



INDICE

- ❖ **Alcances y Objetivos del trabajo.**
Páginas N° 1 a 4.
- ❖ **Análisis de Situación Económico - Financiera.**
Páginas N° 5 a 7.
- ❖ **Análisis del Cliente y Mercado en el que debe operar.**
Páginas N° 8 a 10.
- ❖ **Menú de tareas a desarrollar sobre fuentes de financiamientos actuales.**
Páginas N° 11 a 16.
- ❖ **Menú de tareas a desarrollar sobre fuentes de financiamiento nuevas.**
Páginas N° 17 a 19.
- ❖ **Programa de Acción, Objetivo, Tácticas y Estrategias.**
Páginas N° 20 a 23.
- ❖ **Año 2001 – Nuevo escenario.**
Páginas N° 24 a 28.
- ❖ **Bibliografía**
Páginas N° 29 a 38.
- ❖ **Anexo I: Fuentes de Financiamiento Comparativo a nivel mundial en el Área de Salud: Hospitales.**
- ❖ **Anexo II: Fuentes de Financiamiento comparativo a nivel mundial en el Área de Salud: Servicios.**
- ❖ **Anexo III: Hospital de Niños – Comparativo a nivel mundial.**



ALCANCES Y OBJETIVOS DEL TRABAJO

El presente trabajo tiene como objetivo originar el equilibrio de la ecuación de ingresos y egresos de la actividad de atención del Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", en un modelo de posible aplicación a cualquier hospital público, respetando cada una de las situaciones individuales, históricas, presentes y de proyección de cada una de ellas.

Como en cada trabajo que se encara, para obtener una nivelación entre costos e ingresos de cualquier actividad económica, se siente la original tentación de avanzar hacia los costos, de reiterar recetas de reducción y control de los mismos, para lograr el buscado equilibrio presupuestario.

Pero al enfocar nuestro trabajo, como un servicio público destinado a la atención de la salud de niños y adolescentes con características prestacionales únicas en el país, es que decidimos hacer un análisis previo de las partidas que componen los costos de la actividad, con el objeto de determinar si, un importante esfuerzo en la reducción de sus costos daría como resultado disminución en los mismos con aparente igualdad de resultados prestacionales.

En este estudio se determinó por ejemplo que, tomando en cuenta el balance de la institución, el 64% de sus costos involucran partidas directamente relacionadas a la mano de obra, que directa o indirectamente se destinan a la atención del paciente y a sus servicios de apoyo.

Esta estimación en los costos de un elemento tan altamente inelástico, como lo es la mano de obra sí se lo considera ligado a la calidad de atención, nos hizo inferir que, cualquier reducción en este tipo de partidas sumadas a la provisión de insumos (otro elemento altamente inelástico) producirían un desmejoramiento en la calidad del servicio, siendo esto un efecto no deseado por quienes encaramos este trabajo y por lo que hemos podido indagar sería inaceptable para la comunidad hospitalaria en su conjunto.



Ante esta evaluación decidimos plantearnos iniciar la tarea no menos titánica de mejorar la base de ingresos de la institución, enfrentando esta difícil situación con perspectivas de concreción, evitando producir efectos no deseados como que, la mejora en la ecuación económica esté acompañada por una baja en la calidad del servicio, lo cual podría verse como una victoria económica de la gestión, pero teniendo el sabor amargo de una derrota para la comunidad hospitalaria, a causa de la caída de la calidad de atención.

En la tarea de mejorar el ingreso de fondos al hospital, utilizamos todas las herramientas financieras actuales, sin dejar de observar que existen diferencias entre, el “modelo de subsidiar la oferta de salud”, como es el financiamiento del hospital público por rentas generales que hacen las jurisdicciones y el “modelo de subsidio a la demanda”, que significa el cobro del recurso genuino a los financiadores de salud. Pero este trabajo no tiene como objetivo juzgar la conveniencia de los sistemas, sino que los usa como herramientas para el objetivo de financiar, dado que son sistemas que se hayan impuestos en el mercado como formas de financiamiento del sector público de atención hospitalaria.

En cuanto al juicio ético de colocar algún tipo de sponsoreo a la actividad de atención médica pública, tampoco es el objetivo de este trabajo el emitir juicios de valor al respecto, pero sí consideramos válido el uso de esta herramienta de financiación en cuanto no comprometa la independencia profesional, la elección del paciente y la gratuidad de la atención.

Para lograr el objetivo de igualar la ecuación debemos considerar siempre una situación dinámica, dado que las necesidades a cubrir son infinitas, las expectativas de pacientes y de profesionales son crecientes y el avance de la ciencia médica es constante.

En este marco y pensando incrementar las fuentes de financiamiento, hemos encarado un trabajo de investigación sobre experiencias comparables, sistemas internacionales, herramientas y recetas probadas y medidas innovadoras con el fin de adaptarlas al caso particular, proyectando medir sus resultados y monitorear permanentemente su evolución.



En este contexto, el alcance de este trabajo consistió en:

- a) Analizar el estado de financiamiento actual del hospital.
- b) Analizar el contexto del sistema de salud, su subsistemas y la influencia que podría ejercer sobre el hospital y sobre sus políticas de financiamiento.
- c) Analizar sistemas de financiamiento internacionales para la actividad.
- d) Analizar herramientas de financiamiento utilizadas por el sector en el país y en el mundo.
- e) Realizar propuestas de implementación de políticas y alternativas de financiamiento.



Análisis de Situación

Composición de financiamiento:

El hospital es financiado por tres recursos esenciales, dos principales que son los aportes de dos jurisdicciones la del Estado Nacional Argentino y El del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El Tercer recurso que representa cuando mucho el 10% (DIEZ POR CIENTO) de sus ingresos en los Denominados Recursos Genuinos que son los importes cobrados a los financiadores de la salud Obras Sociales, Prepagos, Institutos Nacionales, Provinciales, Etc. Asimismo, existe una institución de Bien Público denominada Fundación Garrahan que recauda dinero y realiza aportes al Hospital, donándole equipamiento menor o pagando Becas y entrenamiento del personal profesional o técnico, como ayuda al Hospital para desarrollar su actividad específica.

Situación Económica Actual:

La situación del Hospital y de sus Financiadores no difiere de la situación general que atraviesa el país, el reordenamiento de las cuentas publicas produce ajustes del cual la Salud no es la excepción que en el caso del Hospital de Pediatría no ha significado la disminución de las partidas de financiamiento, pero como lo muestra el gráfico que se adjunta como Anexo "A" el financiamiento se ha mantenido constante en los últimos cinco años lo que no acompañado el crecimiento de los costos, que se han producido en el Hospital. Por lo que su situación actual es de dificultad para mantener el estado de atención, y bajo ningún concepto puede pensarse en un horizonte de crecimiento en proyectos útiles y necesarios pero de absoluta imposibilidad económica de concreción y mantenimiento. En lo que respecta a la alternativa de financiamiento estatal que el Hospital tenía hasta el momento que era el cobro del recurso genuino producido por las prácticas realizadas a población con cobertura social, tiene un horizonte aun más sombrío, dado que el Subsector de la Seguridad Social se encuentra en un estado de reconversión



total, con la instalación de una nueva política de fusiones y colaboraciones entre los agentes sindicales de seguros de salud, dado la inviabilidad de continuar funcionando como entes independientes de unidades de negocios de bajo número de afiliados y con administraciones deficientes. Pero esta reconversión no solo no asegura el pago de las grandes deudas que este Subsector tiene con el hospital, permite prever la incorporación de estos pasivos en algún plan de pago (de dudoso y por lo menos larguísimo plazo de pago).

