

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL

EDGOP
ESPECIALIZACIÓN EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE ORGANIZACIONES PÚBLICAS

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

“La institucionalización de prácticas de control, monitoreo y evaluación continua sobre ejes de mejora de gestión en el hospital público de la ciudad de Las Rosas, departamento Belgrano, en la provincia de Santa Fe”.

ALUMNO: Germán David Ferreyra

D.N.I: 32.129.913

DIRECTOR: Maximiliano Rey

noviembre 2025

Índice

1. Introducción	1
2. Descripción de la Organización	3
2.1 Aspectos históricos y normativos	3
2.2 Fines institucionales y producción de servicios	4
2.3 Recursos de la organización	5
a) Recursos financieros	5
b) Recursos humanos	6
c) Infraestructura y equipamiento	7
3. Problemática identificada	8
4. Consecuencias de la problemática identificada	9
5. Justificación del trabajo	11
6. Objetivos	12
7. Aspectos de mejora	13
7.1 Programa de capacitación para jefes de área	14
7.2 Crear un protocolo unificado de comunicación intersectorial	19
7.2.1 Estructura Jerárquica Principal	23
7.2.2 Organigrama SAMCo Las Rosas	26
7.3 Implementar un sistema formal de seguimiento semanal por área	26
7.4 Crear un tablero institucional de control	32
7.4.1 Cambios esperados con la implementación del tablero institucional de control	33
7.4.2 Factibilidad de implementación de un tablero de control en el SAMCo Las Rosas	34
7.5 Implementar auditorías internas periódicas	35
8. Resumen situación actual, propuestas de cambio y resultados esperados	40
9. Resumen ejecutivo	41
10. Conclusiones	45
11. Referencias	49
12. Anexos	53

1. Introducción

El presente trabajo final integrador tiene como objeto de estudio el SAMCo (Servicio de Atención Médica para la Comunidad) de la ciudad de Las Rosas, cabecera del Departamento Belgrano, en la Provincia de Santa Fe. Se trata de un hospital público de segundo nivel que brinda atención médica a la población local y zonal, abarcando tanto a personas sin recursos, como a aquellas con cobertura de medicina prepaga, obra social sindical, o seguro por accidentes.

La ciudad de Las Rosas cuenta con una población aproximada de 13.953 habitantes, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2022); y es cabecera del Departamento Belgrano, en la provincia de Santa Fe. El hospital depende administrativamente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y constituye el principal centro asistencial público del área. Su ubicación institucional se encuentra dentro del ejido urbano de la ciudad de Las Rosas, brindando atención tanto a la población local como a las localidades cercanas del departamento y zonas rurales aledañas. Su área o territorio de acción abarca, por tanto, no solo a los habitantes de Las Rosas, sino también a los de los municipios y comunas que integran el Departamento Belgrano, actuando como centro de referencia para la atención de salud de complejidad básica e intermedia.

Para su normal desempeño económico-administrativo, el ente cuenta con “Recursos Propios”, según lo que se interpreta en la Ley provincial N.º 5578. Estos recursos constituyen una alternativa de financiamiento para los establecimientos sanitarios del subsector público y se obtienen mediante el cobro por los gastos incurridos en prestaciones de salud brindadas a pacientes pertenecientes a obras sociales, mutuales, sistemas de medicina prepaga, compañías de seguro u otros terceros que proveen cobertura de salud (Gaia, 2016). Además, la institución dispone de una

partida financiera provincial destinada a costear la atención de pacientes de bajos recursos económicos.

A partir de este contexto institucional, el presente trabajo propone abordar la problemática identificada: la ausencia de liderazgo efectivo y de mecanismos de control y seguimiento sostenido por parte de los jefes de área. La literatura de gestión pública contemporánea, incluyendo autores como Ramió (1999-2016), Longo (2009), Hintze (1999) y Sotelo Maciel (2003-2008), permite situar esta problemática en un marco conceptual más amplio, donde convergen factores estructurales del empleo público, tensiones propias de los modelos organizacionales jerárquicos y desafíos vinculados a la creación de valor público.

En este sentido, el estudio se orienta a diseñar estrategias aplicables y viables que fortalezcan la gobernanza interna del hospital mediante acciones de capacitación en liderazgo, creación de protocolos de comunicación, implementación de sistemas formales de seguimiento semanal, desarrollo de un tablero institucional de control y establecimiento de auditorías internas periódicas. Estas propuestas no solo buscan corregir dificultades operativas puntuales, sino contribuir a la consolidación de una cultura organizacional orientada a resultados, basada en la transparencia, la cooperación y la mejora continua.

En síntesis, este trabajo se justifica en la necesidad de optimizar los procesos internos de una institución que constituye el eje del sistema público de salud dentro de una ciudad que es cabecera de departamento dentro de la provincia de Santa Fe, y cuya eficiencia impacta directamente en la garantía de derechos, la equidad territorial y la calidad de vida de la población. La aplicación de herramientas de gestión pública, integradas a enfoques contemporáneos sobre liderazgo, control, comunicación y valor público, permitirá avanzar hacia una administración

hospitalaria más robusta, coherente y sostenible, acorde con las demandas crecientes del sistema sanitario y las expectativas de la comunidad a la que sirve.

2. Descripción de la Organización

2.1 Aspectos históricos y normativos

El centro objeto de estudio es el SAMCo (Servicio de Atención Médica para la Comunidad) de la ciudad de Las Rosas, ubicado en Paso de los Andes 419, Departamento Belgrano, Provincia de Santa Fe. Se trata de un hospital público de gestión descentralizada de segundo nivel de atención, cuyo funcionamiento se enmarca en las políticas sanitarias provinciales y en un modelo organizacional particular que combina conducción técnica y administración comunitaria.

El origen de los SAMCo en la provincia de Santa Fe se remonta a la Ley Provincial N.º 6312, promulgada el 2 de mayo de 1967. En este marco normativo, el SAMCo Las Rosas fue formalmente instituido mediante el Decreto N.º 09108 (SP 1765), que establece su funcionamiento como efector público con misión asistencial ambulatoria y de internación.

Su estructura directiva se conforma por dos componentes:

- Dirección Técnica, a cargo de un/a médico/a designado/a por el Ministerio de Salud de la Provincia, responsable del funcionamiento operativo, la supervisión del capital humano y la garantía de la calidad de las prestaciones clínicas.
- Consejo de Administración, integrado por representantes de instituciones públicas de la comunidad con personería jurídica, quienes a través de una Comisión

Ejecutiva (Presidente, Secretario y Tesorero) tienen a su cargo la administración económica, la recaudación de recursos propios y la autorización de egresos y rendiciones.

Este esquema dual de gobernanza define un modelo en el cual la dirección médica tiene un rol eminentemente técnico, mientras que las decisiones económicas y financieras recaen en el Consejo de Administración, actuando bajo las atribuciones que la normativa les asigna para asegurar el “buen gobierno y administración del ente”.

2.2 Fines institucionales y producción de servicios

El fin central del SAMCo Las Rosas es garantizar el acceso de la población local y regional a servicios integrales de salud, combinando atención ambulatoria, internación, guardia y derivación hacia efectores de mayor complejidad cuando resulta necesario. Su rol es fundamental en tanto constituye el único efector público de salud con internación de la ciudad, lo que convierte a la institución en un referente sanitario para una amplia población.

El hospital ofrece un conjunto amplio de prestaciones:

- Internación general, con 13 salas equipadas con 2 camas cada una.
- Servicio de tratamientos oncológicos.
- Área quirúrgica, con 2 quirófanos operativos.
- Consultorios externos, funcionando de lunes a viernes de 06:00 a 18:00.
- Guardia activa y pasiva, según necesidad del servicio.
- Admisión permanente (24 horas), articulada con el sistema de internación.

Asimismo, la institución dispone de múltiples servicios complementarios: farmacia, vacunatorio, laboratorio, hemoterapia, ecografía, radiología, odontología, nutrición, fonoaudiología y diversas especialidades médicas (neurología, diabetología, pediatría, clínica médica, alergia, gastroenterología, traumatología, cirugía general, entre otras).

El SAMCo también gestiona el servicio SIAMED, de atención médica domiciliaria, financiado en un 80 % por el municipio. Para garantizar traslados programados hacia centros de mayor complejidad, cuenta con dos ambulancias y un minibús sanitario, que realiza recorridos semanales hacia localidades con especialistas no disponibles en el efector local.

La producción asistencial es, por tanto, diversa y significativa, abarcando tantas prestaciones básicas como servicios más complejos, lo que permite dar respuesta a la mayor parte de las necesidades del primer y segundo nivel del sistema sanitario provincial.

2.3 Recursos de la organización

a) Recursos financieros

El SAMCo Las Rosas combina financiamiento estatal y recursos propios, lo que constituye una característica central de su esquema de gestión descentralizada.

- Partida provincial fija para gastos de funcionamiento: \$1.335.576 mensuales (septiembre de 2025) (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, s.f.).
- Deuda operativa mensual reconocida por el Ministerio de Salud: \$45.217.638, 85, en septiembre 2025, abonada con un desfase de tres meses desde su presentación (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, s.f.).

- Recaudación mensual de recursos propios: total de \$59.704.111,65, en septiembre 2025, provenientes de: donaciones, rifas y actividades comunitarias, aportes municipales, facturación a obras sociales, mutuales, PAMI y aseguradoras.

Este financiamiento es fundamental, ya que permite sostener gastos de personal no cubiertos por la provincia, mantenimiento edilicio y actualización de equipamiento básico.

b) Recursos humanos

La institución cuenta con 133 trabajadores distribuidos de la siguiente manera:

- 96 empleados de planta permanente, con sueldos regulados por escalafón y paritarios provinciales. Entre ellos:
 - 58 profesionales de la salud,
 - 5 personal administrativo,
 - 33 servicios generales.
- 11 trabajadores en condición de reemplazo, según necesidades del servicio.
- 16 trabajadores contratados por el Consejo de Administración. Su remuneración mensual es de \$724.631,14 (jornada de 6hs diarias en el mes de septiembre 2025), actualizable según paritarias.
- y 10 con los cuales se estableció un convenio de trabajo, financiados con recursos propios.

Los sueldos del personal de planta presentan variabilidad en función de factores como categoría, antigüedad o función desempeñada. Tomando como referencia el mes de septiembre de

2025, un administrativo percibe aproximadamente \$926.891, 98 mensuales, mientras que los montos del resto del personal dependen de criterios escalafonarios.

Un aspecto relevante es que, debido a la pérdida histórica de cargos de jefatura por razones políticas y burocráticas, el SAMCo de la ciudad de Las Rosas solo cuenta con una jefatura abonada por la provincia (jefe/a de enfermería). El resto de las jefaturas son financiadas por el ente, mediante el pago de “plus por función” para garantizar una estructura mínima de conducción sectorial.

c) Infraestructura y equipamiento

El hospital dispone de una infraestructura amplia y funcional para su nivel de complejidad:

- 13 salas de internación (2 camas cada una).
- Sala de tratamientos oncológicos.
- 2 quirófanos.
- Cocina institucional.
- Habitaciones para choferes y médicos de guardia.
- Office específicos para enfermería, mucamas y mantenimiento.
- Costurero, lavadero y economato.
- Admisión.
- 8 consultorios externos.
- Farmacia, vacunatorio, laboratorio y hemoterapia.
- Servicios diagnósticos: ecografía y radiología.

- 2 ambulancias y 1 minibús para traslados programados.

Esta infraestructura permite sostener una amplia gama de servicios y desempeñar un rol central dentro de la red sanitaria regional.

3. Problemática identificada

Desde la alta dirección y la administración general del hospital se promueven y establecen diversas estrategias para fortalecer el seguimiento de las tareas y mejorar la comunicación intersectorial, dichas acciones se encuentran formalmente respaldadas en los libros de actas correspondientes a las reuniones mantenidas con los distintos sectores del SAMCo, donde se registran los acuerdos, lineamientos y plazos de ejecución.

No obstante, en la práctica se observa una falta de cumplimiento riguroso y sostenido por parte de los responsables directos de cada área. Esta situación se evidencia a partir de los procesos de revisión realizados por la administración general, los cuales consisten en la contrastación entre lo acordado en las actas y el grado de avance efectivo de las tareas. Dicha verificación se lleva a cabo mediante entrevistas periódicas con los jefes de área y recorrida por los distintos espacios físicos del establecimiento, permitiendo identificar desvíos respecto a los compromisos asumidos y a los tiempos establecidos.

En muchos casos, las propuestas impulsadas por la gestión general son adoptadas de manera parcial o temporal, sin continuidad ni control efectivo de su aplicación. Esta falta de rigor en la implementación se traduce en débil compromiso institucional, ausencia de una cultura de seguimiento permanente y dificultades para sostener procesos de mejora en el tiempo.

En consecuencia, la problemática real radica en una brecha entre la planificación institucional y la ejecución operativa, donde las decisiones y lineamientos de la administración general no se traducen de manera consistente en las prácticas cotidianas de cada área. Esto impacta negativamente en la eficiencia organizacional, genera descoordinación interna y limita la eficacia de las políticas de gestión destinadas a optimizar el funcionamiento del hospital.

Por lo tanto, la elección de esta institución se justifica en la posibilidad de analizar y proponer mejoras en los procesos de gestión interna, específicamente en la consolidación de un sistema de seguimiento efectivo y sostenido que fortalezca el liderazgo de los jefes de área y promueva una comunicación fluida entre los distintos sectores.

