

FACILITACIÓN EN
POLÍTICAS PÚBLICAS:
UNA EXPERIENCIA EN
SALUD

PRÓLOGO

En los albores del siglo XXI, junto con la explosión comunicadora de Internet, está creciendo en cada vez más personas, la conciencia de los límites que posee la cultura predominante, es decir, la cultura occidental. Mencionemos, por ejemplo, el desmesurado apego a los bienes de consumo, como señal de pertenencia cultural, y que colabora en la construcción de esa tan generalizada autopercepción de la experiencia humana como producto de consumo.

Simultáneamente, en el seno de la misma cultura, aparecen búsquedas e intentos innovadores en el horizonte de un recambio en las conductas, específicamente en la manera de resolver los conflictos. Así, si bien es cierto que se mantienen los modelos coercitivos y la utilización de la fuerza como único argumento de persuasión, también hemos presenciado novedosas maneras de resolver las diferencias. Junto a la invasión a Irak, también hemos sido testigos de la manera cómo Sudáfrica superó las condiciones sociopolíticas que la ataban al *Apartheid*.

Estamos viendo surgir desarrollos como la negociación o la mediación, caminos alternativos muy interesantes para recorrer antes del planteo de la presión física. Gracias a estos surgimientos, se ha puesto en cuestión esa primera verdad de la cultura de occidente: me refiero a la creencia de que “la guerra y la violencia se encuentran en la esencia de la naturaleza humana”.

¿Qué pasaría culturalmente si se comprueba de manera fehaciente, la tesis sostenida por varios investigadores, de que lo que es connatural al hombre es la paz y no la guerra? Así lo sostiene de manera contundente William Ury en su libro *Alcanzar la paz*. Se trata de animarnos a soltar las ataduras a creencias mantenidas como incuestionables e imaginar como posible una convivencia radicalmente pacífica; quizás podríamos encontrar los lábiles fundamentos de la historia violenta de los últimos seis mil años de civilización.

El trabajo de Sergio Abrevaya y Victoria Basz, que tengo el gusto de prologar, se inscribe en esta búsqueda de nuevos procesos para resolver los problemas que plantean las instituciones sociales; se trata de encontrar las metodologías que conduzcan a logros eficientes y eficaces para construir un nuevo estilo de convivencia.

La técnica utilizada en esta ocasión es la *Facilitación*: esta técnica permite que un “tercero neutral” sirva de “ayuda [para] organizar un proceso decisorio conjunto y participativo desde otra estructura, más flexible y cocreativa”. Como dicen los autores, se trata de “estructurar procesos de planificación cooperativa para construir consensos en la prevención de conflictos”.

El mérito de los autores es haber coordinado exitosamente una experiencia de intercambio y complementación entre dos instituciones de larga trayectoria en el cuidado de la salud en la Ciudad de Buenos Aires, los hospitales Rivadavia y Fernández, con grandes diferencias culturales, a pesar de la cercanía geográfica, y haberse permitido abrigar el sueño de plasmarla en un trabajo para que pueda ser conocida y aprovechada por otros profesionales.

De manera fluida presentan este trabajo de *Facilitación*, dejando a los lectores la sensación de estar participando de las reuniones y acompañando el proceso como fieles testigos de su desarrollo.

Celebro la aparición de este nuevo ejemplar de la colección “Visión Compartida”, que sin lugar a dudas se constituirá en un nuevo aporte para engrosar la masa crítica indispensable para el amanecer de una nueva cultura, más colaboradora y más armoniosa, para que a las nuevas generaciones les resulte atrayente la experiencia en nuestro planeta.

Jorge Joaquín Llambías

INTRODUCCION

Hemos decidido plasmar en este libro, el trabajo de *Facilitación* que se realizó en el área de salud, y que tuvo como objetivo inicial integrar dos hospitales pertenecientes a la jurisdicción del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el hospital Fernández y el hospital Rivadavia. Existían entre ambas instituciones problemas derivados de demandas insatisfechas y de superposición de recursos en algunas áreas, situación que se complicaba dado que los dos hospitales se encuentran a una distancia de seis cuadras.

Consideramos que el desarrollo del proceso será de interés tanto para los especialistas en la utilización de la planificación cooperativa en el marco de la construcción de consensos, así como en los métodos alternativos de resolución de conflictos, y para todos aquellos que vinculados a diferentes sistemas de salud, visualicen la posibilidad de utilizar similares mecanismos para lograr resolver problemáticas vinculadas al área.

El proceso de facilitación que a continuación se desarrolla se gestó, entre los años 1998 y 2000, en el marco del *Proyecto de Mediación Comunitaria* encarado por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y en este caso en particular impulsado por el Centro de Gestión y Participación Zona 2 Norte [CGP 2 Norte], bajo la dirección general del **Dr. Sergio Fernando Abrevaya**, quien además se desempeñaba cuando se inició dicho proceso, como coordinador general del *Programa de Mediación Comunitaria* del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Desde el *Programa de Mediación* se designó a la doctora Victoria Basz como la *facilitadora*, quien en ese momento actuaba como *mediadora* en el Centro de Gestión y Participación Zona 2 Norte.

Victoria lideró la facilitación, coordinando una reunión semanal el primer año. Cuando finalizaba cada reunión se unía Sergio para analizarlas juntos, revisando avances y horizontes. En ocasiones Sergio se hacía presente en alguna reunión, requerido por los actores, en parte porque daba tranquilidad

saber que el proceso era seguido de cerca por las autoridades políticas. Además, él se reunía con los directores y subdirectores, lo que permitía completar el esquema de comunicación en el desarrollo de la facilitación afirmando los lazos tripartitos de la convocatoria.

Para ambos, *facilitadora* y *coordinador* del programa, ésta era una aventura democrática, acorde al sueño que impulsó la creación del programa, pero también un desafío técnico. Por ello aun cuando el tiempo escaseaba, nos reuníamos semanalmente para evaluar los avances. En cierta forma se estaba “probando” la posibilidad de aportar técnicamente un estilo de gestión más participativo, y por ende más eficiente y satisfactorio. Si funcionaba, su proyección podía generalizarse hacia toda la administración.

Presentamos este trabajo en muchos congresos de mediación, compartiendo los pequeños descubrimientos prácticos. Sin embargo no logramos que se expanda aún más en otras áreas de la administración, y de hecho los cambios de autoridades de cada área, dificultaban enterar a cada nuevo funcionario de los beneficios que traía esta experiencia.

El proceso de *Facilitación* interorganizacional llevado a cabo entre el hospital Fernández y el hospital Rivadavia puede ser considerado como un “*leading case*” o “caso piloto” a nivel nacional por ser el primero en su tipo en todo el país, amén de lo que generó a nivel participativo en la comunidad hospitalaria, de los interrogantes que se fueron planteando, sus respuestas, las herramientas utilizadas y el balance al que se arribó.

Según los propios actores un año antes, a instancias de sus superiores, la Secretaría de Salud, había intentado un acercamiento, pero no tuvo éxito, y como resultado de las reuniones concretadas con el director del CGP 2 Norte, decidieron recurrir al mecanismo de la *Facilitación* para hallar soluciones a problemas comunes. En este contexto, se decidió desarrollar reuniones con los directores de los hospitales a fin de iniciar el proceso

Tomando conocimiento de la necesidad de coordinar esfuerzos, recursos existentes y eficiencia de las dos instituciones hospitalarias (con características diferenciadas, tanto en lo edilicio como en la especificidad médica, aun cuando ambos contaban con servicios similares), pensamos que había que cubrir la falta de un proceso de integración funcional genuino que optimizara dichos recursos e hiciera más eficientes las gestiones de ambas organizaciones, "para cubrir las demandas insatisfechas que pudieran darse en distintas áreas de atención ya sea en uno u otro hospital".

El objetivo en principio era optimizar los recursos existentes en los dos hospitales

Algunos teníamos una enorme voluntad de probar las técnicas de *mediación*, negociación (que hasta ese momento estábamos desarrollando en el sector comunitario, desde el *Programa de Mediación Comunitaria*), con la convicción de que aportarían al mejoramiento de la gestión pública en general. La *Facilitación*, en plena prueba, aparecía como una técnica que permitía unir mundos culturales diferentes integrándolos en sus objetivos comunes, con una fuerte mirada al futuro, y con mostrada satisfacción de las partes.

En ese tiempo no conocíamos las técnicas de *Escenarios Futuros*, o la de *Diálogos Appreciativos*, que nos hubieran ayudado enormemente a consolidar los resultados de los procesos, y seguramente con resultados aun más sorprendentes que los que obtuvimos. Por una parte, *Escenarios Futuros*, como técnica, nos habría permitido proponerle a todo el sistema de salud una forma de planificación diferente del área en su conjunto. Por otra parte, los *Diálogos Appreciativos*, como metodología facilitadora, nos habría ayudado a reformular las pautas culturales dentro de cada organización, a cambiar el diálogo interno negativo por uno positivo.

Estas nuevas metodologías, hoy desarrolladas por la Asociación Civil *Visión Compartida* a la que pertenecemos ambos autores, se basan más en el concepto de "deseo" que en el de "necesidad", siendo el eje la expectativa de futuro de quienes compongan el grupo que elabora una visión común.

Partiendo de la intervención del Centro de Gestión y Participación, asoman dos conceptos fundamentales para la gestión pública: la *participación* y la *descentralización*.

Desde la *participación*, probada herramienta de gestión eficiente en la satisfacción de objetivos, aparecen dos nuevos integrantes:

El usuario: Nos hizo saber cuán absurdo era que dos hospitales a pocas cuadras, ofrecían el servicio de atención de la salud casi en las mismas especialidades, mientras había una gran demanda insatisfecha de atención en otras áreas que ninguno de los dos hospitales cubría eficientemente

Los protagonistas: Los responsables de los servicios, involucrarlos en el diseño de esa complementación y en la planificación futura de los servicios de salud de cada institución a la comunidad.

Desde la *descentralización*, tomamos la idea de territorializar esa complementación. Es importante dejar en claro que la política de salud de la Ciudad de Buenos Aires requiere una planificación de recursos con escala ciudad, en tanto atiende a cualquier vecino sin preguntar si vive cerca o lejos del hospital donde solicita atención médica.

En este caso, más bien al descentralizar hablamos de traspasar las decisiones de la complementación al plano de los que están a cargo de cada servicio o área de salud, lo que no sólo consolida los resultados por la participación de los protagonistas, sino que como mecánica de toma de decisiones, resulta más eficiente en tanto surge de quienes conocen con exactitud los recursos que tienen y el servicio que ofrecen.

En definitiva, *participación* y *descentralización* son las dos caras de una misma moneda: la **gestión democrática**.

Hemos dividido este trabajo en dos partes. En la primera realizamos una explicación del contexto en el cual se desarrolló la experiencia, describiendo someramente la aplicación de los *Métodos de Resolución de Conflictos* en el marco del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La segunda parte, está comprendida por la presentación y desarrollo del trabajo efectuado en ambos hospitales, para terminar con las conclusiones más relevantes a las que llegamos, habiendo ya transcurrido cuatro años desde que se aplicara el proceso de *Facilitación*.

Finalmente, un profundo agradecimiento a todos quienes participaron de este proceso, y sobretodo a quienes le dieron mayor impulso, probando todos ellos el apego y las convicciones por el sistema de salud pública y el interés por su mayor eficiencia.

PRIMERA PARTE

EL CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA DE FACILITACIÓN

CAPITULO PRIMERO

LA CUESTIÓN CULTURAL

Todo aquello que afecta la calidad de vida de uno o más vecinos, según la cultura dominante, está directamente ligado al rol que ha tenido el Estado municipal en los últimos cien años.

Si bien podríamos remontarnos aún más atrás del período propuesto, resulta evidente que, desde 1880 cuando se define la capitalización de la Ciudad de Buenos Aires, y de ahí en más la designación de su gobernante a manos del presidente de la Nación, el Estado municipal tomó distancia de sus gobernados. Esto lo concretó regulando todo lo referido a la vida de los mismos en esquemas normativos incomprensibles y sin que hubiera, propio de un régimen democrático, una fluidez participativa que diera mayor vida a las consideraciones de los vecinos acerca de su ciudad. **Ni siquiera el voto popular ha sido la herramienta de juicio sobre estilos de gobierno.**

El hecho de concentrar todo el poder en el Estado y de distanciar a sus gobernantes de sus gobernados atentó contra la posibilidad de conformar una comunidad definitivamente activa en lo que refiere a la calidad de vida ciudadana.

Estas no son ni han sido las únicas razones. Desde las interrupciones de la vigencia del orden constitucional hasta la influencia del sistema hispánico colonial explican también la conformación de la cultura actual.

Sin embargo resulta evidente que la capitalización detuvo definitivamente toda posibilidad de evolucionar como comunidad en fórmulas más modernas, y separó definitivamente al Estado de los ciudadanos.

Hoy vivimos inmersos en un marco cultural en el que todo se espera del Estado, desde lo que es propio de su competencia hasta las cuestiones de neto corte privado. Para un vecino el Estado debe solucionar desde los problemas de iluminación que aparejan inseguridad hasta los conflictos surgidos en el seno de un consorcio.

Esta necesidad de un estado paternalista como cuadro cultural (esta definición nada tiene que ver con estado intervencionista o privatista), impide que la comunidad visualice la posibilidad de resolver sus conflictos con métodos que le sean propios, pacíficos y ligados a una buena convivencia, así como también la retrasa en la participación en discusiones con distintos protagonistas lo cual promovería su intervención en la planificación de políticas públicas.

Romper esta cultura adversa no será simplemente a manos de legislaciones que lo favorezcan, sino de un proceso en el que las normas, los métodos, las nuevas prácticas y los resultados tendrán en sus manos la posibilidad del cambio, en un permanente juego de involucramientos.

La ciudad abrió una senda de cambio en este sentido desde la elección del 30 de junio de 1996, con un gobierno, por un lado elegido por sus vecinos, y su nueva Constitución, con otra forma de organización: los ciudadanos, por primera vez, eligieron a su gobernante, el que rendiría cuentas de sus actos. Simultáneamente, eligieron constituyentes de Estado, que dieron una Carta Magna con un abanico de posibilidades enmarcadas en la participación directa y semidirecta de los vecinos en la definición de su calidad de vida. Luego la Legislatura reglamentó buena parte de esos instrumentos de participación. Todo ello resume la primera parte de una legislación, aunque perfectible, que impulsa el cambio.

De ese tiempo a esta parte, el gobierno siempre en cumplimiento de ese impulso normativo, configuró las bases con instrumentos idóneos acordes. Por un lado inició el proceso de descentralización de las áreas centrales hacia las futuras comunas. Esto permitió incorporar conceptualmente al gobierno de la ciudad la idea de nuevas formas de administración, que involucrasen a los actores como

parte del sistema de toma de decisiones, al tiempo que acercaba este sistema al lugar en el que los vecinos eran afectados o desarrollaban su actividad. Por otro lado, en referencia a lo metodológico, se implementó un *Programa de Métodos Alternativos de Resolución de Conflictos* amplio y flexible que fuese de lo pequeño hasta configurar técnicas que permitiesen estructurar los procesos de comunicación abiertos por la nueva normativa (audiencias públicas).

El sistema de salud

La Ciudad de Buenos Aires cuenta con un sistema de Salud Público fundamentalmente hospitalario, que se compone de treinta y cuatro hospitales. Salvo los especializados, el resto responde a la concepción genérica del hospital.