Además la concentración de la demanda, pondrá al sector estatal de oferta de salud, siempre más débil en la negociación, en dificultad para negociar las pautas de convenios de prestación para el futuro, con el fin de cobrar las prestaciones que en el futuro se le realicen a los afiliados a estos consorcios. Esta concentración de la demanda también se está produciendo en las prepagas por las fusiones y adquisiciones, por lo que los resultados en este Subsector en el futuro puede ser del mismo tenor de dificultad, y así como la no obligación de los prepagas desreguladas hasta el presente hace que solo abonen las prestaciones las empresas que tienen capacidad y deseos de pagar ; dado que ninguna de ellas tiene con el hospital relación contractual y entonces las deudas que este Subsector tiene con el Hospital se hace no exigible y se transforman en pasivos incobrables.

En cuanto a los Institutos estatales están adoptando la modalidad de capitalizar sus prestaciones por lo que dejan de reconocer prestaciones fuera de las redes autorizadas y se convierten de muy difícil cobranzas para el Hospital.

Situación Prestacional Actual:

Paralelamente a la situación económica arriba descrita, el Hospital ha mantenido una situación prestacional de permanente aumento de la oferta, con la concreción de prácticas de alta complejidad con el consiguiente aumento de recurso, el aumento de necesidad de mano de obra cada vez más especializada, la mayor necesidad de insumos en cantidad y calidad y la necesidad de mayor equipamiento y el costo de mantenimiento de dicho equipo. En los últimos años, el cambio prestacional del Hospital queda claramente definido en el gráfico que se agrega como Anexo "B".



Situación de Conducción Actual:

Así como en los últimos años el gobierno del hospital es autónomo de las jurisdicciones financiadoras, con dependencia política de sus autoridades pero con autonomía de decisiones. Su máxima autoridad es un Consejo de Administración que está compuesto por cuatro consejeros, dos nombrados por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los otros dos en representación de la Nación.

Diagnóstico de Situación:

El menú de situación antes descripto hace que la complejización del menú prestacional sea un concepto asumido como innegociable para la comunidad hospitalaria, se condice con el espíritu con que nació institucionalmente el Hospital como entidad rectora en la pediatría de alta complejidad, es además coherente con el avance tecnológico logrado por la ciencia en su lucha permanente contra las enfermedades, es absolutamente necesario dada la demanda que la población no puede resolver en otros efectores de la red pública o privada en toda la Nación, y por último es absolutamente deseable desde el punto de vista humanitario, donde todos deseamos el mayor de los esfuerzos para resolver las necesidades de salud de cualquier ser humano pero por sobre todo el de los niños.

Pero nadie duda que la Salud es una actividad que se nutre de recursos económicos para ser llevada a cabo, por lo que sin ningún lugar a duda incurre en el consumo de bienes escasos en la concreción de sus procesos, por lo que sufre la necesidad de asignar bienes escasos a múltiples necesidades que los seres humanos tienen.

Por lo que es absolutamente necesario el ajuste de los costos, la correcta asignación del recurso; pero también la necesidad imperiosa de encontrar alternativas de financiamiento de todo el Hospital, de servicios en particular o de proyectos específicos, para su desarrollo, concreción y mantenimiento de las prácticas terapéuticas que estos procesos produzcan.



Análisis del Cliente y Mercado en el que debe operar

Análisis de Clientes:

En el análisis de los clientes del producto "fuente de financiamiento" tenemos que tener claro, que hoy se están utilizando las partidas de recursos enviadas por las jurisdicciones financiadoras, o las cobranzas de los recursos genuinos de prestaciones efectuadas a los financiadores de la Salud públicos y privados; pero que existen además otros productos para explotar, como los aportes de las jurisdicciones que utilizan los recursos del Hospital y no contribuyen, o los aportes que por donaciones pueda realizar la población en general, y los que se obtienen de campañas destinadas a participar en el financiamiento del Hospital por parte de las corporaciones y empresas que actúan en el país.

Clientes del Producto actual:

- Funcionarios de las Jurisdicciones aportantes.
- Funcionarios de los financiadores de la salud y autoridades de control.
- Funcionarios de otras Jurisdicciones no aportados.

Del producto nuevo:

- Corporaciones y empresas.
- Proveedores del hospital.
- Población en general.

Análisis Foda:

En lo que respecta a un servicio de estas características: público, de libre acceso, gratuito, monovalente, de alta complejidad; todo el análisis más que



basarse en la elección del consumidor de ese servicio, se tiene que pensar como clientes en las personas que pueden disponer de fondos propios, privados o públicos para apoyar este u otro proyecto. Las campañas que se puedan realizar para concretar el objetivo de financiar la actividad del Hospital con el fin de alcanzar las metas que se ha propuesto desde sus orígenes y que son compartidas por la comunidad profesional, por la comunidad hospitalaria y por el público usuario deben tener al posible benefactor como cliente.

Puntos Fuertes del Producto Hospital de Pediatría:

- Reconocido prestigio profesional.
- Buen nivel de equipamiento.
- Alto nivel de entrenamiento de su personal técnico y auxiliar.
- Equilibrio presupuestario.
- Profesionalización de su administración.
- No politización de sus cargos de conducción.
- Buena imagen institucional.
- Excelente nivel académico.
- Buen resultado médico asistencial.
- Reconocimiento social.

Debilidades:

- Alto grado de exigencia social.
- Imagen de no tener necesidades económicas.
- Envidia de pares asistenciales y profesionales en peor estado de disposición de recursos.
- Aislamiento social-institucional, da siempre la sensación de ser una isla.
- Presión profesional para crecer sin más límite que el de la ciencia.
- Identificación como efector de la jurisdicción de la ciudad autónoma de Buenos Aires.



Análisis de la competencia:

La competencia debe ser tenida en cuenta también como competencia en la lucha por la asignación de los recursos, por lo que no nos enfrentamos exclusivamente a otros efectores de salud sino a un espectro importante en numero de organizaciones estatales y de bien público que competirán con nuestra Institución. Tiene también incidencia en la competencia si hablamos del producto original de financiamiento o si lo hacemos del producto nuevo, por lo que el universo es el siguiente:

Competencia del producto original:

- Otros efectores de salud estatal
- Entidades educativas y religiosas con aporte estatal.
- Instituciones con subsidios y financiamiento estatal.

Competencia del producto nuevo:

- ONG de importante penetración social
- Circuitos de asistencia y acción social de actores de reconocido renombre en la sociedad.



Menú de tareas a desarrollar sobre las fuentes de financiamiento actuales

Consolidación y ampliación del recurso actual:

En lo que respecta a los recursos habituales del Hospital, hay una ardua tarea posible de realizar, para consolidar la existencia de los mismos, así como para poder aumentarlos en cantidad, mejorar la apropiación según la necesidad y hacerlo mas justamente retributivos, de lo que ciertos agentes usan del Hospital; para lo que seria necesario ajustar la tarea en tres grandes frentes:

- El Cobro de los denominados Recursos Genuinos (cobranza a los agentes Financiadores de la salud.)
- Consolidación y ampliación de los aportes de las actuales jurisdicciones financiadoras (Gobierno Nacional y Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires)
- Posibilidad de lograr la participación de otras jurisdicciones en el financiamiento del Hospital, dado el uso que de él hacen los habitantes de ese estado (Ej. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.)

Cobro del Recurso Genuino:

En la actualidad la relación con los agentes de financiamiento de la salud, es que el Hospital detecta entre la población atendida sólo un 35% de la misma tiene alguna cobertura social, y de esta facturación se cobra el 40% de ella por lo que el porcentaje neto de dicha operación es aproximadamente el 15% del total de la población atendida.