La mejora requerida implica institucionalizar prácticas de control, monitoreo y evaluación continua, acompañadas de instancias de formación en liderazgo, comunicación y trabajo colaborativo. De este modo, el hospital podrá optimizar su desempeño interno, incrementar la eficiencia en el uso de los recursos y garantizar una atención de salud pública más eficaz, equitativa y centrada en las necesidades de la comunidad.

4. Consecuencias de la problemática identificada

Las consecuencias derivadas de esta situación se reflejan en distintos niveles del funcionamiento institucional:

- A nivel organizacional, se produce una brecha entre la planificación y la ejecución, lo que reduce la eficacia de las políticas internas y debilita la coherencia del accionar de las distintas áreas. Esta situación se evidencia en el análisis de los libros de

actas institucionales, donde se registran lineamientos, tareas y plazos definidos en reuniones de gestión que, al ser contrastados posteriormente mediante instancias de revisión administrativa, no presentan un cumplimiento sostenido en el tiempo por parte de los sectores involucrados.

- A nivel operativo, se generan retrabajos, demoras y falta de continuidad en las acciones, ya que los problemas no se abordan de manera oportuna ni sistemática. Esta problemática se identifica a partir de las instancias de seguimiento realizadas por la administración general, donde se detecta la reiteración de tareas previamente asignadas, así como demoras en su ejecución, lo cual obliga a reprogramaciones frecuentes y afecta la continuidad de los procesos.

- A nivel comunicacional, la falta de coordinación y de intercambio fluido entre sectores provoca malentendidos, duplicación de tareas y pérdida de información relevante. Esto se pone de manifiesto en las entrevistas realizadas a los jefes de área y en la observación de la dinámica institucional, donde se evidencian dificultades en la circulación de la información y ausencia de mecanismos sistemáticos de comunicación intersectorial.

- Finalmente, a nivel institucional y comunitario, esta disfuncionalidad impacta en la calidad del servicio de salud, afectando la satisfacción de los usuarios y la imagen del hospital como referente público en la región. Esta afirmación se sustenta en la observación de demoras en la atención, inconsistencias en la prestación de servicios y en las manifestaciones de los usuarios, las cuales no solo se recogen de manera informal durante la interacción con el sistema de atención, sino que también quedan registradas

formalmente en el libro de quejas de la institución, donde se evidencian reclamos vinculados a demoras, falta de información y dificultades en la coordinación de la atención.

En síntesis, la problemática no radica únicamente en la ausencia de propuestas o instrumentos de gestión, sino en la falta de apropiación, seguimiento y control efectivo de las estrategias ya planteadas. Abordar esta causa raíz resulta indispensable para fortalecer la eficiencia institucional, consolidar la comunicación intersectorial y garantizar una mejora sostenida en la calidad de atención.

5. Justificación del trabajo

La presente propuesta se justifica en la necesidad de fortalecer los procesos de gestión interna y la eficiencia institucional del hospital público de la ciudad de Las Rosas, único efector de salud de carácter estatal en la localidad y referente sanitario del Departamento Belgrano.

La falta de seguimiento exhaustivo por parte de los responsables de área, junto con la escasa comunicación entre sectores, genera una serie de disfuncionalidades que afectan el desempeño organizacional, tales como la duplicación de tareas, la detección tardía de errores y la dificultad para coordinar acciones de manera eficaz. Estas situaciones repercuten de forma directa en la calidad del servicio ofrecido a la comunidad y en la utilización de los recursos humanos y materiales disponibles.

Atendiendo a que la institución cumple un rol esencial en la atención primaria y hospitalaria de una amplia población regional, resulta prioritario promover una gestión más

integrada, participativa y transparente, donde cada responsable asuma un compromiso activo en el control, la evaluación y la mejora continua de las tareas.

Asimismo, el abordaje de esta problemática permitirá fortalecer la comunicación interna, consolidar el trabajo en equipo y fomentar una cultura institucional orientada a resultados, lo que contribuirá al cumplimiento de los objetivos del sistema de salud pública provincial y a una atención más eficiente y humanizada para los ciudadanos.

En este sentido, el trabajo no solo busca resolver una dificultad organizacional puntual, sino también aportar al desarrollo de prácticas de gestión sostenibles, basadas en la cooperación, la responsabilidad y la optimización de los recursos, en beneficio de la institución y de la comunidad que atiende.

6. Objetivos

Objetivo general

Fortalecer el funcionamiento institucional del hospital público de la ciudad de Las Rosas mediante la implementación efectiva y sostenida de mecanismos de seguimiento y comunicación intersectorial, que promuevan la responsabilidad, el compromiso y la mejora continua en la gestión de cada área.

Objetivos específicos

1. **Neutralizar** la falta de cumplimiento y rigor en el seguimiento de las tareas por parte de los responsables de área.

2. **Diseñar** estrategias de control y monitoreo interno que permitan evaluar de manera periódica el desempeño y la ejecución de los procesos institucionales.
3. **Promover** una cultura organizacional basada en la comunicación constante, la cooperación entre sectores y la rendición de cuentas.
4. **Fortalecer** las competencias de liderazgo y gestión de los jefes de área mediante capacitaciones y acompañamiento institucional.
5. **Garantizar** la mejora continua y la eficiencia del hospital a partir de la aplicación de las nuevas estrategias.

7. Aspectos de mejora

- 1- **Programa de capacitación para jefes de área:** Formación en liderazgo, gestión de equipos, manejo del tiempo, comunicación intersectorial, compromiso, ambiente de trabajo, cultura organizacional y uso de herramientas de control.
- 2- **Crear un protocolo unificado de comunicación intersectorial:** Estandarizar cómo, cuándo y por qué se comunican los sectores entre sí: canales oficiales, plazos de respuesta, responsables designados y registros formales. Esto reduce malentendidos y pérdidas de información.
- 3- **Implementar un sistema formal de seguimiento semanal por área:** Establecer reuniones breves (15–20 minutos), con agenda fija, donde cada jefe de área reporte avances, dificultades y tareas pendientes. Los reportes deben registrarse en un acta digital accesible a la dirección.

4- Crear un tablero institucional de control: Diseñar un panel simple con indicadores clave por sector (cumplimiento de tareas, tiempos de respuesta, incidencias, ausentismo, etc.). Esto permite monitoreo transparente, comparativo y continuo, evitando el seguimiento informal.

5- Implementar auditorías internas periódicas: Auditorías trimestrales de procesos clave (admisión, turnos, farmacia, enfermería, mantenimiento, etc.). Permiten detectar incumplimientos sistemáticos y orientar intervenciones específicas.

7.1 Programa de capacitación para jefes de área

El programa de capacitación para jefes de área, enfocado en fortalecer el liderazgo, la gestión de equipos, el manejo del tiempo, la comunicación intersectorial, el compromiso, el clima laboral, la cultura organizacional y el uso de herramientas de control, se vuelve especialmente relevante cuando se lo relaciona con las dificultades estructurales que describe Carles Ramió respecto a la motivación en la alta función pública.

El liderazgo refiere a la capacidad de influir positivamente en otros, guiarlos, inspirarlos y orientar sus esfuerzos hacia el logro de objetivos comunes. Implica no solo dirigir, sino también generar confianza, promover el desarrollo del equipo y tomar decisiones responsables.

La concepción del liderazgo como un recurso colectivo que se ejerce y desarrolla en forma distribuida, está, en la base de nuevas visiones de la tarea de dirigir organizaciones de conocimiento en el ámbito público. En otras palabras, el ejercicio de la gerencia pública en entornos de alta cualificación profesional requiere competencias de liderazgo cada vez más

sofisticadas y modelos de éxito directivo centrados en la creación, sostenida en el tiempo, de entornos organizativos aptos para producir aprendizaje e innovación. (Longo, 2008).

La gestión de equipos consiste en coordinar y organizar el trabajo de un conjunto de personas, asignar tareas, resolver conflictos, fomentar la colaboración y asegurar que el equipo funcione como una unidad eficiente y cohesionada.

El manejo del tiempo implica priorizar tareas, planificar actividades, distribuir adecuadamente los recursos y evitar interrupciones o prácticas que reduzcan la productividad, permitiendo cumplir metas de manera ordenada y eficiente.

La comunicación intersectorial es la capacidad de intercambiar información de manera fluida entre distintas áreas, sectores o niveles dentro de la organización, evitando silos y promoviendo la cooperación para resolver problemas complejos.

El compromiso refiere al grado de involucramiento, responsabilidad y orientación al logro que las personas desarrollan hacia los objetivos institucionales, ubicando el interés colectivo por encima de las motivaciones individuales.

El clima laboral hace referencia a la percepción compartida que tienen los empleados acerca del ambiente de trabajo, incluyendo relaciones, estilos de liderazgo, niveles de confianza, motivación y bienestar. Un clima positivo favorece la productividad y la permanencia del personal.

El uso de herramientas de control se vincula con la capacidad de implementar instrumentos de seguimiento, monitoreo y evaluación de procesos, recursos y resultados, lo que permite una gestión transparente, eficiente y orientada a la mejora continua.

Todo este conjunto de competencias se vuelve fundamental al considerar los problemas estructurales que Ramió identifica en el empleo público. El autor advierte que una de las fuentes centrales del desánimo es la vinculación laboral prácticamente vitalicia, que pierde sentido cuando no existe una carrera administrativa clara y meritocracia. La falta de trayectorias definidas o la presencia de circuitos de carrera defectuosos genera frustración y reduce la motivación, ya que los empleados encuentran obstáculos y arbitrariedades que afectan su desarrollo profesional.

A esta situación se suma que la estabilidad no se valora como un logro, al tiempo que aumentan las exigencias formales relacionadas con horarios, normativas y obligaciones. Esta tensión se complementa con el desgaste provocado por los cambios constantes derivados de los ciclos políticos, que traen rotaciones, ascensos y descensos basados en criterios de afinidad más que en capacidades técnicas. Esto provoca la sensación de repetición continua como: “vivir en el día de la marmota”; cada vez que se reestructura la organización tras un cambio de gestión.

Según Ramió (2001), estas dinámicas generan externalidades negativas que alimentan el desánimo, reducen el compromiso y perjudican la calidad de los servicios públicos. En este contexto, los jefes de área desempeñan un rol clave; sin herramientas adecuadas, es más probable que las fallas estructurales se profundicen y afecten directamente a la ciudadanía.

Aquí adquiere especial importancia la cultura organizativa, entendida como el ambiente que se respira en una institución, las costumbres, rituales, símbolos y significados colectivos que dan forma a la identidad organizacional.

Deal y Kennedy (1999) sostienen que la cultura surge de un proceso dinámico mediante el cual los miembros de una organización aprenden cómo responder a situaciones problemáticas.

Ramió (2001) agrega que la cultura define límites, otorga identidad y fomenta el compromiso con los objetivos y estrategias. Por lo tanto, capacitar a los jefes de área también contribuye a fortalecer una cultura organizativa coherente y orientada al servicio público.

En términos operativos, la cantidad de empleados no representa una limitación, ya que se trata de un proceso de formación, no de ampliación de la planta. Lo que sí requiere gestión es la solicitud formal de capacitaciones al Ministerio de Salud, como organismo rector. En caso de que la solicitud no sea atendida, la organización puede evaluar alternativas para autogestionar la formación o financiarla con recursos propios, respetando siempre los márgenes del presupuesto institucional. Esta estrategia asegura la viabilidad de la propuesta incluso frente a eventuales limitaciones externas.

Diversas ciudades del país han incorporado programas de capacitación interna como herramienta estratégica para impulsar la mejora continua en la gestión pública. Un ejemplo relevante es el caso del Municipio de Junín, en la Provincia de Buenos Aires, que en el año 2019 implementó un proceso de formación destinado al personal municipal con responsabilidades de conducción en diferentes equipos de trabajo de todas las áreas.

El programa tuvo como propósito fortalecer los conocimientos, habilidades y metodologías vinculadas a la conformación, gestión y evaluación de equipos interdisciplinarios, promoviendo así un enfoque colaborativo en la resolución de problemas públicos. Asimismo, uno de los ejes centrales de la capacitación consistió en identificar las posibilidades y limitaciones del modelo de gestión basado en grupos de trabajo dentro de la estructura municipal, con el fin de potenciar su efectividad y favorecer la articulación entre áreas.

La experiencia de Junín evidencia que la capacitación continua no solo mejora las competencias de los equipos, sino que también se convierte en un mecanismo de mejora organizacional, permitiendo optimizar procesos, fortalecer la coordinación interna y elevar la calidad de los servicios públicos.

En conjunto, esta línea de acción se presenta como una herramienta clave para fortalecer la motivación, mejorar el liderazgo, optimizar la cultura organizativa y, en consecuencia, elevar la calidad del servicio que se brinda a la ciudadanía. Esto se vincula directamente con la importancia de comprender y gestionar adecuadamente la cadena de valor público.

La **cadena de valor público** es un modelo descriptivo de las políticas públicas, en general, y del accionar del sector público, en particular, que posibilita una visión sistémica y permite ordenar a aplicación de herramientas metodológicas propias de los distintos sistemas de gestión de la administración pública. El núcleo del modelo lo constituye lo que en algún momento denominamos cadena de producción pública. Este postula que el sector público puede ser entendido como un conjunto de instituciones dedicadas a generar productos, bienes o servicios, que se entregan a la población. Estos productos constituyen la razón de ser de una institución ya que, a través de ellos, satisfacen necesidades sociales contribuyendo de este modo en forma directa al logro de políticas. Los objetivos de la política, a su vez, se operacionalizan en resultados e impactos esperados; ambos cotejables y susceptibles de seguimiento. Para producir los bienes y servicios se requieren cantidades y calidades adecuadas de insumos y, para adquirirlos, se necesitan recursos financieros. Se denomina operación al proceso mediante el cual se transforman recursos en productos. Sotelo Maciel, (2003,2008).