En síntesis, si yo estoy enfermo, cualquiera sea la patología o dolencia, concurre al más cercano o al que más me gusta y en teoría, la institución hospitalaria tiene capacidad para resolver u atender la afección. Sin embargo dentro de esta concepción de atención genérica, se fueron construyendo a lo largo del tiempo distintos servicios internos, como por ejemplo odontología, urología, cardiología, guardia, etc. Así en algunos casos los hospitales desarrollaron con fuerza algunas especialidades médicas más que otras, sin dejar de cumplir con el cartel de “el hospital puede atender todo”.

Distribuidos a lo largo de la ciudad, algunos fueron creados por el Municipio y otros por la Nación, aparentemente más empujados por necesidades circunstanciales que por una planificación del sistema.

La estructura y organigrama del gobierno de la ciudad, en forma descendente, tiene como autoridad máxima al secretario de Salud, luego al subsecretario e inmediatamente a cada director del hospital. A su vez, los hospitales tienen su propio organigrama interno. Complementariamente existían y subsisten fórmulas programáticas de gestión, como el área programática o la gestión en redes.

El área programática se define territorialmente, es decir existe para cada hospital un área de influencia, y un hospital es la cabecera del área programática y el resto lo acompaña con sus recursos. Por otra parte el **área programática** era un concepto definido como la necesidad del hospital de organizar la prevención y la “salida” a la comunidad desde la medicina preventiva. Esto varía la idea de ir al hospital hacia otra en la cual el hospital sale a la calle, a contactarse con la comunidad.

La idea del área programática surge de una concepción más moderna de la prestación del servicio de salud, cuyos mayores instrumentadores, en la ciudad son los hospitales.

En el momento que se realizó este trabajo se estaba desarrollando el principio de **redes**, por el cual se impulsaba la complementación entre los treinta y cuatro hospitales. Pero en términos prácticos el sistema de redes ha tenido pocos resultados, salvo excepciones muy puntuales marcadas por la necesidad, o al menos no logró aprovechar todas las bondades y fortalezas del sistema. Esto no implica que el concepto de redes haya sido una mala idea, sino más bien que hacía falta que las organizaciones “cruzen” a los protagonistas a cargo de los servicios en el diseño de esa complementación.

Por otra parte recordemos que la Ciudad de Buenos Aires, a través de su sistema público de salud atiende un gran número de pacientes de afuera de su jurisdicción. Concretamente cerca del 60% de los pacientes del sistema hospitalario pertenecen en su mayor número al conurbano bonaerense y en menor medida a otras provincias. La ciudad no recibe ninguna contraprestación por este servicio de sus estados pares.

Actualmente se incrementó el número de Centros de Salud, de menor tamaño, sin internación, pero capaces de absorber más la demanda territorial de medicina preventiva y atención primaria.

Así, entonces, dentro de ese gran sistema de treinta y cuatro hospitales públicos, encontramos a dos instituciones hospitalarias a seis cuadras de

diferencia y con orígenes distintos. Este es el caso del hospital Fernández y del hospital Rivadavia.

El Centro de Gestión y Participación Zona 2 Norte (CGP 2 Norte)

La Ciudad de Buenos Aires, aprobó, en 1996, su primer texto Constitucional. La Constitución Nacional le dio *status* de Estado con categoría de Provincia, lo que le permitió en su nuevo *status* crear una nueva organización política y administrativa.

En sus artículos, desde el 127 al 131 la Constitución de la Ciudad crea las comunas, una organización de división de la ciudad en una suerte de alcaldías, con competencias exclusivas en sus territorios y otras concurrentes con la ciudad en su conjunto. El artículo 128 las establece diciendo además que en ningún caso podrán, las decisiones u obras de las comunas, contradecir el interés general de la ciudad.

Para organizar esta nueva división le da plazo a la Legislatura para que entre octubre del 2000 y octubre del 2001 se apruebe la nueva ley.

Al mismo tiempo, en su cláusula transitoria número 17 ordena al Poder Ejecutivo a organizar la transición de esa descentralización por venir. Por ello el nuevo Poder Ejecutivo creó los CGP's, Centros de Gestión y Participación, utilizando la vieja división de Consejos Vecinales que habían existido hasta el año anterior, y agregándole dos más.

Así nace el Centro de Gestión y Participación Zona 2 Norte, cuya porción geográfica abarca unas 230 manzanas, y en el que vivían en aquel momento (hoy ha sufrido una pequeña reducción) 198.000 personas.

La zona, llamada del Pilar en su conjunto por la vieja ordenanza de barrios, es hoy conocida por tres barrios con límites difusos en la convicción de la población que lo habita: Barrio Norte, Recoleta y Alto Palermo. También pequeños enclaves como Barrio Parque, muy exclusivo.

En la zona se encuentra casi la mayor parte del sistema de Clínicas Privadas de la Ciudad, en conjunto con los públicos, como el hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, el de Clínicas, dependiente de la Universidad de Buenos Aires, el Odontológico (antes a tres cuadras y en ese momento mudado al predio interno del hospital Rivadavia) y el mismo hospital Rivadavia.

EL hospital Fernández, en rigor se encuentra a una cuadra fuera del límite del "Zona 2 Norte ", pero de enorme influencia sobre la zona. Está ubicado en el límite del área del CGP 14 Este.

Si bien el CGP no tenía administrativamente conexión alguna con los hospitales, gracias a los usuarios y a la puesta en conocimiento de la problemática barrial se amplió el espectro de intervenciones desde el CGP. Así éste último comenzó a acercarse al sistema hospitalario y al educativo de los cuales también tenía independencia administrativa .

Retomando, ambas instituciones hospitalarias recibieron, en general con buena predisposición este nuevo motor de cambio que surgía desde la concepción de lo territorial. Les resultaba útil tener un nuevo interlocutor con el cual poder compartir inquietudes que en ocasiones no llegaban hasta el secretario de Salud.

Por ejemplo, desde el CGP se organizaron reuniones en las que se trataba la problemática del hospital Rivadavia con vecinos y sin ellos. Así se impulsaron proyectos que ya existían y se habían formulado en el hospital, pero que necesitaban un mayor apoyo, como la reforma de la cocina, la obra que conectase los quirófanos con otros pabellones sin pasar por el parque interno, la recuperación del sótano, etc.

En tiempos más recientes, a través del Presupuesto Participativo, con cabecera en el CGP, los vecinos impulsaron obras y equipamiento.

El CGP Zona 2 Norte inauguró sus funciones a septiembre de 1997, casi sin personal administrativo, y bajo la dirección de Sergio Abrevaya.

EL PROGRAMA DE MEDIACIÓN COMUNITARIA

Tal como estaba proyectado originariamente en el fundamento del programa, se persiguió como objetivo principal mejorar la calidad de vida de los vecinos **armonizando su convivencia** a través del ofrecimiento de una instancia gratuita en la cual pudieran resolver sus conflictos, siendo la mediación, una alternativa válida para quienes habitan la ciudad..

Esto nos condujo a reconocer los verdaderos actores: los vecinos de la Ciudad de Buenos Aires, promoviendo en ellos una mayor participación en la vida democrática.

Se articuló, en principio, el servicio, desde los **Centros de Gestión** hacia los vecinos con dos mediadores por centro. Los vecinos fueron encontrando una alternativa para solucionar conflictos de convivencia, de toda índole e incluso algunos de larga data.

El servicio desarrollado desde los centros nos acercó a la “cultura” de cada barrio, su forma de funcionamiento, características particulares, etc. A través de la temática de los conflictos, logramos reconocer que la convivencia carece o pierde armonía, y que en general esta información se puede leer organizadamente otorgándonos los tipos predominantes de conflictos por barrio. En definitiva, por ejemplo, allí donde la densidad demográfica es muy alta los principales problemas son los de convivencia en consorcio y a la inversa, los de vecindad —medianeras— se imponen en los barrios de densidad más baja.

De esta manera, lograr “*focalizar*” el malestar que aqueja predominantemente a cada barrio nos permite comprender y diseñar las políticas públicas desde todas las áreas de gobierno, a los efectos de concretar una mayor calidad de vida de los vecinos de la ciudad.

El Servicio de Mediación desde su control técnico a cargo de la Secretaría de Gobierno y su control operativo desde los centros mismos, fueron, son y demuestran un claro ejemplo de la descentralización del servicio, tal como lo postula el texto constitucional en relación a las competencias exclusivas de las comunas.

Era el Centro de Gestión el que concentraba a los reclamos, evaluaba los posibles caminos y, con un menú de opciones intentaba la mejor solución según su criterio. Los mediadores se insertaban dentro de ese esquema en la instancia posterior de la derivación, donde se comenzaba a ejecutar el proceso de mediación en el marco delineado al interior del programa y de sus capacidades técnicas.

El *Programa de Mediación Comunitaria* del Gobierno de la Ciudad dependía en aquel tiempo, de la Secretaría de Gobierno, y fue creado por el Decreto 666/97, con el objetivo de brindar un servicio en pos de armonizar la convivencia de los vecinos de la ciudad. Esto último, para el gobierno, no necesariamente implicaba llegar a un acuerdo entre las partes en conflicto, sino también restablecer la comunicación aún cuando el acuerdo, por razones ajenas a los mismos, no fuese alcanzado.

El comienzo estuvo signado por el reconocimiento de que más rápidamente debía trabajarse sobre aquellos conflictos que no encuentran solución en forma alguna, pero que resienten la vida de sus protagonistas, cuestiones importantes para ellos pero pequeños para la comunidad. Desde los Centros de Gestión y Participación debía ofrecerse un servicio en ese sentido. Sobre esta necesidad se estructuraron los Centros de Mediación.

Simultáneamente, también, se focalizó desde el inicio en conformar un trabajo profundo sobre la comunidad educativa que permitiese brindar alternativas pacíficas y eficaces para la mejor convivencia en éste ámbito.

Veamos algunos ejemplos de la práctica de la *Mediación* que nos permitan visualizar su rol social para la resolución pacífica de los conflictos en el seno de una comunidad.

Tomemos como ejemplo uno de los casos más comunes en los *Centros de Mediación*: los ruidos molestos. La realización de una inspección y consiguiente intimación por parte del gobierno a quien realizaba ruidos molestos no aseguraba la continuidad en el tiempo de la solución, prorrogando el conflicto, resintiendo, culpando al Gobierno de la Ciudad, con los consiguientes costos de cada inspección para corroborar si realmente los ruidos excedían lo permitido.

La mediación logró un compromiso de solución por parte del que perjudicaba la tranquilidad del barrio a un bajo costo y una evolución en el marco cultural respecto de la convivencia.

Tomemos como segundo ejemplo, la cuestión de las diferencias culturales y de idiomas que representan verdaderas barreras del conflicto. Los casos aparecidos en el CGP 7 entre los edificios linderos a un patio de juegos de niños de la comunidad coreana, y el caso del CGP 2 Sur entre un oriundo de España y un nativo. En ambos casos sólo podían tener un marco de solución que fuera ajeno a medidas coercitivas y construido a partir de la comprensión mutua. Nuevamente no sólo el gobierno ahorra costos de inspecciones e intimaciones inapropiadas, en definitiva, de escasa posibilidad de solución.

Las diferencias culturales y de idiomas constituyen una verdadera barrera en el conflicto, en tanto, los tiempos de comunicación y de comprensión en distintas culturas pueden ser diferentes, lo que obliga al mediador a poner a salvo estas distancias, además de las del lenguaje y de escalas de valores culturales, permitiendo a cada exponente cultural procesar en su propio tiempo cada avance en el tratamiento del conflicto, sin que esto aleje aún más a la otra parte que procesa la misma información en un tiempo distinto. Solo un proceso de comunicación articulado a modo de mediación puede trabajar sobre estas disímiles formas de vivir el conflicto.

El tercer ejemplo podría ser la queja de la Asociación de Hoteleros en el CGP 1 en referencia a la instalación de una feria. En conjunto con la autoridad del CGP se encaró la tarea de mediación y facilitación que determinó un conjunto de pequeñas medidas acordadas para una armoniosa convivencia.

Sólo utilizamos estos tres ejemplos para demostrar la evolución del programa en la solución de conflictos multipartes, como también lo son los casos COTO, ECONO, Radio FM de Mataderos, Bici sendas, Bailanta en Colegiales, etc. Al estructurar un proceso de comunicación entre todos los involucrados (en ocasiones, incluido el gobierno como parte), cuyo efecto es detener la escalada del conflicto, pudimos lograr una solución efectiva que compromete a las partes, y simultáneamente ir cambiando la cultura paternalista en la cual el Estado es concebido como aquel que siempre debe solucionar todos los problemas, incluso los privados.

Resulta evidente entonces el beneficio de la mediación para la sociedad en cada caso, simple o multiparte, pudiendo cumplir su función en forma más acabada; resumiendo, el beneficio para la sociedad está en:

- 1) Se detiene la escalada del conflicto.
- 2) Se cambia la convivencia resentida por la armonía.
- 3) Los involucrados en el conflicto participan de la solución.
- 4) En las mediaciones multipartes, los beneficios antes descriptos alcanzan también a aquellos que no participaron del proceso de comunicación, pero que son perjudicados (p.ej.: el caso de los ruidos de una empresa que pueden afectar a varias manzanas pero pocas personas participan de la mediación).
- 5) Aparece por primera vez en la resolución de las disputas la mirada positiva hacia el futuro.

El aprendizaje continuó en nuevos formatos desde los cuales intentar estructurar procesos de comunicación, o de negociación a manos de terceros. Quienes veníamos de la práctica de la mediación, hasta ese momento, vivíamos

el rol del tercero neutral como alguien que podía articular esos procesos dentro de pautas semirígidas, que construyesen confianza a través de la neutralidad, sin opinar acerca de las cuestiones tratadas, utilizando los caucus, etc.

La mediación comunitaria demostró que se necesitaban nuevos formatos para mediar, que en el caso de las multipartes, a solo ejemplo, la confidencialidad era contraria a la confianza, en tanto no hacía transparente la “conversación pública”.

La práctica diaria de mediar conflictos en el CGP, el nacimiento de la “mediación multiparte” para atender conflictos de mayor escala crecía en paralelo con la avidez de los CGP’s de incentivar la participación ciudadana.

Las conducciones políticas de los CGP’s impulsaban todo tipo de fórmulas participativas en los tratamientos de las temáticas barriales, y aun cuando el involucramiento de la población era todavía incipiente, numerosas asociaciones así como vecinos que se incorporaban al activo participativo por el reclamo individual, acompañaban la idea.

Sin embargo el punto crítico eran las metodologías participativas, de las que se conocía muy poco teniendo en cuenta la historia de la ciudad antes descripta.

Esa evolución se vio también orientada por estas nuevas necesidades. Por ello nació dentro del programa el área de *Facilitación*. En 1998 se creó este nuevo subprograma, para que pudiera atender el tratamiento de conflictos desde una aplicación técnica del tercero neutral que ayudara a organizar un proceso decisorio conjunto y participativo desde otra estructura, más flexible y cocreativa.

De esta manera se acordó, por ejemplo, la participación del cuerpo de mediadores con el Centro de Participación y Control Ciudadano, para liderar el proceso de comunicación en la discusión del Plan Urbano Ambiental, en talleres y foros durante tres meses, convocados e ideados por ese centro, para llegar a la

audiencia pública con un compromiso del cuerpo social en la discusión de la futura ley.

Desde esa nueva concepción se fue gestando una metodología de aplicación, como ocurrió, por ejemplo, en el “Consejo de Prevención del Delito”, compuesto por vecinos en cada barrio. Esta temática exige una diferente utilización de las herramientas de comunicación, en tanto no se trata de un conflicto, sino de consensuar entre la comunidad y las autoridades una política pública. Sirven como ejemplo la temática de seguridad en cada barrio de la ciudad

Esta actividad previene conflictos, en tanto deja de ser una decisión unilateral del Estado la implementación de las políticas o la aprobación de normas, y se convierte en un acuerdo multilateral. Tras la discusión los resultados involucran y comprometen a las partes, evitando una serie de conflictos y disputas que habrían aparecido si las nuevas prácticas o normativas hubieran sido producto solamente de mecanismos institucionales indirectos en los que no participaron directamente los afectados.