En la actualidad esa facturación representa aproximadamente \$15.000.000.- anuales lo que en el presupuesto total del Hospital arroja una incidencia de aproximadamente el 15% por lo que hace de este todo un tema a tratar mas si tomamos en consideración que actualmente el acumulado de deuda representa la suma de \$ 27.000.000.- pero que tiene características diferentes según el lugar que el financiador ocupa en el universo de agentes de salud, por lo que



subdividiremos el presente trabajo en 4 sub-areas según las siguientes características:

- a) Subsector Seguridad Social: Este universo tiene en la actualidad una situación de desfinanciamiento general, producido en algunos casos por cambios en el universo laboral, en la falta de aportes, en el desempleo o también en mala administración, desvío de recursos con otros fines, etc. ; por lo que el estado nacional ha salido a redefinirlo, como ente de regulación al que le compete sanear un sector con tanta sensibilidad social, y con tal descalabro financiero. Por lo que nuestra tarea sería la de concientizar a los funcionarios encargados de la función arriba enunciada, que dicho ajuste no debe ir en detrimento hacia otro sector como también un alto grado de sensibilidad social como es el Hospital Público (recordemos que según estadísticas oficiales el 54% de la población concurre a los efectores públicos de salud, por carecer de cobertura o por no encontrar accesibilidad en los efectores privados a causa de medidas restrictivas como son el coseguro o carencias. Ésto está aumentado en el Hospital dado que el aparato privado no tiene efector de similar características que nuestro Hospital). Es nuestra tarea entonces intentar que parte del salvataje que el Estado realice sobre las obras sociales, sea el pago de sus deudas con los efectores públicos; donde no pueden producirse situaciones negativas como serían actos de corrupción por sobre facturación, y sí en cambio se potenciasen situaciones positivas como la toma de recursos por parte del aparato prestacional estatal; para lo que sería necesario lograr presión sobre los funcionarios a través de los legisladores, de los medios de difusión masivos y por sobre todo poniendo en la opinión pública el tema, como un tema de debate importante.
- b) Subsector Medicina Prepaga: Este otro universo, tiene también características de desfinanciamiento y de redefinición pero al estado actual de relación con el Hospital Público ha llegado por la falta total de regulación de sus relaciones contractuales con los efectores públicos, dado que se utilizan los recursos asistenciales de éstos, pero como se carecen de contratos que unan a ambas Instituciones no se reconocen las prácticas efectuadas. Por lo tanto, nuestra tarea deberá ser la concreción de dichos contratos, que con la legislación actual es poco probable, dado que si hoy es gratis para que voy a hacer un contrato para pagar. Entonces debemos



instrumentar políticas que logren la regulación de dicha relación, dado que éste es un Subsector de alta sensibilidad en su imagen institucional, dada la exposición que trae cualquier relación con nuestro hospital dada la sensibilidad que tiene para la población en general la pediatría y la asistencia de la alta complejidad médica, y siendo éste el mercado potencial de estas Instituciones, es que se podrían realizar algún contacto con las áreas comerciales de estas empresas, para lograr su intervención con las áreas encargadas de contratar y pagar, para que replanteen su relación con el Hospital, para no ser parte de una campaña de difusión que el Hospital, se vería obligado a realizar para la búsqueda de nuevas fuentes de recursos, justificando su estado actual de desfinanciamiento; con las listas de deudores lo que podría perjudicar su imagen institucional, o por lo menos producir un alto costo publicitario para contrarrestar la sensación de desamparo con que estas Instituciones han dejado al Hospital. Con respecto a la relación futura además nuestro Hospital es en general, de muy buena imagen en todo los estamentos sociales, por lo que además es un buen efector para cualquier cartilla de prestadores de salud, y un buen contrato podría poner límites al efector de alta complejidad, por lo que no es excusa que la inclusión de un efector de alta complejidad estatal podría aumentar el gasto de la empresa, dado que modulando bien la prestación ese problema estaría solucionado.

- c) Subsector Institutos Nacionales, Provinciales o Municipales: Este subsector tiene similares características que el sector de la seguridad social por lo que las políticas a seguir serían similares con alto grado de participación de la sensibilización de los funcionarios a cargo de cada área para que separen al Hospital Público del pelotón de prestadores y que prioricen en el caso de igual prestación la relación estado – estado.

- d) Subsector Residentes Provinciales Sin cobertura: Este subsector tiene la falta de recursos como el mayor condicionante de la relación, por lo que las secretarías de Salud se desentienden de sus coprovincianos que necesitan atención en el Hospital, alegando la participación estatal nacional en el financiamiento del mismos, pero la falta de reconocimiento de los organismos provinciales con alto uso, es en detrimento de los otros apostantes que hacen menos uso de esos recursos.



- e) Subsector de No residentes extranjeros: La utilización de recursos gratuitos por extranjeros no residentes, redistribuye inequitativamente los recursos con la población residentes nacionales o extranjeros contribuyentes de los estados sostenedores del financiamiento del Hospital; por lo que se debería practicar políticas de reconocimiento de dicho gastos por las delegaciones extranjeras con representación en la Nación, lo que hasta el presente no ha tenido resultado positivo por la falta de asignación de recursos para esta tarea por parte de los estados involucrados, habría que activar una política de convenios en la materia por parte de nuestra Chancillería, para lo cual tendría que instalarse el tema como parte de un serio debate en la sociedad; pero cuidándose de no caer en circuitos que alimenten la segnofobia y el nacionalismo carente de solidaridad; pero se podrían aprovechar los organismos multinacionales existentes para abordar seriamente el tema, dado que naciones con más recurso que la nuestra, aplican algún grado de arancelamiento de control de gastos de recursos escasos en salud.

Mantenimiento de los recursos de las actuales jurisdicciones financiadoras

Ambas jurisdicciones se encuentran en ajuste de las cuentas publicas, con redistribución de las partidas presupuestarias son disputadas por sectores de alto impacto en la opinión pública como Salud, Acción Social o Educación, por lo que lograr mantener el mismo nivel de ingresos en el área ya es una tarea titánica, pero luego la lucha interna de distribución de las partidas de salud entre todos los efectores público coloca a nuestro Hospital en una situación de privilegio por la sensibilidad de la población y por lo tanto de los funcionarios políticos en lo que respecta a la pediatría y a la alta complejidad médica, pero el estado actual de imagen de no-necesidad del Hospital lo coloca en inferioridad de condiciones con otros efectores mas necesitados para los ojos de los funcionarios que deben distribuir recursos genuinos. La judicial Ciudad Autónoma de Buenos Aires ha mantenido las partidas históricamente comprometidas y en lo que respecta al uso que hace su población de los servicios del Hospital, estaría distribuyendo más recursos de los que utiliza por lo que la tareas serían las de sensibilizar la posición de hermana más



pudiviente para que no se bajen los recursos enviados, con el fin de incrementar la oferta asistencial de acuerdo con la nueva tecnología y las nuevas necesidades asistenciales de la población. En lo que respecta a la jurisdicción Nación, la cosa no es tan clara, las partidas no han disminuido, pero políticas implementadas por áreas dependientes de esa jurisdicción son las que no permiten al Hospital hacerse de más recursos, la decisión del área de Salud de no regular a las prepagas, o de no inducir a la depuración de los organismos de la seguridad social, las del área de interior de no presionar a las provincias para pagar lo que consumen o la del Palacio San Martín de no hacer lo propio con los Estados Hermanos por los consumos de no residentes carencias, hace que más que partidas de subsidios directos, los fondos girados sean en realidad partidas de pagos indirectos de consumos no cobrados por carencias de acción por falta de políticas de estado. Por lo que la política a llevar a cabo deben ser la concientización de los funcionarios para el mantenimiento de las partidas o incrementos, ya no para la operatoria general del Hospital pero se podría aplicar la política de financiamiento por programa para la concreción de un avance tecnológico, absolutamente necesario por el avance producido por la ciencia y por el impacto en la salud de la población (Ejemplo: Financiamiento del programa de la cura de la leucemia por el trasplante de sangre de cordón umbilical, relacionado o no, de mucho menor costo y mucho menos traumático que el trasplante de medula.) . La práctica de financiamiento por programa, también traería un avance en cuanto, dado el gobierno autónomo del Hospital, hasta el presente su complejización no ha estado en concordancia con la política de las jurisdicciones financiadoras; sino que ha sido influenciado por las doctrinas de la especialidad y ha sido permeable además a los importantes lobbys del mercado proveedor de insumos, medicamentos y hasta actualización profesional, por lo que la coherencia de las políticas sanitarias de las jurisdicciones con la política de la administración del Hospital, podían adecuar más los programas a desarrollar a las necesidades pero también a los recursos existentes mejorando la planificación de la actividad hospitalaria pero evitando además una política de coherción que produzca frustración en el equipo que lleva a cabo el proyecto, o una sensación de estar de rehén de las presiones profesionales, del funcionario que debe conseguir los recursos no solo para desarrollar estas actividades sino también para que continúen a través del tiempo en grado de operatividad.