A diferencia del sector privado, donde la cadena de valor busca generar ganancias, en el ámbito público su finalidad es crear valor social, es decir, producir bienes, servicios y políticas que mejoren la calidad de vida, garanticen derechos y respondan a necesidades colectivas. Cada eslabón desde la planificación, la asignación de recursos, la gestión del personal, la coordinación intersectorial, hasta la prestación final del servicio influye en la calidad del valor público generado.

Por lo tanto, capacitar a los jefes de área no solo mejora su desempeño individual, sino que fortalece los eslabones internos de esta cadena, incrementando la coherencia, la eficiencia y la orientación al ciudadano. De este modo, la propuesta de mejora se transforma en una inversión estratégica que impacta directamente en la capacidad de la organización para generar un valor público sostenible, legítimo y socialmente significativo.

7.2 Crear un protocolo unificado de comunicación intersectorial

La creación de un protocolo unificado de comunicación intersectorial constituye una propuesta de mejora fundamental para optimizar el funcionamiento de la organización. Este protocolo busca estandarizar cómo, cuándo y por qué se comunican los distintos sectores, definiendo canales oficiales, plazos de respuesta, responsables designados y registros formales que permitan garantizar la trazabilidad de la información. Al establecer reglas claras y procedimientos homogéneos, se reducen significativamente los malentendidos, las demoras innecesarias y las pérdidas de información, problemas recurrentes en muchas instituciones públicas, especialmente en el SAMCo de la ciudad de Las Rosas, institución estudiada en el presente estudio.

Esta propuesta se vincula directamente con el concepto de estructura administrativa, ya que la comunicación entre áreas es uno de los elementos centrales que permiten que dicha estructura funcione de manera articulada.

Según Ramió (1999), la estructura administrativa es el esquema formal que representa las relaciones, las comunicaciones, los procesos de decisión y los procedimientos que articulan a un conjunto de personas, unidades, funciones y recursos orientados a la consecución de objetivos específicos. En otras palabras, la estructura no es solo una distribución jerárquica, sino el entramado que define cómo circula la información, cómo se toman decisiones y cómo se coordina el trabajo colectivo.

Asimismo, Gil (1999) sintetiza este concepto afirmando que la estructura es el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo para conseguir posteriormente su coordinación.

Esto implica que no basta con asignar tareas: también es necesario crear mecanismos que garanticen que los distintos sectores trabajen de manera sincronizada y complementaria, evitando duplicaciones, vacíos de responsabilidad o contradicciones en la ejecución de procesos. Justamente, en el estudio de los elementos fundamentales de la estructura administrativa, resulta llamativo que, en la práctica, las decisiones sobre la creación o reforma de estas estructuras no siempre respondan a criterios técnicos, sino que están fuertemente atravesadas por factores subjetivos, políticos, ideológicos o incluso personales. Esto se observa con claridad en la administración pública argentina, y especialmente en la provincia de Santa Fe, donde muchas reformas se presentan bajo discursos de eficiencia o modernización, pero al analizarlas en profundidad se evidencian intereses coyunturales más vinculados al poder que a un diagnóstico organizacional real.

Esta tensión también aparece en el debate sobre la verticalidad y el aplanamiento de las estructuras administrativas. Aunque teóricamente una estructura más horizontal favorece la participación, la flexibilidad y la agilidad en la toma de decisiones, en el sector público continúa predominando una lógica altamente jerárquica, con decisiones concentradas en los niveles superiores y una comunicación fundamentalmente unidireccional. Esto deriva en estructuras pesadas, burocráticas y a menudo desconectadas de las necesidades reales de la ciudadanía. En Santa Fe se han intentado implementar modelos de gestión más horizontales, pero estos suelen enfrentarse a una cultura organizacional fuertemente arraigada en la verticalidad y en prácticas centradas más en el control que en el servicio.

Diversos estudios internacionales evidencian que la falta de comunicación entre los trabajadores de la salud constituye un factor crítico de riesgo para la seguridad del paciente. Según una investigación publicada en *Annals of Internal Medicine* (14 de abril de 2025), los problemas de comunicación estuvieron presentes en el 25% de los incidentes hospitalarios que comprometieron la seguridad, y en 1 de cada 10 casos fueron la causa exclusiva del evento adverso.

El análisis, que integró los resultados de 46 estudios realizados entre 2013 y 2024 y que involucraron a casi 68.000 pacientes de distintos continentes, mostró que los fallos podían darse en múltiples formas de comunicación: verbal, escrita, electrónica y no verbal. Entre los casos documentados se mencionan errores de medicación, falta de transmisión de información crítica y omisiones en la comunicación entre profesionales, algunas de las cuales derivaron en complicaciones severas e incluso muertes evitables.

Los investigadores señalan que 1 de cada 20 pacientes sufre daños prevenibles, y destacan la necesidad de fortalecer de manera sistemática las habilidades comunicacionales del personal de

salud. Asimismo, subrayan la importancia de implementar intervenciones estandarizadas de comunicación, tanto entre profesionales como hacia los pacientes, como estrategia para mejorar la coordinación y reducir riesgos.

El estudio concluye que se requiere profundizar la investigación y optimizar los protocolos de comunicación existentes, además de identificar qué herramientas y prácticas resultan más efectivas para elevar la seguridad del paciente.

Todo esto vuelve aún más relevante la descripción de la estructura jerárquica y funcional del Hospital de la ciudad de Las Rosas, ya que permite entender la complejidad operativa existente y la necesidad de un protocolo único de comunicación que ordene las interacciones entre sectores.

Para contextualizar:

- Estructura jerárquica: es la organización de los niveles de autoridad y responsabilidad dentro de la institución. Determina quién reporta a quién, cuál es la cadena de mando y cómo se toman las decisiones formales. En el hospital, la directora y la administradora general representan los niveles superiores de esta jerarquía, coordinando tanto las áreas asistenciales como las administrativas.
- Estructura funcional: se refiere a la organización basada en funciones o especializaciones específicas. Cada área o departamento tiene un objetivo concreto y realiza tareas especializadas, pero todas deben coordinarse con las demás para cumplir los objetivos generales de la institución. En el hospital, las áreas de Recursos Humanos, Farmacia, Laboratorio, Enfermería o Radiología son ejemplos de estructuras funcionales,

donde cada una desarrolla competencias específicas que contribuyen al funcionamiento integral del hospital.

7.2.1 Estructura Jerárquica Principal

- **Director/a (también médico/a):** lidera la conducción médica y clínica, gestionando las problemáticas relacionadas con los profesionales de la salud.
- **Administradora General:** responsable de coordinar los temas administrativos. Bajo su supervisión se encuentran los jefes de cada área operativa y administrativa.

Áreas

Administrativas

Cada una posee un jefe responsable y depende de la Administradora General:

- Ingresos y Egresos
- Compras
- Recursos Humanos (control de planillas, presentismo y resolución de conflictos laborales)
- Facturación (que además gestiona el sector de Turnos y Admisión)
- Estadística y Acción Social

Áreas Operativas y Técnicas

- Servicios Generales (incluye Cocina y Costurero)
- Mantenimiento
- Choferes
- Farmacia

- Laboratorio
- Hemoterapia
- Radiología
- Ecografía

Áreas Asistenciales

- Enfermería General
- Enfermeras de Cirugía
- Vacunatorio (dependiente de Enfermería)
- Médicos de Consultorios Externos
- Médicos de Cirugía
- Médicos de Guardia

En una estructura tan amplia y jerarquizada, la ausencia de procesos formales de comunicación genera riesgos significativos: mensajes fragmentados, falta de claridad en responsabilidades, demoras en trámites, pérdida de información clínica o administrativa y dificultades en la coordinación entre sectores que dependen mutuamente. Todo esto refleja justamente las tensiones antes mencionadas entre la estructura formal y la forma real en que circula la información dentro de dicha organización pública.

Por ello, un protocolo unificado de comunicación intersectorial se convierte en una herramienta estructural esencial para:

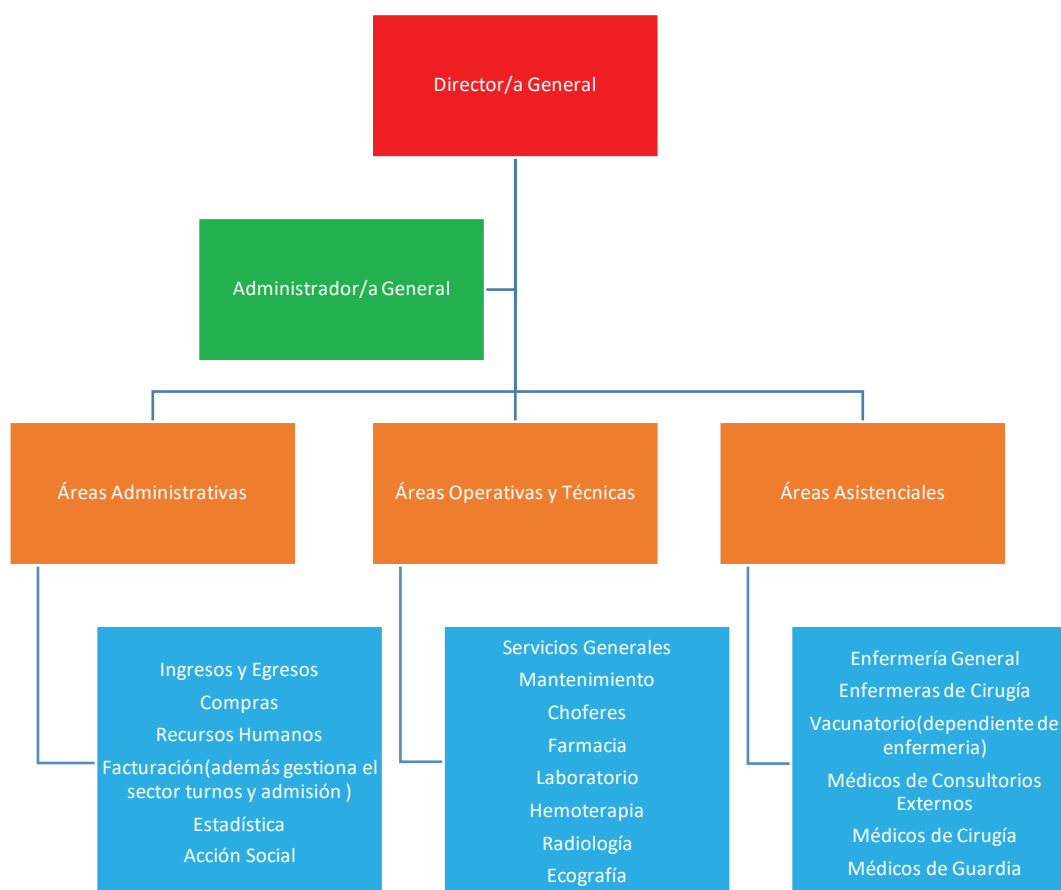
- Ordenar y formalizar los flujos de información.

- Fortalecer la coordinación entre áreas asistenciales, administrativas y operativas.
- Facilitar decisiones oportunas y fundamentadas.
- Reducir la improvisación y los circuitos informales que generan errores o inequidades.
- Integrar la estructura administrativa real con procedimientos claros y coherentes.

En síntesis, esta propuesta no solo mejora el funcionamiento cotidiano del hospital, sino que también permite reflexionar críticamente acerca de cómo deberían pensarse las estructuras administrativas desde una perspectiva más consciente y contextualizada. Como futuros profesionales, el desafío consiste en reconocer las tensiones existentes entre lo deseable y lo posible, y buscar un equilibrio entre la eficiencia técnica y la sensibilidad social para construir instituciones más coherentes, coordinadas y orientadas al bien común.

La representación más simple de la estructura organizativa es el organigrama, una forma clásica de graficación que muestra las unidades organizativas con sus dependencias jerárquicas.

7.2.2 Organigrama SAMCo Las Rosas



7.3 Implementar un sistema formal de seguimiento semanal por área

La implementación de un sistema formal de seguimiento semanal por área constituye una propuesta de mejora clave para fortalecer la coordinación interna y mejorar la capacidad de respuesta del SAMCo Las Rosas frente a las demandas cotidianas de gestión. Esta iniciativa propone establecer reuniones breves y estructuradas, de entre 15 y 20 minutos, en las que cada jefe de área informe de manera sistemática los avances alcanzados, las dificultades detectadas y las tareas aún pendientes. La incorporación de un acta digital, accesible para la dirección y utilizada como registro formal, permitiría garantizar la trazabilidad de la información y consolidar una

memoria organizacional confiable. Este componente digital cobra especial relevancia en el contexto provincial actual, en el que la administración pública de Santa Fe viene profundizando durante el año 2025, un ambicioso proceso de despaperización que ha demostrado una notable aceptación y efectividad. La digitalización de documentos, lejos de ser una mera modernización tecnológica, contribuye también al desarrollo sustentable y sostenible del medio ambiente, al reducir el uso de papel y generar prácticas administrativas más responsables y eficientes.