Vale la pena ejemplificar la cuestión, usando el caso de seguridad:

Opción A: Sin consensos ni planificación participativa de políticas públicas.

La Comisaría de un barrio decide eliminar las rondas nocturnas de personal policial y solo hacerla cada dos horas en un patrullero para tener más personal disponible en operativos de gran envergadura.

La comunidad del barrio reacciona ante una serie de nuevos robos menores en la zona, ocurridos por esta medida policial. Denuncia a las autoridades policiales e intenta una reparación judicial de los daños que han causado. Permanece un clima de inseguridad en la comunidad y hostil hacia las autoridades.

Opción B: Construyendo consensos planificando participativamente políticas públicas.

La comunidad, los responsables de la Seguridad en la ciudad y la Policía se reúnen para discutir una modalidad en la prevención de delitos para esa zona particular. Un gran número de intereses sectoriales e individuales mueven la discusión. Aparecen acusaciones cruzadas. Discuten durante seis reuniones. Llegan a un acuerdo sobre el método y las formas de prevención en los horarios nocturnos. La comunidad está satisfecha con la decisión y demanda simplemente su cumplimiento. Las autoridades, convencidas de que este acuerdo ha sido la solución que combina su obligación de prestar el servicio con los intereses de la comunidad, y que ésta última lo respalda, implementa el acuerdo.

Todo el proceso de comunicación, convocatoria, reglas de juego en la mecánica de discusión, detección de intereses y guía hacia ellos, es liderado por un facilitador mediador, entrenado al efecto, con protagonismo desde ese rol.

Estos breves ejemplos sirven para entender la importancia de estructurar procesos de planificación cooperativa para construir consensos en la prevención de conflictos.

Este nuevo aprendizaje del programa, acerca de cómo podían expresarse las distintas conflictivas y como los vecinos por diferentes necesidades formaban organizaciones humanas, que como organismos vivos generaban nuevos tipos de conflictos y de necesidades de comunicación y optimización de recursos, exigió una nueva práctica.

También, como estas organizaciones interactuaban con la vida de todos y cada uno de los vecinos, en la incipiente convocatoria participativa, por ejemplo, el sólo hecho de pensar un nuevo diseño para un espacio verde, requería organizar la nueva forma de conversar acerca de lo público: participar.

CONVOCANTES AL PROCESO

Cualquier proceso de comunicación articulado con el objetivo de llegar a algún tipo de consenso se inicia con la convocatoria de alguien identificado como tal.

Puede ser autoconvocada, o convocada por un tercero. En este caso la primera convocatoria nace del CGP 2 N, hacia ambas instituciones, en la cabeza de sus directores.

En concreto, una mañana, en un bar frente al hospital Rivadavia, estratégicamente elegido para reforzar el protagonismo de esa institución, nos encontramos con los directores de ambos hospitales, doctor. Pérez Flores y el doctor Villaoz, invitados por el director general del CGP 2 N.

El convocante, entonces, fue el CGP, pero además, hacia adentro de cada institución, la convocatoria fue realizada por los directivos. De esta manera, desde el liderazgo formal, encabezaban la asistencia de sus organizaciones a las reuniones.

Desde el punto de vista del liderazgo, hay varios sujetos identificables como líderes de la convocatoria. Es decir, el llamado de los directivos a sus segundos no puede ser desoído pero podría tener una baja adhesión. Sin embargo, en ambas instituciones el liderazgo para el cambio recaía también en otros actores. Tal es el caso del subdirector, doctor Lavena, en el hospital Rivadavia, o del doctor Lanes, al principio, en el hospital Fernández. En este último se sumaron, con su liderazgo los doctores Delia Wolk, Federico Perera, Roberto Torres, y respecto del primero Aurelio José Pisano y Tomás A. Cortés, por mencionar algunos.

Esta “cadena” de convocantes, en resumen, tiene a la cabeza, en ese rol claramente definido, al CGP, que todos lo consideran como el referente iniciador, pero luego, los dos directores se encadenan con dicho rol también como convocantes en su institución.

Esta forma integrada de convocantes garantiza el proceso, en tanto involucra a quienes pueden convocar hacia el interior de la institución a la que

pertenecen. ¿Podía el CGP convocar por sí solo, con la autorización de los directores pero sin el protagonismo de ellos? El éxito de esta fórmula habría sido escaso. Y ¿podrían haberlo hecho los directores, y además preservar la continuidad del proceso, si la convocatoria a cada reunión no hubiese contado con el liderazgo convocante de cada uno de los demás protagonistas? Definitivamente no.

El convocante apoya, en primera instancia, sus posibilidades de éxito en su **legitimidad** ante los demás. Es decir, que su legitimidad sea suficiente como para lograr que a los demás les interese ser parte de la invitación.

LEGITIMIDAD

¿Se puede convocar sin legitimidad para hacerlo? Nadie acudiría. Aun cuando la propuesta sea razonable y útil.

La legitimidad resulta esencial en la convocatoria. Para el convocado a asistir, quien le propone hacerlo es considerado como alguien “habilitado” para convocar. Alguien que indiscutiblemente puede hacerlo y plantearlo, y que en la mente del convocado esta idea fluye como factible y aceptable sin asonancias.

A la altura de aquella convocatoria, el CGP 2 Norte estaba ganando cierto prestigio, ya que había resuelto el primer caso multiparte de la Ciudad de Buenos Aires, de envergadura medio ambiental considerable; era sumamente escuchado en las filas de las altas autoridades del gobierno en general; era una institución gubernamental novedosa y muy activa. Por otro lado, la propuesta también contaba con el aval(sin mucho apoyo explícito) de la Secretaria de Salud. Algo así como “te dejo hacer”.

Esta legitimidad era suficiente para convocar a las autoridades del hospital, y proponerles alguna acción conjunta, aunque sin seguridad de éxito alguno.

Las autoridades hospitalarias tenían suficiente legitimación orgánica para realizar, en una segunda instancia, la convocatoria a sus subalternos invitándolos

a tener una primera reunión, más no para que su continuidad diese frutos de éxito.

Sus segundos, tenían cierto liderazgo ante el resto del hospital. Este liderazgo se estructuraba sobre determinadas características que asume quien es considerado líder, como son: el prestigio técnico, la antigüedad y la manera de brindar sus conocimientos, su capacidad de servir al resto, o simplemente sus cualidades o condiciones para ser escuchado por aquellos que tienen una pesada rutina diaria y no tienen intención ni voluntad, en principio, de agregar una nueva tarea.

Otra legitimidad es la del proceso de facilitación, que debe construirse y que no existe en la primera convocatoria. Es aquella en la que el proceso se legitima ante y desde las partes, y se sostiene porque cada uno entiende que el mismo no sólo resulta un interesante ámbito de intercambio, sino también porque presenta la legitimidad ante ellos mismos, los directores, y los demás integrantes de las organizaciones para producir algún resultado aceptado por todos.

Estos dos formatos de legitimidad, que van desde la necesidad de un convocante con autoridad, como el caso de los directores generales, hacia un nuevo formato de legitimación apoyado en el liderazgo, en este caso, colectivo, se inician de la mano de una cultura y se van transformando en otra, son simultáneos en una transición cultural. Es probablemente la mayor seguridad de que pueda haber un cambio profundo.

SEGUNDA PARTE

LA EXPERIENCIA DE LA FACILITACIÓN ENTRE DOS HOSPITALES

CAPITULO SEGUNDO

LOS ACTORES

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JUAN A. FERNÁNDEZ

El hospital Fernández fue fundado en 1888 como dispensario en un edificio sumamente precario de un barrio de terrenos sin construir.

En sus primeros tiempos tenía importancia especial el desarrollo de una sala de atención de enfermedades venéreas, muy difundidas en aquella época.

En 1942 y 1945 sufrió remodelaciones y se realizaron nuevas construcciones. En 1969 fue el primer hospital de la Argentina que contó con el microscopio electrónico y desde 1970 forma becarios nacionales y extranjeros.
(2)

El hospital Fernández fue creado y siempre perteneció a la estructura municipal de la Ciudad de Buenos Aires. Ocupa toda una manzana en una zona densamente poblada y urbanizada, enmarcada por las calles Cerviño, Cabello, Bulnes y Vidt.

Logró, a lo largo de los años una fortaleza institucional importante frente al resto de los hospitales de la ciudad. Con una manzana como predio, construida casi en su totalidad, su edificio cuenta con seis pisos que en la época de su construcción eran modernos ajustado a las necesidades y a los servicios que se soñaba tener.

Permanentemente incorpora renovación y tecnología, y ha logrado tener trascendencia nacional en razón de su especialidad en emergentología.

La comunidad de la ciudad ha movilizado en reiteradas ocasiones recursos privados para la modernización de la institución tanto en lo edilicio como en la tecnología de sus aparatos; se había fortalecido a lo largo de los años institucionalmente, tanto externamente como por áreas internas, convirtiéndose en una suerte de hospital modelo del sistema de salud. Aún así por la saturación en algunos de sus servicios, estos últimos no llegaban a cubrir toda la demanda existente.

La organización paga el costo de su prestigio, el sistema de salud tiende a pensar que el hospital Fernández, como “hospital estrella”, consigue más recursos desde la comunidad, por lo que en los últimos años le ha dado un trato igualitario, cuando no es igual, respecto de los demás hospitales, aunque esto no cambió las expectativas que tiene la comunidad acerca del mismo, motivo por el cual sigue sobreexigido en la prestación de diversos servicios y sin recursos acordes. Está siempre sobresaturado de demanda y en ocasiones, debido a su buen prestigio y legitimidad social, ésta se representa en cuestiones sobre los cuales, el hospital, ni siquiera tiene la práctica médica desarrollada internamente.

El hospital tiene 442 camas y 566 médicos, atendiendo unos 1500 pacientes por día en consultorios externos.

HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA

“El Hospital General de Agudos ‘Bernardino Rivadavia’. Fue fundado en el año 1774 con el nombre ‘Hospital de Mujeres’. En 1887 bajo la denominación de ‘Hospital General de Mujeres Rivadavia’, se lo trasladó al actual emplazamiento, constituyéndose de esta forma en decano de los hospitales argentinos. El Hospital Rivadavia es el nosocomio vigente más antiguo del país, pues a sus entonces nuevos edificios de Palermo se trasladaron autoridades, médicos, monjas, enfermeras, personal, enfermos y mobiliario, cuando el viejo Hospital de Mujeres del barrio del Centro cerró sus puertas, en 1887, lo que demuestra sin lugar a dudas su continuidad histórica.

El establecimiento habíase inaugurado oficialmente en noviembre de 1774 como una sala de trece camas, a la diestra del Asilo de Huérfanas fundado por don Francisco Álvarez Campana en 1755, en la actual calle Bartolomé Mitre al 800. Del otro lado del orfanato, en la esquina de Suipacha, se levantaba la iglesia de San Miguel (en el sitio de su emplazamiento actual).

El normal crecimiento demográfico de Buenos Aires, incrementado por las corrientes migratorias —impulsadas por la idea de Alberdi— y en esta Capital acrecentadas luego de la batalla de Pavón (Mitre, 1861), hizo la necesidad de un lugar más espacioso para la atención de las enfermas, dándose entonces el lento proceso de la búsqueda de terrenos apropiados. Finalmente, el 1º de febrero de 1876, se compraron— en el entonces distante barrio de Palermo —67.452 varas cuadradas, en las calles Chavango y del Sar (Las Heras y Bustamente actuales), recostadas sobre un viejo arroyo que drenaba las aguas pluviales de una amplia zona, la que llegaba hasta el Once (hoy calle Austria).

El 28 de abril de 1887 el ministro del Interior Dr. Eduardo Wilde —médico de nota y destacado escritor— inauguró los palaciegos edificios iluminados por gas, a los que se accedía en vehículos de tracción a sangre, por calles anegadizas.

El 7 de setiembre de 1946 el Poder Ejecutivo Nacional intervino la Sociedad de Beneficencia, pasando a depender poco tiempo después del Ministerio de Salud Pública. Con esto cesó la actividad de la damas de Caridad al frente del Hospital y se produjo un prolongado período de decadencia.

Tras un breve lapso de administración comunal, en 1981, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires retomó (de manos de la Nación) las funciones rectoras, en junio de 1992, ocurriendo la subordinación al Gobierno autónomo de la Ciudad al producirse un importante cambio institucional, en 1996, derivado de las enmiendas a la Constitución Nacional.”¹

La descentralización, generó una serie de inconvenientes, por cuanto los hospitales debieron adaptarse al nuevo sistema. Aparece arraigado el sentido de

pertenencia a la "**Nación**" que había significado posicionarse en un *status* diferente a los "**Municipales**".

1. Según el Dr. Rodio Raíces, disponible en <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/rivadavia/historia.php>

El traspaso, según puede percibirse, fue traumático. Era manifiesta la existencia de servicios que tenían mayor capacidad de atención no aprovechada y recursos que no eran utilizados.

Había sido un hospital nacional, importante, pero uno entre muchos otros que el gobierno nacional tenía en el país.

La institución dependía de una estructura nacional tal, que estaba muy alejada de la gestión hospitalaria cotidiana, y sólo, ocasionalmente, coincidía su gestión con otros hospitales nacionales a lo largo del país, que trabajaban con realidades muy diferentes, y por ende con políticas de gestión distintas. En definitiva, como estructura hospitalaria y de gestión, se encontraba aislado del resto de los hospitales que prestaban servicios en la ciudad de Buenos Aires

Prestigioso a lo largo de los años en distintas áreas médicas, su especialidad más destacada desde temprano fue la maternidad y todo lo relacionado con ello. Con nombre propio se llamaba Maternidad Peralta Ramos.

El edificio respondió a necesidades de la época, y a lo largo del tiempo rara vez fue repensado en función de su gestión. Diseñado con arquitectura de pabellones, recién en los últimos años se inició una remodelación parcial. Parte de su predio fue ocupado por una institución privada médica. En esta última etapa, incluso, el hospital Odontológico ocupó otra parte del predio interno.

Si bien posee cierta integración a la comunidad, ésta no ha sido muy importante, razón por la cual iniciado el proceso de Facilitación la institución, como veremos más adelante, reclamó su participación en el área programática. Esa área cuyo titular es el hospital Fernández, cubre una población, en principio, de 500.000 habitantes. Una manera de entender gráficamente el interés del hospital por participar del área programática, es decir, salir a la comunidad, es

con un simple ejemplo de la atención primaria: si un accidente de tránsito, con lesiones, ocurría en la esquina del hospital Rivadavia, y era necesaria la ambulancia, el paciente era inmediatamente trasladado al... Fernández!

Coexisten representantes del gremio a nivel nacional y representantes gremiales a nivel municipal, que es otro elemento a tener en consideración en el hospital Rivadavia. Tiene 300 camas y una planta de 1100 agentes de los cuales 500 son profesionales médicos, 300 enfermeras y el resto de mantenimiento y administración. Deben sumarse unos 120 residentes (médicos recién recibidos que realizan su práctica profesional inicial).

La sensación de los integrantes del hospital es que sus ventajas comparativas, destacadas, no han sido aprovechadas por el sistema de salud de la ciudad.

CARACTERÍSTICAS DE LAS ORGANIZACIONES

Ambos hospitales públicos con el mismo objetivo, prestar el servicio de atención de la salud, crecieron y se desarrollaron en forma autónoma durante su coexistencia y sin política alguna de complementación.