[Aportes de nuevas jurisdicciones financiadoras:](#)



En cuanto a la realidad actual, cualquiera de las jurisdicciones provinciales podría ser un financiador de una institución como el Hospital de Pediatría por las características de único en su tipo. Pero lo que si sería absolutamente justo, es que la jurisdicción Provincia de Buenos Aires aportara para el mantenimiento del Hospital, dado que como se puede apreciar en el Anexo "C", del total de población atendida, el 60% corresponde a población con domicilio en dicha jurisdicción; donde tributa sus impuestos y donde no tiene un efector de dichas características y dada la proximidad con la zona sur del conurbano bonaerense (subsector del conurbano con menor cantidad y peor calidad de efectores y con mayor densidad poblacional), lo hace de fácil acceso y de continua derivación.

Cuando se produjo la fundación del Hospital, iban a ser las tres jurisdicciones Nación, Provincia y Ciudad las financiadoras, pero como siempre en nuestro país la General Paz dicto la política, y la provincia se desentendió del aporte y del gobierno del Hospital; pero hoy a trece años de su fundación y en esta realidad económica y prestacional, sería absolutamente necesario replantear esta estrategia produciendo un cambio en el gobierno y en el financiamiento; dado que ya nadie desconoce la existencia e interacción de la denominada Área Metropolitana como unión entre la Ciudad Autónoma y el Conurbano Bonaerense, ni nadie puede ya negar la importancia de coordinación de las áreas de salud de dichas áreas. Y la necesidad de mejorar la apropiación de escasos por complementación y evitando la duplicidad de gastos de los recursos que no sobran. Para lograr ésto lo que necesitamos es romper las trabas políticas existente al presente, y para ello es importante comprometer a la población en esta cruzada y lograr el compromiso de sus representantes en este sentido.

Menú de tareas a desarrollar sobre las fuentes de
financiamiento nuevas.



Plan de acción para captar contribuciones:

En los tiempos que corren, y dada las características de la población a la que va dirigida nuestra solicitud de colaboración, es imprescindible el desarrollo de una importante, ágil y muy completa pagina de Internet, con el fin, no sólo de ser mecanismo de este aporte sino también ser el lugar útil para la incorporación del Hospital a la sociedad, logrando posicionarlo lo más cerca de la gente, y desarrollando en su entorno todas las posibilidades de colaboración que él ofrece como forma de participación, así como también la publicidad de los sectores que más apoyan la gestión hospitalaria, mayoritariamente en lo que respecta a la actividad empresarial y de las corporaciones.

Entre los planes de recaudación se puede plantear los de:

- a) Aportes individuales.
 - b) Aporte de las corporaciones.
 - c) Aportes de las sociedades.
-
- a) Con respecto a las donaciones individuales: pueden plantearse para mantener y proveer servicios a algún chico en particular, para ayudar con la investigación y desarrollo de algún sistema de atención específico, para reforzar en entrenamiento del personal profesional y técnico, para algún programa educativo.
Estas donaciones se pueden plantear como a título personal o en honor y homenaje a algún ser querido. Los métodos más sencillos son los de depósito en efectivo, con cheque, tarjeta de crédito por vía telefónica o por Internet, sección de bienes raíces o títulos públicos, legados, etc.
 - b) Las donaciones de Corporaciones: pueden producirse por el patrocinio de todo el Hospital o de un servicio en particular. En el mundo las prácticas más habituales son las corporaciones las que donan, pero además pueden llegar a formar un club corporativo de donación con sus empleados, proveedores, clientes o pueden sponsorrear eventos para recaudar. Muchas veces estas uniones crean lazos permanentes de cooperación como la publicidad que las Corporaciones obtienen con la inclusión en las publicaciones del Hospital pues los hace patrocinantes de literatura de alto



perfil, con una penetración importante en cierto estamento de la sociedad. Las Corporaciones se ven a veces beneficiadas con la incorporación de la familia de sus trabajadores como consumidores vip del Hospital, como cambio por el aporte efectuado en el mantenimiento de la actividad hospitalaria.

- c) Las donaciones denominadas de sociedad son una especie de clubes de donantes permanentes, categorizándolos como benefactores de la sociedad, cuya exposición pública los gratifica con menciones y participaciones especiales en asambleas, eventos, conferencias y a su vez internamente se los califica por el monto anual donado incentivando la pertenencia a círculos de mayor aporte, para obtener mayor prestigio como colaborador de beneficencia.

Existe otra posibilidad que es la de relacionar a la institución Hospital de bien público con otras instituciones de similares características, para que aunado los esfuerzos de sus aparatos de marketing y recaudación, potencien la capacidad de recaudación de ambas instituciones, que pueden ser complementarias en ciertas actividades (Hospital de Trasplante – INCUCAI), o pueden ser con destino a un mismo sector (Hospital de Pediatría – UNICEF) o sin relación aparente pero con similar prestigio (Hospital de Pediatría-Fundación Huésped) o puede ser una institución comercial con constante participación en actividades sociales y el Hospital Público (Carrefuor – Hospital de Pediatría)

Otra de las herramientas mas usadas en la actualidad por instituciones similares, es la realización de eventos especiales con características de recaudación por entradas, donaciones, ventas, etc. Con el propósito de estos eventos se debe lograr la masiva penetración en la sociedad o en el segmento destinado a la participación en la donación deseada. Es importante a su vez lograr la mayor cantidad de sponsor de dicha actividad dado la necesidad de cobertura de los costos de la actividad a desarrollar, pero por sobre todas las cosas por que el mayor compromiso de empresas patrocinantes, demostrará de por sí la importancia del evento, que puede hacerlo de por sí atractivo a la masa de clientes de dichas empresas para concurrir y posiblemente participar en el destino final del evento; dado que la empresa a la que han adherido con cierto grado de fidelidad, indica al evento en cuestión como lo suficientemente importante como para que ella una a su imagen y publicite por su intermedio.



HOSPITAL DE PEDIATRIA
S.A.M.I.C.
"PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN"

Programa de acción, objetivo, tácticas y estrategias

Objetivo del programa:

El objetivo del programa es mantener para el ejercicio 2001 las partidas presupuestarias de las jurisdicciones financiadoras actuales que representan



aproximadamente \$ 90.000.000.- anuales, la continuidad de las actuales cobranzas de recursos genuinos por aproximadamente \$ 6.000.000.- anuales y la obtención de aproximadamente \$ 20.000.000.- en el recupero de cobranza de recursos genuinos adeudados, la aparición de nueva jurisdicción financiadora y la concreción de campañas de donaciones, patrocinios y otras recaudaciones de fondos directos de la sociedad.