La importancia de esta propuesta radica en que introduce un mecanismo de control y coordinación que no depende de comunicaciones informales, sino que se integra a la dinámica administrativa de la organización como una práctica estable y previsible. En muchas instituciones públicas, la ausencia de sistematicidad en el seguimiento provoca desarticulación entre sectores, decisiones tomadas con información incompleta y demoras evitables en la ejecución de tareas. El seguimiento semanal, al estandarizar la frecuencia y el formato de los reportes, contribuye a reducir estas fallas y a mejorar la capacidad de planificación de la dirección, permitiendo una lectura más precisa del funcionamiento real de cada área.

Asimismo, esta propuesta se vincula con enfoques contemporáneos de gestión que destacan la importancia de monitorear procesos de manera continua y no solo a través de instancias de control esporádicas o focalizadas en la corrección de errores. La noción de seguimiento permanente responde a la lógica del aprendizaje organizacional, según la cual las instituciones públicas deben construir circuitos de retroalimentación que les permitan detectar desvíos en tiempo real, anticiparse a problemas y ajustar rápidamente sus estrategias. En este sentido, las reuniones semanales introducen un espacio estable para la reflexión operativa, donde los responsables

pueden explicitar dificultades, solicitar apoyo, aclarar responsabilidades y coordinar acciones con mayor agilidad.

Además, la utilización de un acta digital como parte del sistema de seguimiento permite superar un problema recurrente en la administración pública: la falta de continuidad documental. Los informes centralizados brindan un registro histórico sólido que facilita evaluar tendencias, identificar áreas que requieren intervenciones específicas y realizar un seguimiento objetivo del desempeño de cada sector. La digitalización fortalece la transparencia interna y se alinea con la agenda provincial de despapelización, que no solo mejora la eficiencia administrativa, sino que también promueve prácticas más sustentables mediante la reducción del consumo de recursos materiales.

En este marco, resulta fundamental señalar que el programa “Territorio 5.0”, impulsado por el Gobierno Provincial, tiene como finalidad avanzar hacia un modelo integral de gobierno digital, adoptando tecnologías digitales en los procesos internos y externos para generar mayor eficiencia, eficacia, transparencia y participación ciudadana. El programa establece como meta una reducción del 80 % en el uso del papel hacia el año 2027, mediante la elaboración de planes de trabajo en cada ministerio que contemplen la eliminación progresiva del papel en archivos, impresiones y procedimientos administrativos en general. De este modo, “Territorio 5.0” fija directrices obligatorias para transformar las prácticas de la Administración Pública central y descentralizada de la Provincia de Santa Fe, en coherencia con los principios del gobierno digital contemporáneo.

A su vez, esta orientación hacia la despapelización encuentra sustento en el concepto de desarrollo sustentable, entendido como aquel que “satisface las necesidades del presente sin

comprometer la capacidad de que las futuras generaciones puedan satisfacer sus propias necesidades” (Comisión Brundtland, 1987). Reducir el consumo de papel implica disminuir la presión sobre los recursos naturales, reducir la huella ambiental y contribuir a modelos organizacionales más responsables y sostenibles.

La transición hacia sistemas digitales se vincula también con las políticas ambientales, entendidas como el conjunto de objetivos, principios, criterios y orientaciones que guían la protección del medio ambiente en una sociedad determinada. Estas políticas tienen como objetivos:

1. identificar la situación y magnitud de los problemas ecológicos;
2. formular soluciones factibles para superarlos en el mediano o largo plazo;
3. diseñar instrumentos, programas y estructuras operativas que permitan ejecutarlos con recursos humanos, materiales y de información adecuados; y
4. asegurar su implementación efectiva mediante la acción administrativa.

Desde la perspectiva del Estado, la política ambiental constituye una intervención directa sobre los actores involucrados, ya sean afectados, causantes u organizaciones vinculadas. No obstante, su alcance trasciende la administración pública e influye en el conjunto del sistema político, especialmente a través de regulaciones jurídicas y lineamientos estratégicos orientados al bien común.

En el caso particular del Hospital Público de la ciudad de Las Rosas, la articulación entre políticas ambientales, salud pública y procesos de despapelización adquiere una relevancia especial. La salud es uno de los sectores más sensibles a los efectos del ambiente y, al mismo

tiempo, uno de los grandes generadores de residuos derivados de la actividad administrativa y asistencial. La implementación de sistemas digitales contribuye, por un lado, a mejorar la calidad y oportunidad de la información sanitaria y, por otro, a reducir el uso de papel, disminuyendo la generación de residuos y favoreciendo prácticas institucionales más limpias y responsables. Incorporar criterios ambientales en la gestión hospitalaria no solo fortalece la eficiencia operativa, sino que también protege la salud de la comunidad y del propio entorno institucional.

En síntesis, la convergencia entre digitalización, políticas ambientales y salud pública constituye un eje estratégico para la modernización de las organizaciones públicas. La despapelización, impulsada por el programa “Territorio 5.0”, no es simplemente una innovación tecnológica, sino un componente esencial de una visión integral de desarrollo sustentable y de fortalecimiento de las capacidades estatales, especialmente en instituciones tan críticas para la ciudadanía como el hospital público.

Desde la perspectiva de su factibilidad, esta propuesta es altamente viable para el SAMCo Las Rosas, dado que no requiere inversiones significativas ni mayor dotación de personal. Las reuniones breves pueden incorporarse dentro del horario habitual de trabajo, los jefes de área ya cumplen funciones de supervisión y los registros digitales pueden elaborarse con herramientas disponibles, como documentos compartidos o plataformas internas de gestión. Se trata, más que de un cambio estructural, de un ajuste en la dinámica organizacional que promueve mayor disciplina administrativa, mejor comunicación intersectorial y un control más cercano de los procesos.

En definitiva, la implementación de un sistema formal de seguimiento semanal por área permitiría transformar la gestión cotidiana del SAMCo Las Rosas, generando un circuito de

información claro, ordenado y accesible, que favorece la toma de decisiones oportuna, fortalece la coordinación interna y contribuye a consolidar una cultura de responsabilidad y eficiencia en la institución. Al integrarse a la estrategia provincial de despapelización, esta propuesta no solo moderniza la administración, sino que también aporta a la sostenibilidad ambiental, convirtiéndose en una herramienta fundamental para avanzar hacia un modelo de gestión más coherente, ágil y orientado a resultados.

La Ciudad de Buenos Aires inició, con apoyo del BID y un financiamiento de USD 85 millones, la implementación de la Agenda Digital en Salud, destinada a modernizar el sistema público mediante nuevas herramientas tecnológicas y capacitación del personal. Este proceso, presentado como el puntapié formal de una transformación estratégica, permitirá ampliar y fortalecer el Sistema de Gestión Hospitalaria (Sigehos), que integra información clínica de millones de pacientes y conecta más de un centenar de establecimientos.

El proyecto busca mejorar el acceso y la calidad de la atención, optimizando la producción y análisis de información sanitaria. Para ello, se elaborará una hoja de ruta con buenas prácticas internacionales. Además, ya se están incorporando herramientas para monitorear vacunación, automatizar recuperos de gastos, seguir turnos, acceder a tableros epidemiológicos y apoyar la toma de decisiones, consolidando un sistema más integrado, eficiente y orientado a la gestión basada en datos.

Este sistema de seguimiento no solo facilitará la coordinación entre sectores, sino que además sentará las bases para la propuesta siguiente: la creación de un tablero de control. La consolidación de la información recogida semanalmente permitirá construir indicadores

comparables en el tiempo, identificar tendencias y apoyar la toma de decisiones estratégicas con datos confiables.

7.4 Crear un tablero institucional de control

La propuesta de implementar un tablero institucional de control en el SAMCo Las Rosas surge de la necesidad de optimizar la gestión hospitalaria mediante un monitoreo sistemático y transparente de los indicadores clave de desempeño de cada área. El hospital, como institución pública, maneja múltiples sectores (internación, urgencias, laboratorio, administración, entre otros) donde el seguimiento informal de tareas, tiempos de respuesta, incidencias y ausentismo puede generar retrasos, duplicación de esfuerzos o falta de información confiable para la toma de decisiones. La creación de un tablero permitirá centralizar estos datos, facilitando un control comparativo y continuo del funcionamiento institucional.

Según Hintze (1999), la información constituye la representación de la realidad mediante un lenguaje adecuado. En el contexto del hospital, los indicadores de desempeño representan de manera concreta la situación operativa de cada sector, permitiendo a los responsables visualizar claramente el estado de las actividades y detectar posibles desviaciones.

El concepto de control, a su vez, incluye más que la recopilación de información: implica la verificación de los hechos y su comparación con patrones de referencia. El tablero de un automóvil, que indica velocidad, temperatura del motor o nivel de combustible y permite compararlos con estándares técnicos, ejemplifica esta función. Aplicado al SAMCo Las Rosas, el tablero institucional permitirá contrastar los datos reales de desempeño (por ejemplo, tiempos de atención en urgencias, cantidad de pacientes atendidos, porcentaje de ausentismo) con los estándares definidos por la gestión hospitalaria, protocolos médicos o indicadores de eficiencia

previamente establecidos. Esta comparación transforma la información en un verdadero instrumento de control, capaz de guiar acciones correctivas y preventivas.

La evaluación, tercer concepto de Hintze, incluye además un juicio de valor explícito sobre los resultados obtenidos. En el SAMCo Las Rosas, esto significa que no solo se medirá el cumplimiento de tareas o los tiempos de respuesta, sino que también se podrá analizar su impacto en la calidad de atención, seguridad del paciente y eficiencia operativa, permitiendo a la dirección del hospital priorizar mejoras estratégicas.

7.4.1 Cambios esperados con la implementación del tablero institucional de control

La implementación del tablero institucional en el SAMCo Las Rosas permitirá avanzar de manera concreta hacia el objetivo general de fortalecer el funcionamiento institucional mediante mecanismos efectivos de seguimiento y comunicación intersectorial. Los cambios esperados se relacionan directamente con los objetivos específicos de la siguiente manera:

1. **Analizar las causas de incumplimiento y falta de rigor en el seguimiento de tareas:** el tablero proporcionará información precisa sobre el desempeño de cada área y la ejecución de las tareas asignadas, permitiendo identificar de manera objetiva los sectores con mayores dificultades y las posibles causas de desajustes o retrasos.
2. **Diseñar estrategias de control y monitoreo interno:** al centralizar indicadores clave como cumplimiento de tareas, tiempos de respuesta, incidencias y ausentismo, el tablero funcionará como una herramienta de control que facilita la comparación de resultados con los estándares definidos, permitiendo evaluar periódicamente la eficiencia de los procesos institucionales.

3. **Promover una cultura organizacional basada en comunicación, cooperación y rendición de cuentas:** la visibilidad de los indicadores de desempeño fomentará la comunicación constante entre sectores, generará un sentido de responsabilidad compartida y fortalecerá la cooperación interdepartamental, promoviendo la rendición de cuentas de manera transparente.

4. **Fortalecer las competencias de liderazgo y gestión de los jefes de área:** el uso del tablero permitirá a los jefes de área contar con información clara y confiable para tomar decisiones, planificar acciones correctivas y liderar sus equipos de manera más efectiva, facilitando también procesos de capacitación y acompañamiento institucional.

5. **Evaluar resultados y garantizar la mejora continua:** el tablero no solo proveerá datos para el control, sino que permitirá realizar evaluaciones periódicas, identificar áreas de mejora y tomar decisiones basadas en información objetiva, asegurando que la implementación de nuevas estrategias contribuya a la eficiencia y sostenibilidad del hospital.

7.4.2 Factibilidad de implementación de un tablero de control en el SAMCo Las Rosas

El diseño de un tablero institucional requiere recursos tecnológicos y humanos que el hospital ya posee en cierta medida: computadoras, software básico de gestión, personal administrativo y responsables de áreas que puedan alimentar los indicadores. La propuesta puede implementarse progresivamente, iniciando con los sectores más críticos, y ampliándose a otras áreas a medida que se consoliden los procesos. Además, la simplicidad del tablero propuesto (panel visual con

indicadores clave) permite que no sea necesario un gasto elevado en tecnologías complejas, garantizando su sostenibilidad y adaptabilidad al contexto de un hospital público con recursos limitados.

En conclusión, la creación de un tablero institucional de control en el SAMCo Las Rosas constituye una estrategia factible y valiosa para mejorar la gestión hospitalaria, integrando los conceptos de información, control y evaluación de Hintze (1999), promoviendo cambios concretos en la eficiencia operativa, transparencia y toma de decisiones basada en datos objetivos.

7.5 Implementar auditorías internas periódicas

La implementación de auditorías internas trimestrales en los procesos clave del SAMCo Las Rosas constituye una propuesta de mejora central para fortalecer la gestión institucional y garantizar que los recursos disponibles se traduzcan efectivamente en valor público. Esta iniciativa no solo busca revisar el cumplimiento de procedimientos formales, sino orientar el control hacia los resultados, la eficiencia y la prevención de riesgos, en línea con las concepciones actuales de auditoría interna. Tal como señalan Montes Et. al. (2017), la auditoría interna está directamente vinculada con la gestión organizacional, ya que su función esencial es contribuir a articular el proceso administrativo y apoyar el logro de los objetivos institucionales mediante la evaluación permanente de los riesgos que pueden afectar a la organización. En este sentido, las auditorías periódicas permitirían al SAMCo anticipar problemas, diseñar planes de prevención y tomar decisiones fundamentadas para minimizar fallas operativas o administrativas recurrentes.

