las asociaciones público / privadas involucrando no solo el sector de la salud, sino sectores como la educación, saneamiento básico, seguridad, entre otros.

El mantenimiento de las clínicas básicas y de los servicios de apoyo al diagnóstico compatibles con las clínicas básicas son señaladas por los directores de los Hospitales San José y Campina, seguidos de acciones volcadas hacia la promoción y la prevención mediante asociaciones con gestores municipales y provinciales. Otra tendencia que viene siendo presentada consiste en la presupuestación de pequeños hospitales, conforme lo prevé la Portaria Nº 1.044, del 2 de Junio de 2004, del Ministerio de Salud, que trata de las unidades mixtas y cuyos principales aspectos se encuentran descriptos a continuación:

- Las instituciones deben estar localizadas en municipios con hasta 30 mil habitantes y que presentan cobertura del PSF – Programa Salud de Familia igual o mayor al 70% de la población.
- Los hospitales abordados tendrán entre 5 y 30 lechos catastrados en el CNES – Catastro Nacional de Establecimientos de Salud, con estructura

para atender las especialidades básicas (clínica médica, pediatría y obstetricia), además de las urgencias odontológicas.

- Deberán firmar contratos de metas, donde estará prevista la instalación de consejos gestores y no podrán internar a más del 5% de la población del área abarcada por año.
- Está prevista una tasa de ocupación del 80% con una media de permanencia de 4 días.
- El valor previsto para el financiamiento de las instituciones tendrá como base el monto de los recursos pagos por la producción del año base 2003, acrecentado el impacto financiero de todos los reajustes concedidos hasta la fecha de contratación de estos hospitales, el valor inicialmente previsto era de aproximadamente R\$1.471,80 por lecho / mes, valor que no es citado en la portaria.
- El financiamiento será global (extinción de las AIHs) y los pagos serán compartidos entre el Ministerio y la Secretaría de Salud, con el 50% para cada uno.

De acuerdo con informaciones de la Secretaría de Estado de la Salud de Río Grande do Sul, hay 68 hospitales *gaúchos* que cumplen los parámetros de la **portaria** y que podrán ser candidatos al programa, cuya adhesión es opcional.

La unidad mixta podrá representar una solución futura para los pequeños hospitales. Para que sucedan los avances, deberá haber flexibilizaciones y perfeccionamientos en la legislación, de manera que se adecue las diferentes formas de constitución de los hospitales, respetando peculiaridades regionales. La Portaria N° 1.044, en su redacción actual, no tuvo una evaluación favorable por los hospitales estudiados. Hechos como la creación de consejos gestores, en los moldes propuestos, representan una intervención en las organizaciones hospitalarias. Tales consejos no pueden interferir directamente en la gestión sin asumir riesgos y responsabilidades con las direcciones de estas entidades. La presupuestación dentro de los parámetros negociados, podrá volverse interesante para los hospitales y para los gestores, estimulando inclusive la actuación de los hospitales en acciones preventivas, una vez que, en esta situación, el interés no estaría en la producción y en la facturación sino en la reducción del número de atenciones o internaciones.

Existen algunos nichos de mercado en determinadas áreas, que podrán ser exploradas por los hospitales estudiados. Para lo cual, se exige un estudio más profundo, pues además de la falta de capacidad de inversión, que exige asociaciones, los hospitales estudiados compiten con los hospitales regionales en desigualdad de condiciones, en cuestiones de mercado, de acceso y de servicios de apoyo poco preparados.

En el caso del Hospital Campina, se observa una estrategia nueva, volcada hacia la prevención. El hospital, mediante un convenio con el sector local, en un sistema de asociación, pasó a coordinar dos equipos del Programa de Salud de Familia – PSF. En el caso del Hospital San José, la estrategia innovadora está volcada hacia la implementación de un Centro Regional de Rehabilitación Física y Auditiva, proveyendo prótesis, involucrando un amplio proyecto de soporte en el área física y soporte tecnológico. En el caso del Hospital Tucunduva, debido a su constitución, en el caso, sociedad con fines de lucro, teniendo, por lo tanto, una tributación más elevada, según el Director Administrativo, planea salir de la actividad. El Hospital Dr. Oswaldo Teixeira planea vender el hospital o desarrollar un proceso de desinversión para salir de la actividad sin comprometer el patrimonio de los socios.