Estrategia de Marketing:

Las tareas que debemos llevar a cabo se pueden resumir en los siguientes pasos a desarrollar:

- Reforzar la imagen institucional de Hospital.
- Explicitar en la opinión pública la actual situación de necesidad de financiamiento.
- Crear en la opinión pública la necesidad de participar en la tarea de apoyar el mantenimiento del Hospital.
- Mostrar los avances médicos que se logran, los resultados para los pacientes y mostrar la sensación de dependencia que estas prácticas tienen con la existencia de su fuente de financiamiento.

Desarrollo de tácticas:

Para llevar a cabo lo esbozado como necesidad estratégica, debemos en cuenta los diferentes espacios temporales que se nos plantea dada las características de las tareas a desarrollar, por lo que habrá que tener en cuenta lo siguiente:

- Para convencer a los funcionarios a cargo de la tarea de continuar asistiendo al Hospital, con las mismas partidas giradas al presente por las jurisdicciones actualmente financiadoras, quedan sólo un par de meses, dado el desarrollo de las tareas de presupuesto anual, donde dichas partidas se incluirán, que llevan a cabo los diferentes estados según las normativas vigentes.
- En el cobro de los recursos genuinos tienen trato perentorio la inclusión de normas específicas en la regulación y desregulación, que no perjudiquen al Hospital Público, dado que está previsto iniciar la nueva etapa prestacional para principio del año entrante. En cuanto a la tarea de cobranza, y todo el tramado de concientización de los clientes, en lo



positivo de la relación con el Hospital es una tarea sin límite de tiempo, solo apurada por la necesidad de contar con recursos para continuar la tarea del Hospital.

- En cuanto a crear la conciencia solidaria de particulares, empresas y corporaciones, no tiene más tiempos que los de contar rápidamente con recursos alternativos a los de origen estatal, dada la realidad de restricción de fondos de este origen. Pero cabe destacar que ésta es la tarea más ardua, más constante y que no tiene nunca fin.

Para las tareas arribas enunciadas se preveen el desarrollo de las siguientes tareas:

- Participación en las reuniones de las Comisiones de Salud y Presupuesto y Finanzas de las Cámaras Legislativas de las jurisdicciones financiadoras.
- Reunión con los funcionarios de Hacienda y Salud de las jurisdicciones financiadoras.
- Petición a las autoridades máximas de las posibles nuevas jurisdicciones financiadoras.
- Solicitud de participación en comisiones para la regulación y desregulación del Sistema de Salud, a las autoridades encargadas de regulación y control del sistema.
- Realización de foros académicos para el tratamiento del tema del Hospital Público y su financiamiento.
- Realización de campañas de publicidad sobre la obra del Hospital, avances, resultados y necesidades.
- Realización de campañas de concientización solidaria sobre la necesidad de participación en el mantenimiento de la obra del hospital.
- Realización de eventos, muestras, campaña de recaudación, etc.
- Instalación de la página Web del Hospital con métodos de donación por intermedio de la misma y con fuerte contenido publicitario de la tarea llevada a cabo por los equipos del Hospital.
- Participación en cuanto acto lo una a organizaciones hermanas, a empresas y corporaciones con fines solidarios.

Programas de acción



Dado que todas las tareas de relación con las jurisdicciones y sus autoridades son de estricto corte burocrático, con relaciones preexistentes y en situaciones prevista donde la mayor tarea es la de desarrollar todos los mejores instrumentos para convencer al interlocutor de turno, y desarrollar políticas de presión hacia y desde la opinión pública por medio de campañas de concientización, que van a estar incluidas en la política institucional, es que le daremos desarrollo a programas específicos de captación de clientes para el nuevo producto, que es el financiamiento directo por fondos privados desde aportes de particulares, empresas y corporaciones que incluyan políticas de publicidad masiva hacia toda la población lo que además ayuda a establecer al Hospital en la conciencia general.

- Creación del Departamento Comunicación y Marketing.
- Desarrollo de la Pagina Web.
- Diseño y concreción de Campana de Publicidad Institucional.
- Desarrollo de Campañas de Publicidad por Producto, para lograr el financiamiento por programa de procesos terapéuticos nuevos (para el ejercicio 2001 se prevee el lanzamiento del trasplante de Sangre de Cordón Umbilical con el presupuesto de \$ 3.000.000.- y el Trasplante de Corazón Pulmón con un presupuesto anual de \$ 3.500.000.-).
- Realización de Eventos especiales:
 - Tarjetas navideñas.
 - Maratón solidario.
 - Cena de Gala.
 - Desfile de moda y solidaridad.
 - Gran colecta anual – un peso por la vida.
 - La Selección Nacional se pone la camiseta del hospital

Presupuesto:

Se ha estimado en una conservadora primer etapa, para evaluar resultados, un gasto anual de \$ 300.000.- distribuido en costo de mantenimiento del Departamento de Marketing, Desarrollo y mantenimiento de la Pagina Web, Folletería e impresiones, Comunicaciones y correspondencia. Se Prevee que la etapa de difusión y prensa se operara por canje o por solicitud de donación de espacios no comerciales o por uso de las pautas publicitarias del estado en los medios masivos de comunicación. Además, no se cargan costos de



administración del sistema, que serán absorbido por las estructuras actuales de administración. En cuanto a costos de los eventos especiales se han diseñado en base al sistema de sponsor para correr con los costos de su emprendimiento como canje de la publicidad en los mismos.

Control

Se prevee un control permanente del Departamento de Marketing, en su ubicación estructural se lo colocara en directa dependencia del Consejo de Administración bajo quien actuará en permanente control por programa desarrollado y evaluación de resultado. Además se considera necesario la creación de una Comisión de Notables que controle la apropiación del destino de los fondos con fines específicos, con la actuación de grandes benefactores y renombrados personajes del ámbito nacional, esta comisión creada Ad Hoc permitirá potenciar la imagen positiva del proyecto y será parte de la campaña de transparencia del Hospital para con la sociedad. Los informes serán elevados al Consejo mensualmente y publicados a la sociedad con pautas trimestrales como parte de la dinámica de interacción, tanto en la web como por otro medio escrito. Además, se posibilitará la apertura de este tema en el informe anual que el Consejo prepara como parte de su informe de gestión al cierre del ejercicio.

Año 2001 – Nuevo Escenario - Evolución, Perspectivas y Resultados Parciales de las Medidas Recomendadas y Adoptadas por el Hospital.

Dado que este trabajo llevó un conjunto de tareas de investigación, diagnóstico, búsqueda de soluciones, planteo y ensayo de diferentes alternativas, esto motivó que al haber transcurrido un período de tiempo prolongado, algunas circunstancias ameritan observaciones, esto sería necesario en cualquier economía y por supuesto para una economía en ebullición como en la Argentina.



Por eso cabe realizar una serie de aclaraciones al momento de cierre de este trabajo, que por marcar un escenario distinto al del inicio, no desacredita ninguna de las aseveraciones vertidas, ni de las recetas planteadas, sino que profundizan la necesidad de ser dinámicos en la búsqueda de soluciones, en la implementación de planes, monitoreando permanentemente la evolución de los mismos y flexibilizando las herramientas utilizadas, siempre conservando inalterable el horizonte buscado y el fin último de nuestro trabajo, que es maximizar la utilidad de los recursos disponibles y la búsqueda de ampliar los existentes, para conservar y mejorar la prestación asistencial de la población.