Diversos autores refuerzan la importancia del control como componente indispensable de una gestión eficiente. Ginberg E. (2021), Presidente del Tribunal de Cuentas de la Provincia de Buenos Aires, sostuvo en una entrevista publicada por Infobae que, en administración y gestión,

el control es un mecanismo esencial para verificar que los protocolos y objetivos de una empresa, departamento o dependencia pública se adecuen a las normas y reglas establecidas. En la misma línea, Tamer, (2019) afirma que para que pueda hacerse efectiva la responsabilidad de los funcionarios públicos debe existir control, ya que toda organización administrativa debe estar sujeta a un sistema que garantice la transparencia y la correcta utilización de los recursos. Complementariamente, Carrasco S. (2019) concluye que la eficacia del sistema de control interno se relaciona directamente con la calidad de la gestión administrativa: cuanto más sólido y eficiente es dicho sistema, sustentado en un adecuado ambiente de control, evaluación oportuna del riesgo, actividades de control pertinentes, adecuado flujo de información y procesos de supervisión bien planificados y ejecutados, mayor es la calidad de la gestión resultante. Estas aportaciones teóricas respaldan la necesidad de fortalecer los mecanismos de control interno en instituciones como el SAMCo.

Sin embargo, para que esta propuesta resulte realmente transformadora, debe superar el enfoque tradicional centrado exclusivamente en el cumplimiento normativo. Domenella (2012) advierte que uno de los principales obstáculos en las organizaciones públicas es la tendencia de los auditores a focalizar su labor únicamente en la verificación del “decálogo de procedimientos”, sin preguntarse cómo la institución agrega valor público con los insumos de los que dispone. Esta visión restringida desconoce que el sentido profundo de una organización de salud no radica en cumplir formalidades, sino en producir bienes y servicios que respondan eficazmente a las necesidades de la comunidad. Por ello, el auditor debe comprender la lógica productiva del organismo que evalúa, identificar cómo se formulan y ejecutan las políticas internas y analizar si las acciones se alinean con criterios de economía, eficacia y eficiencia.

La auditoría basada en desempeño, desde esta perspectiva, requiere herramientas analíticas que permitan visualizar la institución como una cadena de valor público. Este enfoque posibilita representar de manera clara y articulada las distintas dimensiones del proceso productivo estatal sin perder simplicidad en su análisis. Aplicado al SAMCo Las Rosas, supone examinar cómo los procesos de admisión, turnos, farmacia, enfermería o mantenimiento se integran entre sí para generar un servicio final de calidad, identificando aquellos tramos donde se pierden tiempos, recursos o capacidad de respuesta. Así, las auditorías trimestrales permitirían pasar de una mirada burocrática y fragmentada a una visión integral del desempeño institucional, donde cada sector es evaluado por su contribución al resultado final.

Asimismo, dentro del control como acción administrativa, el rol del auditor cobra especial relevancia al momento de orientar la conducta organizacional. Es importante incorporar “incentivos negativos”, entendidos como penalizaciones o mecanismos correctivos cuando no se alcanzan los objetivos establecidos. Aunque este enfoque puede resultar incómodo en contextos donde predominan culturas organizacionales rígidas y verticalistas, su aplicación contribuye a despertar responsabilidad, actitud proactiva y compromiso con el logro de resultados. En el caso del SAMCo, estos incentivos no deberían interpretarse como sanciones punitivas, sino como parte de un sistema de retroalimentación orientado a la mejora continua y la consolidación de estándares de desempeño claros y compartidos.

Desde la perspectiva de su factibilidad, la implementación de auditorías internas trimestrales en el SAMCo Las Rosas es viable y coherente con los recursos actualmente disponibles. La institución cuenta con personal administrativo y profesional capaz de conformar un pequeño comité de auditoría interna, sistemas de registro que facilitan el análisis de información

y procesos que pueden evaluarse de manera escalonada sin afectar la atención diaria. Además, al no requerir consultorías externas, se trata de una propuesta de bajo costo económico y alto impacto organizacional. Su puesta en marcha permitiría no solo detectar incumplimientos sistemáticos, sino también mejorar la eficiencia operativa, fortalecer la articulación entre sectores y promover decisiones basadas en evidencia.

En línea con la relevancia que la auditoría interna tiene a nivel internacional como herramienta clave para garantizar la transparencia y el buen uso de los recursos públicos, un antecedente particularmente ilustrativo es el caso de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado) en Uruguay, donde una auditoría interna reciente reveló graves irregularidades en las contrataciones de traslados médicos del SAME 105 entre 2022 y 2024. La empresa ITHG concentró el 96,5% del gasto, que superó los 1.961 millones de pesos, sin procesos competitivos ni solicitud de tres precios. Las contrataciones se realizaron casi exclusivamente por compra directa y el 100% del gasto fue observado por el Tribunal de Cuentas por exceder ampliamente las pautas presupuestales.

El informe también identificó pagos que no pudieron ser verificados, órdenes de compra omitidas e información incompleta o con errores, lo que impide un control adecuado y afecta la confiabilidad de los registros.

Este caso evidencia que, sin auditorías internas periódicas, se acumulan riesgos operativos, financieros y normativos, generando ineficiencias y afectando la transparencia. Por ello, la implementación de auditorías regulares en un hospital público no solo permite detectar desvíos a tiempo, sino que también fortalece la gestión, el uso eficiente de recursos y la rendición de cuentas.

En síntesis, la adopción de auditorías internas periódicas representa una herramienta estratégica para transformar la manera en que el SAMCo Las Rosas gestiona sus procesos. Al combinar prevención de riesgos, enfoque en resultados, análisis de valor público, un sistema de control sólido y mecanismos de incentivos orientados al desempeño, esta propuesta contribuye a construir una institución más eficiente, más consciente de su rol productivo y más comprometida con brindar servicios de salud de calidad a la comunidad.

8. Resumen situación actual, propuestas de cambio y resultados esperados

<i>Situación actual</i>	<i>Propuesta de cambio</i>	<i>Resultados Esperados</i>
Falta de liderazgo efectivo y gestión de equipos; comunicación intersectorial deficiente; bajo compromiso y motivación del personal; clima laboral deteriorado; uso limitado de herramientas de control.	Capacitación en liderazgo, gestión de equipos, manejo del tiempo, comunicación intersectorial, compromiso, clima laboral, cultura organizacional y uso de herramientas de control.	Jefes de área con competencias fortalecidas; mejor liderazgo y gestión de equipos; aumento del compromiso y motivación; mejora del clima laboral; utilización efectiva de herramientas de control.
Comunicación informal e inconsistente entre áreas; retrasos en el flujo de información; pérdida de datos relevantes; duplicación de esfuerzos; falta de trazabilidad de decisiones.	Establecer un protocolo estandarizado que defina canales oficiales, plazos de respuesta, responsables designados y registros formales.	Flujo de información claro y formalizado; reducción de malentendidos; coordinación eficiente entre áreas; trazabilidad de la información garantizada.
Falta de seguimiento sistemático; decisiones basadas en información incompleta; desarticulación entre sectores; inexistencia de memoria institucional confiable.	Reuniones semanales breves con agenda fija y acta digital que registre avances, dificultades y tareas pendientes.	Coordinación interna reforzada; trazabilidad de actividades; identificación temprana de problemas; mejor planificación y toma de decisiones; cultura de responsabilidad consolidada.
Ausencia de indicadores consolidados; seguimiento informal de desempeño; dificultad para identificar incumplimientos o retrasos; falta de transparencia y rendición de cuentas.	Desarrollo de un tablero con indicadores clave por sector (cumplimiento de tareas, tiempos de respuesta, incidencias, ausentismo).	Monitoreo continuo y comparativo; detección de incumplimientos; fortalecimiento de la rendición de cuentas; decisiones basadas en información objetiva; cultura de mejora continua.
Procesos críticos sin revisión sistemática; incumplimientos no detectados; falta de intervenciones correctivas oportunas; riesgo de errores repetitivos.	Auditorías trimestrales de procesos clave (admisión, turnos, farmacia, enfermería, mantenimiento).	Identificación de incumplimientos y fallas sistemáticas; intervenciones correctivas oportunas; aseguramiento de la calidad de los procesos; mejora continua de la gestión institucional.

9. Resumen ejecutivo

<i>Medidas Centrales propuestas</i> (cinco principales)		<i>Evaluación político Institucional</i>				<i>Recursos necesarios en el marco de la evaluación político institucional de las medidas</i>				
		<i>Apoyos esperables</i>		<i>Oposiciones</i>						
<i>Descripción</i>	<i>Prioridad</i>	<i>Aliados</i>	<i>Apoyos requeridos</i>	<i>Adversarios</i>	<i>Trabas esperables</i>	<i>Normativos</i>	<i>Humanos</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tecno-lógicos</i>	<i>Otros</i>
Programa de capacitación para jefes de área (liderazgo, gestión, manejo del tiempo, cultura organizacional, comunicación y control).	Alta	Dirección del hospital	Autorización para realizar la capacitación.	Jefes con resistencia al cambio.	Falta de disponibilidad horaria.	Aprobación formal del Ministerio de Salud para dictar la capacitación.	Capacitadores.	Aula / espacio físico.	Plataforma virtual para materiales.	Disponibilidad horaria.
		Consejo de Administración	Liberación horaria del personal para asistir.	Personal con sobrecarga laboral que rechace destinar tiempo a capacitarse	Baja participación inicial.	Autorización interna de la Dirección.	Jefes de área participantes .	Proyector y pizarra.	Notebook/PC y proyector.	Reemplazos temporales durante la capacitación.
		Ministerio de Salud (Área Capacitación)	Asignación de capacitadores.		Rotación y ausentismo		Personal administrativo de apoyo.	Material impreso (cuadernillos, instructivos).	Presentaciones digitales.	Viáticos (si aplica).
		Aprobación de uso de aulas o espacio físico.		Resistencia cultural a la profesionalización de la gestión.						
		Disponibilidad de recursos para material didáctico.	Sindicatos si interpretan que la capacitación implica mayor control.							

Protocolo unificado de comunicación intersectorial (canales, plazos, responsables y registros formales).	Alta	Dirección Administración Áreas administrativas y asistenciales; referentes.	Validación institucional del nuevo protocolo. Designación formal de responsables por sector. Habilitación de correos institucionales. Autorización para estandarizar formularios. Tiempo de capacitación para el personal.	Sectores acostumbrados a prácticas informales. Áreas que evitan documentación o registro. Personal que se niega a usar herramientas institucionales.	Confusión inicial por cambio de circuitos. Baja adhesión al nuevo protocolo. Saturación de canales de comunicación. Incumplimiento de plazos y registros.	Validación del protocolo como norma interna. Inclusión en reglamento interno del hospital. Aprobación para estandarizar formularios.	Responsables designados por cada sector. Personal administrativo para registro. Supervisores para control de cumplimiento.	Manual impreso del protocolo. Cartelería interna y explicativa. Formularios en papel.	Correos institucionales habilitados. Carpeta compartida / sistema interno. Formatos de comunicación digital.	Tiempo institucional para capacitación. Comunicación interna de la norma. Seguimiento inicial de adopción.
Sistema formal de seguimiento semanal por área (reuniones breves y actas digitales).	Muy alta	Dirección Administración Jefes de área Equipo administrativo.	Aprobación de la agenda semanal obligatoria. Asignación de un responsable de actas. Aviso formal de horarios de reunión. Acceso a herramientas	Jefes que evitan rendición periódica. Sectores con funcionamiento muy autónomo o rígido. Personal que rechaza	Falta de carga de información en actas. Pérdida de continuidad en las reuniones. Retrasos por picos de trabajo asistencial.	Resolución interna que establezca la obligatoriedad del sistema. Definición formal de responsables de actas. Protocolo de reuniones	Jefes de área participantes Secretario/a de actas designado. Director participante.	Sala para reuniones breves. Carpeta o archivo físico. Cartel con agenda semanal institucional.	Documento digital compartido (Drive, sistema interno). Notebook/PC. Calendario digital institucional.	Tiempo protegido semanal. Asistencia obligatoria salvo causa justificada. Protocolo de reemplazos.

			digitales compartidas. Validación de reportes por parte de la Dirección.	reuniones sistemáticas.	Tensiones entre jefes por visibilización de problemas.	institucionales.				
Tablero institucional de control (indicadores de desempeño, monitoreo continuo, alertas).	Muy alta	Dirección Administración Personal de Estadística Áreas críticas (Enfermería, Admisión, Farmacia).	Aprobación de indicadores institucionales Autorización para recolectar y cargar datos. Compromiso de carga periódica de información. Validación técnica del tablero. Publicación interna de resultados.	Áreas que temen evaluación o exposición de resultados. Sindicatos si perciben uso sancionatorio. Personal que no quiere modificar registros históricos.	Datos incompletos o de mala calidad. Fallas en la carga periódica. Resistencia a estandarizar información. Dificultad para sostener indicadores en el tiempo.	Resolución interna que apruebe indicadores institucionales. Autorización para estandarizar registros. Validación técnica por Estadística.	Equipo de Estadística. Responsables de carga de datos en cada sector. Dirección para supervisión de resultados.	Panel físico o cartelera para indicadores. Hojas o fichas preliminares. Insumos de impresión.	Planillas digitales (Excel). PC con acceso a datos. Espacio digital de publicación (drive / intranet).	Capacitación básica en indicadores. Tiempo para carga semanal/mensual. Revisión continua de calidad de datos.
Auditorías internas trimestrales (procesos clave: admisión,	Alta	Dirección Administración	Resolución que apruebe auditorías periódicas.	Sectores con falencias crónicas o	Ocultamiento o manipulación de	Resolución interna que institucional	Equipo auditor designado.	Formularios de auditoría.	Registro digital de hallazgos.	Tiempo para revisión sector por sector.