El cierre de hospitales, además de una tendencia, es una realidad presente en la región a lo largo de los dos últimos años. Solamente en el municipio de Tucunduva, habían tres hospitales, uno en Vila Pratos, otro en Vila Machado, hoy municipio de Novo Machado, ambos cerrados. En el área que abarca la Hospinoeste – Asociación de los Hospitales del Noroeste del Estado de Río Grande do Sul – de los varios hospitales privados con fines de lucro, permanecen apenas dos, el hospital Tucunduva y el de Horizontina. Hospitales particulares, como el de Tuparendi y D. Bosco de Santa Rosa, fueron asumidos por entidades sin fines de lucro, pero otros tantos se cerraron.

La lentitud y la falta de un apoyo más efectivo del gestor estatal vuelven estas iniciativas extremadamente vulnerables. Se torna necesario el establecimiento de políticas claras que definan los papeles y las responsabilidades de las partes involucradas. Las nuevas estrategias podrán representar la viabilidad de las organizaciones, en tanto la falta de políticas claras y definidas mantienen la vulnerabilidad de las organizaciones, y los cambios en los rumbos de las políticas públicas podrán traer serias consecuencias para las mismas. Para Righi (2004), en el “ámbito de las relaciones de poder”, en la salud, las características son determinadas, en gran parte, por el proceso de descentralización que altera las relaciones de poder e inscribe al municipio en la disputa por la capacidad de formulación de diferentes propuestas de gestión y de atención en el campo de la salud colectiva y por el control social sobre el sector. La novedad está en reconocer que la heterogeneidad de los actores locales es un factor importante para la constitución de espacios que creen condiciones para la transformación y para la posibilidad de producción de nuevas organizaciones y de un nuevo diseño de la red de atención a la salud.

La preocupación de los directores de los hospitales estudiados con la falta de una definición clara para las asociaciones público / privadas, capaces de adaptarse a las especificidades locales, es corroborada por Righi (2004) cuando afirma que, al contrario de la lógica hegemónica vigente en el campo de la organización de la atención de la red básica, que induce a una homogenización de la red de atención y de reproducción de programas, su

estudio apunta al potencial de estos lugares periféricos y desvalorizados como lugares privilegiados de invención de nuevas formas de producir la gestión y del cuidado de la salud, a pesar de la gran inestabilidad, situaciones en que las instituciones pueden “estar al filo”, o sea, el hospital puede cerrar en cualquier momento.

No se puede, según Tachizawa y Rezende (2000), tener una estrategia de costos y poseer un equipo altamente calificado y caro, instalaciones lujosas, gastos pesados en entrenamiento o publicidad, o mantener una estrategia de diferenciación con una atención estandarizada, instalaciones precarias o recursos humanos poco calificados. En el caso de los hospitales, lo que parece razonable es la adopción de una estrategia de costos, principalmente para pacientes del SUS y una estrategia de diferenciación para los pacientes particulares y de convenios privados, que exigen atención diferenciada.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Los materiales obtenidos a través de la investigación de la documentación indirecta abarcando la investigación documental y bibliográfica, y de la documentación directa que constituye la observación directa intensiva y observación directa extensiva, permitieron análisis bastante diversificados. Se observó que el sector enfrenta una grave crisis, que se viene agravando principalmente a lo largo de los dos últimos años. Son varias las dificultades encontradas y las entidades tienen grandes desafíos para superarlas. En la secuencia, serán presentadas las principales conclusiones y algunas sugerencias para la superación de las limitaciones.