Las novedades que trajo el escenario del año 2001 se pueden resumir en las siguientes:

1) En cuanto a las jurisdicciones aportantes actuales:

a) *La Jurisdicción Ciudad de Buenos Aires*, es quizás la que menos ha mostrado cambios profundos en cuanto a su estado financiero (no produjo bajas salariales, no cortó partida de planes sociales, etc.) pero crecieron en ella proyectos que necesitan financiamiento y que compiten en la asignación de recursos con el Hospital como por ejemplo el proyecto Corporación del Sur. Asimismo se ha consolidado en la opinión de los funcionarios de Hacienda que, la situación de este Hospital es de menor necesidad que la de otros de su Jurisdicción con menos recursos como el Hospital Pedro Elizalde y además se ha popularizado la idea de un aporte desmedido, en relación al uso que hacen los habitantes de la Ciudad en este Hospital (se financia el 50% del Presupuesto y los paciente con domicilio en la Ciudad representan el 12% de los pacientes atendidos por el Hospital.)

b) *La Jurisdicción Nación*, se haya en un estado de crisis y reconversión de la política económica que condiciona el presente y el futuro de los planes de gobierno. Entre ellos por supuesto los de corte social y las partidas que destina al Ministerio de Salud, quien lleva a cabo una importante defensa de las partidas destinadas a la atención, pero que choca con el predominio de Economía en la fijación de políticas que permitan alcanzar el deseado déficit cero. No solo tienen incidencia los recortes en cuanto a las partidas específicas de financiamiento del 50% del presupuesto hospitalario, sino que además perjudican la normal recaudación de los recursos genuinos, por la



desfinanciación del PAMI y del PROFE, grandes clientes como terceros pagadores del Hospital, que se hayan en una virtual cesación de pagos prestacionales.

2) En cuanto a la posible jurisdicción aportante a futuro:

La jurisdicción Provincia de Buenos Aires tiene actualmente colapsada su economía, se encuentra algunos escalones por debajo de la Nación, sin entrar en detalle si es por falta de pago de la Nación o por errores de la administración provincial. La realidad es que la Provincia ha llegado a establecer el Patacón como una alternativa de pago, sin el respaldo que tiene el peso convertible, así y todo no esta haciendo frente a sus compromisos con este sistema alternativo de pago. Asimismo, no solo que por el momento se puede eliminar a esta jurisdicción de la lista de aportantes al mantenimiento de este Hospital que tanto usa, sino que además la realidad antes descripta ha incrementado la demanda de la población del conurbano bonaerense en la atención brindada por el Hospital, no solo ya en los nichos tradicionales de la Alta Complejidad Pediátrica, sino que, la guardia del Hospital se ha convertido en el estamento de solución que dicha población encuentra para las más básicas atenciones, dado la carencia de insumo y de personal que se encuentra como una constante en los nosocomios de la Provincia. Esto implica entonces el no ingreso de fondos de financiamiento y el aumento de los costos requeridos. Además, al igual que Nación, se agrava este no-financiamiento directo, con la situación de que los institutos IOMA y CUCAIBA, también dependientes del presupuesto provincial y que son para el Hospital grandes clientes como terceros pagadores, quienes han dejado de cumplir sus compromisos, con lo que han agravado el pasivo que los financiadores de la salud tienen con el Hospital.

3) En cuanto a la cobranza de recurso genuino:

Se ha generalizado la crisis del sector financiador de la salud en la Argentina con las particularidades que a continuación se detallan en los respectivos subsectores que la componen:

- a) *Sector de la Seguridad Social*: no se puso en vigencia el Decreto 446/00 que permitía las fusiones de las Obras Sociales en consorcio, pero la realidad económica ha colocado en situación de desaparición a las que



por número de afiliados, por situación sectorial de su industria o por la recesión económica, se han convertido en una unidad inviable para la cobertura de riesgo de salud. Como consecuencia de ello se ha generalizado la convocatoria de acreedores en el sector o la simple política de cesación de pago, que está colapsando el sistema prestacional y ha obligado a los funcionarios de los entes reguladores a poner límites formales a la actuación del Hospital de Autogestión, con el fin de retener la sangría de fondos de las obras sociales hacia los hospitales por aplicación de la Resolución 074, pero que como consecuencia inevitable produce la no recuperación de los costos asistenciales, los cuales se han incrementado dado que las redes privadas cortan los servicios por no-pago y la población cubierta concurre al Hospital Público como alternativa de atención. Conclusión no se paga por gestión normal, se entorpece la cobranza por autogestión reduciendo los ingresos y se aumentan los costos por falta de servicio privado alternativo.

- b) *Sector de la Medicina Prepaga:* El sector PYME, de este subsector se encuentra en crisis empresarial terminal con la generalización de convocatorias de acreedores, la desaparición de empresas y la caída de cartera, dado que la población cubierta por este sector es la que más está sufriendo la crisis nacional, imposibilitándosele el mantenimiento de la cobertura y el aumento de los costos por la obligatoriedad de ampliar la cobertura por aplicación judicial del PMO, lo cual convierte a las empresas del sector en una unidad económica de riesgo. En lo que respecta a las inversiones que se venían produciendo en el sector de las grandes empresas de medicina prepaga, se han desacelerado, y en algunos casos se abandonaron los proyectos que se habían iniciado, dado principalmente a la retracción generalizada que se produjo en el mercado de capitales en este país y sectorialmente además, por no haber podido cumplir las expectativas de rentabilidad propuestas a los accionistas de los fondos de inversión, que se utilizaron para comprar carteras de prepagas. Estas crisis y la no-regulación del sector, imposibilita la cobranza normal y la aplicación por el momento de medidas de seducción para contar con la prestación del Hospital y el consecuente pago de la misma. Además, en el caso de los que han optado por quedarse sin cobertura, éstos se han transformado en nuevos clientes forzados del Hospital Público aumentando sus costos.



c) *Obras Sociales Provinciales e Institutos Nacionales*: Tienen similitud a la situación descripta para la Jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires. Estas instituciones están incumpliendo sus pagos con el Hospital y no existiendo normas que las obliguen a hacer frente a sus compromisos, como sí les pasa a las Obras Sociales Sindicales, convierten dicha situación en una entelequia más que en un pasivo cobrable.

4) En cuanto a las contribuciones privadas pueden diferenciarse dos aspectos:

- a) Los contribuyentes individuales: Se enfrentan a la crisis nacional generalizada, a la baja rentabilidad de sus actividades económicas y a las múltiples solicitudes de financiamientos de prestigiosas instituciones, por lo que racionalizan su colaboración y además carecen de incentivo impositivo para generalizar el aporte a instituciones de bien público, sólo se cuenta con la vieja inclusión de deducibilidad del impuesto a las ganancias, pero burocratizado por la AFIP para evitar que se evada impuesto usando este instrumento inapropiadamente.
- b) Los contribuyentes corporativos: En este estadio el Hospital ha avanzado en la concreción de financiamiento de proyectos específicos (transplante de hígado con asistencia mecánica externa) con lo que ha quedado absolutamente demostrado que empresas privadas tienen como política no financiar déficit operativo de las instituciones, sino que adhieren a la política de financiar proyectos específicos, donde solicitan presupuesto y ejecución presupuestaria, con lo que acotan los fondos que comprometen, monitorean el destino de esos fondos y de los resultados que se obtienen con el proyecto, relacionándolos con los propuestos inicialmente. En este momento histórico, la permeabilidad a participar en estos proyectos por empresas privatizadas con capitales de origen Español (REPSOL y TELEFÓNICA), se vió enmarcada en el conflicto de SETIA – Aerolíneas Argentinas, con los que se maneja como Management de Venta la necesidad de que capitales de ese origen participaran en proyectos para la comunidad y mejoraran su imagen con la gente, evitando una semilla de sentimiento segrófono contra ese capitalismo a causa del conflicto por la posible pérdida de la Aerolínea de bandera.



El 2001 no fue un terreno fértil para recetas sobre la obtención de mayores ingresos, quizás no lo sea el futuro tampoco, pero eso ratifica la necesidad que tendrá la conducción del Hospital Público para incrementar o mantener el financiamiento de su actividad, con el objetivo de ser por lo menos la última red de contención, de la que cada vez más población requiere su atención como único recurso para el cuidado de su salud.