turnos, farmacia, mantenimiento, enfermería).		Consejo de Administración Comité interno de auditoría.	Designación de equipo auditor. Acceso a documentación de todos los sectores. Disponibilidad de jefes para entrevistas. Respaldo para aplicar medidas correctivas.	manejo informal. Personal temeroso de sanciones o exposición. Jefes que prefieren mantener autonomía sin control.	información. Falta de registros adecuados. Tensiones internas entre auditor y sectores auditados. Dificultad para implementar las medidas correctivas	za auditorías trimestrales. Protocolos de auditoría interna. Reglas de acceso a documentación y confidencialidad.	Jefes de área entrevistados Personal administrativo para entrega de documentación.	Carpetas para resguardo documental. Espacio físico para entrevistas.	Acceso a sistemas administrativos y asistenciales. Herramientas de trazabilidad documental.	Garantía de confidencialidad. Soporte jurídico/administrativo para medidas correctivas.
---	--	---	--	---	--	---	---	---	--	--

10. Conclusiones

El análisis realizado a lo largo de este Trabajo Final Integrador demuestra que el SAMCo Las Rosas constituye una institución indispensable dentro del sistema sanitario de la ciudad y del Departamento Belgrano, no solo por su rol como principal efector público de salud, sino también por la magnitud de recursos humanos, financieros y organizacionales que gestiona diariamente. En este contexto, las debilidades percibidas, particularmente la falta de liderazgo efectivo, la comunicación informal, la ausencia de seguimiento sistemático, la carencia de indicadores consolidados y la inexistencia de auditorías periódicas, no son simples fallas operativas, sino factores estructurales que comprometen la eficiencia institucional y, en consecuencia, la calidad del servicio brindado a la comunidad.

El diagnóstico evidencia una brecha persistente entre la estructura formal y las prácticas reales de gestión. La falta de liderazgo y de mecanismos de control, aspecto señalado por Ramió y Longo como una de las dificultades históricas de la administración pública, genera procesos desarticulados, decisiones basadas en información incompleta y poca capacidad de anticipación ante problemas recurrentes. Esta situación se agrava en un hospital que funciona con múltiples áreas de salud y donde la continuidad operativa depende de una coordinación permanente y eficaz.

En este marco, las propuestas desarrolladas en el trabajo adquieren una relevancia singular. La implementación de un sistema formal de seguimiento semanal, con reuniones breves y actas digitales, constituye una herramienta central para ordenar procesos, mejorar la coordinación interna y garantizar la trazabilidad de la información. Esta iniciativa no solo fortalece la memoria institucional, sino que se alinea con la política provincial de despapelización impulsada mediante el programa “Territorio 5.0”, que promueve un modelo de gobierno digital orientado a la

eficiencia, la transparencia y la sostenibilidad ambiental. En un hospital público, donde la circulación documental es intensa, la digitalización contribuye además a reducir residuos y avanzar hacia prácticas responsables, coherentes con las políticas ambientales y el concepto de desarrollo sustentable definido por la Comisión Brundtland (1987).

Complementariamente, la creación de un tablero institucional de control responde a la necesidad de contar con indicadores de desempeño claros y comparables. En términos de Hintze (1999), el tablero integra información, control y evaluación, permitiendo que los jefes de área y la Dirección cuenten con datos objetivos para tomar decisiones, detectar desvíos y promover la mejora continua. La visibilidad de los indicadores no solo fortalece la rendición de cuentas, sino que contribuye a instalar una cultura organizacional orientada a resultados, basada en evidencia y con mayor responsabilidad colectiva.

Del mismo modo, la propuesta de auditorías internas trimestrales introduce una mirada profesionalizada del control institucional. Siguiendo a Montes et al. (2017), Domenella (2012), Carrasco (2019) y Ginsberg (2021), el control debe trascender la verificación normativa y enfocarse en la generación de valor público, anticipación de riesgos, eficiencia y coherencia entre recursos y resultados. Las auditorías permitirán evaluar procesos clave como admisión, turnos, farmacia, enfermería o mantenimiento, adoptando una perspectiva integral que visualiza al hospital como una cadena de valor donde cada sector contribuye a un producto final: la atención médica de calidad.

Según el Centro Latinoamericano para el Desarrollo (2008), en la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública, “La implementación de la calidad en los servicios públicos representa una opción fundamental para la consolidación y el fortalecimiento de la gestión pública.

Requiere decisión política y perspectiva sistémica, y genera una visión compartida que dirige los esfuerzos a la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos. La calidad se apoya en una filosofía basada en la mejora continua y tiene como fin obtener un producto o servicio de valor para el ciudadano, busca satisfacer sus expectativas. La capacidad de las organizaciones públicas de adaptarse a los requerimientos de los ciudadanos les permitirá incrementar la credibilidad y confianza en las diversas prestaciones y servicios que realiza”.

La capacitación en liderazgo y gestión para jefes de área, el protocolo unificado de comunicación y la formalización de prácticas internas completan un paquete de medidas coherente, integral y factible. Ninguna de las propuestas implica grandes inversiones ni estructuras nuevas, sino un fortalecimiento de capacidades organizacionales existentes y un cambio cultural hacia la sistematicidad, la cooperación, el profesionalismo y la transparencia.

Los resultados esperados, mejora del clima laboral, fortalecimiento del liderazgo, flujos de comunicación más claros, monitoreo continuo, disminución de errores, toma de decisiones más ágil y generación sostenida de valor público, muestran que estas acciones no solo optimizan el funcionamiento interno, sino que tienen un impacto directo en la comunidad, principal destinataria del servicio.

En síntesis, este trabajo demuestra que el desafío central del SAMCo Las Rosas no radica únicamente en la disponibilidad de recursos, sino en su capacidad para gestionarlos de manera eficiente, articulada y orientada a resultados. Las propuestas presentadas avanzan hacia un modelo de gestión moderno, sustentable, digital, transparente y basado en evidencia, en consonancia con las transformaciones del Estado contemporáneo. Su implementación permitiría transformar la dinámica institucional, fortalecer el rol del hospital dentro del sistema sanitario provincial y

garantizar un servicio de salud más eficiente, equitativo y comprometido con el bienestar de la población.

11. Referencias

Carlos, A. Montes Salazar, Cornelio Porras Cuellar, Raúl Muñoz Valle, José C. Dextre Flores (2017) *Auditoria interna y gestión organizacional*.

Carrasco, C. (2019) *Eficacia del sistema de control interno y su relación con la calidad de gestión administrativa en el Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, 2015*, Tesis para Optar el grado académico de maestro en administración con mención gerencia gubernamental- Piura- Perú. <https://repositorio.unp.edu.pe/handle/>

Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (2008), Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública. San Salvador. *Guía para el diseño e implementación de sistemas de gestión de la calidad en la administración pública provincial*.

Despapelizá. <https://www.santafe.gob.ar/ms/gobiernoenaccion/proyecto/despapelizacion-de-la-administracion-publica-de-santa-fe/>

Despapelización: el gobierno ya descartó 70 toneladas de papel en toda la administración provincial. [Despapelización: el Gobierno ya descartó 70 toneladas de papel en toda la administración provincial](#)

Decreto N° 09108(SP 1765) de 1967.

Domenella, O. (2012) *El sistema de control interno en el poder ejecutivo nacional: ¿búsqueda de transparencia, búsqueda de resultados o búsqueda de sentido?*, Maestría en auditoria gubernamental-Universidad nacional de San Martín.

Gobierno de Santa Fe.(25 de noviembre de 2025) <https://santafe.gov.ar/sims>

Gobierno de Santa Fe.(25 de noviembre de 2025) <https://santafe.gov.ar/supsalud>

Gobierno de Santa Fe.(25 de noviembre de 2025) <https://santafe.gov.ar/intranet>

Gobierno de Santa Fe.(25 de noviembre de 2025) <https://santafe.gov.ar/sicap>

Gaia, M. (2016) *Financiamiento “Recursos Propios” en el hospital Público de Gestión Descentralizada*. Trabajo de Investigación, Universidad nacional de Cuyo-Mendoza. Recuperado el 12 de noviembre de 2022 de: tesis-marianela-gaia-2016.pdf(uncuyo.edu.ar)

Ginberg, E. (7 de abril de 2021). *Control interno y externo: una convivencia necesaria para alcanzar la transparencia*. Diario digital infobae- sección opinión, <https://www.infobae.com/opinion/2021/04/07>

Gutiérrez, M. (2005) *Política ambiental*, Centro de Estudios para el Desarrollo Sustentable, Universidad Bolivariana-Chile.

Hintze, J. (1999) *Administración de estructuras organizativas*, Documento TOP sobre Gestión Pública.

Hintze, J. (1999) *Control y evaluación de gestión y resultados*, Documento TOP sobre Gestión Pública.

Infobae. (2025) *La falta de comunicación entre los trabajadores de la salud pone a los pacientes en riesgo con regularidad*, [La falta de comunicación entre los trabajadores de la salud pone a los pacientes en riesgo con regularidad - Infobae](#)

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2022). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022*. <https://www.indec.gob.ar>.

La diaria política. (2025) *Auditoría interna de ASSE detectó múltiples irregularidades en contrataciones a ITHG, que concentró el 96,5% del gasto del SAME 105 entre 2022 y 2024*, [Auditoría interna de ASSE detectó múltiples irregularidades en contrataciones a ITHG, que concentró el 96,5% del gasto del SAME 105 entre 2022 y 2024 | la diaria | Uruguay](#)

La nación. (2025) *“Puntapié formal”. Comenzó la Ciudad el proyecto con el BID para digitalizar el sistema de salud: los detalles*, [Comenzó la Ciudad el proyecto con el BID para digitalizar el sistema de salud: los detalles - LA NACION](#)

Ley Provincial N° 6312 de 1967.

Longo, F. (2009) *Liderazgo distribuido en la administración pública*”, XIV Congreso internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública.

Martín, C. (2025) *Apuntes de clase sobre gestión de política ambiental*. Curso virtual de posgrado de especialización en dirección y gestión de organizaciones públicas, Universidad Nacional del Litoral, Tecnología para la Organización Pública.

Ramió, C. (1999) *Teoría de la organización y administración pública*.

Ramió, C. (2001) *Los problemas de la implementación de la nueva gestión pública en las administraciones públicas latinas: modelo de Estado y cultura institucional*, Revista del CLAD Reforma y Democracia, Núm. 21.

Ramió, C. (2016) *La compleja motivación de la alta función pública*, revista del CLAD Reforma y Democracia, Núm. 21, 123-145.

Sala de Prensa Junín (2019) *Empleados municipales se capacitan en liderazgo y trabajo en equipo*, [Empleados municipales se capacitan en liderazgo y trabajo en equipo | Gobierno de Junín](#)

Sotelo, A. (2003-2008) *Cadena de valor público y planeamiento estratégico, limitaciones y virtudes del modelo*.

12. Anexos

DECRETO N° 04321/67

(SEP. 734)

Santa Fe, 23 de Junio de 1967

VISTO

La Ley Provincial 6312 del 2 de mayo de 1967 por la que se crean los entes denominados "**Servicios para la Atención Médica de la Comunidad**", cuya finalidad es la de trasladar a la comunidad los servicios médicos curativos y preventivos cuya prestación realiza en la actualidad directamente el Estado por intermedio de sus organismos oficiales, mediante la transferencia a los entes mencionados para su gobierno y administración, de los establecimientos existentes o a crearse con esa finalidad específica; y

ATENTO

Que la expresada Ley ha dejado situaciones importantes para ser establecidas por el Estatuto Orgánico y la Reglamentación, cuya redacción encomienda al Poder Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; y

CONSIDERANDO

Que para la puesta en marcha del sistema que la ley establece, se hace necesario dictar normas complementarias que aclaren los aspectos más importantes de la misma, por lo cual es de urgencia contar con el Estatuto Orgánico que ha de establecer con carácter general las situaciones que deben contemplarse en cada caso en particular sobre las bases concretar que dimanen del citado ordenamiento legal.

Por ello, -

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE SANTA FE DECRETA

Artículo 1° - Apruébase el "*Estatuto orgánico de los Servicios para la Atención Médica de la Comunidad*" que en forma genérica crea la Ley 6312 del 2 de mayo de 1967, cuyo texto y articulado se transcribe a continuación.

Artículo 2° - Regístrese, publíquese, etc.

ESTATUTO ORGANICO DE LOS SERVICIOS PARA LA ATENCION MEDICA DE LA COMUNIDAD

Capítulo I - de los Entes

Artículo 1° - A los fines de la Ley 6312, se entiende por "Ente" a cada uno de los "*Servicios para la Atención Médica de la Comunidad*" que habiendo cumplido con las formalidades establecidas comienza en el momento que determina el artículo 14 de la misma, su existencia legal.