Las dos instituciones se muestran con características diferenciadas en algunos aspectos relevantes que son pertinentes destacar. No obstante, el común denominador que se hace presente en una y otra institución, es que ninguna de ellas puede considerarse autosuficiente en forma absoluta en lo que concierne a su gestión.

Estas características articularon a lo largo de los años distintas culturas, ajenas una a la otra, sin que, a pesar de su cercanía espacial, alguna vez hayan acordado integrar y complementar esfuerzos o diseñar políticas conjuntamente.

Asimismo encontramos dos organizaciones diferentes, con **historias diferentes**, alto **sentido de pertenencia** y conformadas por grupos de profesionales de las distintas especialidades que, en algunos casos, se encontraban posicionados en las mismas, sin interés de aceptar ningún tipo de movilidad o integración, es decir con una "resistencia" manifiesta a la utilización de la Facilitación que se iniciaba.

¿Por qué *facilitar* para el consenso?

Culturas diferentes, necesidades diferentes, perfiles diferentes, planificaciones diferentes de dos grandes instituciones de atención pública y gratuita de la salud a escasas seis manzanas una de la otra.

Geográficamente, los mismos usuarios, vecinos de la ciudad, y además los de la cercanía, las definían casi como instituciones competidoras.

A modo de ejemplo, si un simple vecino se para a tres cuadras, equidistantes de cada una, podía optar por ¡varios servicios, como odontología, en las dos!

Al mismo tiempo, falencias que cada institución tenía sin lograr solucionarlas, y que quizás, en la complementariedad institucional, no sólo encontraban una nueva solución eficiente, sino también un ahorro presupuestario considerable.

El consenso es la articulación de las diferencias en visiones comunes, sin dejar de ser cada uno quien es. Obliga a mirar al futuro, a pensar en el futuro y a obligarse según esa visión, en vez de razonar según el pasado y quedar condicionado a sus limitaciones..

Las expectativas al inicio de este proceso por parte de ambas instituciones eran las de una mirada hacia arriba, es decir, consideraban que la Secretaría de Salud tendría un rol decisivo. La tarea en consecuencia fue reorientar la mirada

hacia la capacidad de los dos hospitales de tomar decisiones que beneficiasen a ambas partes.

Esta fórmula no incorporaba de manera genuina el pensamiento y la práctica de los integrantes de esas organizaciones, y no era inclusiva por el sólo hecho de escuchar sus demandas.

La utilidad de incluir en un proceso de decisión a quienes van a llevar adelante la nueva forma de gestión radica en el compromiso con dicha gestión al sentirse incluidos, y construir en forma conjunta una decisión resultante de todos los pensamientos acerca de cómo se deben hacer mejor las cosas en el futuro y además resolviendo diversas temáticas.

Existe, por supuesto un límite en el proceso de decisiones de estas organizaciones que dependen de un área gubernamental, que diferencia la gestión macro de la micro. Ese límite es visible en la práctica de la gestión pero el esquema tradicional de **autoridad igual a decisión** ha funcionado ineficientemente en ambos campos.

¿Estamos ante un conflicto? ¿Se trata de una necesidad de mejorar la gestión? Ningún integrante de una organización se siente satisfecho si cree que la misma no funciona adecuadamente, y esto resulta conflictivo entre él, su propia función y la institución. Si tal circunstancia es general, la ineficiencia de esa organización es palmaria.

En este caso se trata de una ineficiencia del sistema a partir de dos organizaciones, cuyas diferencias ya señalamos.

Es el paciente o destinatario de esa organización el que en ocasiones hace saber este absurdo en comentarios casuales. “¿Cómo es posible que a cinco cuadras uno de otro presten servicios iguales y les falte plata después para comprar gasas?” Aunque comentarios de este tipo no sean del todo ciertos, desnudan una ineficiencia tan notable que hasta el destinatario último de la gestión, a su manera, lo hace saber.

Como organizaciones, sistemas humanos “vivos”, aunque no sea materia en absoluto de este trabajo, no tienen mecanismos funcionales para incorporar lo útil de estas anécdotas.

Lo cierto es que los servicios no son iguales, sino parecidos, , aunque apunten a la misma especialidad. No cuentan con las mismas características tanto en lo que concierne a las prácticas hospitalarias como a la especialidad y dentro de esta última a los servicios dispensados. Es decir que servicios, como por ejemplo y al azar, práctica de endoscopia dentro de la especialidad gastroenterología, un hospital puede hacerla y el otro no.

Esto explica la necesidad de integración en recursos no sólo presupuestarios sino de desarrollo en prácticas hospitalarias tan específicos dentro de las materias que sólo los integrantes de cada organización los pueden garantizar.

La lógica cultural del paternalismo no sólo genera decisiones unilaterales sino que además mantiene la expectativa entre quienes debieran protagonizar ese proceso de toma de decisiones, en que alguien de arriba instruya y se haga cargo del problema, en vez de que ellos puedan resolverlo. Curiosamente, luego, cuando la autoridad cumple con la expectativa, y decide, los “subalternos” resisten la decisión por ser unilateral y no comprensiva del conjunto de visiones.

Esto explica el juego de resistencias a las propuestas de participación en las decisiones, buscando más bien la orden de la autoridad.

El proceso de facilitación que contaba con el aval de las autoridades hospitalarias más altas pudo comenzar a funcionar, a medida que se avanzaba en acuerdos de gestión que se observaban luego en la realidad, modificando los comportamientos culturales. De esta forma, el protagonismo activo y conjunto en las decisiones iba tomando forma en la realidad con aquellos que esperaban las órdenes de arriba.

La expectativa sobre la resolución de los conflictos o la toma de decisiones, depende en cada hospital, de los estilos personales de cada director, en el sentido de que éste puede ser más activo o menos protagónico, pero sobretodo más inclusivo de los subalternos en la toma de decisiones.

Ese marco general de organización da lugar a distintos juegos internos de cada hospital y, a su vez, de estos con la subsecretaria y el secretario de salud, que son sus superiores.

En ambas instituciones el estilo de sus directivos era distinto y, sobretodo, las culturas, por historias diferentes, eran variadas.

Por ello este proceso de toma de decisiones conjunta vino a integrar, en forma creativa y novedosa, dos fórmulas y estilos diferentes de decidir.

En el proceso de toma de decisiones conjuntas esta historia institucional tuvo su influencia, en tanto en un hospital la costumbre predominante era definir decisiones por áreas sin consultar, gracias a una acorde sintonía con la mayor autoridad hospitalaria, en cambio, en el otro hospital existía una permanente necesidad de consultar lo que se iba acordando dentro de cada área.

Este hecho, con el tiempo, se fue modificando en la integración de ambas instituciones.

Es claro e importante destacar que la idea de "socio" empieza a aparecer a lo largo del proceso. En este proceso de negociación estructurado como facilitación, en el que cada uno buscó lo que el otro tenía, se podía ver claramente que por un lado había necesidades generales que obedecían a la falta de presupuesto, pero otras, simplemente, tenían que ver con el mejoramiento en la gestión de cada institución. Como es el caso de las prácticas hospitalarias.

Sin duda alguna, no se estaba en presencia de un conflicto que llevara a pensar en utilizar los mecanismos de la *Mediación*, sino ante un objetivo de

integración de la labor desarrollada por ambos hospitales, y eso debía lograrse a partir del consenso entre los actores del proceso.

Es por ello que se decidió trabajar con uno de los métodos alternativos de resolución de conflictos, como es la **Facilitación**.

Sin perjuicio de ello cabe consignar que en ningún proceso de este tipo, podemos decir que debemos limitarnos exclusivamente a la utilización cerrada de lo que implica una Facilitación, sino que en el trabajo de "campo" suelen presentarse situaciones que merecen abordar una "negociación", o en otros casos "mediar", todo esto dentro del mismo proceso de Facilitación.

Tal vez lo que de esta experiencia extraemos es que el abordaje de la temática no nos permite posicionarnos en una actitud taxativa de los diferentes métodos y herramientas, y esto lo remarcaremos puntualmente en este trabajo.

ESTRATEGIA

La idea fue crear un ámbito que en principio permitiese la conversación entre ambas instituciones. Tomemos en cuenta que involucrar dos instituciones, diferentes, aunque tengan el mismo fin de atender a la salud pública, implica ensamblar dos grandes culturas organizacionales.

Por tanto, pensamos, en primera instancia, que aun careciendo del conocimiento de metodologías que organizaran mejor estas visiones comunes hacia el futuro (como hoy puede ser el Diálogo Appreciativo), era necesario ser creativo en relación a la estructura de la facilitación de la comunicación en principio tendría que tener, seguramente una agenda, un ámbito, todo esto acordado entre los actores.

También predefinimos la ausencia, necesaria para completar el esquema, de los usuarios, que podían aportar un permanente cable a tierra acerca de lo

que ellos querían y que de hecho habían sido impulsores o detectores de la necesidad de complementación entre ambas instituciones.

Pero al inicio de semejante proceso, desconocido y resistido, podría, la inclusión de los mismos, operar como una barrera de inaceptabilidad en la idea de conversar los problemas interorganizacionales entre los actores de las organizaciones. Digamos que obstaculizaba la construcción de la confianza en la primera etapa en la que si se acepta conversar de los problemas, se espera que no este nadie “de afuera”, ¡aunque éste sea el usuario!

Con un resultado de cambio de mirada tanto en relación a la conflictiva como al formato de organización que debía tenerse, nuestra expectativa era que las propias instituciones solicitaran la inclusión del vecino.

Esa nueva instancia sólo podía hacerse con el aval o el impulso de los directores de ambos hospitales, cabezas verticales de los mismos.

Si estos concordaban hacer una primera reunión, en la que el CGP 2 Norte y el *Programa de Mediación* enviasen una persona que ayudase a organizar las conversaciones, había posibilidad de continuar en el armado de una agenda, y entonces en la construcción de un proceso de consensos.

Primera convocatoria

Desde el CGP, como director general, convoqué a los dos directores de los hospitales a reunirnos en un “café” frente al hospital Rivadavia. El del Fernández no tenía inconveniente que fuese frente al Rivadavia, y al mismo tiempo, a nuestro entender era importante legitimar con fuerza al Rivadavia, en apariencia más “débil” en la estructura política de la ciudad, ya que venía de la Nación.

El director del hospital Fernández comentó, previamente, su necesidad de lograr alguna forma de cooperación con el Rivadavia ya que en seis meses toda el área edilicia de salas quirúrgicas iba a ser reformada y estaba expectante de

encontrar algún tipo de solución que entendía, podía estar en manos del otro hospital.

El director del hospital Rivadavia no era un impulsor de la idea, pero la había escuchado de su mentor interno, el subdirector, quien sabía que de la cooperación podían surgir nuevas posibilidades para el Rivadavia, como la apertura al área programática, es decir, la apertura a la comunidad.

Era evidente que estábamos ante una buena posibilidad de concretar el proceso en tanto había motivos suficientes para sostenerlo. Pero al mismo tiempo una historia de desencuentros previos había influido la conversación habitual acerca de estas perspectivas, dentro de cada organización. El lenguaje institucional, interno, era: “bueno, sí, puede ser una buena idea, pero nunca va a ocurrir, porque nadie se dedica, hay muchos intereses, nadie quiere ceder su cuota de poder, etc.”.

La reunión, cordial, versó sobre las necesidades y realidades de cada uno, lo que abrió el camino a la propuesta, argumentando, desde el CGP, que el secretario de Salud, autoridad máxima, estaba al tanto de la reunión y no objetaba cualquier avance al respecto.

La propuesta buscó articular por primera vez el ámbito de reunión y conversación para ambas instituciones, sin plantear, en ese momento, que se podía tratar de una Facilitación, ya que era muy probable que se “leyese” como Mediación, y aún había mucha resistencia para admitir cualquier tipo de conflictiva.

Lo que se propuso fue hacer una primera reunión con los “segundos” en jerarquía de cada institución. Se acordó como posible, para lo cual los directores de cada hospital ofrecieron comunicarse telefónicamente en la semana para coordinar fecha y horario.

Si esto prosperaba, era muy probable que, “casualmente” no se pusiesen nunca de acuerdo ni en los llamados mutuos ni en los horarios, por lo que

sugerimos desde el CGP aportar una persona que se ocupase de llamar a cada institución para facilitar este clásico inconveniente, y para luego, moderar la charla.

LAS REUNIONES

La experiencia de multipartes en la ciudad de Buenos Aires permitió ver que había una carencia de comunicación y de formación en las técnicas de negociación, o que simplemente, hacía falta estructurar algunos procesos para la mejor gestión como procesos de comunicación y de negociación.

Esta experiencia permitió ofrecer a la necesidad de ambas organizaciones, hospitales Fernández y Rivadavia, una alternativa técnica que organizase como proceso la posibilidad de optimizar recursos entre ellas.

La idea de planificar la gestión estaba presente en las autoridades del área de Salud, sin embargo se canalizaba en formas tradicionales de decisión, que incorporaba las demandas de las instituciones, pero que como decisión era tomada en forma unilateral.

El primer paso que decidió realizar la *facilitadora, tras la reunión de Autoridades*, fue entrevistarse con la Dirección y Subdirección de ambos hospitales, detectando que son los subdirectores quienes asumen el rol activo y los que designan oportunamente a los profesionales que integran lo que, podría denominarse "Comisión Permanente" en este proceso. Esta "Comisión Permanente", es una denominación que, no es arbitraria, ya que surge de la concurrencia personal de cada profesional asignado por las autoridades de ambas instituciones a la mayoría de las reuniones realizadas, transformándolos en protagonistas activos.

Vale la pena destacar el hecho de que el objetivo de mayor interés e importancia del hospital Rivadavia era "salir a la comunidad", expresado en términos de participar del área programática y que esto, sin embargo, que se planteó desde el principio, se trató recién un año después, comenzando a cubrir

las expectativas iniciales. Esa organización demostró un compromiso con el proceso en el sentido de poder descubrir a partir de su verdadero objetivo otras formas de llegar a cumplirlo, a lo largo de ese primer año, para luego alcanzar incluso aquello anhelado, cuya importancia ya había variado.

El tema convocante de este proceso que tuvo como razón de ser la demanda insatisfecha de los usuarios, siempre fue el dato común que generó en los actores la decisión de trabajar en conjunto para resolver las falencias que los usuarios planteaban en ambas instituciones .

Se trabajó proponiendo a los actores que "conversen", a partir de la presencia de interlocutores buscados especialmente para "esa" conversación.

Según la concepción kantiana, —según lo menciona Leonor Arfuch en su texto sobre *Elogio de la conversación*—, "el intercambio, preferentemente en torno de una buena mesa, no solamente suponía un factor de cultura sino un modo de expresar francamente los pensamientos, un juego del espíritu, desde el razonamiento al humor, que debía cultivarse según reglas de respeto e interés mutuo y no terminar nunca en enojo." La conversación sin perder el condimento del debate, se separaba así de la disputa, de la agresión verbal... Evitar ser ambiguos; el complejo mecanismo de los "turnos" para tomar la palabra; de la gestualidad involucrada; de las funciones sociales que cumple; de su papel en cuanto a la trama intersubjetiva de relaciones de poder y de dominación.

Diversos elementos de la conversación, como señala Arfuch, implican manejarnos con máximas —como la cantidad, no hablar más de lo requerido; calidad, ser veraces— fueron tenidos en cuenta por quien participó en este proceso como *facilitadora*.

Quien actúa como *facilitador* debe ponderar especialmente "la conversación" como herramienta de su trabajo, en tanto y en cuanto es la forma por excelencia de la comunicación. Es a partir de las interacciones conversacionales en instituciones, en este caso el análisis de los hospitales

públicos, donde surgen las estructuras jerárquicas, los comportamientos, hábitos y costumbres, las valoraciones.