Bibliografía

- ◆ Albi, E., C. Contreras, J.M. González-Páramo e I. Zubiri (1994), Teoría de la Hacienda Pública, 2ª edición, modificada y ampliada, Ariel, Barcelona.
- ◆ Albi, E., J.M. González-Páramo y G. López Casanovas (1997), Gestión Pública: Fundamentos, técnicas y casos, Ariel, Barcelona.
- ◆ Bac, M. (1996), "Corruption and supervision costs in hierarchies", Journal of Comparative Economics, 22, págs. 99-118.



- ◆ Beato, P. y A. Vives (1996), "Private sector participation in infrastructure: Risk, fiscal and efficiency issues in public-private arrangements for the provision of services", *Infraestructure*, 1, nº 3, págs. 3-14.
- ◆ Bendor, J., S. Taylor y R. Van Gaalen ((1985), "Bureaucratic expertise versus legislative authority: A model of deception and monitoring in budget", *American Political Science Review*, 79, págs. 1041-1060.
- ◆ Bestard, J. (1997), "La modernización de la sanidad pública en el Insalud", en Arthur Andersen (ed.): *La modernización de la sanidad pública en el mundo*, Madrid.
- ◆ Bohigas, L. (1996), "La acreditación de hospitales: Un paso hacia la liberalización del sector hospitalario español", *FEDEA, Documentos de Trabajo*, 96-02, enero.
- ◆ Bowers, P.H. (1992), "Regulation and public sector management", en C. Duncan (ed.): *The evolution of public management. Concepts and techniques for the 1990s*, Macmillan, Londres, págs. 23-48.
- ◆ Breton, A. y R. Wintrobe (1975), "The equilibrium size of a budget maximizing bureau", *Journal of Political Economy*, 83, págs. 195-207.

- ◆ Cabasés, J. y J. Martín (1995), "Contratos de servicios en el sistema sanitario", en *XV Jornadas de Economía de la Salud, Instrumentos para la gestión en sanidad*, Asociación de Economía de la Salud, Valencia, págs. 125-166.(1996), "Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España", *FEDEA, Documento de Trabajo*, 96-08.
- ◆ Calero, J. (1996), *Financiación de la educación superior en España: Sus implicaciones en el terreno de la equidad*, Fundación BBV (Documenta), Bilbao.



- ◆ Crosby, B. (1996), "Policy implementation: The organizational change", *World Development*, 24, págs. 1403-1415.
- ◆ De la Fuente, A. (1995), "Incentives and researcher productivity in Spanish public institutions", *Investigaciones Económicas*, XIX, 2, págs. 291-300.
- ◆ Dewatripont, M. y G. Roland (1992), "The virtues of gradualism and legitimacy in the transition to a market economy", *Economic Journal*, 102, págs. 291-300.
- ◆ Drèze, J. (1994), "Forty years of Public Economics: A personal perspective", *Journal of Economic Perspectives*, Spring, págs. 111-130.
- ◆ Duncan, C. (1992), "Remuneration and motivation", en C. Duncan (ed.): *The evolution of public management. Concepts and techniques for the 1990s*, Macmillan, Londres, págs. 205-238.
- ◆ Easton, B. (1995), "Economic and other ideas behind the New Zealand reforms", *Oxford Review of Economic Policy*, 10, págs. 78-94.
- ◆ Fernández Díaz, J.M. (1996), "Modelos de contratación", en R. Bengoa (dir.): *La sanidad. Un sector en cambio*, SG-Editores, Barcelona.
- ◆ Franks, J. y S. Schaeffer (1995), "Costs of regulatory compliance for financial firms", *City Research Project, London Business School, Subject Report*, 26.
- ◆ Freixas, X., R. Guesnerie y J. Tirole (1985), "Planning under incomplete information and the ratchet effect", *Review of Economic Studies*, 52, págs. 173-192.
- ◆ Friedman, L. (1984), *Microeconomic policy analysis*, McGraw-Hill, Nueva York.
- ◆ Fukuyama, F. (1995), *Trust. The social virtues and the creation of prosperity*, Free Press, New York.



- ◆ González, B. (1998), "Los sistemas de información y el tránsito a los contratos de gestión en Insalud gestión directa", en S. Peiró y L.D. Uriarte (coords.): Información sanitaria y nuevas tecnologías, XVIII Jornadas de Economía de la Salud, Asociación de Economía de la Salud, Vitoria.
- ◆ González-Páramo, J.M. (1995a), "Privatización y eficiencia: ¿Es irrelevante la titularidad", Economistas, 63, págs. 32-43.(1995b), "Convergencia europea y modernización de las instituciones presupuestarias", Gestión y Análisis de Políticas Públicas, 4, septiembre-diciembre.
- ◆ G. López Casanovas (1996), "El gasto público: Problemas actuales y perspectivas", Asociación Española de Economía Pública (AEP)/FIES, Papeles de Economía Española, 69, págs. 2-38.
- ◆ Guasch, L. y R. Hahn (1996), "The Costs and Benefits of Regulation: The Roots of Regulatory Failure", The World Bank, mimeo., octubre.
- ◆ Halonen, M. y C. Propper (1996), "Competition and decentralization in government bureaucracies", Fifth European Workshop on Econometrics and Health Economics, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, septiembre, mimeo.
- ◆ Harrison, A. (1991), El control del gasto público (1979-1989), Instituto de Estudios Fiscales, Ministerio de Economía y Hacienda, Madrid.
- ◆ Hirschman, A. (1970), Exit, voice and loyalty: Responses to decline in firms, organizations and states, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- ◆ Holtham, G. y J. Kay (1995), "The assessment: Institutions of policy", Oxford Review of Economic Policy, 10.
- ◆ Horn, M.J. (1995), The political economy of public administration. Institutional choice in the public sector, Cambridge University Press, Nueva York.



- ◆ Itoh, H. (1992), "Cooperation in hierarchical organizations: An incentive perspective", *Journal of Law, Economics and Organization*, 8, págs. 321-345.
- ◆ Knack, S. (1996), "Institutions and the convergence hypothesis: The cross-national evidence", *Public Choice*, 87, págs. 207-228.
- ◆ Kreps, D., P. Milgrom, J. Roberts y R. Wilson (1982), "Rational cooperation in the finitely repeated prisoners' dilemma", *Journal of Economic Theory*, 27, págs. 245-252.
- ◆ Laffont, J.-J. y J. Tirole (1993), *A theory of incentives in procurement and regulation*, MIT Press, Cambridge, Massachusetts.
- ◆ Lazear, E. y S. Rosen (1981), "Rank-order tournaments as optimum labor contracts", *Journal of Political Economy*, 89, págs. 841-864.
- ◆ Levine, D. y L. Tyson (1990), "Participation, productivity, and the firm's environment", en A. Blinder (ed.): *Paying for productivity: A look at the evidence*, Brookings Institution, Washington DC.
- ◆ López, G., V. Ortún y C. Murillo (1997), "El sistema sanitario español: Informe de una década", Fundación BBV, Documento de Trabajo, diciembre.
- ◆ Milgrom, P. y Roberts, J. (1992), *Economics, Organization and Management*, Prentice Hall, Englewoog-Cliffs, Nueva Jersey.
- ◆ Niskanen, W. (1971), *Bureaucracy and representative government*, Aldine-Atherton, Chicago.(1975), "Bureaucrats and politicians", *Journal of Law and Economics*, 18, págs. 617-643.OCDE (1987), *Administration as service, the public as client*, París (1990), *Public management developments. Survey 1990*, París. (1991), *Public management developments. Update 1991*, París.(1993), *Managing with market-type mechanisms*, *Public Management Studies*, París.(1996), "El desarrollo participativo y la buena gestión de los asuntos públicos", *Documentos INAP*, 10, diciembre.