Capítulo II - de sus objetivos

Artículo 2° - Para la mejor interpretación de los fines que se persiguen con el sistema que se pone en aplicación a través de la Ley 6312, que concretamente establecen los artículos 2, 3, 4, 9, 45 de la misma, debe tenerse en cuenta que el objeto fundamental que se pretende lograr, es el de dar intervención a la comunidad en la solución de uno de los problemas que

interesan a la misma, mediante su activa participación, tendiente al logro de una más eficaz y económica prestación de los servicios médicos en beneficio de toda la población.

Artículo 3° - De cualquier manera, el hecho de que a esos servicios tengan acceso personas que cuentan con medios económicos para sufragar los gastos que demande su atención médica y curación **no puede significar bajo ningún punto de vista que ello sea en detrimento de las prestaciones a personas que carezcan de tales recursos**, sino que por el contrario, las prestaciones onerosas deben servir para mejorar el Servicio gratuito que los Entes deben prestar obligatoriamente a quienes tengan derecho a ello y lo reclaman.

Artículo 4° - Establécense tres categorías de personas en condiciones de asistir en los servicios, a saber:

- a) Quienes no están en condiciones de afrontar los gastos que demande su curación.
- b) Quienes pueden afrontar parcialmente dichos gastos.
- c) Quienes pueden afrontar totalmente los gastos de su tratamiento médico.

Artículo 5° - En los casos de los apartados a) y b) del artículo anterior se tendrá en cuenta la Ley de tasas y su respectiva reglamentación que, por separado, establecerá el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. En el supuesto de las personas comprendidas en el apartado c) se aplicarán las tasas que rijan de acuerdo con la categoría sanatorial de servicio. Los honorarios médicos, medicamentos, radiografías, análisis, etc., que estos requieran, serán abonados directamente por los asistidos sin la intervención del Servicio excepto el caso en que sea éste el que la haya prestado, en cuyo supuesto registrará la tasa que al efecto se establezca.

Artículo 6° - La atención que se preste a las personas comprendidas en las tres categorías determinadas en el art. 4 deberá ser de igual calidad, no debiéndose admitir distinciones ni tratamientos preferenciales o privilegiados de ninguna naturaleza. Los jefes o responsables de cada servicio deberán controlar permanentemente el fiel cumplimiento de esta condición.

Artículo 7° - Tendrán absoluta prioridad para su internación en los servicios en orden excluyente, las personas contempladas en los apartados a) b) y c) del Artículo 4° del presente.

Artículo 8° - Déjase establecida que tanto los pacientes como los profesionales que pueden peticionar la internación de aquellos deben domiciliarse realmente en la jurisdicción del servicio y que para la internación de personas en condiciones de afrontar totalmente los gastos de su tratamiento los profesionales interesados deberán **gestionar de la Dirección del Establecimiento la autorización** pertinente, la que será acordada teniendo especialmente en cuenta lo prescrito en la última parte del art. 4 de la Ley 6312 y art. 25 de este Estatuto.

Artículo 9° - Los médicos y demás profesionales que no revisten como empleados del Establecimiento y que deseen acogerse a los beneficios del art. 4. De la ley deberán inscribirse en un registro que al efecto abrirá la Dirección de los mismo, en le que se consignarán los datos personales, domicilio e inscripción en el colegio Profesional respectivo.

Artículo 10° - Se entiende por **jurisdicción territorial** o zona de influencia del Ente que menciona la ley y su reglamentación en varios artículos, el ámbito dentro del cual el mismo debe y puede ejercer misión, el que le será fijado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y puede comprender uno o más ó parte del uno o más distritos en que se

divide políticamente cada Departamento, las personas que viven dentro de esa porción territorial serán tributarias o beneficiarias del Ente.

Capítulo III - de su Naturaleza Jurídica

Artículo 11° - La Ley 6312/67, el presente estatuto orgánico, las reglamentaciones que dicte el Poder Ejecutivo y el propio Ente; en uso de facultades propias con arreglo a las normas legales aplicables constituyen juntamente con el Decreto que establece el art. 14, y el contrato que determine o convenga la transferencia al mismo del servicio de que se trate, del art. 15, los documentos que integran la persona de derecho privado y público que les acuerda la ley.

Artículo 12° - La existencia legal del Ente comienza a partir de la fecha en que se dicte por el Poder Ejecutivo el Decreto declarando constituido el Consejo de Administración del mismo, que señala el art. 14 de la ley, y solamente caducará o terminará su existencia a partir de la fecha en que un nuevo decreto del Poder Ejecutivo así lo establezca.

Artículo 13° - Las intervenciones que disponga en uso de facultades propias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social no extinguen al Ente, aún cuando las autoridades de Consejo de Administración fueren separadas de sus cargos o renunciaren a los mismos.

Capítulo IV - de la Integración y Constitución

Instituciones primarias

Artículo 14° - Las instituciones que señala el art. 10 de la ley, se denominan a los fines de la misma Instituciones primarias u originarias indistintamente. Estas instituciones son las que promueven en cada localidad la creación de la Comisión Vecinal que establece el art. 11 de la ley, con la obligación de ayudar al mantenimiento del Ente con fondos propios.

Artículo 15° - Las Instituciones primarias deben cumplir, además de los señalados en el artículo anterior, las funciones que determinen los artículos 20 y 21 de la Ley 6312.

Artículo 16° - A tenor de lo señalado en el art. 16 de la ley, las instituciones primarias, sin perjuicio de las funciones de la Comisión Vecinal, pueden, cuando a ello hubiera lugar, peticionar en forma directa ante el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en toda cuestión relacionada con el Ente a cuya creación han dado lugar.

Comisiones Vecinales

Artículo 17° - Se denomina Comisiones Vecinales a la agrupación de instituciones de una determinada comunidad, que reuniendo los requisitos del art. 10 de la ley, deseen promocionar la creación del Ente respectivo en una determinada localidad y en su zona de influencia, que establece el art. 11 de la misma ley.

Artículo 18° - Las Comisiones Vecinales se integrarán en todos los casos con uno o más representantes de la Municipalidad, o Comuna de la localidad, o de su zona de influencia en la cual se pretenda crear el Ente. En los casos en que el Ente tenga asignada una jurisdicción o zona de influencia, que comprende dos o más localidades o Comunas podrán integrar la Comisión Vecinal respectiva, instituciones existentes en las mismas, y obligatoriamente la o las comunas respectivas de cada una de ellas.

Artículo 19° - El petitorio que formule la Comisión Vecinal, al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que señala el art. 11 de la ley, previo cumplimiento de lo señalado en el art. 12 será suscrito, además, por autoridad competente de las Municipalidades o Comunas que correspondan.

Artículo 20° - En cuanto a la forma y condiciones en que deseen hacerse cargo del servicio médico en cuestión, que establece la parte final del art. 11 de la ley, se determinará en forma expresa si el Ente se hará cargo del costo de explotación del mismo, sea en gastos en personal, gastos de funcionamientos, que señala el art. 14 de la ley, lo que se concretará en el convenio de transferencia a suscribir que determina el artículo 15° de la ley.

Artículo 21° - La Comisión Vecinal en el momento de elevar el pedido de reconocimiento como tal que establece el art. 13 de la ley, podrá simultáneamente proponer la nómina de las personas que integrarán el Consejo de Administración del Ente, como titulares e igual número como suplentes, quedando cumplido así lo prescrito en el art. 14 de la misma.

Artículo 22° - La Comisión Vecinal puede constituirse en cumplimiento de su misión específica, en una entidad local de segundo grado, y designar autoridades que la representen. Su misión no termina con la puesta en marcha del Ente **sino** que dura todo el tiempo que aquel subsista. Son integrantes naturales y natos de la misma, la o las personas que en número no mayor de tres por cada una ejercen la representación legal o necesaria de las instituciones primarias ya mencionadas, y de la Municipalidad o Comuna respectiva.

Artículo 23° - La Comisión Vecinal, para aumentar el número de integrantes, por incorporación de una o más instituciones primarias que reuniendo los requisitos necesarios, deseen hacerlo, y a los fines de ser consideradas en ese carácter, deberá así gestionarlo al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social cumpliendo lo dispuesto en los artículos 11, 12, 13 y concordantes de la Ley 6312, y a partir de la Resolución Ministerial que señala el art. 13, contrae las obligaciones que la ley determina para esas entidades primarias y los derechos correspondientes, como integrantes de la Comisión Vecinal en cuestión.

Capítulo V - de las Facultades de los Entes

Artículo 24° - La independencia de estos Entes y las atribuciones de que gozan, deben entenderse siempre en mérito a la función que les acuerda la ley, y dentro del amplio margen que es dable aceptar en cuanto a las modalidades, tiempo y forma en que el servicio integral se debe prestar, partiendo del supuesto de que es obligación primordial la buena, eficaz y económica prestación de los mismos sobre la base de la capacidad económica de los usufructuarios.

Artículo 25° - Para mayor aclaración se concreta que la gratuidad de las prestaciones es la base de este sistema, y que toda prioridad para ser atendido en esos Entes, está dada por la menor capacidad económica de los que recurren al mismo, con la sola limitación excepcional de la gravedad y urgencia de cada caso en igualdad de situaciones.

Capítulo VI - del Gobierno y Administración de los Entes

Artículo 26° - Estos Entes serán gobernados, en su aspecto técnico, por el Médico Director designado por el P.E. y/o en su caso, por el cuerpo médico que se desempeñe en el mismo en la forma que determinan los art. 17, 18 y 45 de la Ley 6312 y en su aspecto administrativo por el Consejo de Administración que crea el art. 13 de dicha ley.

A) Aspecto Técnico

Artículo 27° - La conducción técnica del servicio comprende solamente a los enfermos asistidos en forma directa a cargo del Ente, no así con relación a personas cuyo tratamiento y curación compete a los profesionales como clientes particulares, excepto el caso de que por razones justificadas a ello hubiere lugar.

Artículo 28° - En los casos en que el Ente debiera designar profesionales Universitarios de la Sanidad, para aumentar la dotación existente, o reemplazar a titulares, deberá gestionar del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social el pertinente llamado a concurso, en la forma que prevé y determina el Decreto-Ley 07216/63, o disposición que en lo futuro lo reemplace, y deberá designar al que resulte ganador del mismo. Ese concurso será convocado en la forma de estilo por la Junta de Escalafonamiento que corresponda, y su resultado, previo cumplimiento de los requisitos que señala el Decreto-Ley citado, será comunicado al Ente por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para la designación del ganador.

Artículo 29° - El hecho de compartir la responsabilidad de la conducción técnica del Ente con el cuerpo de profesionales designados que existieren, no implica para el Médico Director designado por el P.E. trasladar esa responsabilidad a los otros, ya que es en todos y en cualquiera de los casos el responsable directo de esa conducción, y la máxima autoridad en esa materia, dentro del establecimiento.

Artículo 30° - El Médico Director del Servicio, es responsable directo ante el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, de las obligaciones a su cargo que le impone el art. 45 de la Ley 6312, y demás disposiciones aplicables en ese sentido, funciones que deberá cumplir como hasta el presente teniendo en cuenta lo legislado en la materia o a establecer en lo futuro.

Artículo 31° - Las sanciones a que se hiciere acreedor el Médico Director, o profesionales rentado por el P.E. serán aplicadas en todos los casos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social o Poder Ejecutivo en su caso, a pedido en Ente respectivo, y previo la sustanciación del sumario que prescribe el art. 82 del Decreto-Ley 07216/63. En el supuesto de tratarse de profesionales rentados por el Ente, serán sancionados por el Consejo de Administración del mismo previo cumplimiento de las normas ya mencionadas, cuando hubiere lugar a sumarios, los que en todos los casos serán sustanciados por la Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

B) Aspecto Administrativo Consejo de Administración

Artículo 32° - El Consejo de Administración del Ente se constituirá, la primera vez en la forma que determina el art. 14 de la ley mediante Decreto del P.E. la renovación periódica de sus miembros se operará también por Decreto, pero a propuesta de las instituciones primarias que correspondan. Nadie será puesto en posesión de su cargo sin que previamente se dicte el Decreto pertinente reconociéndole o designándolo en tal carácter. En cada oportunidad se designará igual número de suplentes, que solamente podrán reemplazar al titular durante su ausencia, sea temporaria o definitiva y en todos los casos hasta la fecha de finalización de mandato del titular reemplazado.

Artículo 33° - Las instituciones primarias reconocidas por el Ministerio de Salud Pública en la forma que determina el art. 13 de la Ley 6312, deberán proponer con la debida anticipación los nuevos candidatos titulares y suplentes que reemplazarán a los anteriores que finalizan su mandato. En igual forma propondrán a los reemplazantes de titulares y suplentes ausentes en forma definitiva o muy prolongada.

Artículo 34° - En todos los casos, el Consejo de Administración, excepto en los supuestos contemplados en el art. 50 de la ley, se integrará con dos personas como máximo, en representación de la Municipalidad o Comuna respectiva, que serán designadas por el respectivo Organismo, con carácter ad-honorem. A los fines de la Ley 6312 la Municipalidad o Comuna en su caso, es considerada entidad primaria, y al igual que las demás instituciones, y juntamente con las mismas, deberán ser reconocidas en el carácter de tal por Decreto del P.E. las personas por ellas designadas como integrantes del Consejo de Administración.