Por ello, la intervención del *facilitador* en el proceso requiere participar de la conversación desde su rol, buscando que la misma no sea un simple cambio de opiniones sobre la temática tratada sino lograr un compromiso que genere consenso.

El proceso de Facilitación necesita de una clara exposición desde el inicio, de cuáles serán las reglas del proceso, tanto en lo que se refiere al número de reuniones, fechas, duración, pautas para la conformación de la Agenda de Trabajo, —así por ejemplo cómo se decide la temática de la Agenda—, etc.

Estos aspectos fueron tenidos especialmente en consideración en este proceso de integración entre los dos hospitales.

Durante el transcurso de esta experiencia hubo momentos en que debió estimularse la participación, neutralizar actitudes negativas y como contrapeso positivizar el proceso en el cual estábamos involucrados, cada uno desde su rol.

También fue necesario "reencuadrar" en más de una oportunidad el tema que motivaba la reunión, cuando alguno de los participantes derivaba la temática, de tal manera que implicaba embarcarse en otra diferente, o si bien estaba vinculada al tema del día, no era "puntualmente" el abordaje que se debía hacer para lograr el objetivo planteado.

En este punto parece importante señalar que dentro de un marco de "flexibilidad", la organización de las exposiciones es para ponderar en cada caso puntual.

Se trabajó con los participantes en la creación de opciones para lograr el objetivo cuando surgían dificultades ya sea provenientes de los mismos actores, (cuando no coincidían en la metodología para encontrar solución a un tema

específico) o cuando la dificultad provenía de factores externos como por ejemplo normas legales, presupuesto en el área de Salud, etc.

La facilitadora también procesó la información que recibía para trabajar con los asistentes apuntando al objetivo propuesto, que en este caso, era la integración hospitalaria.

Podríamos decir que contaba con una base de poder institucional, que le permitió trabajar motivando a las partes a avanzar en los acuerdos. Es importante destacar que puso en conocimiento de las partes sus antecedentes en el manejo de resolución de conflictos. Debió demostrar en el curso del proceso equidad e imparcialidad y utilizar el reencuadre, la redefinición de la tarea que se estaba llevando a cabo, frente a cuestionamientos en relación al proceso en sí mismo, que podrían haber determinado no llegar a ningún acuerdo o bien un *impasse* en el proceso. El contacto de comunicación inicial con las partes, se reforzó a lo largo del proceso. Cabe destacar que en otras experiencias, por supuesto, el objetivo es otro.

La *facilitadora* se encontraba "legitimada" ante los actores, por cuanto su rol había sido aceptado por ambas instituciones y pertenecía al Cuerpo de Facilitadores del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y ambos hospitales eran instituciones pertenecientes a dicho gobierno.

CAPITULO TERCERO

LAS HERRAMIENTAS

Expectativas e intereses

¿Que expectativas tenían al empezar?

El Dr. Lavena decía: “Tenemos un paciente del sistema que hay que buscar que mejore su tratamiento, que finalice el tiempo de internación lo más rápido posible, acortarle las esperas”. “Hay un paciente que necesita...”

Con el mismo pensamiento, el Dr. Lanes desnudaba en un comentario su cuadro de situación: “La gente cree que tenemos todo (en el Fernández), y cuando se acercan dicen: ‘¿Cómo no tienen tal cosa?’ Esta es la complejidad del hospital, en la que no tenemos todo, ni nosotros que somos vistos como autosuficientes, ni el Rivadavia, por eso hace falta complementarse.”

En general podría decirse que esta expectativa motorizaba a casi todos los líderes de este proceso. Si bien estaban presentes otros intereses acerca de la institución , la expectativa a cumplir era la de mejorar el servicio.

Es notable el compromiso del cuerpo médico con el sistema público. Más allá de las críticas que pudieran hacerse al sistema, este espíritu estaba presente y orientó los acuerdos permanentemente: la búsqueda de mejorar el servicio pensando en el usuario.

Intereses

Hospital Fernández:

1. Continuar operando durante el tiempo que cerraba por refacciones el área de cirugía.
2. Derivar a los usuarios cuando una área esté sobredemandada .l
3. Derivar la demanda cuya complejidad exige prácticas hospitalarias con las que ellos no cuentan.

Hospital Rivadavia:

1. Acceder al “Área Programática”.
2. Acrecentar el contacto con la comunidad.
3. Utilizar plenamente su capacidad de atención e internación.
4. Integrarse.
5. Asegurar la continuidad del hospital.

AGENDA DE TRABAJO

La multiplicidad de temas a tratar en virtud de los diferentes servicios obligó a instalar la “cultura” de una Agenda de Trabajo.

Las tareas realizadas en este sentido fueron construyendo la convicción, en los protagonistas, de la necesidad de trabajar con dicha Agenda.

La Agenda de Trabajo tiene varios efectos sobre las reuniones. Las hace previsibles, organiza el trabajo, permite citar a distintos actores según la agenda trazada. Es un método para organizar la discusión que involucra demasiados temas y protagonistas.

Pero sobretodo esta Agenda es codiseñada. Esto significa que no es trazada por el *facilitador*, sino que se propone y se consensua dentro del ámbito de las reuniones.

La Agenda, y su sucesivo cumplimiento es adicionalmente, una herramienta que genera confianza en el proceso. Permite, en su previsibilidad pensar en un proceso confiable y seguro, y cada compromiso que se suma en su cumplimiento, confirma que la Agenda es un buen método de trabajo.

A partir de la segunda reunión es que se comienza a trabajar a partir de una **Agenda de Trabajo**, que se inicia con un compromiso de intercambio de datos de turnos y médicos a cargo en las diferentes especialidades, que podían satisfacer demandas insatisfechas en uno u otro hospital.

En la cuarta reunión las partes deciden la Agenda de Trabajo de la siguiente, adoptando este mecanismo para todas las reuniones futuras. Se convoca a los jefes de las áreas cuya temática será abordada conforme a esa Agenda.

CONFIANZA Y NEUTRALIDAD

La concreción de este proceso se llevó a cabo mediante las herramientas utilizadas en la mediación, pero también se tomaron como propias las herramientas de la negociación, y siendo la tarea la de la facilitación, se trabajó tratando de potenciar la comunicación, fundamental en todos los procesos de resolución alternativa de conflictos.

No era la clásica mediación comunitaria; así en algunas reuniones se trabajó con el conflicto y en otras con la cooperación. De ahí que en el primer caso surgió la necesidad de que las partes perciban con claridad la posición *neutral* de la *facilitadora* en tanto en los casos de cooperación, la misma es percibida de otra manera.

La **facilitación** se produce a manos de un tercero que con conocimientos de técnicas de comunicación ayuda a las partes a que ésta fluya. Es decir, que en tanto las partes entiendan que ese es el rol, y no otro, y que la *facilitadora* no tiene interés personal alguno en la temática que se está tratando y sí en que las

partes encuentren un camino de comunicación fluida, no es necesario construir una idea de neutralidad más fuerte como sí ocurre en los casos de mediación de conflictos.

La **neutralidad** es un instrumento para construir confianza en el proceso y, sobretudo, en el *facilitador*; y desde este punto de vista su articulación, como imagen frente a quienes son parte de la facilitación, sólo está limitada en ese sentido.

Por ejemplo, en la experiencia sobre la materia de este trabajo, surgieron inconvenientes por no haber respetado una de las partes las reglas predispuestas por ambas; en ese caso ha intervenido la *facilitadora* explicitando su punto de vista al respecto, emitiendo un juicio de valor, y esto sirvió para que no se frustren futuros acuerdos. Este ejemplo sería prohibitivo en una mediación tradicional ya que tal circunstancia traería dudas acerca de la neutralidad de la facilitadora.

Aparece en este proceso como fundamental la **confianza** en la persona que interviene como *facilitadora*. Esto fue percibido en numerosas reuniones. A modo de ejemplo, cabe destacar la actitud de los participantes, quienes se dedican especialmente y con entusiasmo en aclararle la terminología médica que ella desconoce y tratan de clarificarle el contenido para que pueda seguir conectada con ellos en la problemática planteada. Este elemento les otorga a las partes una pauta del desinterés personal previo de la *facilitadora* por los contenidos específicos, contrastando simultáneamente con su especial interés por comprender la problemática para mejorar el desarrollo de la reunión y de su rol, **legitimando** en los profesionales el protagonismo en el área médica y en ella el rol facilitador.

La **confianza en el proceso** permite comprometerse con esa propuesta y tener el ánimo de buscar las soluciones y no levantarse de la mesa. Sin confianza en el proceso no hay razón para continuar sosteniendo conversaciones con las otras partes. La **confianza en el *facilitador*** permite asegurar el proceso sin necesidad de hacer el esfuerzo, como parte, de liderarlo sino permitiendo que ese tercero tenga ese protagonismo, el de articular la comunicación y la negociación.

Asimismo ha ocurrido que, ante la decisión de realizar reuniones fuera de las pautadas entre los jefes de servicios de ambos hospitales conjuntamente con profesionales de su área (para acordar algún tema), se ha solicitado la presencia de la *facilitadora*. Esto demuestra lo arraigado del rol en cada parte y la convicción de su utilidad.

Aparecen en la Facilitación la "*confianza*", la "*neutralidad*", la utilización de herramientas como el "*parafraseo*", la "*pregunta*", etc., con las connotaciones propias de este proceso.

La **neutralidad** no debe entenderse como en el proceso de mediación. La *facilitadora*, en la experiencia que nos ocupa, operó en un proceso si se quiere más informal, y al tradicional esquema de "no interesado personalmente" aparece como tercero que se vincula a los participantes desde el punto de vista relacional y es por lo menos un factor de desarrollo del proceso.

La **confianza**, elemento fundamental en todo proceso alternativo de resolución de conflicto, se alcanza creando el ámbito adecuado, y que no se genera tan sólo en el primer encuentro, sino que acompaña el proceso y se ve reforzado con un trabajo coherente por parte de quien ejerce el rol de facilitador.

La confianza en el proceso, se vincula con el mantenimiento de un equilibrio en la participación de los actores, evitando se genere un monopolio de la palabra. Es decir que en este punto la administración del poder y del tiempo juega un rol preponderante.

La "confianza" se vio reforzada cuando se plasmó en Actas lo expresado en las reuniones de trabajo, que luego suscriben los asistentes a las mismas.

PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA Y CONFLICTOS

La necesidad de relacionar, integrar y sobretodo complementar ambas instituciones deriva de la descripción antes realizada en función de las características singulares del desarrollo autónomo de cada una, aún cuando comparten el mismo propósito de servicio público.

Por otra parte también existe una serie de conflictos previos entre ambas instituciones. Estas dos características que originan la necesidad de reunir las a ambas obligó a utilizar técnicas diferenciadas según el caso.

CONSENSO Y PLANIFICACION:

A) **Facilitación:** Éste es el marco permanente de trabajo, cuando se trata de complementación de servicios y colaboración entre ambas instituciones. La técnica de comunicación posee algunas herramientas similares a las de la mediación, pero la fórmula que compone el rol y el desarrollo de la instancia posee características propias a quienes están tratando de planificar una mejor utilización de recursos, a diferencia de quien esta inmerso en un conflicto. La *facilitadora* colaboró en el encuentro de caminos, a cada punto tratado, asegurando que desde los propios actores representativos de ambas instituciones, surja la resolución conjunta.

B) **Negociación:** Dentro de esta misma idea de consensuar la complementación, surge la negociación directa entre las partes, que la *facilitadora*, ante la fluidez de las acciones de aquellos, interviene sólo al final, para cristalizar en un acuerdo firmado lo que han consensuado las partes.

C) Mediación:

1) Existe un conflicto latente entre ambas organizaciones, que tal lo hemos descrito, las ha posicionado en la historia como un River vs. Boca. Esta rivalidad surge en ocasiones en el marco de la Facilitación, pero en su aparición es tratada como una disputa, por ende la *facilitadora* reubicó su rol a una mediación, siendo necesaria una fuerte posición neutral, eliminar todo juicio de valor, utilizando el parafraseo. Todo esto con la convicción que de este conflicto se van resolviendo

pequeñas disputas que lo componen y lo expresan, y que esta manera, de tratar componentes, obliga a trabajar cada uno y resolverlo como individual, pero que va aportando a la resolución del conflicto mayor..

2) Otro tipo de conflictos que obliga a mediar es aquel que surge permanentemente tras la ejecución de un acuerdo, por las dificultades que genera lo novedoso y la complementación de dos gigantescas organizaciones con identidades y funcionamientos claramente diferenciados. Además aun cuando acuerdan las áreas protagonistas, cada pequeño acuerdo entre servicios genera inevitablemente consecuencias sobre las demás, muchas de las cuales no han participado de ese acuerdo específico, simplemente porque no era tema de su competencia, pero que de todos modos reciben el “rebote” del nuevo accionar.

El lenguaje

Uno de los obstáculos imaginados fue el del lenguaje técnico. Esta dificultad podía provenir del desconocimiento absoluto del lenguaje médico por parte de la *facilitadora*. Esta vieja pregunta, para quienes actuamos en mediación y facilitación, es decir como terceros, suele convertirse en una obsesión.

Hay quienes opinan que si uno no puede manejar el lenguaje técnico no se podrá liderar el proceso de comunicación y la pregunta permanente puede convertirse en un freno permanente. Si bien no conocíamos el lenguaje técnico, específico de cada especialidad, no fue un obstáculo para manejar la comunicación y en alguna oportunidad la *facilitadora* contó con la colaboración de los participantes explicándole en qué consistía tal o cual práctica médica, o bien le puntualizaban el significado de algunos términos. Esto le permitió en el curso del proceso, conocer el lenguaje específico y generar en los participantes una sensación de que quien estaba trabajando con ellos para obtener consenso, interpretaba el lenguaje sin mayores dificultades.

Para este proceso la pregunta representó todo el potencial creativo que puede tener. La *facilitadora* no estaba legitimada por su conocimiento de la medicina, y la estructuración del proceso era a partir de la convocatoria del titular del CGP y del Programa de Mediación, en definitiva ambos ajenos a la temática médica.

En tanto esa legitimación funcionaba era lógico el desconocimiento, es decir la expectativa de los que asistían no estaba centrada en que se conociese nada acerca de la temática médica. En definitiva era una gran ventaja.

Es obvio que si el proceso hubiese estado cargado de preguntas, de manera permanente, en el interés del *facilitador* de satisfacer su curiosidad acerca de la medicina, habría abortado el proceso.

La pregunta fue un elemento esencial, de reunión de las partes, de verbalización de lo que cada uno entendía por el tema tratado. Claro que no se habrían animado a preguntarse unos a otros cuando era necesario esclarecer un tema, ya que esto habría significado una asonancia por no estar dentro de las expectativas de los participantes preguntarse acerca de las prácticas médicas.

La *facilitadora* estaba legitimada para preguntar.

La pregunta

La creatividad de cada pregunta no está sólo en la capacidad de reformular la visión sobre un conocimiento aparentemente aceptado o encontrar información que no sabíamos.

Cuando preguntamos corregimos el lenguaje común que esa reunión está desarrollando. Al indagar producimos un cambio en aquellos que reciben la pregunta como en quienes la emiten, cambiando todo el cuadro comunicacional.

Esta estrategia nos permite detener el avance de un lenguaje negativo acerca de lo que no se puede realizar, por ejemplo, sustituyéndolo por la necesidad de dar una explicación al respecto.

Por supuesto, la manera de preguntar abre las distintas posibilidades.

Si preguntamos de manera positiva predisponemos positivamente, si abrimos con la pregunta, buscando la opinión, damos la posibilidad de verbalizar y así operar el cambio.