- ◆ Onrubia, J. (1995), "El modelo organizativo-institucional del sector público: La necesaria complementariedad de los aspectos micro y macroeconómicos", Congreso Nacional de Economía, Las Palmas de Gran Canaria, 6 de diciembre, mimeo.
- ◆ Ortún, V. (1993), Gestión pública, Fundación Banco Bilbao Vizcaya, Programa de Estudios sobre Economía Pública, Documentos de Trabajo.
- ◆ Osborne, D. y T. Gaebler (1992), Reinventing government. How the enterpreneurial spirit is transforming the public sector, Addison-Wesley.
- ◆ Oxley, H. (1993), El sector público en los '80 y experimentos de política pública para los '90, Fundación BBV, Programa de Estudios sobre Economía Pública, Documentos de Trabajo, abril.
- ◆ Parry, R. (1992), "Concepts and Assumptions of Public Management", en C. Duncan (ed.): The Evolution of Public Management, Macmillan, Londres, págs. 3-22.
- ◆ Pinto, J.L. y J. Cuadras (1992), Economía de los gastos sociales, Colección Blanca, 36, Universidad de Murcia.
- ◆ Pollitt, C. (1993), El gerencialismo y los servicios públicos: La experiencia anglo-norteamericana, Instituto de Estudios Fiscales, Ministerio de Economía y Hacienda, Madrid.
- ◆ Poterba, J. (1994), "State responses to fiscal crises: The effects of budgetary institutions and politics", Journal of Political Economy, 102, págs. 799-821.(1995), "Balanced-budget rules and fiscal policy: Evidence from the States", National Tax Journal, 48, págs. 329-336.(1996), "Budget institutions and fiscal policy in the US States", American Economic Review, Papers and Proceedings, 86, págs. 395-400.
- ◆ Puig, J. (1995), "Innovación tecnológica y mercado sanitario: De la Macro-regulación a la Micro-regulación", en XIV Jornadas de Economía de la Salud, Cambios en la regulación sanitaria, Asociación Española de Economía de la Salud, Santiago de Compostela, págs. 335-364.



- ◆ Qian, Y. (1994), "Incentives and loss of control in an optimal hierarchy", *Review of Economic Studies*, 61, págs. 527-544.
- ◆ Richards, S. (1995), "Devolving public management, centralizing public policy", *Oxford Review of Economic Policy*, 10, págs. 40-60.
- ◆ Rodríguez, M., D. Rodríguez e I. Abásolo (1996), "Los sistemas mixtos de retribución como alternativa al pago por salario y su repercusión sobre la eficiencia del sistema sanitario", FEDEA, Documento de Trabajo, 96-04.
- ◆ Rodrik, D. (1996), "Understanding economic policy reform", *Journal of Economic Literature*, 34, págs. 9-41.
- ◆ Roldán, J.M. (1996), "Fiscal rules and Monetary Union: A review of the literature", European Monetary Institute, Frankfurt, mimeo, marzo.
- ◆ Rose-Ackerman, S. (1986), "Reforming public bureaucracy through economic incentives?", *Journal of Law, Economics, and Organization*, 2, págs. 131-161.
- ◆ Ruiz-Huerta J. y A. Giménez (eds.)(1993), *Estructura institucional y gestión del gasto público en algunos países de la OCDE*, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.
- ◆ Sah, R. y J. Stiglitz (1988), "Committees, hierarchies and polyarchies", *Economic Journal*, 98, págs. 451-470.
- ◆ Salas, V. (1987), *Economía de la empresa. Decisiones y organización*, Ariel, Barcelona.
- ◆ Samuelson, R.J. (1988), "Backdoor government", *Newsweek*, 62, 17 de octubre.
- ◆ Sanchís, J.A. (1996), "Privatización y eficiencia en el sector público español", *Revista de Economía Aplicada*, IV, 10, págs. 65-92.



- ◆ Savas, E. (1987), *Privatization: The key to better government*, Chatham House, Cahtham, Nueva Jersey.
- ◆ Shapiro, C. y J. Stiglitz (1984), "Equilibrium unemployment as a worker discipline device", *American Economic Review*, 74, págs. 433-444.
- ◆ Shepherd, G. y S. Valencia (1996), "Modernizing the public administration in Latin America: Common problems, no easy solutions", Conferencia sobre la Reforma del Estado en América Latina y el Caribe, Madrid, octubre, mimeo.
- ◆ Shleifer, A. (1985), "A theory of yardstick competition", *Rand Journal of Economics*, 16, págs. 319-327.
- ◆ Stiglitz, J. (1989), *The economic role of the State*, Basil Blackwell, Oxford.(1995), *Whither socialism?*, MIT Press, Cambridge, Massachusetts.
- ◆ Tirole, J. (1994), "The internal organization of government", *Oxford Economic Papers*, 46, págs. 1-29.
- ◆ Van Leerdam, J. y E. Kertzman (1995), "The Choice of Organizational Form: Ways of Public Goods Production", IIPF, 51st Congress, Lisboa, mimeo.
- ◆ Ventura, J. y E. González (1998), "Valoración del 'efecto ratchet' en la negociación de convenios programa en atención especializada del Insalud Gestión Directa", en S. Peiró y L.D. Uriarte (coords.): *Información sanitaria y nuevas tecnologías*, XVIII Jornadas de Economía de la Salud, Asociación de Economía de la Salud, Vitoria.
- ◆ Vickers, J. (1993), "El programa de privatizaciones británico", *Moneda y Crédito*, 196, págs. 79-1 y G. Yarrow (1988), *Privatization-An economic analysis*, MIT Press.
- ◆ Von Hagen, J. (1991), "A note on the empirical effectiveness of formal fiscal restraints", *Journal of Public Economics*, 44 y I. Harden (1995), "Budget processes and commitment to fiscal discipline", *European Economic Review*, 39, págs. 771-779.



- ◆ Weitzman, M. (1980), "The ratchet principle and performance incentives", Bell Journal of Economics, 11, págs. 302-308.
- ◆ Williamson, O. (1991), "Comparative economic organization: The analysis of discrete structural alternatives", Administrative Science Quarterly, 36, págs. 269-296. (1993), "The economic analysis of institutions and organizations", OECD Working Papers, n° 133, París.
- ◆ Wolf, Ch. (1993), Markets or governments. Choosing between imperfect alternatives, MIT Press, Cambridge, Massachusetts. Versión castellana editada por el Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 1995.



BIBLIOGRAFIA OBLIGATORIA

- ◆ Cuervo J., Varela J., Belenes R.; “Gestión de hospitales” - Ed. Vicens Vives
- ◆ Ruiz A.; “Marketing de servicios” - Ed. Norma
- ◆ Kotler P.; “Mercadeo de servicios profesionales” - Ed. Legis
- ◆ Bacon M.; “Como hacer marketing directo” - Ed. Gránica
- ◆ Bellenger L.; “Negocie y venda” - Ed. Gránica
- ◆ Benn A.; “Los 27 errores más comunes en publicidad” - Ed. Norma
- ◆ Billorou O.; “Introducción a la publicidad” - Ed. El Ateneo
- ◆ Cope R.; “El plan estratégico” - Ed. Serie Empresaria
- ◆ Davis; “investigación de mercados” - Ed. El Ateneo
- ◆ Fiore J. ; “Marketing estratégico” - Ed. Productica
- ◆ Katz B.; “Como gerenciar el servicio al cliente” - Ed. Legis
- ◆ Weiers; “Investigación de Mercados” - Ed. Prentice Hall



HOSPITAL DE PEDIATRÍA
S.A.M.I.C.
"PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN"