Artículo 35° - A los fines de la representación igualitaria mínima que establece la Ley para la integración del Consejo de Administración se estará a lo siguiente:

1. Si fueren dos las entidades primarias, comprendida la Municipalidad o Comuna, llevarán dos representantes ésta y seis la otra;
2. Si fueren tres las entidades, llevarán: dos la Municipalidad o Comuna, tres cada una de las otras;
3. Si fueren cuatro: llevarán, dos representantes cada una, en todos los supuestos, como mínimo, ya que la representación de las instituciones que no fueren la Municipalidad o Comuna pueden ser aumentadas en igual proporción entre ellas.
4. Si el Consejo de Administración se integrare con dos o más municipalidades o Comunas, tendrán en estos casos un solo representante en el Consejo.

De sus atribuciones y deberes

Artículo 36° - El Consejo de Administración actúa, en relación al gobierno del Ente, como Asamblea General en las decisiones que el mismo debe tomar en cumplimiento de su cometido específico, para lo cual deberá reunirse periódicamente en la forma y plazo que establezca el Reglamento Interno que se dicte, y por lo menos una vez al mes. A esos fines podrá empero ser citado por el Presidente de la Comisión Ejecutiva, por razones urgentes, en cualquier momento aún fuera de las fechas de reuniones ordinarias.

Artículo 37° - Todas las resoluciones que tome el Consejo de Administración, Serán por mayoría de votos de sus miembros - la mitad más uno de la totalidad de sus integrantes- labrándose el acta respectiva que así lo documente, en el libro especial que a esos fines es obligación poseer, y que será firmada en cada caso por todos los asistentes. El Médico Director como asesor del Consejo de Administración sí bien no tiene voto, suscribirá el acta cuando estuviere presente, dejando empero constancia en la misma de sus observaciones o disconformidad con lo resuelto por el cuerpo.

Artículo 38° - El presidente de la Comisión Ejecutiva debe presidir las reuniones del Consejo de Administración. A falta de éste lo hará el Secretario, y en ausencia de ambos, el tesorero. Si faltaren los tres, presidirá la reunión la persona que al efecto se designe en ese mismo acto, y sus resoluciones serán válidas. Todos los integrantes tienen voz y voto en las deliberaciones, excepto el Médico Director que solamente tiene voz, y los miembros de la Comisión Ejecutiva en los casos en que se juzgue, su conducta o lo actuado por la misma en exceso de sus atribuciones. En este último caso y a los fines de la mayoría del art. 37 precedente, no se cuenta a los miembros de la Comisión Ejecutiva.

Artículo 39° - Son funciones especiales del Consejo de Administración, sin perjuicio de la demás que señalan la Ley y surgen de este estatuto, las siguientes:

- a) Aprobar el presupuesto de recursos y gastos del Ente, antes de su elevación al Poder Ejecutivo;
- b) Aprobar todas las reglamentaciones internas que dicte la Comisión Ejecutiva;
- c) Velar por el cumplimiento y ejecución del presupuesto del Ente y los planes previstos para cada ejercicio financiero;
- d) Velar para que el Ente cumpla con los fines específicos que motivará su creación de acuerdo con la ley y el presente Estatuto Orgánico;

- e) Autorizar la designación o cesantía de personal, y la fijación de sus respectivos salarios, y las sanciones disciplinarias que se apliquen a los mismos cuando sean superiores a diez días de suspensión por cada persona y cada vez;
- f) Autorizar la aceptación de donaciones, legados, herencias, etc. En la forma que establece la ley y el presente Estatuto;
- g) Autorizar la venta de bienes muebles e inmuebles y/o adquisición de los mismos en los caso que hubiere lugar;
- h) Aprobar o desaprobar lo actuado por la Comisión Ejecutiva fuera de sus atribuciones normales y remover a los integrantes de dicha Comisión Ejecutiva;
- i) Designar comisiones o sub-comisiones internas, ad-honorem para realizar tareas auxiliares determinadas para el mejor logro de los fines del Ente;
- j) Cumplir con las demás obligaciones propias que le imponga la ley y este Estatuto.

Comisión Ejecutiva

Artículo 40° - La Comisión Ejecutiva cumplirá las funciones que le acuerda la ley con arreglo a las atribuciones que surgen de este tipo de gestión, como mandataria del Ente, dentro de las limitaciones que determina el presente Estatuto. Para ello puede ser asistida por un Gerente Administrativo y el personal auxiliar necesario, el que puede ser rentado y que no forma parte del Consejo de Administración.

Artículo 41° - Las resoluciones y demás actos que realice la Comisión Ejecutiva en exceso de sus atribuciones normales, serán siempre con cargo de inmediata información y pedido de aprobación del Consejo de Administración, lo que solamente podrá hacer cuando situaciones urgentes así lo autoricen, bajo pena de responder por daños y perjuicios si no se aprobare lo actuado en tales condiciones. De sus atribuciones y deberes.

De sus atribuciones y deberes

Artículo 42° - La Comisión Ejecutiva tiene facultad para realizar todos los actos necesarios para el buen gobierno y administración del Ente, como mandataria especial del mismo, con las únicas limitaciones que señala el art. 39 del presente Estatuto, para lo cual deberá requerir la aprobación o autorización previa al Consejo de Administración.

Artículo 43° - Para que tengan validez los actos de la Comisión Ejecutiva y obliguen al Ente, deber ser firmados por el Presidente y refrendados: por el Tesorero en toda cuestión que se trate de librar fondos, rendiciones de cuentas, y en general en aquellos que hacen la parte rentable; y por el Secretario en los demás casos. En casos de dudas, refrendarán la firma del Presidente, el Tesorero y el Secretario juntamente.

Artículo 44° - La Comisión Ejecutiva podrá aplicar sanciones al personal rentado que depende del Ente, hasta suspensiones que no excedan de diez días cada vez y por persona. Para una pena mayor o cesantía, de pedir previa aprobación del Consejo de Administración. Los agentes afectado al Ente que dependan de otros organismos oficiales o privados, serán sancionados por sus respectivas autoridades, a pedido de la Comisión Ejecutiva y bajo su responsabilidad. En igual forma serán declarados cesantes cuando a ello hubiere lugar, con el Decreto-Ley 07216/63 (*Profesionales Universitarios de la Sanidad*) causa justificada. En lo que respecta a los profesionales amparados se estará para la aplicación de sanciones

disciplinarias y necesarias a lo legislado en la materia en ese ordenamiento legal y consignado en el art. 31 de este Estatuto.

Capítulo VII - de los Recursos

Artículo 45° - El Ente deberá hacer las gestiones del caso a efectos de contar con los recursos necesarios para sufragar los gastos que demande el funcionamiento del mismo. Para el cálculo de los recursos que cada ejercicio financiero demande, se debe partir de los gastos realizados en el ejercicio anterior y agregarle a ese monto los nuevos gastos, que se estimen para el futuro en atención a los planes que el Ente haya elaborado en materia de aumento de sus prestaciones o mayores costos.

Artículo 46° - El presupuesto de recursos y gastos deberá contener la totalidad de los ingresos y egresos de cada ejercicio, aún los gastos que sean sufragados en forma directa por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Municipalidad o Comuna, etc. En concepto de sueldo del personal con sus respectivos aportes y cargas sociales y laborales, o por suministro directo de medicamentos, instrumental, materiales de curaciones, ropería, etc.

Artículo 47° - Para la confección del presupuesto se seguirá las normas técnicas aplicables al caso, de modo que sea posible su valoración mensual y de conjunto, para estimar el verdadero costo del servicio. El Ente tiene facultad para solicitar a las reparticiones públicas especialidades en esa materia a los fines de la forma de confeccionar su presupuesto en la forma indicada.

Artículo 48° - A los fines del art. 29 de la ley, debe entenderse que los recursos que el mismo les asigna un destino especial, son para los recursos que el mismo les asigna un destino especial, son para los supuestos de que el Ente no pueda realizar las prestaciones gratuitas mínimas de otro modo, toda vez que es función del mismo tratar no solamente de cubrir esas prestaciones o tope mínimo de prestaciones sino ampliarlas hasta llenar el total de las necesidades, en la materia de la población con recursos propios, y aún llegar a la financiación integral de esas prestaciones gratuitas a través y por intermedio del Ente sin dependencia económica del presupuesto Provincial, mediante la desgravación paulatina de impuesto que el mismo contiene para esos fines, para ser, en el tiempo trasladados como recursos normales de estos Entes de acuerdo al sistema y procedimientos que a tal efecto y en su oportunidad se aplicarán.

Capítulo VIII - del Patrimonio

Artículo 49° - Los elementos que indica el art. 33 de la ley que recibe el Ente, como así los que éste adquiera por distintos títulos a partir de ese momento, constituyen el patrimonio de uso y consumo del mismo los que únicamente pueden ser destinados para los fines propios del servicio.

Artículo 50° - Todos los bienes de cualquier naturaleza y por cualquier título que fuere, que el Ente adquiera, debe serlo con cargo de destinarlos única y exclusivamente al fin específico que determina su creación, y toda donación, legado, herencia, etc. Que reciba, aún con cargo, serán con ese destino y aceptando las disposiciones del art. 34 de la ley en lo que respecta a la propiedad ulterior de los mismos.

Artículo 51° - Sin perjuicio en lo señalado en los dos artículos anteriores, se establece que los bienes de uso y consumo o rentas de Ente, que en ese carácter y con el destino indicado, constituyen su patrimonio, quedan irreversiblemente a cargo del mismo, disponiendo de ellos a título de dueño, bien entendido en cumplimiento de su fin específico y a ese solo efecto. En tal calidad pueden disponer Tal calidad pueden disponer la venta para su reposición o por no ser de utilidad, de bienes muebles, instrumental y demás elementos que le fueren

suministrados por el P.E. con cargo de invertir su producto en bienes o elementos para el servicio. Para ello deberá gestionar la autorización pertinente al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y darlos de baja del inventario respectivo con las debidas aclaraciones.

Capítulo IX - del Personal

Artículo 52° - En los casos en que el Ente se haga cargo del pago del sueldo del personal rentado del mismo, será de aplicación el art. 38 de la ley. En caso contrario, el personal que debe reemplazar a los titulares que cesan en sus cargos, serán designados por el P.E. a propuesta del Ente.

Artículo 53° - Las sanciones disciplinarias que se deben aplicar a estos agentes, lo serán en la forma que determina el art. 44 del presente Estatuto y con respecto a los Profesionales Universitarios de la Sanidad, se estará lo prescrito en los art. 28 y 31 del presente.

Capítulo X - Establecimientos de 6ta. Categoría

Artículo 54° - A los fines de los artículos 49, 50 y 51 de la Ley 6312, se establece lo siguiente:

- a) La Comuna y la Asociación Cooperadora se consideran instituciones primarias mínimas que pueden constituir el Consejo de Administración, las que y para las gestiones y funciones que determinan los art. 17 al 23 de este Estatuto, se constituirán en Comisiones Vecinales con las funciones que les son propias.
- b) Si además de la Comuna y Asociación Cooperadora existiera una o más instituciones que estando en las condiciones legales, desearan hacerlo, pueden integrar la Comisión Vecinal y el Consejo de Administración, en cuyo supuesto la representación de estas instituciones será la que establece este Estatuto. Ello debe entenderse en el caso de que no se dieran los supuestos que prevé la ley y el Estatuto Orgánico para los demás Entes, ya que siendo ello así, *el establecimiento de sexta categoría* será considerado en la misma situación que los otros, y se aplicarán en un todo las disposiciones para ellos establecidas.
- c) Lo dicho para demás casos, en lo referente a jurisdicción territorial del Ente, es de aplicación para estos casos, de tal manera que si dentro de la misma hubiere dos Comunas, cada una de ellas deberá llevar dos representantes en el Consejo de Administración y los restantes se repartirán entre las demás instituciones primarias que intervengan en la gestión en forma igualitaria entre ellas.

Capítulo XI - del Control y Fiscalización

Artículo 55° - El derecho de control y fiscalización que asignan los art. 9 y 30 de la ley, se verificará por intermedio de los Organismos Administrativos contables y técnicos competentes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, lo que a su vez cumplirán funciones de asesoramiento en todos los casos en que fueren solicitados por los Entes.

Artículo 56° - Las funciones de control y fiscalización a que se hace referencia implica para el Ente la obligación formal de facilitar la tarea de las personas encargadas de ello y en lo referente al asesoramiento, un derecho que pueden ejercitar y los organismos oficiales pertinentes tienen la obligación de suministrar.

Capítulo XII - de las Intervenciones a los Entes

Artículo 57° - Las intervenciones a los Entes se dispondrán siempre por resolución fundada del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social previo sumario administrativo y a los fines que indica el art. 8 de la ley, con facultad inclusive de relevar transitoria y definitivamente de sus cargos a los integrantes de la Comisión Ejecutiva.

Artículo 58° - Dicha intervención será transitoria, sin perjuicio de que si causas atendibles lo aconsejaran, se transforme en definitivo; pudiendo llegar inclusive a declarar la caducidad del mandato de los integrantes del Consejo de Administración. Para ello se dictará la resolución fundada que así lo determine.

Artículo 59° - Cuando hubiere lugar a una medida como la señalada en el artículo anterior, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social deberá invitar a las Instituciones primarias a que propongan nuevos miembros que en su representación integren el nuevo Consejo de Administración, en la forma que señala este Estatuto, si no hubiere lugar a lo señalada en el art. 8 in fine de la ley art. 60.

Artículo 60° - El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, deberá proyectar las reformas al presente estatuto y dictar normas reglamentarias que sean complemento del mismo y de la Ley 6312, en cuyo cometido podrá solicitar la opinión de los respectivos Entes.