Por eso, en este proceso, la utilidad de la herramienta no fue sólo en la clásica concepción de la búsqueda de los “intereses” indagando en pos de la información. Más bien sirvió para reencuadrar, cambiar el lenguaje, positivizar el pensamiento y orientar la búsqueda hacia el futuro.

Preferimos remarcar este detalle a la tradicional función de coleccionar información, y por ende formular las preguntas de manera amigable. Esa función, sin duda, la facilitadora la cumplió pero podrán encontrar, los lectores, una permanente referencia en ese sentido en cualquier publicación sobre mediación o negociación.

La otra perspectiva, simultánea, da importancia a la idea de que el lenguaje crea la realidad, y por tanto, la pregunta es un rearticulador de una nueva realidad.

Tomemos en cuenta que en este proceso buscábamos crear una nueva realidad de cooperación en las diferencias, frente a la del enfrentamiento.

IMPLEMENTACIÓN DE LAS REUNIONES

Convocados ambos hospitales a las reuniones, participaron en las mismas los representantes permanentes de cada hospital designados en este informe como

"Comisión Permanente". A esta comisión se incorporan los profesionales a cargo del área cuya temática es abordada ese día.

Esto último significa que se va ampliando el espectro de profesionales que se van involucrando en el proceso y por supuesto en el objetivo perseguido.

Las reuniones se realizan semanalmente, y en forma alternada en la sede del hospital Fernández y la sede del hospital Rivadavia.

Trataremos de puntualizar algunos aspectos que se fueron dando, y así observar cómo fueron evolucionando las "relaciones interpersonales", y cómo se fueron consensuando los acuerdos.

En la primera reunión, no obstante la explicación expuesta por la *facilitadora*, respecto a cuál era el objetivo de este proceso de Facilitación, y que la tarea para alcanzar el mismo sería producto de la elaboración de los actores y que su función se limitaba a facilitar la comunicación, observó por parte de los participantes de una cierta "desconfianza" al proceso, y hasta alguno de ellos se manifestó pesimista en cuanto a los resultados que podrían obtenerse.

Surgió, la clásica *resistencia* a la modificación de estructuras que funcionaron durante años.

En esa primera reunión se hizo especial hincapié en que quien actuaba como *facilitadora* no era "funcionaria" y debió legitimarse a partir de un discurso claro y explicativo del por qué de esta convocatoria. Fue necesario reiterarlo en reuniones posteriores cuando se incorporaban nuevos actores. Es de señalar que los participantes, en su mayoría, tomaban conocimiento de los motivos de este proceso, en la primera reunión a la cual asistían, y ninguno de ellos conocía a fondo el mecanismo de facilitación

Se les hizo saber que serían ellos y no la *facilitadora* quienes tomarían las decisiones y arribarían al "**acuerdo**" conforme un "**interés común**", respetando las necesidades e intereses de cada institución.

En esta reunión los representantes del hospital Rivadavia señalaron la necesidad que su institución tenía de salir a la comunidad y ocupar toda su capacidad instalada, y que esto sólo podía concretarse a partir de una modificación del área programática y su incorporación a la misma. Esto fue rechazado por el jefe del Área Programática del hospital Fernández, considerando que planteado de esa manera era imposible.

El Área Programática, que se encuentra a cargo del hospital Fernández, abarca una determinada zona de la Ciudad de Buenos Aires y tiene como objetivo, fundamentalmente, la prevención en la salud y la atención primaria. Trabaja especialmente con las escuelas de la zona y villas de emergencia existentes dentro del área.

Lo que pudo observar quien facilitaba el proceso en la primera reunión, era que el tema del Área Programática aparecía como altamente conflictivo, lo cual generó la decisión de aquella de posponer su tratamiento para el futuro. Esto fue aceptado y se resolvió trabajar a partir de la próxima reunión con una temática diferente.

Lo que se buscó entonces fue comenzar a trabajar a partir de los asuntos menos conflictivos, para abordar en el futuro los de mayor conflictividad.

Así se comienza a trabajar en la segunda reunión.

Aparece en la misma el término **integrarse** que permite comenzar a destrabar las posiciones rígidas que se habían manifestado en el primer encuentro. Fue necesaria la utilización de la herramienta comunicacional de la **escucha atenta**, máxime en este proceso donde se maneja terminología médica, logrando, al tener en cuenta tanto el plano de los contenidos como el aspecto relacional, el encuadre del problema.

Esta herramienta de la escucha atenta, también fue utilizada en relación a los actores, cuando en las reuniones donde aparecen conflictos, las partes no podían "escucharse" tratando de imponer su punto de vista.

Se organizaron las reuniones dándoles la palabra a los representantes de uno y otro hospital, invitándolos a que respeten a los expositores y sus tiempos. En alguna reunión surgió la necesidad de parafrasear alguna participación. Para estos casos el conjunto de técnicas utilizadas son las propias de la mediación.

Todo acuerdo es especialmente "positivizado" y aún en aquellas reuniones donde no se logra resolver alguna temática puntual, igualmente se remarcó la importancia del hecho de haberse reunido los profesionales del área, para que en un futuro se pueda concretar la integración perseguida.

En la tercera reunión se concreta el intercambio de datos antes referidos, mereciéndose destacar una apertura por parte de los participantes, quienes acuerdan que en el futuro se invitaría a los jefes de las diferentes especialidades para que concurran a las reuniones y tomen conocimiento de la problemática específica.

En esta reunión surge un tema coyuntural, la "ampliación edilicia y remodelación en el hospital Fernández", que fue utilizada como elemento para movilizar a las partes y hacerles notar la necesidad de un trabajo integrativo. La aceptación de los representantes de ambas instituciones de cubrir las demandas insatisfechas, que en el caso del hospital Fernández estaba dado fundamentalmente por el comienzo de las obras antes referidas, y en el caso del hospital Rivadavia por su deseo de "salir a la comunidad" y ofrecer su capacidad ociosa en algunas áreas, fue especialmente reforzado por la *facilitadora*, señalándoles que esta tarea que iniciaban en conjunto, seguramente continuaría más allá del hecho coyuntural, por lo positivo de los resultados que serían capitalizados por ambos hospitales.

En esta reunión clave surgen los dos temas movilizados la refacción de las salas de cirugía del hospital Fernández y el ingreso del hospital Rivadavia al área programática.

En ambos se puede ver como la construcción de un espacio de conversación, de intereses comunes, de satisfacción de intereses diferentes y de expectativas distintas dio lugar a algo inimaginable como que un hospital permita al otro operar sus pacientes sin que el que presta incorpore a esos pacientes a su activo de atención.

El miedo a la pérdida de poder, en ambos casos, fue superado por el trabajo en estas reuniones, que demostraba la posibilidad de satisfacer necesidades , y que ello representaba un beneficio para ambos.

En la cuarta reunión merecen destacarse puntualmente dos hechos: por un lado la concreción por parte de la Dra. Delia Wolk del hospital Fernández, de un "formulario" con un diagrama para que los pacientes de cualquiera de los dos hospitales puedan presentarse en el otro sin mayores inconvenientes.

Por otro lado, el proceso de comunicación que se va consolidando permite proyectar una forma de organizar la posibilidad de cooperación entre ambos hospitales a través de una herramienta concreta, como es la Agenda de Trabajo.

En las diferentes reuniones van surgiendo distintas problemáticas. Aparecen en algunas de las veinticuatro reuniones llevadas a cabo hasta la fecha, planteos intrahospitalarios, que han dificultado resolver alguna demanda insatisfecha en determinada área. En estos casos se solicitó a los participantes, a que el problema se resuelva al interior o de ese hospital, para poder continuar en el futuro abordando esa área con la intervención de ambos hospitales. Quien manejaba el proceso consideró inoportuno trabajar con un punto de la Agenda existiendo dificultades intrahospitalarias, aún no resueltas, por cuanto ello entorpecía el acuerdo interhospitalario. .

Lo que se trata en las reuniones es señalar dentro de los problemas que puedan existir en cada área, los más importantes y resolverlos en forma conjunta.

La **cooperación** es uno de los factores fundamentales para lograr los acuerdos y es ahí donde ceden las posiciones en pos del **interés común** sin

dejar de lado el propio interés. En muchos casos aparecen elementos propios de una negociación, como es el "canje" es decir "esto por aquello".

Este proceso de facilitación, tiene ciertas connotaciones que es necesario registrar, tal como lo es el hecho mismo de la convocatoria y los acuerdos parciales a que se han arribado hasta la fecha, en los cuales no sólo se compromete a los participantes, sino también a los demás profesionales pertenecientes a las áreas objeto del acuerdo. Por ello la intervención de los representantes gremiales de ambos hospitales asumen un rol de especial importancia, ya que ellos son quienes transmiten a sus colegas sobre los objetivos perseguidos en la Facilitación, y los acuerdos ya logrados.

Aquellos no son los únicos transmisores, por cuanto los jefes de las diferentes especialidades informan a quienes están en su área, de lo convenido.

En cuanto a las Actas, la redacción de las mismas en cada una de las reuniones, trata de exponer lo más importante de lo expresado por los asistentes, de la manera más fidedigna posible. Dichas Actas son revisadas y firmadas por cada uno de los participantes, lo cual legitima muy especialmente cada una de las reuniones. Los acuerdos son volcados en ellas y algunos son agregados por separado como Anexos a las Actas.

La continuidad de las reuniones genera acuerdos de mayor compromiso. Esto lo observamos cuando de un mero traspaso de planilla (documento del cual surgen horarios y médicos a cargo según las especialidades, etc.) entre ambos hospitales para derivación recíproca de pacientes, se concreta en las primeras reuniones, y avanzado el proceso de conversación, existen acuerdos de mayor envergadura, como son los realizados en áreas como gastroenterología, neurología, ginecología, etc.

Así en la segunda reunión se acordó implementar mecanismos para que las demandas insatisfechas de un hospital deriven al otro y en la reunión siguiente se intercambiaron los datos de los médicos a cargo, horarios de atención y lugar de atención de aquellas especialidades que no pueden ser

cubiertas en un hospital y serán cubiertas en el otro. El hospital Rivadavia proveyó el listado de turnos, médicos a cargo y lugar de atención en Ginecología Infanto-juvenil, Neuropediatría, Nutrición (diabetes), en tanto el hospital Fernández proveyó información para cubrir la demanda insatisfecha del hospital Rivadavia en el área de Alergia.

Surge del Acta VII, de fecha 19 de julio de 1999, el acuerdo en el área Alergia, donde los profesionales del hospital Fernández ofrecen cubrir las demandas insatisfechas del Rivadavia e implementan de común acuerdo la forma de concretarlo.

Asimismo como resultado de la temática abordada en la reunión de fecha 30 de agosto de 1999, se acordó el acercamiento de los servicios de Neurología, surgiendo de los Anexos, que el hospital Rivadavia cubrirá la demanda de electromiografías que no puede ser satisfecha en el hospital Fernández y asimismo el proyecto de tareas académicas conjuntas de ambos servicios hospitalarios.

Como consecuencia del planteo que se hiciera en esta misma reunión, vinculada al área de Gastroenterología, se acordó conforme Anexo agregado, que existiendo demandas insatisfechas en uno de los hospitales se derivaría al otro en forma recíproca. Asimismo el hospital Fernández ofreció realizar prácticas de manometría y pnehachimetría digestiva, en tanto el hospital Rivadavia ofreció realizar las prácticas de intervencionismo percutáneo.

En el área Odontología se acordó derivar la demanda insatisfecha del hospital Fernández al hospital Rivadavia, habiéndose convenido realizar durante un mes, y como prueba para observar cómo funciona el sistema, la derivación de pacientes embarazadas. La jefa de Odontología del hospital Rivadavia ofrece la atención a partir del 27 de septiembre de cuatro pacientes diarios derivados del hospital Fernández, dos derivados del Área Programática y dos derivados del servicio de Odontología.

Los acuerdos aquí mencionados no son los únicos alcanzados, y sólo se señalan a mero título de ejemplo, y todo surge de las Actas y Acuerdos Anexos a las mismas.

Si a la fecha tenemos que hacer un balance de lo realizado deberíamos señalar lo altamente positivo de la gestión, no sólo por los acuerdos logrados que sin duda optimizan los recursos y benefician a los pacientes, sino que abre un camino a la posibilidad de consensuar políticas hospitalarias, con la intervención de los actores directos.

De las reuniones surgen demandas puntuales que no han sido cursadas a las autoridades, lo cual nos permite pensar que las mismas también pueden ser capitalizadas por los funcionarios del área de Salud para conocerlas y colaborar en la ejecución de los acuerdos.

Estas reuniones han permitido concluir, que estamos en presencia de un cambio cultural, donde se privilegia el diálogo entre las organizaciones, la toma de conciencia de la necesidad de compartir recursos entre ellas, cooperar en la búsqueda de soluciones que permitan maximizar dichos recursos y la participación activa de los referentes de las instituciones hospitalarias que se transforman en actores fundamentales de la gestión.

INTERVENCIÓN EN EL PROCESO DE OTRAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS

El hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, se incorpora por primera vez a las reuniones con los otros dos hospitales en la sede del hospital Rivadavia el 9 de abril de 2001, cuando en la Agenda de Trabajo se había convocado para analizar el tema Obstetricia y Oncología.

El director del hospital de Niños señala la necesidad de colaboración de otras instituciones por la demanda insatisfecha en la que preside, y obtiene de inmediato respuesta positiva por parte de ambos hospitales.

Dos fueron los temas puntuales que la dirección del hospital de Niños Ricardo Gutiérrez formuló en la mesa de trabajo.

Uno de ellos, la temática vinculada a Oncología para adolescentes y la otra vinculada a Adolescencia en su atención global, que si bien por edad cronológica corresponde al hospital de Niños, —hasta 18 años— por las características psicofísicas del paciente el abordaje debería hacerse en un hospital de adultos o bien generar el espacio adecuado para su atención.

En esa misma reunión, de la cual participaron los jefes de Oncología de los tres hospitales, el jefe de Oncología del hospital de Niños señaló los inconvenientes con que se enfrentan, expresando que con tan sólo dos pacientes se agotan los elementos existentes. Ello genera gran impotencia, especialmente en cuadros de leucemia que con tratamientos efectivos pueden curarse.

El jefe de Oncología del hospital Fernández, a su vez, señaló la importancia de distinguir entre pacientes adultos y pediátricos, expresando que estos últimos no pueden compartir su terapéutica con los adultos. El tratamiento físico, psicológico, familiar, es diferente. Señaló que el hospital Fernández tiene una estructura adecuada para pacientes a partir de los 17 años.

No obstante, en la reunión siguiente que tuvo lugar en la sede del hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, el jefe de Oncología del hospital Rivadavia ofrece atender pacientes derivados del hospital de Niños a partir de los 15 años y todo lo referido al seguimiento de los pacientes; por su parte, el jefe del hospital Fernández, acepta atender pacientes desde los 18 años que tengan tumores sólidos.

Sin perjuicio de la complejidad de la temática abordada, lo acordado permitió el inicio de derivaciones que sin duda permitían descomprimir la tarea en el hospital de Niños.

“Adolescencia”, tema ya mencionado como uno de los dos temas de especial preocupación en el hospital de Niños, también fue objeto de tratamiento en una reunión conjunta de los tres hospitales. Los profesionales intervinientes, especialistas en esta área, coincidieron en la necesidad de que exista un espacio propio, una unidad propia, para el adolescente.

En esa oportunidad los profesionales intervinientes manifestaron que si bien existía una subred de adolescencia, en ese momento carecía de coordinación.