Los hospitales estudiados son únicos en los municipios en que están situados, o sea, en los municipios de Campina das Missoes, Giruá y de Tucunduva existe un único hospital en cada localidad. Las poblaciones de Campina das missoes y de Tucunduva se sitúan debajo de los 10.000 habitantes y la población de Giruá, debajo de los 2.000. sumando las poblaciones limítrofes, las mismas no sobrepasan los 30.000 habitantes, en ninguna de las micro regiones, sedes de estos hospitales. Por lo tanto, a pesar de la importancia de estas entidades en el complemento de los servicios al SUS y del papel social que desempeñan en sus municipios, estos factores, por sí solos, no son suficientes para asegurar el mantenimiento de las organizaciones estudiadas.

Otras alternativas o estrategias necesitan ser definidas para mantener la viabilidad de las organizaciones hospitalarias, y no siempre la esfera administrativa es lo suficiente para encontrar las soluciones requeridas para mantener el equilibrio. A veces es necesario que los municipios y el propio Estado o Unión contribuyen en la solución de los problemas.

La dependencia del Sistema Único de Salud puede ser constatada de forma clara analizando los porcentajes de atención prestados al sector público. Además, se constató una tasa de ocupación bastante distante de la real capacidad instalada. Teniendo presente estos dos factores, es posible afirmar que es muy difícil que alguno de los dos hospitales se mantengan sin la atención al Sistema Único de Salud. Por otro lado, la baja remuneración del SUS también genera dificultades crecientes y acabará inviabilizando las organizaciones, si son mantenidas las condiciones actuales. Son situaciones como estas las que necesitan un urgente entendimiento de los gestores y de las organizaciones hospitalarias, bajo pena de comprometer la atención a los usuarios del SUS: las asociaciones que optimizan los recursos para el logro de los resultados parecen ser una solución. Si el hospital para de funcionar, ¿qué otra solución presentará el gestor?. Tiene el gestor capacidad instalada para atender a la demanda de los usuarios?. ¿Qué es lo más viable para el caso? Son cuestiones como estas las que merecen un análisis y soluciones conjuntas.

La mejora de la gestión es un factor que debe ser buscado de forma permanente para el sector hospitalario. Se hace necesario invertir en entrenamiento y en el desarrollo de las personas que actúan en las organizaciones, para enfrentar los desafíos de los cambios que el momento requiera. Herramientas de gestión, como el marketing, se tornan cada vez más necesarias para una aproximación mayor con la comunidad. La reducción de los costos hospitalarios, el redimensionamiento de los espacios físicos y la reducción de los espacios ociosos son otros pasos necesarios. Como ejemplo de reducción de costos se puede citar al SAME – Servicio de Archivo Médico. Lo que sucede muchas veces en los hospitales es que el paciente / cliente no posee un registro único, posee registro junto al ambulatorios del hospital, otro con las informaciones de cuando estuvo internado y otros más junto a las unidades sanitarias y así sucesivamente. Es difícil de acceder a estas informaciones por parte de los profesionales de la salud, especialmente por el médico, lo que genera una demanda mayor de exámenes complementarios y, consecuentemente eleva el costo de la atención.

La tercerización puede representar una alternativa en la reducción de los costos, especialmente en los servicios de mantenimiento, contabilidad y de apoyo al diagnóstico. Otro aspecto que debe merecer atención son los entrenamientos e inversiones en la tecnología de la información. Paralelamente a la mejora de la gestión, debe haber una relación de equilibrio entre los costos de la prestación del servicio y la remuneración de estos servicios por el SUS. Los recursos conferidos deben permitir a los hospitales hacer las inversiones necesarias en el perfeccionamiento de las personas, en la adecuación de las instalaciones y de los equipamientos no es posible hacer una mejora en la gestión en tanto los hospitales que atienden al Sistema Único de Salud necesiten lanzar mano de recursos conferidos con atención a los convenios privados para subsidiar al SUS.