Lo que es dable resaltar, y surge de la última reunión que se realizó conjuntamente con el hospital de Niños, es que el proceso de integración se profundizaba, y a las temáticas puntuales que dieron motivo a la incorporación de este hospital, del cual dan cuenta lo relatado, se trabajó con la posibilidad de realizar compras conjuntas, ya sean de medicamentos, prótesis, etc. entre los tres hospitales, a partir de la experiencia que se había iniciado entre el Rivadavia y el Fernández.

La importancia de la incorporación de otro hospital, da cuenta de que este proceso no debe limitarse necesariamente a las dos instituciones iniciales, sino que el mismo abrirse cuando las necesidades de otro hospital lo requieran y se den ciertas condiciones, como es la proximidad física y las prácticas de especialidades médicas similares que funcionan en los primeros hospitales. Es por ello, que se consideró altamente positivo que otro hospital intervenga en el proceso y siguiendo el sistema impuesto de las reuniones alternadas en uno y otro hospital, también se realizaron algunas de ellas en la sede del hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

CAPITULO CUARTO

BENEFICIOS Y CONCLUSIONES

LOS BENEFICIOS

Si pudiésemos observar ambas instituciones y lo que venía sucediendo desde afuera, sería casi evidente la preocupación por la superposición, la demanda insatisfecha y la capacidad ociosa —simultáneas— de muchos de sus servicios.

De esto se han percatado todos los actores y autoridades a lo largo del tiempo, pero sin embargo, hasta esta propuesta, nada pudieron hacer al respecto, a pesar de sus sinceros esfuerzos. ¿Por qué?

Los componentes de cada organización desarrollaron arraigos, compromisos y relaciones interpersonales, además de ser quienes mejor conocen el funcionamiento de su ámbito de trabajo. Por lógica las decisiones que tengan consecuencias que los afecten en el sentido de las cuestiones que se han tratado hasta ahora (obviamente no respecto de aquello que necesariamente corresponde a la autoridad, como las políticas de Estado acerca de la salud) deben tenerlos como protagonistas. Este es el primer cambio cultural beneficioso.

Si bien es cierto que en ocasiones no se aceptan “abajo” las decisiones forzadas de “arriba”, no es menos cierto que la toma de estas decisiones no deban componer la expectativa de las partes, cambiando la cultura del paternalismo en la cual se entiende que otro tomará la decisión por mí, por otra en la que cada uno asuma su propio protagonismo en la decisión, que resulta más eficiente y comprometido.

El segundo se relaciona directamente con **optimizar recursos**, lo que **beneficia al usuario y al Estado**.

Un tercer beneficio, colateral, es que como consecuencia de este proceso cada organización comienza por vencer las resistencias a los cambios intraorganizacionales que también eran necesarios, a partir de su obligación de evaluar y ejecutar estos acuerdos.

No es una tarea sencilla, pero cuyos resultados, sin duda alguna, se plasman positivamente en la comunidad y con ello aportamos, desde nuestro modesto lugar, un cambio en la "calidad de vida" de los habitantes.

Esta experiencia "piloto" debería servir para continuar trabajando en el área de Salud, en los distintos niveles, tanto interhospitalario como intrahospitalario.

Si focalizamos dos objetivos concretos que ambas organizaciones tenían en la mira, debemos decir que se cumplieron. Por su parte, para el hospital Rivadavia se concretó la posibilidad de integrar el área programática, lo que sucedió al año de iniciadas las conversaciones. Por otra parte, el hospital Fernández pudo refaccionar las salas de cirugía gracias a que el Rivadavia prestó sus instalaciones y permitió que los médicos del Fernández practicasen cirugía en esa institución.

Si nos proponemos como objetivo optimizar los recursos, creo que en tal sentido el proyecto de facilitación entre organizaciones es un arma fundamental como disparadora de un cambio cultural y de actitud, que privilegia el diálogo y la búsqueda de consensos para los diferentes puntos de vista en pos del bien común.

CONCLUSIONES

Desde el Programa de Mediación Comunitaria, la *facilitadora* realizó después otras experiencias en el área de Salud de carácter interhospitalario en los hospitales Zubizarreta y Ramos Mejía de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Esto nos permite afirmar que el camino de la **integración** a los efectos de optimizar los recursos existentes, es el correcto y actualmente por las circunstancias macro y micro económicas de nuestro país, tal vez una de las más importantes metodologías de trabajo que posibiliten concretar el objetivo planteado.

El proceso permitió eliminar la rivalidad y conocerse nuevamente. Aprender sobre el otro desde un nuevo lugar. En definitiva escribir una nueva historia interinstitucional.

En esa nueva historia era posible aceptar que se tenía alguna capacidad ociosa, sin que eso significase debilidad, o aceptar que a pesar de ser el “hospital estrella”, no se contaban con todas las prácticas médicas, ni se atendían todas las complejidades.

Se traspasaron equipos en desuso desde el Fernández al Rivadavia, algo impensando en el cuadro de la incomunicación o la rivalidad donde algo así podría leerse como un signo de traición o de intereses contrarios al grupo al que se pertenece.

En la nueva historia que los unía, los médicos del Fernández fueron a operar al Rivadavia, lo que en el mundo hospitalario es casi imposible de aceptar como práctica rutinaria.

Todo esto fue posible en tanto los protagonistas de cada servicio acordaban en la mesa de conversación, en la búsqueda para complementarse, de mejorar la calidad del servicio. Por eso se trata de una nueva historia, una que puedan contar los protagonistas.

No logramos que todos los agentes fuesen a las reuniones, aunque podrá notarse por las Actas referenciadas más adelante que la cantidad de médicos fue considerable.

El proceso dio frutos y colmó las expectativas de mayor valor, y satisfizo un gran número de los intereses institucionales.

La sustentabilidad del proceso es la pregunta. Si bien menguaron las reuniones por el desinterés expreso de las nuevas directoras, marcando un retroceso, aún quedan funcionando circuitos conjuntos acordados en esa época, y una expresa necesidad de muchos de sus protagonistas de retomar con mayor fuerza el procesos de Facilitación.

¿Qué sería garantizar la sustentabilidad?

Por un lado cuanto más involucrados están los protagonistas en el proceso, existe mayor probabilidad de sostenerse en el tiempo a pesar de los cambios políticos. Por otro lado, estos últimos poseen la fuerza como para pretender abortar estas prácticas, pero al mismo tiempo no pueden hacerlo totalmente, y además, surge otra pregunta: ¿El proceso de Facilitación, ¿deberá seguir *in eternum*? ¿O quizás esté encontrando, tras un pequeño retroceso, su propio impulso, autónomo, en la necesidad de volver a una fórmula conocida de complementación? Creo en esta última opción, por lo que sus protagonistas líderes declaran, es probable que retomen la práctica plenamente, convenciendo a las autoridades.

¿Necesitarán del *facilitador*? Si la práctica se asienta, no debería ser necesario la opción del tercero; pero aún así estamos hablando de cambios culturales profundos, que requieren tiempo y ayuda.

Las opciones son:

1. Reuniones sin la presencia del *facilitador*.
2. Reuniones sin la presencia del *facilitador* con formación de los líderes en negociación.
3. Reuniones con la presencia de un *facilitador* externo.
4. Reuniones con la presencia de un *facilitador* externo, profesional del tema, perteneciente a la Secretaria de Salud.

5. Reuniones con la presencia de un facilitador interno, parte del plantel de cada hospital, que además ayude a consolidar el proceso internamente y que luego en las reuniones conjuntas funcione en cofacilitación con su par.

Es probable que la mejor fórmula sea una transición de la tercera opción a la quinta. En el caso de la quinta opción puede ser alguien con cualidades y formación al efecto, pero parte ya del plantel de cada institución, o puede ser alguien contratado especialmente. Esta última opción además permitiría construir una instancia de resolución de conflictos interna en cada hospital.

A la administración le cuesta mucho aprender como organización. Probablemente porque no está habituada a ello. No se trata sólo de los cambios de funcionarios, sino de la dificultad de leer el caso piloto con perspectivas de expansión hacia otras áreas.

Es curioso cómo simultáneamente se ensayaron ideas diferentes en la búsqueda de un objetivo similar, mayor eficiencia con participación. Pero al no tener un anclaje en los protagonistas más cercanos a las problemáticas diarias, esas experiencias no dieron frutos.

ANEXOS

CRÓNICA RESUMIDA DE LOS PRINCIPALES CONSENSOS

En este capítulo seleccionamos a título meramente de ejemplo, casos que permiten visualizar cómo intervienen los distintos actores en el proceso de facilitación y cómo se logran acuerdos consensuados, algunos de ellos plasmados en forma escrita y otros en forma verbal, pero tanto unos como otros con resultados positivos.

En la primera reunión que tuvo lugar en el hospital Fernández, ya surgió la problemática que en los dos hospitales existían áreas con demandas insatisfechas.

Los representantes del hospital Fernández lo plantearon en relación a Ginecología Infanto-Juvenil, Neuroterapia, Nutrición, Diabetes, Flebología; los del hospital Rivadavia lo hicieron en esa primera reunión, con relación a la especialidad de Alergia.

Luego de tres reuniones se logró acordar un mecanismo de derivación por formulario, a partir de grillas de turnos que ambos aportaron. Se implementó el mecanismo para que las demandas insatisfechas de un hospital deriven y sean atendidas por el otro. A tal se intercambiaron los datos de los médicos a cargo, horarios de atención y lugar de atención de aquellas especialidades.

ALERGIA

El hospital Rivadavia insiste en concretar el acuerdo alcanzado en el área Alergia, que había sido uno de los temas abordados en las primeras reuniones, esto en atención a que el jefe del servicio ha prorrogado la licencia, y tienen cincuenta pacientes sin atención. La respuesta del coordinador del Grupo de Trabajo de Alergia del hospital Fernández fue inmediata y ofrece en esta reunión ir

personalmente al Rivadavia a atender los pacientes hasta que se regularice la situación; para tal fin, señaló que determinaría los días de atención, dejando en claro que la metodología de trabajo sería la propia.

Se informó, en la reunión siguiente que se estaba cumpliendo sin inconvenientes el acuerdo al que se había arribado respecto de la cobertura por parte del titular del área de Alergia del hospital Fernández en el hospital Rivadavia.

OBSTETRICIA

En esta especialidad, en la cual el hospital Rivadavia tiene una histórica trayectoria, ya se encontraba bien ensamblada con el hospital Fernández, no obstante se trabajó con la posibilidad concreta del traslado de las pacientes parturientas en ambulancia del hospital Fernández al hospital Rivadavia, incluso acompañadas por parteras titulares.

En este caso se puede observar, que si bien existía previamente una relación entre ambos hospitales en esta área, se comienzan a ampliar los ítems de intercambio

PRÁCTICAS HOSPITALARIAS

Se puso a consideración las prácticas hospitalarias que realizan tanto el hospital Fernández como el Rivadavia y cuáles no, para que a partir del conocimiento de esta situación se logren cubrir las prácticas en uno u otro hospital, según las necesidades de los pacientes.

Se abordaron especialidades como, Neumonología, Neurología, Kinesiología.

En esta reunión pudo detectarse que por ejemplo el área de Kinesiología estaba muy bien equipada en el hospital Rivadavia, permitiendo evaluar la posibilidad de cubrir demandas del hospital Fernández.

Asimismo en reuniones posteriores se trabajó respecto del área de Neurología, y se logró un acuerdo por el cual el hospital Rivadavia cubrirá la demanda de electromiografías que no puede ser satisfecha en el hospital Fernández.

Respecto de la especialidad Gastroenterología, se acordó que el hospital Fernández realizaría prácticas de manometría y pnehachimetría digestiva, en tanto el hospital Rivadavia efectuaría las prácticas de intervencionismo percutáneo, cubriendo en ambos casos las demandas insatisfechas de ambos establecimientos hospitalarios.

Como Anexo al Acta XIII, se incorpora un informe de los jefes de la Sección Gastroenterología y del jefe de la Unidad de Endoscopia, ambos del hospital Rivadavia, dirigido al subdirector de este último, poniendo en su conocimiento los acuerdos, señalando que en la Unidad Endoscopia el funcionamiento era normal y se realizaban la totalidad de las prácticas habituales, cubriendo las demandas existentes. Allí se ofreció al hospital Fernández cubrir necesidades recíprocas en caso de superarse la demanda o ante inconvenientes con el equipamiento.

Neurología

Se acuerda presentar un proyecto para combinar el uso de espacios y turnos con que cuenta el hospital Rivadavia, y de los cuales carece el Fernández. Ambos médicos responsables ya tenían relación personal previa.

A posteriori, y ello surge del Acta XXIV, se produce un conflicto por una derivación enviada desde el Fernández al Rivadavia, que conforme lo expresó el jefe de Neurología del hospital Rivadavia, no se habían respetado las reglas

pautadas en lo relacionado a la derivación de pacientes y así tal como si fuera un paquete, se les envió un paciente en estado crítico, sin siquiera la historia clínica del mismo, a lo cual se agregaba que era un paciente de nacionalidad china, indocumentado. Los representantes del hospital Fernández asumieron su error y se comprometieron a investigar, reconociéndola postura del hospital Rivadavia como correcta.

El jefe de Neurología del Rivadavia, entendió que el incumplimiento hacía imposible continuar con los acuerdos del área y dio por terminada su intervención en la reunión, señalando que se retiraba de la misma. La *facilitadora*, trabajó con las partes presentes, remarcó la importancia de este proceso entre ambos hospitales y la necesidad que todos los actores colaboren, que las dificultades debían servir para perfeccionar el proceso y esto se iba a lograr a partir del diálogo que se generaba en las reuniones.

Aceptó el jefe de Neurología del hospital Rivadavia permanecer en la reunión y llegaron a un nuevo acuerdo, armar un proyecto respecto de neurotrauma en relación a pacientes crónicos y hospital de día, ya que la falencia está en la falta de camas. Se avanza en esta propuesta y se presenta el proyecto conjunto, en el que se acuerda que el Fernández no seguirá con los pacientes crónicos por falta de camas y se acuerda el traslado de los mismos al hospital de día del Rivadavia, en una camioneta, bajo el criterio de la complementación de prácticas y no la derivación simple del sobrenúmero. Se presenta el proyecto definitivo de complementación total y esto se ve plasmado en el Acta XXXI.

Asimismo se acordó el acercamiento de los servicios de Neurología, surgiendo de los Anexos, que el hospital Rivadavia cubrirá la demanda de electromiografías que no puede ser satisfecha en el hospital Fernández.

Se acordó trabajar en el proyecto de tareas académicas conjuntas de ambos servicios hospitalarios.

GASTROENTEROLOGÍA

En Gastroenterología se comienza a trabajar partiendo de una relación personal fluida entre los jefes de esta especialidad de ambas instituciones. Esto deriva en un espontáneo compromiso ante un proyecto de coordinación e integración que quedó plasmado en el Acta XI. En esa misma reunión ante el pedido del hospital Fernández de que el hospital Rivadavia absorba ciertas prácticas específicas, el jefe del hospital Rivadavia, sin perjuicio de hacer notar que tiene los turnos "taponados", acepta colaborar.

Cabe consignar que en fecha 10 de septiembre de 1999, y como Anexo al Acta XIII, se incorpora un informe de los jefes de la Sección Gastroenterología y de Endoscopía, ambos del hospital Rivadavia, dirigido al subdirector del mismo, poniendo en conocimiento de éste último los acuerdos, señalando que en la Unidad de Endoscopía el funcionamiento era normal y se realizaban la totalidad de las prácticas habituales, cubriendo las demandas. Allí se ofreció al hospital Fernández cubrir necesidades recíprocas en caso de superarse la demanda o ante inconvenientes con el equipamiento. De las conversaciones entre los dos hospitales, surgió la necesidad de implementar un sistema que cubra las urgencias endoscópicas durante las veinticuatro horas en ambos hospitales.

Con posterioridad, en otra reunión vinculada al tema Gastroenterología, los representantes del hospital Fernández señalan que están desbordados por la gran demanda de estudios clínicos, por ejemplo el de fibrocolon. En relación a este estudio, en la reunión de fecha siguiente, los profesionales del hospital Rivadavia plantearon que no podían cubrir toda la sobredemanda y esto se debía especialmente a problemas de costos de los estudios. Respecto de la práctica específica de fibrocolon la dificultad se planteaba con relación a las "horas hombre". El Fernández propone resolverlo con una mesa especial para Gastroenterología. Ante esta propuesta seguía existiendo el problema de los costos por los descartables que debía absorber el hospital Rivadavia, lo que determinó se acordara convocar a los jefes de servicios sociales para tratar el tema insumos descartables, ya que era este tema el que impedía la posibilidad de llegar a un común acuerdo.

Como consecuencia del planteo que se hiciera en esa misma reunión, vinculada al área de Gastroenterología, se arregló conforme Anexo agregado, que existiendo demandas insatisfechas en uno de los hospitales se derivaría al otro en forma recíproca. Asimismo el hospital Fernández ofreció realizar prácticas de manometría y pnehachimetría digestiva, en tanto el hospital Rivadavia ofreció realizar las prácticas de intervencionismo percutáneo.

GUARDIAS

Se trabaja en el tema Guardias con la presencia de los jefes de guardia de ambas instituciones. Se plantea la necesidad de líneas de comunicación directas entre ellas ante la necesidad de derivaciones en caso de saturación de la demanda. Se planteó la importancia de que los médicos internos de ambas instituciones de las respectivas guardias se conozcan personalmente para lograr un mayor acercamiento tendiente a perfeccionar los mecanismos de colaboración, lográndose concretar en algunos casos.

Vinculado con las guardias, el hospital Rivadavia plantea en una reunión posterior, la necesidad de cubrir la carencia de anestesista en la Guardia del hospital, de ahí el pedido de colaboración al hospital Fernández. Pero el tema de los anestesistas es conflictivo y no se logra llegar a un acuerdo, por la problemática específica de esa especialidad.

Se acuerda entre ambas instituciones la posibilidad de usar camas del Rivadavia en caso de catástrofe, en atención a que siendo el hospital Fernández un centro de emergentología, en algunos casos se produce la carencia de camas.

ÁREA ANESTESIA

El hospital Rivadavia plantea que tiene insuficiente cantidad de anestesistas. La respuesta del hospital Fernández en relación a este tema es altamente conflictiva.

Es una especialidad que se maneja con códigos culturales propios, con poco intercambio con los demás profesionales y constituyen un grupo de pertenencia muy cerrado.

Se planteó tener una reunión con los anestesiólogos del hospital Fernández, para que, logrando que éstos obtengan una remuneración extra, cubran las necesidades del hospital Rivadavia, que tenían serios problemas en guardia por falta de anestesiólogos.

El hospital Fernández, que en un principio consideró podía prestar alguna colaboración en este tema, no pudo hacerlo por lo conflictivo de la situación.

Meses después de la reunión en que el tema anestesiólogos figuró como eje, se planteó la construcción de la nueva sala de cirugía en el hospital Fernández. Se logró acordar operar en el hospital Rivadavia a los pacientes que no se les podía dilatar las intervenciones quirúrgicas.

Vuelve a surgir entonces el tema de los anestesiólogos. Estos, a través de su jefe se resistieron a intervenir en el Rivadavia, dudando de los elementos y de las condiciones de infraestructura presentes en dicho hospital. Además aducían que se les planteaba un problema de responsabilidad profesional. Contrapropusieron operar en el Fernández con un tabique (en condiciones precarias propias de la obra), y no trasladar ninguna intervención al Rivadavia, contraviniendo lo que los cirujanos ya habían concordado.

En este caso la *facilitadora* les propuso ir a verificar las salas del Rivadavia, a lo que accedieron. Tal visita se hizo pero no hubo acuerdo.

AUDIOLOGÍA

El titular del Fernández (también titular del Área Programática) plantea una integración. Dice que la demanda insatisfecha del hospital Fernández está fundamentalmente en la patología de la comunicación. Hubo acuerdo de derivación con resultados positivos.

ODONTOLOGÍA

Ante el planteo de demanda insatisfecha en el hospital Fernández, y puntualmente en lo que respecta a cubrir el Área Programática, el hospital Rivadavia contesta afirmativamente al pedido de auxilio en esta área, aunque señala algunas dificultades de los asistentes y de la administración.

En la reunión siguiente se acuerda una experiencia piloto de derivación de embarazadas del Fernández al Rivadavia durante un mes. Luego de esta experiencia el hospital Rivadavia, a través de la jefa de Odontología Dra. López, ofreció atender cuatro derivaciones diarias, dos pacientes de sobredemanda y dos de Área Programática, y el hospital Rivadavia se hace cargo de los gastos de insumos. El hospital Fernández acepta.

A posteriori el hospital Fernández informa que no se puede derivar las embarazadas ya que la jefa de Obstetricia del hospital Rivadavia exige certificado del obstetra del hospital Fernández, garantizando que no existe peligro al someter a tratamiento odontológico a la paciente embarazada. El hospital Fernández informa que instruirá a los obstetras para que cumplan con el certificado. También se informa que se están derivando cuatro pacientes mensuales del Área Programática. El hospital Fernández decide no derivar embarazadas ya que los obstetras no aceptan, pero sí derivan a los demás pacientes.

GINECOLOGÍA

El Rivadavia informa que hay un plan de detección precoz de cáncer genitomamario y lo ponen a disposición del Fernández y el Área Programática. El Fernández lo acepta y lo incorpora como parte de la oferta del Área Programática.

El hospital Rivadavia plantea falencias para la realización de terapia intrauterina por falta de insumos, con lo cual ante esta manifestación el hospital Fernández responde que al finalizar las obras, que estiman en aproximadamente

diez días, se podría hacer cargo de esa demanda. De no poder hacerlo se trasladará la jefe del área Materno-Infantil al Rivadavia una vez por semana.

El hospital Rivadavia plantea la necesidad de formarse en la especialidad de terapia intraútero en el hospital Fernández, en razón que este último es la única institución que ha desarrollado este servicio en toda la ciudad.

El jefe de la División de Ginecología del hospital Fernández planteó la falta de recursos humanos por la gran demanda existente, ya que dos tercios de los mismos se consume en demandas espontáneas. Asimismo en el área quirúrgica faltan cirujanos, lo cual hace que los pacientes estén ocupando más camas en preoperatorio hasta que llegue su turno de agenda para ser operados.

A diferencia de lo que ocurre en el hospital Fernández, en el hospital Rivadavia el problema no es la falta de recursos humanos sino que están sobredimensionados en las especialidades clínicas. Por esta razón, ambos jefes de servicios deciden trabajar en conjunto para elaborar un proyecto de acuerdo.

En una reunión que se realizó meses después en el hospital de Niños Ricardo Gutiérrez ambas instituciones manifestaron que ya funciona la complementación en Ginecología y Obstetricia y que han presentado un acuerdo.

UROLOGÍA

La reunión vinculada a esta especialidad, se desarrolla a partir de lo que informa el hospital Rivadavia en relación a la práctica de Urodinamia, que por ser exclusiva de dicho hospital genera una gran demanda. No obstante lo antes mencionado, se explica que de no existir "luz roja" en lo que respecta al aparato de Urodinamia (es decir que el aparato se está usando al máximo de su capacidad), se han tomado medidas tendientes a evitar el colapso y la discontinuidad.

Respecto a esta práctica de Urodinamia, el hospital Rivadavia por la gran demanda que posee no pudo ofrecer formalmente al hospital Fernández cubrir

sus demandas. A pesar de esta situación, el jefe de Urología del Rivadavia manifestó su deseo de colaboración en la medida de sus posibilidades.

El jefe de la División Urología del hospital Fernández, plantea realizar tareas conjuntas, y propone la realización de ateneos bimensuales o trimestrales en Urología, señalando que eso implica coparticipación científica.

Asimismo se señala la importancia de que los profesionales de la especialidad de ambos hospitales se conozcan personalmente.

Aproximadamente un año después del primer encuentro de la especialidad que nos ocupa, se realiza una reunión en donde se expone la problemática vinculada a hemodiálisis en pacientes agudos, en cuanto que en el hospital Rivadavia existen 270 camas y un único nefrólogo .

En esa reunión se trabajó con la alternativa de que los pacientes del hospital Rivadavia con necesidad urgente de diálisis concurren al hospital Fernández y éste último envíe al hospital Rivadavia los pacientes que no necesitan esa práctica.

Se siguió observando una tarea de complementación importante en esta especialidad.

ADOLESCENCIA

En ocasión de abordarse esta temática, quedó planteada la necesidad de un informe conjunto, en la que se incluya el funcionamiento actual del área en ambos hospitales. Se trabajó con la sobredemanda de Ginecología adolescente en el hospital Fernández, y se logró acordar la derivación al hospital Rivadavia.

En la reunión siguiente se consigna que se están complementando sin mayores inconvenientes. La mayor demanda de los adolescentes, estadísticamente, es la atención ginecológica. El Rivadavia plantea la necesidad de salir a la comunidad desde ese hospital a través del Área Programática.

La respuesta del jefe del Área Programática, manifiesta que no habrá inconveniente en la participación del Rivadavia, si éste ofrece profesionales para cubrir la demanda de la especialidad en cuestión.

Asimismo, el jefe del Área Programática, que pertenece al Fernández señaló en esa oportunidad que a las escuelas van los clínicos y pediatras y que éstos, luego, derivan al especialista que corresponde.

En oportunidad de realizarse una reunión en el hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, el tema Adolescencia genera especial preocupación, y allí los profesionales intervinientes, especialistas en esta área coincidieron en la necesidad de que exista un espacio propio, una unidad propia, para el adolescente.

CLIMATERIO

Existe demanda insatisfecha del Fernández. Ante esto la responsable del área Climaterio del hospital Rivadavia, señala que si bien existen contactos entre los profesionales se plantea la necesidad de un plan coordinado en razón de las diferencias en la forma de trabajo. No se logró acordar la derivación del hospital Fernández al hospital Rivadavia.

DERMATOLOGÍA

Las jefas de esta especialidad, luego de un intercambio de ideas, se comprometen a presentar un acuerdo tras una reunión privada.

ÁREA PROGRAMÁTICA

El Área Programática, que fue un punto conflictivo al comienzo de este proceso, con el transcurso de las reuniones comienza a destrabarse. Así el responsable de esta área, propone que el Rivadavia se haga cargo del Centro de Salud de la villa

31. El hospital Rivadavia acepta pero pide participación en otras cuestiones relacionadas con la comunidad, como por ejemplo en los establecimientos educativos. Al respecto el jefe del Área Programática dice que ya hay seis médicos del hospital Rivadavia colaborando en el examen físico de los alumnos del nivel medio de segundo año. (Dos pediatras y cuatro clínicos.)

RESONANCIA MAGNÉTICA

Se logró acordar que el hospital Fernández realice Resonancias Magnéticas para pacientes del hospital Rivadavia, quien carece de Resonador. Se establecieron turnos a fin de responder al pedido del Rivadavia.

MEDICINA NUCLEAR

El hospital Rivadavia plantea dos problemáticas. Un primer problema, es el incremento de pacientes derivados por el Fernández a esta área; un segundo problema, vinculado al primero, es la falta de insumos que permita responder a la totalidad de la demanda, debiendo considerarse que los insumos son cubiertos por el hospital Rivadavia.

El hospital Fernández tiene el laboratorio en obra: ésta es la razón del incremento. La jefa del Fernández le ofreció colaboración personal y ambos en conjunto elevan una nota explicativa de la situación y del apoyo económico que necesita el Rivadavia del hospital Fernández para evitar dificultades en la cooperación.

FARMACIA

Las jefas de ambos hospitales expresaron en una reunión dedicada a esta área, que se estaban complementando, y que iban a preparar un proyecto conjunto.

FLEBOLOGÍA

Existe en esta especialidad una fluida relación entre los jefes del área, y se señaló la derivación frecuente del hospital Fernández hacia el Rivadavia.

ÁREA RECURSOS

Medicamentos: No obstante las dificultades para presentarse en licitaciones en forma conjunta, se logra implementar compras conjuntas entre ambas instituciones, con el beneficio de la reducción de los costos que los representantes de ambos hospitales señalaron especialmente.

Esto generó propuestas en relación a la posibilidad de efectivizar compras conjuntas en materia de prótesis para Ortopedia.

INAUGURACIÓN DEL SERVICIO DE UNIDAD CORONARIA DEL HOSPITAL RIVADAVIA

Surge del Acta XXXVII, un cambio concreto de actitud entre ambas instituciones. El hospital Fernández proveyó al hospital Rivadavia de un marcapasos, hasta tanto el hospital Rivadavia tuviese el propio, y esto es altamente significativo, porque la falta de marcapasos impedía la inauguración del nuevo servicio.

Cabe destacar que los acuerdos aquí mencionados no son los únicos alcanzados, y todo surge de las Actas y Acuerdos Anexos a las mismas, que fueron objeto de un pormenorizado informe, oportunamente elevado a la máxima autoridad del área de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Este proceso ha servido para trabajar no sólo en problemáticas interhospitalarias sino también intrahospitalarias.

Así la *facilitadora* realizó experiencias en el hospital Ramos Mejía y el Zubizarreta participando en ese rol frente a problemáticas internas en cada una de esas instituciones. Cabe señalar que al momento de la incorporación del hospital de Niños Ricardo Gutiérrez al proceso de integración con los hospitales Rivadavia y Fernández, al igual que la Facilitación en los hospitales Ramos Mejía y Zubizarreta, se realizaron cuando la dirección del *Programa de Mediación* se

encontraba a cargo de la licenciada Alicia Caruso que reemplazó en la gestión al doctor Sergio Abrevaya.

Esto nos permite resaltar la importancia que tiene para la comunidad el hecho de que los cambios de autoridades no generen la interrupción de programas, cuando la continuidad de los mismos permite que los vecinos de la ciudad gocen de una mejor calidad de vida, en este caso de una prestación más eficiente en lo que respecta a su salud .

Si a la fecha tenemos que hacer un balance de lo realizado deberíamos señalar lo altamente positivo de la gestión, no sólo por los acuerdos logrados, que sin duda optimizan los recursos y benefician a los pacientes, sino que abre un camino a la posibilidad de consensuar políticas hospitalarias, con la intervención de los actores directos.

De las reuniones surgen demandas puntuales que no han sido cursadas a las autoridades, lo cual nos permite pensar que las mismas también pueden ser capitalizadas por los funcionarios del área de Salud quienes deberían tomar conocimiento de las mismas y colaborar en la ejecución de los acuerdos.

Estas reuniones nos han permitido concluir, que estamos en presencia de un cambio cultural, donde se privilegia el diálogo entre las organizaciones, la toma de conciencia sobre la necesidad de compartir recursos con otra institución, la cooperación en la búsqueda de soluciones que permitan maximizar dichos recursos y la participación activa de los referentes de las instituciones hospitalarias que se transforman en actores fundamentales de la gestión.

Esta experiencia "piloto" se pudo concretar, sin duda alguna por la toma de conciencia de todos y cada uno de los actores de este proceso.

Cabe resaltar especialmente la cooperación de los directores y subdirectores de ambos hospitales en la implementación de este proceso, y muy especialmente la colaboración de todos los profesionales médicos y paramédicos

que con su participación activa hicieron posible que el objetivo propuesto se vaya concretando con el devenir de cada una de las reuniones.