El compromiso de los profesionales que actúan en el hospital (médicos, enfermeros, farmacéuticos, etc) con los resultados, debe merecer un estudio más profundo. No solo el resultado de la atención al paciente, de su mejora o recuperación, sino sobre todo el resultado financiero de la entidad debe merecer atención de todos los involucrados, inclusive de los profesionales médicos. Los profesionales médicos necesitan comprometerse con la salud financiera de los hospitales. En el aspecto gerencial, los pequeños hospitales carecen de prácticas innovadoras.

Para los hospitales estudiados, localizados en pequeños municipios del interior, únicos hospitales en la localidad, cabe definir el foco estratégico, diferenciarse en términos de complejidad y volverse hacia las acciones de atención básica. El PSF – Programa de Salud de la Familia - se presenta como una alternativa, pero es necesario que haya un incentivo de los gestores públicos para tanto. Los programas preventivos pueden representar una alternativa, a mediano plazo, desde que las asociaciones entre el poder público y los hospitales filantrópicos sean reguladas a través de convenios / contratos que expresen claramente los derechos y obligaciones de los socios. Los convenios deben prever una remuneración justa y un cronograma de pagos que mantenga una regularidad. Los convenios deben ser hechos de forma que no corran riesgos de incumplimiento brusco y unilateral en los cambios de gobierno o de equipos del gobierno.

Los hospitales estudiados, situados en regiones periféricas, a pesar de la limitada capacidad resolutoria y limitado aporte tecnológico, desempeñan un papel estratégico para la gestión en salud en estos municipios. Cabe resaltar que son organizaciones importantes en la generación de empleos. En tanto, estas entidades difícilmente mantendrán un papel estratégico a mediano y largo plazo, si no consiguen incorporar recursos humanos y tecnológicos para diferenciarse en el mercado. En el caso del Hospital Dr. Oswaldo Teixeira, hospital privado, con fines de lucro, los socios corren el riesgo de comprometer su patrimonio de no existir una acción efectiva para revertir el cuadro actual. Salir de la actividad hospitalaria parece ser una de las mejores alternativas para los socios del mencionado hospital. En tanto para el municipio de Tucunduva esta situación representará la pérdida de una organización importante en el contexto social y económico. Además de representar la pérdida de la atención hospitalaria, prestado por la organización, habrá una pérdida de varios empleos directos e indirectos. El municipio dejará de atraer recursos públicos y privados del SUS, IPE, UNIMED, entre otros, que serán orientados hacia los demás municipios que atienden la demanda de internaciones y servicios prestados por el hospital, debilitando la economía del municipio.

El presente estudio presenta un conjunto de contribuciones para el perfeccionamiento de las discusiones sobre políticas públicas y de gestión en salud, bien como, apunta hacia

situaciones que podrán ser vividas por otras organizaciones del sector en la región o fuera de ella.

## **BIBLIOGRAFIA**

- ALMEIDA, Manoel Neto. Crise no setor privado: verdade, mito ou especulação? Revista Fornecedores Hospitalares, São Paulo, n.104, p.84-85, junho. 2004.
- ALVES, José Osny. Absenteíste: uma doença que tem cura. Revista Notícias Hospitalares, São Paulo, n.42,p.34-35, ago-set. 2003.
- BERTUCCI, Janete L.O. e MEISTER, Rodrigo. Efetividade Organizacional e Estratégias de Gestão em Burocracias Profissionais na Perspectivas dos Gestores: Avaliação da Performance da Rede Hospitalar Privada de Belo Horizonte. In: Anais XXVII Enanpad/2003, (ESO 1655) São Paulo/SP. Anpad, 2003.
- BROSS, João Carlos. Analisando os atuais hospitais universitários. Revista Hospitais Brasil, São Paulo, n.02, p. 48, jul-ago. 2003.
- CALDERARO, José Armando. Gestão de pessoas: o verdadeiro desafio. Revista Hospitais Brasil, São Paulo, n. 6,p.39-40, mar-abr. 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br>>